



# COMUNIDADES TERAPÉUTICAS

---

## MÓDULO 11





## **AUTORIDADES**

### **Gobernador de la Provincia de Córdoba**

Cdor. Juan Schiaretti

### **Vicegobernador de la Provincia de Córdoba**

Cdor. Manuel Calvo

### **Ministro de Salud de la Provincia de Córdoba**

Dr. Diego Cardozo

### **Secretario de Prevención y Asistencia de las Adicciones de la Provincia de Córdoba**

Dr. Darío Gigena Parker

### **Subsecretario de Prevención de las Adicciones de la Provincia de Córdoba**

Lic. Pablo Martín Bonino

### **Equipo redactor:**

Dr. Darío Gigena Parker

Lic. Pablo Bonino

---

1ra. Edición - Año 2020





# ÍNDICE

**PÁGINAS**

01

01

02

03

03

04

05

05

07

07

08

08

09

09

10

10

11

11

12

12

**CONTENIDO****INTRODUCCIÓN**

Principios Básicos

Eficacia

Comunidades Terapéuticas de la Secretaría de Prevención y Asistencia de las Adicciones

Criterios para derivación a RAAC 4 (Comunidad Terapéutica)

Criterios de exclusión

Proceso de admisión

Modalidad del tratamiento

Actividades

Administración de medicamentos

Reinserción social

Alta

Tratamiento Familiar

Objetivos de las intervenciones familiares en las fases del tratamiento en la CT:

Conclusión

**REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS****ANEXOS**

Anexo 1: Breve historia de las Comunidades Terapéuticas

Anexo 2

Anexo 3: Composición del equipo terapéutico





## INTRODUCCIÓN

Las comunidades terapéuticas (CT) son una variedad de tratamientos residenciales para la rehabilitación y reinserción social de las personas con trastornos adictivos. Aunque comparten componentes esenciales, no todas tienen el mismo enfoque. Una comunidad terapéutica típica involucra un entorno residencial libre de drogas donde un equipo técnico/profesional y los/las residentes internados trabajan juntos para favorecer el avance mutuo a través de una serie de etapas o fases. Cada nueva fase representa un mayor crecimiento individual y una mayor responsabilidad en la recuperación.

“En una comunidad terapéutica, las personas con problemas de adicción y otros problemas viven juntos (de una manera organizada y estructurada) en un ámbito libre de drogas, con el fin de promover el cambio y de hacer posible una vida libre de drogas en la sociedad real. La comunidad terapéutica forma una micro-sociedad en la cual, los residentes y el equipo, en el rol de facilitadores, asumen diferentes roles y se apegan a reglas claras, diseñadas para promover el proceso de transición de los residentes”

## PRINCIPIOS BÁSICOS

El objetivo final de las comunidades terapéuticas es lograr un cambio duradero en el estilo de vida duradero de los/las residentes, bajo la concepción básica de que las adicciones o las conductas adictivas son comportamientos desadaptativos complejos causados por la interacción de múltiples variables biopsicosociales. Con el fin de reducir dichas vulnerabilidades, las comunidades terapéuticas facilitan el desarrollo de habilidades prosociales afectadas por el abuso de sustancias y que faciliten la recuperación. Las CT se basan en dos principios básicos como herramientas para lograrlo; la comunidad como método y la ayuda mutua.

### ■ La comunidad como método:

Se refiere a la socialización intencional de los participantes a través de las interacciones tanto formales como informales con otras personas residentes y los miembros del equipo. Debido a que las comunidades terapéuticas son de naturaleza residencial, los participantes pasan la mayor parte de su tiempo y satisfacen la mayoría de sus necesidades dentro de la comunidad terapéutica. Mediante procesos grupales se desarrollan las normas que facilitan el comportamiento prosocial y desalientan el uso del alcohol y otras drogas. Los nuevos miembros adquieren las normas a través de la interacción diaria no estructurada (por ejemplo, cenar o lavar la ropa) con los/las demás residentes y el equipo, así como a través de reuniones grupales estructuradas y sesiones de terapia. Los sistemas de recompensa o pérdida de ellas son fundamentales para ayudar a los/las residentes a adoptar e internalizar las normas de la comunidad. Los miembros que adoptan actitudes y comportamientos prosociales con respecto al abuso de sustancias son recompensados con la aceptación de la comunidad y el acceso a privilegios sociales. Además, cuando los miembros se desplazan hacia actitudes o comportamientos antisociales, las normas de la comunidad se refuerzan a través de la pérdida de privilegios, asumir responsabilidad y aceptación.

### ■ La ayuda mutua

El enfoque de ayuda mutua de las comunidades terapéuticas se centra en las mismas personas como agentes primarios de cambio. A medida que los miembros avanzan en las etapas del tratamiento, se espera que asuman nuevos roles y que modelen el comportamiento de sus compañeros/as residentes en base a los valores prosociales de la CT incompatibles con el estilo de vida adictivo.

La estructura de la CT está en constante estado de cambio, debido a demanda creciente e incesante de residentes. La Comunidad Terapéutica aspira a que se aumente la tolerancia a la frustración, la aceptación de la demora y la postergación de la gratificación favoreciendo mecanismos de control de los impulsos. Busca mejorar los recursos emocionales del sujeto, para reconocer y comunicar mejor sus sentimientos.

En la CT, la comunicación funciona de manera abierta y transparente compartiendo de manera pública toda inquietud o demanda, para evitar los secretos y alianzas negativas que promueven el abandono del tratamiento y las recaídas. Como se mencionó anteriormente, las comunidades terapéuticas se basan en un modelo de tratamiento jerárquico en el que los participantes se mueven a través de diferentes fases.

El equipo técnico/profesional de la CT debe garantizar los cuidados continuos posteriores al dispositivo residencial lo más tempranamente posible, incluyendo asesoramiento individual y familiar, en el centro de referencia ambulatorio del residente. Estos deben estar disponibles para ayudar con la transición al contexto de origen, ya que es una etapa crítica para sostener el beneficio potencial de la CT en el contexto de los cuidados continuos requeridos para el abordaje moderno de estos trastornos. Algunas comunidades incluso tienen en funcionamiento dentro de sus instalaciones reuniones de Alcohólicos o Narcóticos Anónimos en las que participan los/las pacientes durante su residencia, y se les anima a continuar haciéndolo una vez que hayan regresado a su contexto de origen.

