

ASISTENCIA A DROGADEPENDIENTES: DE LA TRADICIÓN AL ECLECTICISMO

Por Carlos Souza, Presidente de la Fundación Aylén – Prevención, Asistencia y Capacitación en Drogadependencia.

Introducción

A diferencia de las ciencias “duras” como la física o la lógica, la salud mental, en particular la asistencia a drogadependientes, tiene aristas y complejidades que hacen especialmente difícil definir abordajes compartidos por todos. Descartes, como paradigma del racionalismo, diría que no hay criterios “universales y necesarios”. Kant, a través de su “revolución copernicana”, unió dos corrientes que hasta ese momento parecían irreconciliables: el empirismo radical y el racionalismo.

Afirmó que el hombre, a través de un complejo proceso de elaboración, síntesis y razonamiento, puede obtener conclusiones “universales y necesarias”, pero que no son originadas solamente en la razón, pues utiliza también los datos que nos proporciona la experiencia.

Esta breve introducción a partir de la filosofía puede servir como analogía frente a los desafíos que nos plantea el quehacer asistencial a drogadependientes, según qué prisma utilizemos para analizar el fenómeno.

Corrientes

Para la corriente psicodinámica, un sujeto adicto es alguien que posee conflictos inconscientes no elaborados, con un superyó lábil y una fijación en la etapa oral. Aún hoy nos encontramos con psicoanalistas que atienden a drogadependientes, en plena etapa de consumo, interpretando sus sueños, actos fallidos, lapsus y la transferencia. Particularmente opino que un adicto no es abordable desde el consultorio bajo esta corriente. Cuando me refiero a adicto estoy dando cuenta de un sujeto en el que toda su energía se encuentra ocupada por el consumo de sustancias. No hay espacio ni recursos para sostener actividades que no estén ligadas a su adicción. Esta distinción marca la diferencia del consumidor ocasional y el adicto compulsivo.

El cognitivismo, hijo del conductismo watsoniano, estudia al sujeto adicto analizando sus capacidades intelectuales (CI), los mecanismos de entrada y procesamiento de la información y el tipo de respuesta, ade-

cuada o inadecuada, que produce. Se trata de generar cambios en los sistemas cognitivos utilizando múltiples técnicas que promuevan cambios positivos de conducta. Lo inconsciente, si bien puede ser tenido en cuenta por el terapeuta, no está incluido necesariamente en el abordaje.

Las neurociencias ponen el foco en el daño cerebral que ocasionó el abuso de sustancias, su medición, diagnóstico y abordaje farmacológico para mejorar los procesos neuronales, como la inhibición de la recaptación de la serotonina para aumentar su acción en la sinapsis, entre otros objetivos psicofarmacológicos que tienen como eje la fisiología del sistema nervioso central.

El humanismo de Rogers y Frankl va a aportar la visión de un sujeto que por diferentes motivos no logró la autorrealización. Maslow describió en su conocida “pirámide de necesidades” que en la base se encuentran las necesidades fisiológicas que no requieren motivación propia (respiración, sueño, hambre, etc.).

En la medida que se asciende, aparecen las necesidades de seguridad (familia, rutina), amor, autoestima, necesidades cognoscitivas, estéticas y, en la cumbre, la autorrealización o “volverse todo lo que se es capaz de ser”. Es cierto que el proceso no es lineal, ya que un sujeto tiene insatisfechas sus necesidades fisiológicas o de seguridad, difícilmente pueda autorrealizarse.

El terapeuta sistémico estudiará los patrones relacionales de las constelaciones familiares, las relaciones estereotipadas, viendo al adicto como el emergente de un sistema o subsistemas disfuncionales. Buscará generar cambios en la estructura familiar que permitan eliminar el síntoma y promover la autonomía, entre otras metas.

Podría seguir enumerando posturas frente al abordaje: la autoayuda que re-

chaza la intervención profesional, las entidades religiosas que han fundado sus propios programas, las comunidades de vida que ofrecen un lugar de pertenencia por períodos que duran varios años. Personal y profesionalmente opino que es necesario tomar lo mejor de cada modelo teórico.

