

Criterios de prevención primaria a partir de la experiencia clínica con pacientes adictos

Kalina, E

Director Médico de la Clínica Psiquiátrica Guadalupe
Buenos Aires, Argentina.

RESUMEN

A partir de una experiencia intensiva de trabajo terapéutico con pacientes adictos y sus familias, sugiero algunos criterios de prevención primaria sin establecer normas generales, dejando, por el contrario, pre-establecido que cada grupo que trabaje en este tema deberá estudiar si son aplicables, ¿cómo y cuándo?, a cualquier proyecto de prevención de la drogadicción.

SUMMARY

Stemming from an intensive therapeutic working experience with addict patients and their families, I suggest some primary prevention criteria without establishing general norms. On the contrary, I pre-establish that each group that works on the topic must make sure if they are applicable, how and when? to any project on the prevention of drug addiction.

Existen, afortunadamente, muchos trabajos en la actualidad sobre prevención primaria en adicciones.

La Organización Mundial de la Salud tiene programas, el National Institute of Drug Abuse de los Estados Unidos también, todos los criterios que los sustentan son de los más diversos. Desde los que están basados en premisas claras y bien fundamentadas, a los que se apoyan en la iluminación de Dios.

Mi enfoque no pretende desplazar a ninguno de ellos. Tampoco establecer planes de Salud Mental. Solamente intenta, a través de mi experiencia intensiva en el tema, extraer algunas conclusiones que cada gru-

po que trabaje en prevención primaria debería estudiar si son adaptables, cómo y cuándo, a cualquier programa de prevención de la drogadicción.

Considero poco probable establecer un plan único y apto para cualquier contexto. Tampoco es posible extrapolar técnicas de abordaje sin adecuarlas. En ambos casos evaluar el contexto total en el cual vamos a trabajar y en especial llegar a establecer, a priori, el tipo de población que tenemos que enfocar en nuestros planes y con cuales recursos contamos, tanto materiales como humanos. Al respecto es fundamental el grado de entrenamiento de los técnicos disponibles y las posibilidades rea-

les de ofrecerles cursos u otros recursos para perfeccionarse o no.

Como en nuestra sociedad la matriz fundamental de nuestra formación primaria es la familia, o sea es la mediatizadora de la cultura, y teniendo en cuenta que en un trabajo anteriormente publicado en esta misma revista ya hablé sobre esta estructura estructurante de nuestras personalidades, voy a seguir adelante con las conclusiones que creo esenciales, remitiendo al lector que no siguió el orden lineal, a leer ese texto, pues es esencial para entender mis puntos de vista (3).

Pero antes debo anticiparme a una probable y adecuada crítica. Me refiero a que mi contexto de trabajo es de las familias de los grupos sociales más estructurados, ya sea que presenten un mayor o menor grado de patología, y es indudable que una gran parte de los drogadictos surgen de las áreas marginales, llámense «villas miserias» (Argentina), «rancheríos» (Venezuela), «poblaciones cayampas» (Chile), «favelas» (Brasil), «slums» (Estados Unidos), etc. En estos casos la familia está formada por las personas que viven en esas áreas, muchas veces en un clima francamente comunitario, y donde los líderes generalmente son personalidades psicopáticas y adictos o abusadores de drogas, y las mujeres del grupo, cumplen los roles de mamá y papá, no siempre con la constancia que sería de desear. En estos casos el lenguaje de acción y el modelo del uso abusivo de drogas, incluye el alcohol y tabaco, por supuesto, constituyen técnicas de sobrevivencia predominantes, si pensamos y definimos su situación desde ellos y no desde nosotros, como es habitual hacerlo.

La definición de marginalidad parte de que somos nosotros los que establecemos las reglas del juego, y por lo tanto podemos definir qué es lo bueno y qué es lo malo. En consecuencia al desestimar el valor de las tácticas de supervivencia de esos grupos humanos, no podremos establecer programas de prevención eficaces. Más bien y con cierta seguridad me atrevo a pensar que sacaremos conclusiones pesimistas y hasta perjudiciales.

El fundamento ideológico de cualquier programa preventivo, ya sea de nivel primario, secundario o terciario, siempre está influido por la ideología de quien o quienes los proyectan.

Por mi parte me defino como un humanista, que cree en los valores familiares, pero no como una posición dogmática o religiosa, sino como una estructura básica fundamental que puede ser modificada en muchos sentidos, pero que no puede perder como sustento fundamental el valor del lenguaje afectivo.

Me refiero a que el ser humano no puede prescindir de los efectos primarios sin consecuencias para su integración posterior a una sociedad democrática.

Recordemos los estudios sobre separación precoz madre hijo de Bolby (1) y los de Harlow y Harlow (2), Suomi (5), etc, realizados en Wisconsin con monos criados por monas de alambre, etc.