Una modificación notable de las comunidades terapéuticas modernas es la reducción de la duración de la internación. Las CT originales tenían una duración de estadía indeterminada con la expectativa de que las estadías más largas propiciaban mayores resultados positivos a largo plazo, no sólo el beneficio del mayor tiempo de abstinencia dentro de la comunidad. Pero las normativas contemporáneas en el área de salud mental desalientan cualquier tipo de tratamiento residencial a largo plazo, principalmente por el riesgo de institucionalización, a la vez que se enfatiza en los abordajes ambulatorios. A raíz de esto, se empezó a estudiar si estas modificaciones eran viables y el grado de efectividad con estadías más cortas. En este sentido, completar un tratamiento en las comunidades terapéuticas de nuestro medio lleva unos 90 días. En un esfuerzo por utilizar este recurso de manera eficiente, muchas comunidades han reportado similares efectos beneficiosos en estadías residenciales más cortas siempre que sean combinadas con cuidados posteriores ambulatorios a largo plazo.

Otra modificación reciente es la mayor participación de profesionales dentro del equipo técnico. Esto resultó indispensable a partir del aumento continuo de pacientes que ingresan a las comunidades con trastornos psiquiátricos comórbidos, lo que ha llevado incluso a implementar de manera sistemática tratamientos psicofarmacológicos dentro de las comunidades terapéuticas. Este enfoque se desvía ligeramente de la comunidad tradicional en las que los miembros del equipo eran exclusivamente operadores terapéuticos con una sólida recuperación, producto de una experiencia previa exitosa en comunidades terapéuticas similares, con una formación específica para desempeñar ese rol.

## EFICACIA

Las comunidades terapéuticas tienen una larga tradición en el tratamiento de los trastornos por consumo de sustancias, pero fueron escasas las investigaciones sobre su efectividad. Dada la naturaleza a largo plazo del tratamiento en comunidades terapéuticas, la retención parece ser un tema extremadamente relevante. Las investigaciones sugieren que los primeros 30 días de tratamiento pueden ser importantes para predecir la retención a largo plazo, especialmente porque la deserción es más alta durante los primeros días de tratamiento. En las primeras comunidades terapéuticas, la deserción no era necesariamente una preocupación para el equipo. En general, se creía que los/las pacientes que abandonaban eran, de todas maneras, los que tenían menos probabilidades de tener éxito y, en todo caso, perderlos era más saludable para las personas residentes restantes. Sin embargo, hay investigaciones recientes que nos muestran que el abandono temprano se debe más a factores atribuidos al programa terapéutico, su enfoque, la calidad de la evaluación y la competencia del equipo técnico/profesional, que a factores vinculados con el paciente. Por ejemplo, la retención podría mejorarse si hay una preparación adecuada del paciente y su familia antes de la internación, con un equipo muy enfocado en la motivación y la persistencia en el tratamiento. Es por ello que se deben identificar, desarrollar y explorar la confiabilidad y validez de los instrumentos destinados a determinar la preparación del paciente y la familia para el tratamiento.



## COMUNIDADES TERAPÉUTICAS DE LA SECRETARÍA DE PREVENCIÓN DE LAS ADICCIONES

Las Comunidades Terapéuticas constituyen el NIVEL 4 de la Red Asistencial de las Adicciones de Córdoba, RAAC. Este nivel corresponde a la internación para rehabilitación de los/las pacientes que tengan dificultades para sostener un tratamiento ambulatorio y presenten criterios para poder beneficiarse del dispositivo. Es el nivel de mayor complejidad de abordaje de las adicciones, dirigido a pacientes de ambos sexos y adolescentes mayores de catorce años. Siendo su objetivo principal es la rehabilitación y reinserción psicosocial de dichas personas. Hay Actualmente existen dos Comunidades Terapéuticas Públicas Profesionales, ubicadas una en las localidades de Santa María de Punilla y otra en San Francisco, ambas dependientes de la Secretaría de Prevención y Asistencia de las Adicciones, del Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba. También hay existen otras comunidades terapéuticas privadas a cargo de ONG's con las que se celebran convenios para cubrir tratamientos de pacientes cuando sea necesario.<sup>1</sup>

Todas las personas que ingresan a una Comunidad Terapéutica son derivadas de los centros y/o nodos de la RAAC, constituidos en el territorio de la Provincia de Córdoba. La Secretaría de Prevención y Asistencia de las Adicciones, por intermedio de la Dirección de Jurisdicción de Asistencia, confecciona un formulario RAAC de evaluación multidimensional (Ver Anexo) que tiene como finalidad evaluar los criterios requeridos a fin de autorizar la derivación de la persona a la comunidad terapéutica, en caso que haya criterios, o a otro nivel asistencial de la RAAC, en caso que no los haya en el momento de la evaluación multidimensional.

## CRITERIOS PARA DERIVACIÓN A RAAC 4 (COMUNIDAD TERAPÉUTICA)

- **Dimensión 1: Riesgos por intoxicación aguda o síndrome de abstinencia:** Presenta síntomas de intoxicación o abstinencia leves a moderados que pueden ser manejados con controles médicos de baja complejidad como los que se brindan en una comunidad terapéutica. Si presenta síntomas severos o está descompensado, considerar que antes sea compensado/desintoxicado en una institución hospitalaria (RAAC 3)
- **Dimensión 2: Trastornos médicos clínicos:** Paciente que tiene problemas médicos compensados, manejables con controles médicos de baja complejidad como los que se brindan en una comunidad terapéutica. El paciente puede tener poca capacidad para hacer frente a sus problemas de salud física y requiere del apoyo que puede brindar una comunidad terapéutica para hacerlo. Deben tener las mínimas capacidades físicas que les posibilite adquirir las herramientas brindadas durante el tratamiento en la comunidad terapéutica.
- **Dimensión 3: Trastornos psicológicos y/o psiquiátricos:** Presenta problemas psicológicos y/o psiquiátricos concomitantes al problema adictivo, pero con el suficiente control para no tener criterios de internación involuntaria cerrada (RAAC 3). Necesita de una estructura de modelado de la conducta. Deben tener los mínimos recursos cognitivos que les permitan adquirir las herramientas brindadas durante el tratamiento en la comunidad terapéutica, para su posterior aplicación en su vida cotidiana.
- **Dimensión 4: Disposición al cambio:** a) Trastorno adictivo: Aún no considera la necesidad de cambio, pero tiene una mínima conciencia de la necesidad de tratamiento, o está poco dispuesto o no es capaz de seguir las recomendaciones de un tratamiento ambulatorio. b) Enfermedad mental persistente: El paciente puede tener poca capacidad para hacer frente a su EMP y requiere del apoyo que puede brindar una comunidad terapéutica