Lamentablemente aún persiste la tendencia, aunque menos que en la década pasada, que tiene cada sistema o corriente teórica de abrazar sus métodos a modo de una religión, cuestionando o, muchas veces, descalificando todo aquello que no co-mulga con dicha creencia.

El llamado “abordaje interdisciplinario” en muchos casos, está circunscrito a profesionales que adhieren a la ideología o propuesta del líder de una organización y, por lo tanto, resulta una mera prolongación de la misma y única visión. Es una mera etiqueta. La interdisciplina debe ser una actitud cultural integradora, una visión pluralista de los problemas, no la mera sumatoria de diferentes corrientes profesionales.

Comunidades terapéuticas

Las comunidades terapéuticas no quedan fuera de estas vicisitudes. Si bien tienen su origen en la psiquiatría de Maxuel Jones, finalmente tuvieron su mayor desarrollo en los Estados Unidos en la década del '60, siendo las organizaciones más conocidas y pioneras el Programa Daytop (USA) y el CeIS de Roma (Proyecto Uomo). Debido a su origen empírico y a algunos métodos ligados al abuso de poder, han recibido muchas críticas provenientes del ámbito profesional, una gran mayoría de ellas injustas, otras absolutamente válidas, sobre todo las ligadas al abuso de poder y a métodos autoritarios. No obstante, son una alternativa válida, ya que han realizado en los últimos diez años transformaciones positivas dignas de tener en cuenta.

Definir actualmente qué es una Comunidad Terapéutica es como tratar

El terapeuta sistémico estudiará los patrones relacionales de las constelaciones familiares, las relaciones estereotipadas, viendo al adicto como el emergente de un sistema o subsistemas disfuncionales.

Definir actualmente qué es una Comunidad Terapéutica es como tratar de definir a la psicología. Existen tantas corrientes y estilos que resulta difícil establecer parámetros comunes.

de definir a la psicología. Existen tantas corrientes y estilos que resulta difícil establecer parámetros comunes. Como ejemplo, si bien todos sabemos que el concepto democracia implica una forma de gobierno participativa, lo cierto es que en muchos países existen sistemas denominados democráticos que en la práctica son autoritarios. No obstante, en las comunidades terapéuticas existen algunos criterios comunes:

- Ofrecer al usuario del programa un ambiente que limite el despliegue de su impulsividad (actino-out); incluir al grupo familiar activamente en el proceso de recuperación; ejercitar capacidades cognitivas y promover el desarrollo de habilidades sociales.

- Se trata de un reaprendizaje social integral, que va más allá de lograr la abstinencia, reconstruyendo la vida interna y externa del usuario.

Cada comunidad terapéutica u organización dedicada al cuidado de la salud se guía por propio sistema de creencias o código, un sistema de valores que sustenta su trabajo. Es debido a esto que, independientemente de las metodologías implementadas, cada institución debe ser evaluada por los valores que la sustentan.

En este sentido intentaré brindar algunos aportes de mi experiencia en el trabajo de campo en la organización que presido, sin la intención de presentar "El modelo" de organización, ya que sería contradictorio con el espíritu de este artículo. Mi deseo es mostrar el arduo trabajo que significó, y significa todavía hoy, integrar efectivamente los diferentes modelos teóricos que fundamentan nuestro trabajo. El sustento teórico de nuestra organización incluye a todos los modelos mencionados al inicio. El arduo trabajo está dirigido a lograr, en el proceso interno de formación científica, identidades profesionales flexibles, abiertas a rescatar

lo mejor de cada modelo teórico. Este trabajo implica pensar la tarea no en términos de interdisciplina sino de transdisciplina. Es decir, elaborar en el ámbito de una comunidad terapéutica urbana la experiencia de un grupo de trabajo en la cual confluyen, de manera complementaria y armoniosa, las corrientes teóricas antes mencionadas.