Considero que las bases fundamentales para la posterior comprensión y capacitación para vivir en un sistema democrático, parte de que la sociedad ofrezca a sus habitantes condiciones de vida adecuadas (socio-económico y afectivas) para que al generar un nuevo ser, éste tenga todas las posibilidades para recibir un mensaje positivo (amoroso) acerca del sentido de la vida. El reconocimiento desde el momento del nacimiento de que es un individuo con un territorio delimitado, es decir que es un otro con una otredad propia, con necesidades específicas y una humanidad en desarrollo, debe ser el objetivo de todos aquellos que luchamos por un mundo mejor.

No me extenderé sobre los aspectos socio-económicos, pues no es mi campo de trabajo y hay mucha gente trabajando sobre el tema. En el libro que escribimos con Kovadloff (4) tratamos con amplitud esos aspectos. Aquí me referiré a los factores emocionales que trascienden lo socioeconómico, aunque estén influidos permanentemente por esas variables.

Comenzaré por la figura del **padre**. Indudablemente estamos ante una de las piezas claves y más difíciles de modificar en este juego interaccional. Es el que más «be-

neficios» recibe de su rol de ficción. Tiene pene pero no ejerce la función fálica. Es, cuando existe, un máscara del personaje, pero se evade («borra») en cuanto lo exigen, y así ocurrirá en el proceso de tratamiento, salvo excepciones, si no actuamos adecuadamente. En estas excepciones incluyo los casos en que hay una rotación, a veces casi total, de roles entre ambos miembros de la pareja parental.

En los grupos denominados marginales por norma general y en las culturas latinoamericanas, su inexistencia es la regla. Por ejemplo, Venezuela presenta estadísticas que muestran que un 64% de su población son hijos naturales. El problema es grave. Pero el punto central es que también en los personajes sustitutivos, la condición de ser alcohólicos es casi la norma. Es una figura de hombre vencido, y no es infrecuente que esto se vea exteriorizado —como si fuera de caricatura— en la imagen del presidente, ministros, gobernadores, diputados, profesionales de renombre, etc. Son incontables las personalidades que por su condición de bebedores —abusadores— o de «borrachos» directamente, merecen burlas, chistes ingeniosos, etc. para negar maníacamente el daño que hacen a las sociedades que debieran conducir por ser ejemplos inductores.

Este dramático vernáculo requiere una urgente atención, y países como Cuba han tenido que enfrentarla con técnicas sociales para rehacer la figura del padre o directamente para crear padres, pues no podemos pretender hacer terapia de familia con decenas de millones de seres humanos.

Si el modelo de padres presenta tales carencias y simultáneamente presencias casi lamentables, y si resaltamos que en los procesos de identificaciones en las primeras etapas de la vida, al lenguaje no verbal es capital, tenemos que orientar nuestras tareas de prevención primaria a este objetivo con especial atención y dedicación. Hacer esto requerirá años de trabajo y técnicas especiales. En cada caso hay que crearlas y fundamentalmente trabajar sobre el alcoholismo y tabaquismo, abarcándolos en todas sus facetas. Estos principios de-

ben constituir una parte esencial de cualquier programa de prevención primaria en drogadicción, en especial si están dedicados a jóvenes y niños y la televisión juega y posiblemente jugará un rol fundamental en esta tarea.

Pero debemos comenzar luchando contra el «haz lo que yo digo y no lo que yo hago», doble mensaje que considero patognomónico de la inducción a la drogadicción. Esta advertencia tiene el sentido de exigir una coherencia en lo que hacemos con los planes de gobiernos que implementamos, pues cuando llevamos a cabo planes de prevención y el gobierno de turno actúa incoherentemente llegando, por ejemplo, a cobijar conocidas figuras ligadas al narcotráfico o por lo menos con antecedentes evidenciables o dudosos, no es posible lograr credibilidad en la población y mucho menos entre los jóvenes, que por norma general aun son idealistas, a quienes se dirigen las principales tareas. Por todo esto es que reitero, hay que tener en cuenta el «haz lo que yo digo y no lo que yo hago» para no inducir en vez de prevenir.

Como un breve agregado quiero señalar que para la figura materna también es necesario hacer énfasis en el uso abusivo de los psicofármacos que en este momento constituyen el modelo más popular de toxicomanía sin desconsiderar las otras drogas.

En síntesis hasta este punto, recrear la figura paterna y corregir los modelos inductores son las primeras recomendaciones surgidas a partir de mi labor clínica.

Cabe aquí aclarar que no pretendo ningún tipo de prioridades intelectuales. Desarrollo mi línea de ideas que pueden coincidir o no, ya sea en forma parcial o total, con otras contribuciones. Me interesa explorar ciertas posibilidades y ayudar a prevenir este flagelo de la humanidad.