<sup>1</sup> Estas instituciones cuentan con una habilitación para su funcionamiento otorgada por RUGEPRESA (Registro Único de Prestadores de Salud) según lo establecido por el Decreto 33/08 del Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba, Anexo XIX, para la habilitación de establecimiento de atención para adicciones (Anexo 2). La habilitación y el relevamiento de los aspectos generales y edilicios son competencia de RUGEPRESA y el programa terapéutico es evaluado y aprobado por la Secretaría de Prevención y Asistencia de las Adicciones, ambas del Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba.

para hacerlo. Muestra una conciencia mínima del EMP o de necesitar un tratamiento. El paciente debe voluntariamente aceptar el tratamiento.<sup>2</sup>

- **Dimensión 5:** Riesgo de recaída o consumo activo: Entiende las recaídas y necesita una estructura para mantener los logros terapéuticos. Paciente que necesita intervenciones residenciales para prevenir el consumo activo, con consecuencias nocivas si no se interrumpe.
- **Dimensión 6:** Contexto vital para su recuperación: Se encuentra en un contexto vital (familiares, amistades, etc.) persistentemente poco protector, tóxico o que sabotea la recuperación del paciente, por relaciones interpersonales caóticas, de escaso apoyo, hostiles o abusivas. Extensa historia de tratamientos previos, problemas con la justicia relacionados directamente con el consumo de sustancias, deficiente desempeño laboral y educacional, persistencia de conductas antinormativas, entre otros factores ambientales.<sup>3</sup>

## CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- **No tener criterios de internación en este dispositivo.** Por ejemplo, pacientes pre-contemplativos que realmente no deseen internarse; pacientes derivados sin una preparación adecuada o sin un tratamiento ambulatorio previo (en caso de estar disponible en su medio) que haya involucrado a la familia o referentes afectivos del paciente si los tiene. También es el caso de pacientes que ya hayan estado internados previamente en una comunidad terapéutica y no hayan seguido tratamiento ambulatorio o instancias de cuidados continuos posteriores a la internación. En estos últimos casos es necesario evaluar e indicar una adecuada preparación en un dispositivo ambulatorio para que puedan beneficiarse de la comunidad terapéutica.
- **Pacientes cuyo principal problema es un déficit en la vivienda,** y el objetivo principal de derivación a la CT es resolver este problema social o económico del paciente.
- **Pacientes con alto riesgo de institucionalización,** cuando los referentes afectivos buscan la internación en la CT como un modo de desvincularse del paciente.
- **Pacientes con obra social vigente.** El tratamiento de las adicciones (incluyendo la cobertura de la internación en comunidades terapéuticas habilitadas) está incluido en el Programa Médico Obligatorio.
- **Padecer una patología orgánica o psiquiátrica aguda que requiera atención sanitaria hospitalaria.**
- **Padecer enfermedad infecto-contagiosa activa que requiera aislamiento.**
- **Conflictos actuales con la ley,** no relacionados con su desorden primario.
- **Conducta antisocial severa.**
- **Ser menor de 14 años.**

<sup>2</sup> Con pleno consentimiento, comprensión y lucidez por parte de ellas, según lo estipulado por la Ley Nacional de Salud Mental 26.657 y Ley del Régimen de Protección de la Salud Mental de la Provincia de Córdoba 9.848. Si durante el transcurso del tratamiento dicho estado de lucidez se pierde, ya sea por el estado de salud de la persona, por efecto de los medicamentos o por terapéuticas aplicadas, es el equipo interdisciplinario de salud, quien decide si continúa el tratamiento en la institución o se deriva a un centro acorde a las problemáticas de la persona, pudiendo reingresar en caso que se lo considere pertinente. La persona bajo tratamiento puede, en cualquier momento, solicitar la interrupción del mismo y retirarse de la institución voluntariamente. El equipo interdisciplinario de salud, sin perjuicio de ello, puede a su vez decidir la interrupción del tratamiento de cualquier persona, basado en criterios terapéuticos.

<sup>3</sup> Este dispositivo debe ser utilizado como último recurso, cuando no es posible la rehabilitación del paciente en los demás niveles, cuando sus estrategias de motivación y de prevención de recaídas no son posibles o carecen de efectividad.

## PROCESO DE ADMISIÓN

El paciente es entrevistado junto a sus referentes afectivos para realizar una evaluación multidimensional. Se explica la metodología de la comunidad terapéutica y se establece un contrato terapéutico donde se explicitan las normas y pautas para permitir su rehabilitación y reinserción social. Puede haber entrevistas adicionales cuando se requiera una mayor preparación del paciente y sus referentes afectivos. La aceptación de la estrategia terapéutica por parte del paciente y de sus referentes afectivos presentes queda rubricada en el consentimiento informado. En caso de ser menor de edad, éste debe estar suscrito además por el/los tutor/es legal/es.

Se solicita al paciente estudios médicos que permitan evaluar su estado de salud al ingreso a la comunidad terapéutica<sup>4</sup>

## MODALIDAD DEL TRATAMIENTO

El tratamiento tiene una duración variable, que depende de los resultados de la evaluación multidimensional única de cada residente y su evolución dentro del dispositivo. En general, no debería ser menor a 30 días ni mayor a 90 días.

Al final de cada semana, se evalúan distintas áreas del desempeño del residente en la comunidad terapéutica.<sup>5</sup>

Las personas residentes cuentan con el acompañamiento de sus familiares o referentes afectivos en visitas regulares y se brindan sesiones de asesoramiento familiar y talleres familiares dentro de la institución.

En la comunidad terapéutica se evalúa individualmente el progreso en las fases de cada residente. En términos generales existen tres fases bastante definidas:

### ● Fase 1 o Fase de adaptación:

#### ● Objetivos:

- Adhesión al tratamiento.
- Identificación al grupo.
- Aceptación de las normas.
- Entrenamiento en rutinas saludables.
- Normalizar pautas básicas: Ciclo vigilia-sueño. Alimentación. Higiene.
- Habituar la toma de medicación según prescripción farmacológica.

