

Abordaje del paciente toxicómano desde una experiencia ambulatoria

Landabaso Vázquez, M. A.*; García Cuasante, T.**; Sanz Etxebarria, J.*;
Sánchez Cerezo, V.***

* Médicos del Módulo Psicosocial de Toxicomanías de Barakaldo.

** Asistente Social del Módulo Psicosocial de Toxicomanías de Barakaldo.

*** Psicólogo Clínico del Módulo Psicosocial de Toxicomanías de Barakaldo.

(a) Ponencia presentada en las jornadas «Prácticas terapéuticas con toxicómanos», celebradas los días 23-24 de mayo de 1986 en Getxo (Bizkaia).

RESUMEN

En el presente artículo se describe brevemente la evolución de la actividad asistencial llevada a cabo por el equipo terapéutico. Se hace especial hincapié en el sistema familiar en el que vive el toxicómano, así como en la interrelación entre la familia nuclear, el sistema social y la familia extensa. El trabajo termina con una breve descripción de la orientación asistencial desde un punto de vista no dogmático.

Palabras clave.— *Toxicómano; Atención ambulatoria; Familia.*

SUMMARY

The current article deals with the development of the therapeutic approach carried out in our Center, especially emphasising the patients' family, the social system and the extended family. It finishes with a brief description of the philosophical background to the programme from a non-dogmatic point of view.

Key words.— *Drug addict; Outpatient; Family.*

Es de nuestro interés a la hora de exponer el tema que nos trae a estas jornadas, el centrar las circunstancias en las que se gestó la aparición de un centro de toxicomanías ambulatorio para el municipio de Barakaldo.

Cabe preguntarse el por qué iniciamos esta exposición con una serie de datos biográficos que, si bien pudieran no ser del interés de los oyentes, sin embargo nosotros consideramos de suma importancia el darles a conocer el contexto social, municipal e incluso político que se estaba dando en ese momento y que hizo posible la creación de un centro, en respuesta a una demanda muy específica de ciertos sectores de población.

A finales de 1980, nos situamos en un municipio como Barakaldo con gran densidad de población (120.000) eminentemente industrializado, en el que se empezaba a apreciar la situación de desempleo, carente de recursos sociales y equipamientos ciudadanos y con un gran índice de inmigración, caracterizada además por unas formas de relación tradicionales y mediatizadas por el consumo habitual de alcohol (poteo); asimismo es una época en la que se empieza a hacer evidente el consumo de drogas ilegales con sus consecuencias familiares y sociales, poniéndose en marcha los mecanismos de alerta ante la invasión masiva de consumidores de dichas sustancias; de forma paralela a esta realidad se da una situación en la que los recursos sociales se hallan en un pleno resurgir siendo todavía importante la presencia del movimiento ciudadano. Todas estas variables unidas al hecho de la creciente angustia de sectores afectados de la población y sumado a la existencia del primer ayuntamiento democrático, que se hallaba lógicamente en su primer ejercicio legislativo con gran disponibilidad del exterior, facilitó y aglutinó a todos en la concepción, búsqueda de recursos y puesta en marcha de un centro de atención a todo tipo de drogodependencias. Es de imaginar para todos los aquí presentes que en este contexto tanto el centro como los profesionales designados para llevar a cabo las tareas

inherentes, se ven en una primera etapa impelidos a un abordaje terapéutico de las drogodependencias matizado y fuertemente influido por la carga de ansiedad de todos los sectores y entes que participaron en su nacimiento.

Aún cuando desde el inicio la filosofía existencial, plasmada ya en la primera memoria de trabajo, basaba la atención hacia la realidad plurietiológica del paciente, es decir, de los factores sociales, culturales, personales y familiares, la ansiedad que se transmitía hacia los profesionales por los sectores arriba indicados y la gran demanda hizo que en un primer momento la práctica clínica ahondara más en el síntoma, en la resolución del problema inmediato, que si bien contemplado retrospectivamente valoramos que tuvo algunos efectos negativos, sin embargo y en parte por la gran demanda se dio una praxis asistencial que posibilitaba el replanteamiento permanente de la práctica terapéutica y de la clínica del toxicómano. El sistema terapéutico si bien influenciado por la institución o sistema superior del que aún en aquellos momentos no se hallaba convenientemente distanciado, era un sistema con una configuración de estructura flexible que posibilitó la entrada de informaciones nuevas a través del contacto con el paciente, propiciando así la instauración de crisis; crisis por otra parte necesaria para la evolución tanto del sistema terapéutico como del abordaje aplicado y en interacción con la realidad proveniente del sistema social (época en que consideramos necesario el conocer la población toxicómana, marginada, sus mecanismos, formas de funcionamiento, consumo, hábito,...).

Es obvio, por otra parte, que tanto el hecho de la apertura del sistema como su flexibilidad no hubiera tenido ningún valor si la información elaborada dentro del sistema terapéutico no hubiera revertido hacia el sistema institución, transformando el fondo angustioso originario en un mayor conocimiento de la realidad del toxicómano propiciando una gestión más acorde con la realidad clínica y con el sistema terapéutico.