Tampoco desconozco y por lo contrario estoy convencido que por ser un problema psicosocial, la drogadicción requiere de un enérgico programa en contra de la oferta. También estoy convencido que si no hay oferta, es decir que si no hay drogas, no

puede haber drogadictos, aunque la predisposición existe. La búsqueda de trascender los límites, burlar la finitud, es inherente a la condición humana, pero las drogas son prescindibles, **hay muchas otras formas para canalizar estas necesidades**. No es necesario legalizarlas como parte de la vida pues son una «vía regia» a la muerte.

Pero estas áreas están fuera de mi competencia. Creo que debiéramos trabajar en equipos interdisciplinarios y cada uno aportar su nivel de conocimientos y experiencia. Este capítulo es un aporte que responde a esta convicción y está centrado en la **demanda**.

Vamos ahora a la interacción parental:

Postulo que el tipo de interacción responde al modelo narcisista, que al principio los une y que se agota más o menos rápidamente. El no es el dador, el hombre fuerte que aparentaba y ella demanda en vez de seguir dando como prometía al principio. Necesita del otro en vez de tener producción propia y las reservas que traía no eran tantas. En vez de constituir una relación mutua, elástica y capaz de enfrentar los vaivenes, o dicho de otra forma, los llamados «tiras y aflojas» de la interacción de pareja, se «encolan», constituyendo un vínculo rigidificado que se puede romper si las presiones son excesivas. Ella es una persona con caracterología depresiva, enmascarada o no, y requiere regular constantemente su autoestima en función del otro.

Pero si no acepta que él no es quien le dará elementos básicos que ella tanto necesita, estima, y que por lo contrario él le pedirá que sea ella la que siga suministrándole estima a él, se quedará sola. Uno o varios hijos, serán los «chivos emisarios» de esta situación. El equivalente a un «cable a tierra». Así surge, interaccionalmente, el «pacto perverso», precursor del «pacto criminoso». El hace «la vista gorda», ella simbiotiza al hijo o mejor a ese hijo, o a los hijos, y él no intervendrá. Esté o no en casa. El hijo pasa así a ser «la droga de la mamá».

Si a esto se agrega que ya está constituida una modalidad narcisista de interacción

interpersonal, no se respetan los límites y el modelo de las conductas de acción y tóxicas son predominantes. Se va delineando la matriz generadora e inductora de la futura drogadicción.

Estos roles pueden desempeñarlos los padres reales o sustitutos, en familias que actúan conviviendo todos juntos, o en los grupos disgregados que denominamos cismáticos, y en consecuencia son los otros, los sustitutos, los que ocupan los roles inductores.

La adicción surge como una necesidad para mantener la homeostasis. Se va delineando así un área de trabajo potencialmente importante. Me refiero a que todos aquellos agentes primarios de salud: médicos, obstétricas, pediatras, clínicos, maestros, psicólogos, profesores, asistentes sociales, sacerdotes, etc. podrían detectar —precozmente— estos contextos «fabricadores» de futuros adictos, y así podríamos intentar desactivarlos antes de que exploten.

En otras palabras, se podría actuar buscando prevenir antes de curar, concepto que constituye el ideal de la medicina preventiva.

No desconsidero todo lo referente a las adicciones parentales y al contagio directo vía sanguínea o genética. Pero remito al lector a la nutrida bibliografía que contamos sobre estos temas.

Seguiré centrando mi «zoom» en las interacciones inductoras. Nótese que casi no utilizo al concepto de normal y/o patológico, pues es difícil delimitarlos. Inclusive muchas veces lo «patológico» es funcional, por razones intrínsecas o exteriores al familiar o sustitutivo.

Un ejemplo actual bien significativo lo constituyen las familias bolivianas del área rural, productoras activas de hojas de coca. Según informaciones del especialista boliviano, Marcelo de la Quintana (+) «están surgiendo casos de adicciones en este grupo humano, bien integrado, arraigado a su tierra, con valores tradicionales, etc.». He aquí una causa exterior, con fundadas justificaciones racionales centradas en las perentorias necesidades económicas de un

pueblo pobre y en grave crisis económico-social, que al plantar coca logra rescatarse, pero no sale indemne de este proceso situacional. Mi opinión es que estas interacciones con las mafias distribuidoras, y el clima persecutorio que se vive alrededor del tema, no puede dejar de ser inductor, de las adicciones en su seno, probablemente sumándose a situaciones propias e inherentes a las respectivas familias, ya que no todos se han vuelto adictos.

Este es un ejemplo donde un proceso que no es patológico en sí mismo, pero que por las características del contexto situacional donde se produce se convierte en inductor de conductas adictivas.