<sup>4</sup> Laboratorio: Citológico completo, eritrosedimentación, glucemia, uremia GOT, GPT, orina completa, Ag Hb, test para HIV, VDRL, frotis de esputo p/TBC. ECG con informe cardiológico. EEG con informe neurológico. RX de tórax. Ficha odontológica. Se solicita al paciente o tutor firma de consentimiento informado para la realización de pruebas para HIV inicial y su reiteración anual.

<sup>5</sup> Áreas de desempeño: higiene, trabajo, autonomía, ética, tarea educativa y rol semanal. Cada una de estas áreas tiene un puntaje semanal, evaluado por los operadores terapéuticos de guardia cada día. En la asamblea semanal, se plantea el desempeño de cada paciente individualmente, y es aquí donde se puede observar el principal efecto beneficioso del tratamiento en la comunidad terapéutica. No solo es el equipo interdisciplinario quien evalúa el desempeño semanal de cada paciente, sino que también los propios residentes participan de estas decisiones. Si el residente está conforme, entre todos diagraman estrategias para mejorar su desempeño para la próxima semana, así como también se ofrecen herramientas para afrontar dificultades o los obstáculos que se presenten. También se implementan asambleas no programadas, de manera espontánea, y según la demanda de uno o más residentes de la comunidad, por problemáticas o necesidades puntuales que pudieren surgir. Esto, se da sin importar el horario o espacio físico donde la misma pudiera surgir. Debe mencionarse la importancia del esfuerzo que realiza el equipo terapéutico en su totalidad, para evitar que cualquier problema o inquietud se resuelva de manera personal entre un miembro del equipo terapéutico y el residente. Como se mencionó al comienzo, esta dinámica es fundamental en la CT buscando que los problemas se debatan y resuelvan abiertamente y de manera grupal.

● **Duración:** Desde que ingresan hasta las 4 semanas de tratamiento aproximadamente. Los/las residentes en esta fase están bajo la tutela de un residente de fase 2 ó 3, o también llamado "hermano/a mayor". Suelen desempeñar roles de menor complejidad en las áreas específicas de la casa.<sup>6</sup>

## ● Fase 2 o Fase de Rehabilitación:

### ● Objetivos:

- Tomar conciencia de su conducta problemática, su implicancia, sus vulnerabilidades y sus fortalezas, compartiendo la información obtenida de la evaluación multidimensional realizada.
- Mantener los logros conseguidos desde el inicio del tratamiento.
- Conseguir mayor autonomía y roles de mayor responsabilidad y jerarquía.
- Interiorización de normas y generalización de las mismas en su contexto vital habitual.
- Reestructuración de su rol familiar.
- Aumentar la aceptación ante los cambios.
- Aprender hábitos incompatibles con el consumo.

● **Duración:** Desde la semana 4 a la semana 8. Los/las residentes cumplen el rol de hermano/a mayor, y tienen roles de coordinación de áreas específicas de la casa. Tienen un rol fundamental en la dinámica grupal, en el ejercicio cotidiano de las diversas actividades, colaboran activamente en la contención del grupo y de los residentes en crisis, favoreciendo espacios de reflexión y calma, y la reestructuración del orden y la convivencia saludable del grupo.

## ● Fase 3 o Fase de reinserción social:

### ● Objetivos:

- Reforzar las estrategias de prevención de recaídas.
- Ayudar en la desvinculación del grupo riesgo e inclusión en otros grupos de apoyo para su recuperación.
- Coordinación con los sistemas de cuidados continuos:
- Centro RAAC para continuidad del tratamiento ambulatorio (contacto con los terapeutas, su grupo, grupo de ayuda mutua, etc.)
- Búsqueda de trabajo, reinserción al trabajo o programas de empleo.
- Ocio y Tiempo Libre.
- Educativos/Formativos.
- Incentivar que el residente elabore metas a corto, medio y largo plazo. También llamado "proyecto de vida".

<sup>6</sup> Un paciente que requiere internación en comunidad terapéutica pueden ingresar con una mínima conciencia de enfermedad y voluntad de tratamiento. El período de adaptación y la presencia de síntomas de abstinencia suele incrementar la resistencia del paciente a permanecer en la comunidad, los deseos de abandono del tratamiento o una intención imperiosa de consumo ante lo cual se procede con intervenciones sucesivas que tienden a disuadir al paciente y morigerar la tendencia compulsiva si estuviera presente con las siguientes herramientas:

Socio-afectiva: Grupo de reflexión con pares para dar lugar a la presión positiva grupal.

Psicológica: Atención psicológica individual extraordinaria

Familiar: Sesión familiar extraordinaria

Psicofarmacológica: Administración de medicación S.O.S.

## ACTIVIDADES

Las personas residentes llevan a cabo diversas actividades, adecuadas según la fase y otros criterios evaluados por el equipo técnico/profesional:

- **Terapéuticas:** incluyen psicoterapia de grupo, psicoterapia familiar, psicoterapia individual y asambleas terapéuticas de evaluación semanal de objetivos alcanzados, con la dirección de profesionales.
- **Grupos de reflexión:** Acerca de la integración comunitaria, tanto en el programa como en el ámbito familiar y comunitario.
- **Actividades educativas:** Estimulación y rehabilitación cognitiva, preparatorias para la reinserción social, laboral y la autogestión.
- **Actividades recreativas:** Favoreciendo la interacción grupal positiva, recreación sin drogas, etc.
- **Talleres para la incorporación y/o reforzamiento de valores:** A través de video-debates, charlas, análisis de canciones, encuentros con representantes de instituciones solidarias, etc.
- **Actividades de la vida diaria:** higiene personal y del entorno, elaboración de alimentos, planificación, cuidado del parque, reciclado y cuidado del ambiente, cuidado de la huerta, mantenimiento del mobiliario y de la infraestructura edilicia, etc.
- **Salidas culturales:** Propiciatorias de la ampliación del repertorio de conocimientos, vocabulario, capacidad crítica, etc.
- **Desempeño de roles de responsabilidad según modalidad y estrategia de abordaje:** Coordinador, responsable de menú, cocinero, responsable de actividad recreativa, responsable de actividad educativa, responsable de la limpieza general, mantenimiento, hermano/a mayor, etc.
- **Talleres de huerta, jardinería, costura, herrería, carpintería, pintura, cocina, lectoescritura y música.**
- **Grupo Narcóticos Anónimos.**
- **Asambleas matutinas y nocturnas:** en las primeras, se proyectan las actividades y objetivos del día, mientras que en las segundas, se realiza una evaluación de lo transcurrido durante el día, donde el reconocimiento público de los aspectos positivos y negativos del desenvolvimiento en la comunidad terapéutica facilita el cambio tanto individual como del grupo.