El sistema de la organización es normativo y cerrado al inicio (40 días aproximadamente), donde el usuario, con el tiempo, va teniendo mayor contacto con lo social. Acá me detendré brevemente a hablar de las redes sociofamiliares de contención, porque, para que este tipo de estructura sea eficaz, fue necesario darle un mayor protagonismo a aquellos que rodean al adicto.

Para definir el concepto de redes utilizo siempre la idea de grupos de padres, grupos en red, parejas y amigos (donde participan los amigos positivos). Es necesario realizar una fuerte convocatoria, ya que no siempre acuden todos. Probamos distintas estrategias para convocar a la familia y al resto de la red. Cuando hay algún miembro familiar que, luego de varias convocatorias, no quiere participar en algún espacio, el equipo no lo incluye. Esto es diferente a lo que se hacía en el abordaje tradicional, donde se les imponía a los padres tener que estar, realizándose entonces encuentros en los cuales se producían pseudo cambios, donde se expresaban emociones y se hacían promesas que posteriormente no se podían sostener.

En la actualidad utilizamos distintas estrategias con el fin de lograr incluir a la "red posible", ya que si no lo hacemos así, posteriormente, en la reinserción social, surgen las grandes desilusiones y frustraciones, producto de un proceso irreal originado en esa pseudo unión familiar, que se promueve a veces en las comunida-

des, con muy buenas intenciones. Frecuentemente esto sucede más por cumplir un deseo de la Institución, que por la posibilidad y la voluntad que tiene el grupo familiar de hacer una cohesión real. Sin embargo, aun con estas dificultades, el trabajo con las redes sociofamiliares es un pilar del tratamiento.

Otro punto sobre el que ponemos especial atención es que el usuario se desprenda de la institución a modo de objeto transicional (Winnicott); buscamos que tenga mucho contacto con lo social. Es una internación muy abierta y compleja, ya que permite un mayor ingreso de estímulos porque cuando el usuario aprendió a controlar mejor su impulsividad y desarrolló su potencial cognitivo, promovemos la realización de alguna actividad fuera de la institución pero cercana a la organización. Retomar un curso, un taller, o alguna actividad positiva.

Una organización, para trabajar en una red interna, tiene que trabajar con la red externa, sumada a la red local. Los usuarios, por ejemplo, realizan actividades deportivas en un club de la zona, con el que tenemos una relación muy fluida. Debido a que en el club tienen lugar muchas reuniones sociales, los usuarios sienten mucho temor a cómo van a ser vistos y evaluados por los demás, por la sociedad en general. Esto se elabora como material terapéutico proveniente del afuera que se procesa en el adentro institucional.

También asisten a un taller de computación, que aporta importantes estímulos cognitivos. El taller de arte es un espacio significativo que permite la expresión terapéutica de emociones que al principio no pueden comunicarse en forma verbal, especialmente en personalidades con escasa capacidad para simbolizar.

Los dos ejes más importantes son, entonces, el relativo a los aprendiza-

jes de habilidades sociales, y el relativo a la capacitación. Dentro de la organización y la vida comunitaria, estos dos ejes tienen el mismo valor y el mismo status que la terapia.

Los usuarios se van separando de la institución de manera gradual. Pasan de un sistema de internación muy vertical al inicio, a un sistema socio-psico-terapéutico-educativo horizontal muy intensivo. Luego inician régimen de Hospital de Noche, es decir, cumplen actividades durante el día (trabajo, estudio, etc.), y por las tardes participan de sus grupos y terapias, incluyendo el espacio individual. El proceso es paulatino y muy flexible.

En síntesis, tratamos de impedir daños secundarios de las internaciones, desarrollando el proceso de recuperación del usuario dentro de un marco muy poroso, protegido, pero trabajando con el estímulo real social.

Cuando detectamos signos de organización, se indican los estudios necesarios para profundizar el diagnóstico y articular un abordaje médico farmacológico si el caso lo requiere.