Este tipo de análisis nos permitió, a través del discurso del toxicómano, replantearnos la función que cumplía el consumo y su mantenimiento dentro del perimundo del heroinómano (familia, grupo social,...); pasamos de preguntarnos el POR QUÉ una persona se convierte en toxicómana a preguntarnos PARA QUÉ, a qué o a quién sirve su dependencia a una sustancia, es decir, qué utilidad o que función cumplía dentro del sistema familiar. Se preguntarán los oyentes cómo fue esta reflexión, dentro del discurso del toxicómano que veíamos habitualmente se daban claras referencias hacia el sistema familiar, desde su utilización como uno de los motivos que le llevaban al abandono, como circunstancia que favorecía el consumo (broncas familiares,...), como grupo al que era preciso ocultar la toxicomanía, etc. Esto nos llevó a profundizar en las interrelaciones familiares y transgeneracionales que existían en cada toxicómano. Así según algunos autores como Bowen, Whitaker, Boszormeni-Nagy,... dan importancia a la implicación de la generación de los abuelos en la dinámica familiar (mitos familiares, lealtades,...) otros autores en contacto con la clínica del toxicómano también dan importancia a la relación existente entre la eclosión de la toxicomanía del joven, la muerte de los abuelos y la depresión de los padres (P. Angel, F. Couture, S. Sternschuss-Angel).

En nuestra experiencia y sobre todo referida a heroinómanos de un medio social más desfavorecido, siendo éste el de mayor preocupación por la dificultad con que nos encontramos en su abordaje, observamos una gran mayoría de familias de origen emigrante y de status socioeconómico bajo. Son familias que abandonaron sus poblaciones de origen impelidas por la necesidad y el boom industrial y desarrollacionista de los años 50-60, si bien hemos de reconocer que algunas de estas familias se han integrado de forma adecuada, hay otras que son las que acaparan nuestro interés y que se refieren a un porcentaje alto de los pacientes atendidos en este centro (más del 60%). Esto nos hace pensar que

la ruptura con el lugar de origen sitúa a las familias en un nuevo medio que precisaría para el buen funcionamiento familiar nuevas reglas que se adecuen a la nueva situación social, pero algunas familias con una problemática transgeneracional no resuelta, que sin embargo en su lugar de origen con las reglas, ritos,... del sistema social más amplio aparecían como familias compensadas capaces de funcionar adecuadamente a niveles del sistema parental con respecto a la fratria y a nivel conyugal en su nueva situación sufren un proceso de desarraigo por ser incapaces de incorporar nuevas reglas, valores,... viviendo el nuevo status como una agresión hacia las reglas que han mantenido a lo largo de las generaciones la homeostasis familiar, reaccionando con una rigidificación e impermeabilidad que no permite la entrada de información del exterior.

Asimismo vemos que esta forma defensiva contribuye al desencadenamiento de distorsiones en las interrelaciones familiares, sobre todo entre los subsistemas parental y de la fratria, ya que estos últimos reciben gran cantidad de información nueva (escuela, grupos de amigos, barrio,...) que contrasta y choca con las reglas mantenidas por los padres dentro de la familia. Además, nos ha llamado la atención en el discurso parental, la incapacidad de estos padres de transmitir modelos de identificación positivos con la consecuencia lógica de grave dificultad de imponer límites a lo largo del crecimiento y de los individuos que componen la familia. Esta dificultad en la imposición de límites, pensamos, es el origen de la gran desestructuración de los roles dentro del sistema familiar y la base de la gran cantidad a las que nos estamos refiriendo, así, en nuestra experiencia encontramos que el 58% de los pacientes heroinómanos referían una o varias patologías mentales o adictivas en alguno o varios de los miembros de su familia, anteriores al inicio de su toxicomanía. Estas patologías se centraban sobre todo en el alcoholismo paterno, depresión u otra enfermedad materna, trastornos caracteriales, politoxicomanías, enfermedad men-

tal en algunos de los hermanos. También nos sorprendía lo que podemos denominar una gran tolerancia a los conflictos, ya que una gran mayoría de los pacientes (65-70%) refería que su familia conocía el problema, lo que chocaba con el hecho de que las primeras demandas (70%) fueran individuales, además los pacientes manifestaban trastornos de conducta, delincuencia, fugas escolares, fugas del hogar, ... en la adolescencia y que las primeras consultas en un centro especializado en toxicomanías se realizaban en gran parte (más del 50%) tras más de 3 años de dependencia, sin que las familias hasta entonces hubiesen demandado asistencia a cualquier institución, percibiéndose claramente en las primeras entrevistas familiares como las intervenciones parentales son al uso de: «hacia cosas raras, pero cómo íbamos a pensar que se drogaba», «ya sospechábamos algo, pero cualquiera le decía nada, se ponía como un toro».