A modo de ejemplo, se expande el concepto del taller de cocina donde, asesorados por un profesional de nutrición, son los/las pacientes quienes se encargan, rotativamente y en grupos, de cocinar para todos sus compañeros/as y el personal presente. Ésto, junto a los demás roles y responsabilidades, tiene como finalidad ejercitar en el individuo la autonomía, el liderazgo y la responsabilidad en el accionar cotidiano.

En cuanto a los grupos de reflexión, "es fundamental fomentar la cohesión del grupo en estas comunidades, promoviendo que a través del grupo mutuamente se acepten, se apoyen y se tiendan a formar relaciones significativas." (Hales, Yudofsky, Gabbard, 2009, p. 1237).

## ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

La indicación de administración de medicamentos es registrada en libro oficial de medicamentos por el personal médico de la institución a efectos de ser efectivizada como medida terapéutica con especificación de horarios y dosis. La misma está a cargo del operador terapéutico y se lleva a cabo en espacios temporales de treinta minutos o más a los efectos de supervisar correcta aceptación por parte del paciente de la medida

indicada y/o advertir la auto-provocación de vómitos, maniobras de evitación de la ingesta, etc. La administración de medicamentos efectivizada es registrada por el operador quien al cabo de cada jornada registra la tarea en el libro oficial de medicamentos, con detalle de dosis y horario.

## REINSERCIÓN SOCIAL

Los/las pacientes cuentan con salidas programadas, durante las cuales deben buscar y afianzar elementos con los que se desenvolverán en su entorno, una vez adquirida el alta programada. Por ejemplo, éstas pueden ser actividades de educación física, participación en clubes y espacios de socialización, búsqueda de empleo y espacio donde vivir, grupos de amigos, religiosos y de recreación, etc.

Las personas residentes en recuperación deben elaborar junto con el equipo una planificación exhaustiva de su externación, mediante el diseño de una estructura diaria de actividades incompatibles con un estilo de vida adictivo o antisocial, a través de un balance entre las actividades constructivas como el trabajo, estudio u obligaciones en el hogar, como aquellas recreativas libres de drogas. Cada persona confecciona su proyecto personal teniendo en cuenta recursos personales y del entorno familiar y socio-comunitario. Acceden mediante el apoyo de entidades y comercios pertenecientes a la red interinstitucional generada por el programa, a pasantías laborales, cursos de capacitación, actividades de bien público, reinserción escolar, etc.

Luego del alta, el/la paciente es derivado al centro ambulatorio de la RAAC más cercano a su domicilio, para que continúe tratamiento. Como se mencionó, es fundamental que la familia permanezca en contacto con el centro ambulatorio de la RAAC durante la internación y que haya una coordinación entre el profesional derivador y el equipo de la CT durante todo el tratamiento residencial.

En caso que no sea posible la articulación con un centro ambulatorio, el equipo de la CT además debe realizar un seguimiento tras su alta, mediante comunicación tanto con el/la paciente como con sus familiares, en repetidas ocasiones. En caso de que ella paciente haya abandonado el tratamiento ambulatorio, se realiza una entrevista motivacional y se le ofrecen alternativas terapéuticas.

## ALTA

Existen dos posibilidades de alta de los pacientes:

El **Alta Programada**: Es aquella que se produce luego de que el/la paciente cumple las doce semanas de su internación y finaliza la etapa de tratamiento en internación. La persona se encuentra preparada con herramientas, nuevos hábitos y procesos reflexivos que la ayudarán a reinsertarse en la sociedad, a nivel laboral, social, familiar y recreativo, con el objetivo principal de no recaer en el consumo de drogas y favorecer un estilo de vida saludable. Comienza un tratamiento ambulatorio en la RAAC más cercana a su domicilio

El **Alta Voluntaria**: Hace referencia a aquella donde el/la paciente abandona el tratamiento antes de cumplidas las doce semanas de su internación. Es fundamental que se le ofrezca y gestione la continuidad en un tratamiento ambulatorio en el centro de la RAAC más cercano a su domicilio. Es indispensable hacer un seguimiento telefónico durante los primeros meses para motivar al paciente a seguir en recuperación, ya sea en un centro ambulatorio para cuidados continuos y/o participar activamente de un grupo de ayuda mutua.

## TRATAMIENTO FAMILIAR

La CT es un potente instrumento terapéutico que posibilita trabajar las disfunciones de la familia en un nuevo sistema más funcional. Siempre se debe evitar caer en el riesgo de que las familias deleguen o depositen los problemas en la institución, con la intención deliberada o no de desentenderse de los mismos, situación fuertemente reforzada cuando hay una gran reducción de las tensiones en el hogar cuando el familiar está internado. Los terapeutas de las CT tienen que tener en cuenta e incorporar lo máximo posible a la familia, de forma que no sea ajena a los cambios del residente y puedan producirse modificaciones en el sistema familiar. En los casos donde sea difícil la participación familiar, por distancia geográfica, transporte o cualquier otra dificultad, se debe insistir en que la familia continúe con el asesoramiento en el centro RAAC de referencia mientras el residente está bajo tratamiento en la CT.

En los casos en los que no se ha trabajado con la familia, cuando el residente finaliza su tratamiento en la CT y se incorpora a su medio, si el sistema familiar continúa sin ningún cambio, se corre un alto riesgo de que vuelva a funcionar como antes. De esta forma viven su proceso con frustración, sintiendo que no ha servido para nada su esfuerzo, provocando situaciones de crisis y de recaída. Esto conduce a que quiera volver a la CT donde se siente protegido, atribuyendo las responsabilidades del fracaso a su familia, en lugar de afrontar y resolver estos problemas vitales de una manera más adaptativa. De este modo, la comunidad terapéutica tendría una función iatrogénica al contribuir a mantener la homeostasis familiar disfuncional y la evitación del paciente, en lugar del cambio.

### ● **Objetivos de las intervenciones familiares en las fases del tratamiento en la CT:**

#### ● **Objetivos en la Fase de Adaptación:**

- Contribuir a la relajación de los conflictos familiares.
- Aceptación de las normas de la CT.
- Informar de las características comportamentales de las adicciones.
- Producir una función de contención durante las salidas del residente.