Respecto a este ejemplo, reconozco no haberlo investigado en profundidad, pero me pareció significativo y actual. Además es importante para ser evaluado por aquellos interesados en trabajar sobre el tema, pues ofrece la posibilidad de extractar conclusiones útiles para la prevención de futuros casos similares.

De todas estas reflexiones va surgiendo la necesidad de entrenar, con urgencia, a los agentes primarios de salud, para puedan detectar estos casos. Los encargados de la prevención secundaria, es decir los equipos terapéuticos, somos los que debemos actuar cuando «la guerra» ya está declarada, como ocurre actualmente. Pero fundamentalmente para intentar reencauzar los casos en los que aun no hizo eclosión la adicción, pero que están en el camino, hay que detectar, funcionando como radares, los grupos humanos de alto riesgo y suministrar información a las autoridades competentes para que puedan actuar con celeridad en esta grave crisis social que estamos padeciendo.

Demos otra vuelta al tema.

Postulo que la depresión materna es un factor de riesgo importante, tanto en el post-parto inmediato como mediato. Me refiero a los cuadros evidentes que produjeron separaciones precoces madre-hijo, por indicación médica, o familiar, y también a aquellos procesos sutiles, invisibles al común denominador de los observadores, que conforman los microabandonos.

El hijo es atendido cuando lo necesita la madre, a veces exageradamente, como si fuera su droga. Se nutre de él, pero no lo atiende a él. El padre tampoco. Nunca tiene tiempo ni disposición. Muchas veces no está o no existe directamente. Comienzan «los pases de manos» y los sustitutos a actuar.

Reitero, el obstetra, las parteras, los pediatras, neonatólogos, los puericultores, las enfermeras, los médicos de familia, etc. son los primeros que pueden advertir estas interacciones pre-adictivas.

Consejos orientadores, psicoterapias, ya sean individuales o de pareja, inclusive familiares, asistencia social, pueden prevenir futuras adicciones.

Comenzará así la posibilidad de introducir el No, límite desconocido en la diada madre-hijo, que debiera ser ejercido por el padre y que pasa a ser ejecutado por los sustitutos que cada grupo social pueda ofrecer. Esta es la base del proceso de enseñanza de los límites, que son fundamentales para estructurar personalidades integradas. Inclusive de la verbalización y reflexión en aquellas personalidades en las que predomina el lenguaje de acción.

Además debería vigilarse con seguimientos a cargo de Centros de Salud Mental o equivalentes, el proceso evolutivo del niño y abordar con urgencia y mediante técnicas especializadas (interpretativas, psicodramáticas, interaccionales, etc), la búsqueda de un adecuada triangulación. La unidad parental y el hijo como epifenómeno. La diferenciación de la relación de pareja de la relación parental y el mantenimiento de esta dualidad imprescindible para una evolución favorable de los hijos.

Como podemos ver es factible prevenir la demanda, mucho más de lo que creemos, si además trabajamos sobre la oferta y sobre factores inductores sociales.

Me refiero a los mensajes inductores de los medios de comunicación social. A las adicciones «recetadas» y a la propaganda intencionada e inmoral orientada hacia los médicos, en vez de entrenarlos adecuadamente en el manejo de los psicofármacos. A la falta de controles severos sobre las far-

macias y laboratorios comerciales, etc.

Necesitamos además un conjunto de leyes adecuadas y tiempo para ir configurando un arsenal de recursos antiadictivos.

Habrà muchas pruebas y errores, pero debemos seguir luchando, para incorporar o re-incorporar a los proyectos de vida a aquellos que estàn o potencialmente tienen riesgos de sumarse el proyecto de muerte que ofrece la droga.

BIBLIOGRAFIA

BOLBY, J. (1960). *Psychoanalytic Study of the Child, Vol. 15*. New York. pp. 9-52.

HARLOW, H.F.; HARLOW, M.K. (1965). Effects of Various Mother-Infant relationships on rhesus monkey Behavior en: *Determinants of Infant Behavior*, B. Foss (comp). Vol. IV. New York. Ed. Wiley. pp. 15-36.

KALINA, E. (1985). La familia del drogadicto, 15 años de experiencias. *Drogalcohol, Vol. 9*. N.º 4 pp. 161-170.

KALINA, E.; KOVADLOFF, S. (1987). *La Droga: Máscara del Miedo*. Madrid. (en prensa) Ed. Fundamentos.

SUOMI, S.J. (1984). El comportamiento de los primates, en: *Piscosis infantiles*. Buenos Aires. Ed. Asappia-Paidós.

(+) Comunicación personal, con ocasión de la II Reunión Subregional Andina del Grupo Consultivo sobre Fármaco-dependencia, MSP / CHU / OPS, realizada en Quito, Ecuador, del 20 al 25 de octubre de 1986