Desde esta perspectiva no vemos al problema de la drogodependencia como una enfermedad, sino como problemas de aprendizaje. Las respuestas equivocadas y la drogadependencia es una de ellas, se instalan en los momentos evolutivos críticos o "bisagra", como la adolescencia, ya que son períodos de transición pasaje y cambios. Los grupos que rodean a la persona y el contexto familiar son espacios de transición, que permiten o no la adaptación a los continuos procesos de cambios externos e internos. Es en esos períodos críticos, en los que el ambiente y los grupos que rodean a la persona ejercen una fuerte influencia, cuando se aprenden e incorporan respuestas inadecuadas.

No vemos a la adicción como una enfermedad. El adicto es una perso-

En síntesis, tratamos de impedir daños secundarios de las internaciones, desarrollando el proceso de recuperación del usuario dentro de un marco muy poroso, protegido, pero trabajando con el estímulo real social.

Cada comunidad terapéutica u organización dedicada al cuidado de la salud se guía por propio sistema de creencias o código, un sistema de valores que sustenta su trabajo.

na que por diferentes motivos no logró encontrar las respuestas adecuadas que le requería el ambiente social y su momento evolutivo, desarrollando inhibiciones que le impidieron elaborar proyectos positivos e insertarse en las redes sociales.

Existe un porcentaje mínimo de adictos, aunque en aumento, que se encuentra seriamente dañado y con un alto nivel de perturbación psíquica a los que sí se podría considerar enfermos. Son los pacientes “duals”. A veces se hace un diagnóstico prematuro de “paciente dual” en pleno proceso de desorganización psíquica debido al consumo de drogas. Un certero diagnóstico diferencial se realiza luego de un período de abstinencia mínimo de 60 días para “despejar el terreno” y poder, de esta manera, categorizar los elementos psicopatológicos encubiertos o no por la situación de consumo.

Desde esta mirada la organización institucional no es un espacio terapéutico sino de aprendizajes. Es más, un buen nombre sería Comunidad Urbana de Reaprendizaje Social. Entonces, somos un espacio transicional donde se desarrollan y promueven aprendizajes. La vida diaria en la comunidad ofrece múltiples posibilidades para estos aprendizajes. Los grupos y talleres son los espacios privilegiados para que esto ocurra.

Lo que intento transmitir es que tanto lo intra como lo extrainstitucional se trabaja en los espacios grupales e individuales. No se trata de psicoterapeutizar todo lo que ocurre en la vida cotidiana, sino trabajar en el aquí y ahora, promoviendo las capacidades del grupo para entender lo que está pasando. En esta forma de entender las cosas influenciaron en nosotros Winnicott, Bion y Rogers, para conceptualizar nuestras experiencias.

Los instrumentos que utilizamos son variados: el dispositivo de multifamilias, grupo de padres, grupos de red, multiparejas y multired, grupos psicoterapéuticos, taller de arteterapia, terapia individual, familiar, actividades deportivas, lúdicas, etc. Lo terapéutico es el acto en sí del ambiente e interacción.

El trabajo de equipo entre los profesionales es muy importante. Se realizan reuniones de contención para el equipo para prevenir el desgaste de sus miembros, que los llevaría a renunciar, o a enfermar. Instrumentamos dos espacios que nos llevan mucho tiempo. Una reunión de equipo, que es mayormente técnica, es decir hablamos de los usuarios, métodos, evolución, estrategias, etc.

El otro espacio que se instrumenta está dirigido a revisar cómo estamos trabajando desde nuestras vivencias personales, qué sensaciones tenemos frente a algunas situaciones. Nuestro trabajo tiene características tóxicas. Es apropiada la analogía con una fábrica que produce desechos tóxicos que deben ser procesados y eliminados. Se trata de cuidar la salud mental del equipo y prevenir el síndrome del burn out.