#### ● **Objetivos en la Fase de Rehabilitación:**

- Reestructuración de los roles familiares.
- Aumentar la aceptación ante los cambios que supone para la dinámica familiar la abstinencia del residente.
- Acompañar y reforzar al residente en hábitos incompatibles con el consumo.

#### ● **Objetivos en la Fase de Reinserción:**

- Informar sobre las estrategias de prevención de recaídas.
- Acompañamiento del residente en los logros adquiridos tras el tratamiento en la comunidad terapéutica.
- Concientizar sobre la importancia del tratamiento ambulatorio.

## CONCLUSIÓN

Las comunidades terapéuticas tienen una larga historia en el campo del tratamiento de los trastornos por consumo de sustancias (ver anexo 1), y para muchos pacientes la experiencia es exitosa. El mayor plazo del tratamiento parece beneficioso para aquellos que persisten más allá del primer mes, y la naturaleza altamente adaptable de la comunidad terapéutica la hace útil para poblaciones diversas que tienen necesidades y problemas especiales. Sin embargo, al igual que muchos tratamientos para los trastornos por consumo de sustancias, el método de las comunidades terapéuticas se desarrolló antes de una teoría e investigación que la sustente. La naturaleza atórica de las comunidades terapéuticas significa que la investigación se ha visto obligada a desarrollar explicaciones posteriores de cómo y por qué funcionaban o no. Actualmente, se están indagando acerca de:

**A- Las características de los/las paciente que más o menos se benefician de la CT y por qué**

**B- Las características del equipo técnico/profesional de la CT que resultan más efectivas y por qué**

**C- Los componentes de la CT más estrechamente relacionados con los resultados positivos del tratamiento.**

A medida que los sistemas de atención de salud cambian y evolucionan hacia aquellos con mayor evidencia científica de eficacia, los programas basados en la experiencia, como las comunidades terapéuticas, deben participar en la evaluación para identificar las prácticas que deben mantenerse y las que no, según los resultados de la investigación. Esto significa que las comunidades terapéuticas deberán continuar desarrollando y adoptando los componentes más eficaces y eficientes del tratamiento y dejando los métodos y criterios que sean innecesarios.

En conclusión, las comunidades terapéuticas apuntan a lograr la reinserción social del paciente, así como el reaprendizaje de habilidades psicosociales para su óptimo desempeño en su núcleo social. Las crisis se entienden como aprendizaje, se comparten en grupo y todas las actividades están diseñadas para que tengan un impacto terapéutico. Al encontrarse con pares dentro de la comunidad, los mismos ejercerán una influencia positiva que se comparte y transmite entre los más antiguos y los recién llegados.

Como expone Juan Samaja (2004) en su libro *Epistemología de la Salud*, la realidad social no es un mero conglomerado de individuos aislados sino, por el contrario, insertos en una totalidad o comunidad, es decir, como un "organismo" donde irá construyendo diferentes niveles de integración. De esta manera, el sujeto inserto en una comunidad, se reconstruye en dirección de la recuperación de sus adicciones.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Comas Arnau, D. (2010), La metodología de la comunidad terapéutica. Editorial Atenea.
- Miller, F., Rosenthal, S. (2019). The ASAM Principles in Addiction Medicine. 6° Edición. Editorial Wolter Kluwers.
- Organización De Los Estados Americanos (OEA), Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) (2015) "Guía Práctica para la Organización de un Sistema Integral de Tratamiento de la Dependencia de Drogas".
- Jones, M. (1968). La Psiquiatría Social en la Práctica. Editorial Américale.
- Fisher, G., Roget, N. (2009). Encyclopedia of substance abuse prevention, treatment, and recovery. Editorial SAGE.
- De Vega, G. (2014). Comunidad Terapéutica en Salud Mental y Adicciones. Efectividad, eficacia y eficiencia del modelo multimodal de alta complejidad psicosocial en el tratamiento preventivo-asistencial de las adicciones.



PROAPSI. Asociación de Psiquiatras Argentinos. Editorial Panamericana.

- Gracia Pastor, J., Josa Lázaro, C., Montesa Lou, B. (2013): Comunidad Terapéutica y Familia. <http://www.fundacioncsz.org/Publicaciones.php>
- Juan Samaja (2004). Epistemología de la Salud. Editorial Lugar
- Secretaría de Prevención y Asistencia de las Adicciones. Ministerio de Salud. Gobierno de Córdoba (2018). Pliego General de Comunidad Terapéutica Santa María de Punilla.
- Secretaría de Prevención y Asistencia de las Adicciones. Ministerio de Salud. Gobierno de Córdoba (2019). Pliego General de Comunidad Terapéutica Mariano Planells de San Francisco.
- Mee-Lee, D., Shulman G. (2019) The ASAM Criteria and Matching Patients to Treatment. The ASAM Principles in Addiction Medicine. 6° Edición. Editorial Wolter Kluwers.
- Miller, W. Forcehimes, A., Zweben, A. (2011) Treating addiction. A Guide for Professionals. Editorial The Guilford Press.

## ANEXOS

### ANEXO 1: BREVE HISTORIA DE LAS COMUNIDADES TERAPÉUTICAS

El concepto de *comunidad* se le atribuye a Epicuro de Samos, en la Antigua Grecia. Considerado el padre del epicureísmo, funda algo muy similar al concepto actual de comunidad terapéutica destinada a personas que aspiraban a ser filósofos y sabios. Tenían que convivir por varios meses, a los fines de obtener conocimiento y beneficios de crecimiento espiritual. Pero es luego de la Segunda Guerra Mundial (debido al aumento en la tasa de enfermedades psiquiátricas) que se hace imperativa la necesidad de nuevas estrategias terapéuticas, como las **terapias de grupo**, cuyo primer antecedente data del año 1940, en el Hospital Militar de Northfield, Inglaterra, bajo la dirección de Wilfred Bion (1897-1979), quien agrega conceptos de Sigmund Fulkes (psiquiatra germano británico, quien promulgaba que cuando el paciente cuida al grupo, se está cuidando a sí mismo).

En 1947, nace la primera Comunidad Terapéutica propiamente dicha en el Hospital Henderson en Inglaterra, dirigida por Maxwell Jones. Este psiquiatra sudafricano, sostenía que los pacientes debían trabajar en todo tipo de responsabilidades dentro de la comunidad. Mediante este proceso supervisado se lograba un constructo de la propia recuperación, adquiriendo nuevos hábitos y ayudando a otros, a través de la participación en asambleas comunitarias y asumiendo diferentes roles en pos del bienestar general. Se promovía un ambiente de libertad en la interrelación de los diferentes ámbitos. Esta visión democrática de los papeles a seguir, marca diferencias importantes con instituciones sanitarias psiquiátricas en donde el tratamiento es individual y sólo son los miembros del personal sanitario quienes marcan las pautas a seguir, con escasa o nula participación de los usuarios en el proceso.