A lo largo de las intervenciones familiares, encaminadas a aumentar el nivel de conocimiento de la realidad del toxicómano, a reestructurar los roles dentro del sistema familiar, al abordaje global de la patología familiar y a los aspectos transgeneracionales, nos encontramos que si bien la gran mayoría de los familias en un primer momento descargaban la responsabilidad del proceso terapéutico en el centro, había familias que una vez convocadas e integradas en el abordaje respondían a la reestructuración de roles participando activamente y otras que por el contrario no respondían a la nueva situación, no participando y frustrando todo intento de acercamiento familiar.

En estos casos se nos planteaba de nuevo la forma de abordaje terapéutico ambulatorio que podíamos ofrecer a este tipo de pacientes, habitualmente pacientes con una historia de dependencia más larga, de más edad, en un mayor número de casos con una psicopatología de base y con más grave psicopatología familiar, donde el sistema familiar como tal había desaparecido trasladándose las interrelaciones y disfunciones al sistema social.

Esta realidad nos hizo plantearnos qué tipo de asistencia desde el punto de vista ambulatorio, podíamos ofrecer a los diferentes toxicómanos que acudían al centro.

De esta forma, brevemente descrita, fue evolucionando la orientación terapéutica, sustentada e inspirada en la realidad pluri-etiológica, que tiene en cuenta los múltiples factores individuales, familiares, sociales, ... que influyen en el inicio y mantenimiento de una toxicomanía; siendo el objetivo final de nuestra intervención terapéutica la promoción de la salud entendida como un proceso dinámico en que el asistido participe activamente y no sólo como objeto de asistencia.

Así realizamos nuestro trabajo diario, asistencial y preventivo, con una óptica abierta a los condicionantes sociales, familiares e individuales de cada toxicómano, planteándonos una estrategia terapéutica, siempre que sea posible, acorde a la realidad que presenta el toxicómano.

Por ello nos planteamos la necesidad de una orientación no dogmática que posibilite el acercamiento a las posibilidades terapéuticas de cada individuo.

Pensamos que los múltiples programas asistenciales que existen en la actualidad, a pesar de su diversidad, la mayoría de ellos se estructuran de una forma muy concreta y delimitado en etapas establecidas a lo largo de programas que si bien son válidos para algunos sectores de la población toxicómana dejan fuera de la utilización de dichos recursos a sectores no susceptibles de encajar bien debido a la selección o al propio desarrollo de las diferentes etapas terapéuticas.

Nos permitimos hacer una breve reflexión sobre para qué sirve esta rigidificación del sistema terapéutico, alternativa que también nosotros nos hemos visto tentados a adoptar en aras de una posible eficacia, pero que después de una experiencia de cinco años nos lleva a pensar que esta rigidificación o dogmatización de los sistemas sirve más a una eliminación de la angustia dentro del equipo que a una realidad de la clínica del toxicómano.

Para concluir decir que desde un punto

de vista ambulatorio y municipal que dirige su acción terapéutica a unos asistidos con una realidad plurietiológica, la orientación terapéutica debe partir de un sistema flexible, abierto y que trabaje con unos criterios de curación no centrados en términos absolutos del todo o nada, sino teniendo en cuenta objetivos parciales o intermedios, por conseguir bien cambios en el estado de salud, de actitudes sociales o familiares, lo cual no invalida que se trabaje hacia el objetivo último de la curación total, abandono total del tóxico, reinserción sociocultural, familiar y laboral, el desarrollo y mantenimiento de relaciones dinámicas con el entorno y la no necesidad de un sistema asistencial.

BIBLIOGRAFIA

- ANGEL, P.; COUTURE, F.; STERNCHUSS-ANGEL, S. (1983). *Le Toxicomane et ses grands-parents*, en: Elkaïm, M.: *Le Toxicomane et sa Famille*, Cahiers critiques de Therapie Familiale et de pratiques de Reseau. París. Ed. Universitaires, vol. n.º 6.
- BOSZORMENYI-NAGY, I. (1972). Loyalty implication of the transference model in psychotherapy. *Arch. Gen. Psychiat*, 27, pp. 374-380.
- BOSZORMENYI-NAGY, I.; SPARCK, G. (1973). *Lealtades Invisibles*. Buenos Aires. Ed. Amorrortu.
- HALEY, J. (1980). *Trastornos de la emancipación juvenil y Terapia Familiar*. Buenos Aires. Ed. Amorrortu.
- MADANES, C. (1984). *Terapia Familiar Estratégica*. Buenos Aires. Ed. Amorrortu.
- MEMORIAS DE GESTION DE LA FUNDACION PUBLICA MODULO PSICO-SOCIAL DE TOXICOMANIAS DE BARAKALDO. (1980-81-82-83-84-85-86). Publicaciones internas. Barakaldo.
- MINUCHIN, S. (1977). *Familias y Terapia Familiar*. Barcelona. Ed. Granica.
- STIERLIN, H. (1979). *Psicoanálisis y Terapia de Familia*. Barcelona. Ed. Icaria.
- WYNNE, L. (1958). Pseudo-mutuality in family relations of schizophrenics. *Psychiatry*, 21, pp. 205-220.