Es interesante entender cómo el proceso de cambio se da por el efecto global que tiene la comunidad terapéutica en el usuario, no por una terapia en sí misma. O sea que la naturaleza de la acción terapéutica de la CT está en el conjunto de instrumentos educativos, de reaprendizaje, artísticos, deportivos, de control farmacológico, psiquiátrico, psicológico, espacios recreativos, laborales, etc.

No es posible definir por qué se produce el cambio. Puede ser porque el usuario encontró su pertenencia en la red externa, o porque pudo desa-

rollarse laboralmente y esto le permitió elaborar un proyecto vital lo que produjo un cambio el contexto cambió. Al cambiar el contexto cambia también cada uno de los que conviven en ese contexto. Alguien dirá, seguramente el terapeuta familiar, que la situación se modificó porque la familia encontró un nuevo equilibrio, otros dirán que el cambio en el usuario se dio por el buen desarrollo laboral; el psiquiatra seguramente afirmará que dio con la medicación indicada, el terapeuta individual dirá que abordó los conflictos subyacentes a la adicción, etc.

A mí particularmente no me interesa cuál fue la naturaleza del cambio o identificar cuáles fueron sus causas. Sí creo que nunca es por una sola causa. Si bien existen ejes que tienen mayor fuerza que otros según los distintos tipos de adictos, el conjunto actúa como una totalidad indivisible. Para lograr consenso dentro de la discusión de casos en el equipo es fundamental romper con el narcisismo profesional para dar lugar a la sinergia, lo cual no es una tarea sencilla.

Conclusiones

Para terminar, quiero decir que yo no presento el tema de las rivalidades entre las comunidades democráticas vs. las autoritarias, ya que no creo en ese tipo de pensamiento. Hablo de sistemas de tratamiento cerrados, semi-cerrados o abiertos.

Los sistemas más cerrados (no solo en lo físico sino en el diseño del tratamiento) deben existir y son muy buenos y eficaces para usuarios con determinado perfil y diagnósticos determinados, ya que carecen de un monto mínimo de sostén personal o “simbolización” que les permita estar dentro de un régimen más abierto. En esos casos los derivamos, porque sabemos que necesitan un siste-

ma de contención con características más cerradas, psiquiátricas o ambulatorias, porque queremos evitar fracasar, además de evitar ser un eslabón más en la cadena de fracasos terapéuticos que generalmente traen nuestros usuarios. La ética forma parte del sistema de derivaciones, evitando un desgaste innecesario. No se puede dejar de tener en cuenta que la organización ostenta un lugar de poder y ese poder puede ser bien o mal utilizado.

De esta manera quedan planteados algunos desafíos y respuestas. Los desafíos están ligados a que los equipos logren desarrollar “nuevas competencias” en el turbulento y cambiante escenario social. Estas competencias y nuevos recursos se logran atravesando barreras de inestabilidad –se pone en juego lo aprendido, sea cual sea la identidad profesional–.

La continua transformación social y de perfiles en los adictos nos tiene que motivar a revisar nuestros sistemas de creencias y metodologías. Para eso las organizaciones deben proveer tiempos y espacios definidos.

Las respuestas están dirigidas a comprender que, actualmente, en el modelo de comunidad terapéutica existen verdaderas bases teóricas que sustentan el quehacer diario. Ya lo dijo Harold Bridger (Tavinstock Institute –Londres), “las organizaciones tienden a repetir internamente aspectos de la problemática que tratan”.

Esto debe hacernos reflexionar en la necesidad de llegar a un verdadero eclecticismo, cooperación entre profesionales y coordinación de redes. No se trata de una aspiración filantrópica, sino de las demandas que nos hace el cuerpo social frente a las cuales tenemos la responsabilidad de dar respuestas eficaces.

El cognitismo, hijo del conductismo watsoniano, estudia al sujeto adicto analizando sus capacidades intelectuales (CI), los mecanismos de entrada y procesamiento de la información y el tipo de respuesta, adecuada o inadecuada, que produce.