En Estados Unidos, nacen los grupos Oxford, dirigidos por el Pastor Episcopaliano Samuel Shoemaker. Dichos grupos son los antecedentes directos de Alcohólicos Anónimos (AA) y sus programas de 12 pasos. Los grupos de AA serán la antesala de "Synanon", considerada históricamente como la primera Comunidad Terapéutica residencial, específicamente dedicada a la recuperación de personas con adicciones. Fue fundada por Charles Dederich en 1958, quien era un alcohólico en recuperación y quiso implementar los principios de AA en las personas con adicciones a otras drogas. Dicho fundador reemplaza los valores espirituales por conceptos pragmáticos marcados por su carisma personal, que finalmente llevará a la disolución de Synanon, cuyas prácticas distorsionadas la asemejan a una secta fundamentalista, de alta nocividad. A pesar de que Synanon terminó de manera abrupta, sirvió para que algunas personas que participaron de dicha organización, entre ellos, David Deitch, rescatasen los aspectos positivos y sus logros, estableciendo de esta manera nuevas comunidades terapéuticas con principios éticos y programáticos totalmente diferentes.

Entre las propuestas más exitosas y que aún perduran en la actualidad, se encuentra Daytop, fundada por David Deitch, Daniel Casriel y Monseñor O'Brien. Ésta incorpora terapias como el psicodrama, terapias con juego, teatralizaciones, teniendo como característica, que la mayoría de los pacientes provienen del sistema penitenciario.

En Argentina el médico Enrique Pichon Riviere introduce esta modalidad en la década del 60, en el Hospicio de las Mercedes, actual Borda. También el médico psiquiatra Raúl Caminos funda y pone en funcionamiento una Comunidad Terapéutica para pacientes con enfermedades mentales persistentes en el Hospital Colonia Ciudad Federal, ubicado en Entre Ríos y que hoy lleva su nombre en homenaje a la labor desarrollada. Se considera esta experiencia como pionera en el movimiento de desmanicomialización.

En 1980, se introduce el "Programa Andrés" dirigido por el pastor evangélico Novelli, capacitado en Italia, en el proyecto "Uomo". Desde los años '90 se crean muchas comunidades terapéuticas a lo largo de todo el territorio nacional.

A partir de ello, se crea la Federación de Organizaciones no Gubernamentales de la Argentina para la Prevención y el Tratamiento de Abuso de Drogas (FONGA) que nuclea a instituciones de todo el país dedicadas a la prevención y asistencia de las adicciones. Aunque reúne muchas comunidades terapéuticas, también abarca una amplia variedad de modelos de abordaje, acordes a la complejidad y diversidad que la problemática del consumo de sustancias presenta hoy en nuestro país. En cuanto al ámbito internacional, FONGA es miembro de la World Federation of Therapeutics Communities (WFTC) con sede en Estados Unidos, de la Red iberoamericana de ONGs que trabajan en drogodependencia (RIOD) y de la Federación Latinoamericana de Comunidades Terapéuticas (FLACT).

## ANEXO 2

Decreto 33/08. Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba. Ver anexo XIX. Habilitación de establecimiento de atención para adicciones.

[https://www.cba.gov.ar/wp-content/4p96humuzp/2012/06/sal\\_rugepresa\\_anexoi.pdf](https://www.cba.gov.ar/wp-content/4p96humuzp/2012/06/sal_rugepresa_anexoi.pdf)

## ANEXO 3: COMPOSICIÓN DEL EQUIPO TERAPÉUTICO

- **Médico clínico:** Procura la recuperación del estado físico del paciente afectado por consumo, el mantenimiento de dicho estado en el proceso de recuperación y la compatibilidad de condiciones físicas con las exigencias del programa de recuperación. El médico clínico:
  - Evalúa el estado general de salud del paciente ingresante, su compatibilidad con la permanencia en comunidad terapéutica y condiciones para atravesar el período de internación de 90 días en la misma (alimentación, actividad física, medicación clínico-orgánica, cuidados especiales, etc.)
  - Realiza el seguimiento semanal del estado de salud de cada paciente
  - Indica en caso de necesidad, interconsulta con otras especialidades médicas, informando a familiares o sustitutos institucionales.
  - Contacta con equipos e instituciones destinatarias de interconsulta.
  - Deriva al paciente a nosocomio pertinente en caso de interrumpirse las condiciones de compatibilidad de salud para la permanencia en comunidad.

- Mantiene contacto asiduo y colaborativo con psicoterapeuta a cargo de cada caso que requiera intervención clínica médica.
- Informa en la historia clínica los resultados de evaluaciones, indicaciones, contactos familiares, pedidos de interconsultas y derivaciones de cada paciente.
- Informa y/o consulta con la dirección médica toda situación extraordinaria que implique interconsulta y/o derivación.
- **Médico Psiquiatra:** Interviene en el diagnóstico y pronóstico de salud mental del paciente ingresante/en recuperación, el control del síndrome de abstinencia y conductas tanto relacionadas con la adicción a sustancias como con la base psicopatológica. El médico psiquiatra:
  - Evalúa al paciente ingresante, estado de intoxicación, diagnóstico subyacente a la patología adictiva e intensidad de los diversos síntomas.
  - Toma medidas psicofarmacológicas en coordinación con el médico clínico y teniendo en cuenta toda presencia de otra patología orgánica.
  - Previene e interviene en crisis psicomotrices, de ansiedad y/o angustia tomando medidas terapéuticas pertinentes al caso, coordinadamente con el psicoterapeuta asignado al caso.
  - Interactúa con la familia o referente institucional en el caso de que el residente requiera medicación psicofarmacológica distinta al esquema habitual de control de la abstinencia y para su provisión inmediata.
  - Co-dirige psicoterapias grupales con el profesional psicólogo, destinadas a grupos de 15 residentes a diario.
  - Informa en historia clínica observaciones y medidas clínico-psiquiátricas a tomar, indicaciones e intervenciones realizadas sobre residentes y/o grupos de residentes.
  - Mantiene contacto asiduo y colaborativo con psicoterapeuta a cargo de cada caso que requiera particular intervención psiquiátrica.
  - Informa a la dirección médica medidas especiales a tomar como interconsultas o derivaciones a otros centros de salud mental o discapacidad.
- **Nutricionista:** Supervisa la alimentación del paciente en recuperación tanto para favorecer su acceso a un estado de equilibrio saludable como para preservarlo tanto de excesos o incorporación de alimentos inconvenientes a su condición física particular, como de contaminación en el proceso de elaboración. El profesional nutricionista:
  - Supervisa la gestión y organización comunitaria destinada a la producción de alimentos, velando por la calidad y la salubridad de los mismos durante todo el proceso de producción de la dieta comunitaria.
  - Forma al residente encargado de cocina y menú en materia de seguridad alimentaria, planifica menús dando participación a residentes y valora el equilibrio nutricional de la oferta alimentaria en la comunidad.
  - Actúa sobre la alimentación de cada residente o grupo de residentes enfermos (después del diagnóstico médico), teniendo en cuenta las necesidades fisiológicas y/o patológicas de cada uno.
  - Mantiene contacto asiduo y colaborativo con psicoterapeuta a cargo de cada caso que requiera particular intervención nutricional.
- **Operador terapéutico:** Acompaña al paciente en recuperación, promueve en él la adquisición de hábitos sanos, procura generar el interés en la adquisición de conocimientos, propone límites a las conductas excesivas e impulsos, supervisa sus actividades previniendo riesgos para sí y terceros. El operador terapéutico:
  - Acompaña y contiene emocionalmente a residentes.
  - Administra oportuna y adecuadamente la medicación indicada por profesionales médicos.
  - Vigila, cumple y hace cumplir medidas de seguridad.
  - Vela por la correcta alimentación, descanso y abrigo de residentes.



- Toma medidas preventivas y resolutorias respecto de episodios de violencia o excesos entre los residentes y/o entre residentes y personal.
- Supervisa actividades tanto educativas como recreativas y de la vida diaria de los/las residentes.
- Evalúa diariamente comportamientos y actitudes de residentes confeccionando planilla de evaluación individual.
- Informa a diario al equipo profesional mediante libro de novedades, acerca de particularidades del comportamiento de residentes.
- Avisa de manera inmediata al equipo profesional sobre dolencias físicas de residentes.
- Favorece la integración grupal de los residentes.
- Registra en libro de novedades a diario, los principales acontecimientos grupales e individuales protagonizados por residentes y/o terceros en la comunidad.
- Mantiene contacto asiduo y colaborativo con psicoterapeuta a cargo de cada caso que requiera intervención especial del operador.
- **Psicólogo:** Interviene en el diagnóstico y pronóstico de salud mental del paciente ingresante/en recuperación en base a lo cual elabora y dirige estrategias de contención psico-afectiva del paciente en tratamiento y de reinserción social. El profesional psicólogo:
  - Participa a solicitud de la dirección médica del proceso de admisión de residentes en comunidad.
  - Co-dirige psicoterapias de grupo diarias con el psiquiatra, en grupos de 15 pacientes.
  - Lleva el seguimiento y elabora estrategia terapéutica de 10 a 15 pacientes estableciendo contacto a los fines de la reinserción social, con los respectivos grupos familiares superado el período de restricción o aislamiento del residente de su entorno (30 días)
  - Registra interacciones con grupos familiares y observaciones personales así como indicaciones terapéuticas en historia clínica.
  - Registra situaciones particulares y de relevancia para conocimiento del equipo interdisciplinario en libro de novedades.
  - Indica al operador terapéutico medidas de especiales de contención y acompañamiento en casos y/o situaciones especiales.
  - Elabora informe mensual de evolución de pacientes a cuyo cargo tiene el seguimiento, presentándolo el día 30 de cada mes a dirección médica.
- **Tallerista:** Aporta a pacientes y grupos de pacientes, habilidades y conocimientos relacionados a una especialidad laboral y/o creativa. Entrena en especialidades laborales y artísticas. El tallerista:
  - Coordina espacios pautados de aprendizaje de oficio en comunidad.
  - Aporta habilidades manuales e intelectuales a los residentes de comunidad, requeridas para el desempeño laboral en alguna de sus especialidades.
  - Motiva a residentes y grupos de residentes en la búsqueda del conocimiento específico de un oficio y sus potencialidades para la elaboración de un proyecto de vida personal.
  - Prepara a los residentes en cuanto a medidas de seguridad necesarias e imprescindibles para el ejercicio seguro de un oficio.
  - Interactúa y colabora con el operador a cargo de la guardia.
  - Mantiene contacto asiduo y colaborativo con psicoterapeuta a cargo de cada caso que requiera intervención particular y/o especial en los talleres.
- **Trabajador social:** Facilita al paciente, familia y terapeuta del caso, el acceso a los recursos sociales, admi-



nistrativos, laborales y educacionales necesarios y/o útiles para la estructuración de un plan de reinserción social. El trabajador social se encarga de:

- Entrevistar a familias y/o pacientes con objetivos ligados a la estrategia terapéutica y a solicitud del terapeuta a cargo del caso.
- Elaborar informes sociales toda vez que se hagan necesarios a los fines terapéuticos o administrativos y a solicitud de la dirección institucional.
- Acompañar y asesorar a las familias para la obtención de documentación requerida por la dirección de transporte, para la obtención de pase libre en los casos de pacientes procedentes del interior de la provincia de Córdoba, en tratamiento bajo modalidad de hospital de día u ambulatoria.
- Procurar hogar transitorio o definitivo, acorde a la estrategia terapéutica, para pacientes cuyo vínculo familiar se encuentre interrumpido, priorizando la posibilidad de re-vinculación y restitución al hogar salvo indicación terapéutica en contrario.
- Consigna en historia clínica y libro de novedades toda intervención sobre grupos familiares y de residentes.
- Participa a solicitud de la dirección médica del proceso de admisión de residentes en comunidad.
- Intercambia colaborativamente datos y recursos con el equipo interdisciplinario.





**RAAC**

Red Asistencial  
de las Adicciones  
de Córdoba



PLAN PROVINCIAL DE  
**PREVENCIÓN Y ASISTENCIA  
DE LAS ADICCIONES**

Secretaría de  
**PREVENCIÓN Y ASISTENCIA  
DE LAS ADICCIONES**

Ministerio de  
**SALUD**



GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE  
**CÓRDOBA**



**ENTRE  
TODOS**