

# Taller: de la marginalidad a la reinserción

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

\* Médicos-terapeutas de familia; \*\* Psicólogo clínico-terapeuta de familia  
\*\*\* Asistente social-terapeuta de familia

## RESUMEN

*Se analiza la experiencia en un taller ocupacional para pacientes toxicómanos, de un grupo de ellos, encuadrados en un psicodiagnóstico de trastorno antisocial de la personalidad.*

*Se presta atención a los sistemas de control de las pautas transaccionales que gobiernan las organizaciones, tanto en la familia de origen como en el «sistema taller», así como las posibilidades de cambio individual una vez incluidos en el taller ocupacional.*

**Palabras clave:** *Taller ocupacional, heroinómanos, sociopatía, familia, pautas transaccionales.*

## SUMMARY

*The experience of a drug addicts group in an occupational workshop, diagnosed as antisocial personality disorder, are analysed.*

*We pay attention to the control systems of the interactional rules that govern the groups (nuclear family and workshop system), and to the possibilities of individual change when patients are included in the program.*

**Key words:** *Occupational workshop, heroin addicts, sociopathy, family, interactional rules.*

## INTRODUCCION

La historia y evolución del taller ocupacional para toxicómanos ha discurrido a la par que la marcha del centro asistencial (en el taller ocupacional trabajan 3 monitores artesanos, mientras que en el centro asistencial trabajan los firmantes de este artículo).

En este sentido el taller es una alternativa a la rehabilitación ambulatoria que se vislumbró desde el comienzo de la acción

asistencial hacia los toxicómanos, sobre todo hacia aquellos toxicómanos, habitualmente con una historia de dependencia más larga, de mayor edad, con una psicopatología de base y con más grave patología familiar, cuya familia no participaba y frustraba todo intento de acercamiento asistencial familiar, donde el sistema familiar como tal había desaparecido, trasladándose las interrelaciones y disfunciones al sistema social (Landabaso et al., 1987a).

## FUNCIONAMIENTO Y OBJETIVOS DEL TALLER OCUPACIONAL

El taller tiene como marco de funcionamiento un reglamento de régimen interno elaborado conjuntamente por los sectores implicados (monitores y pacientes).

El acceso al taller se decide en primera instancia por los terapeutas del centro asistencial, en función del tiempo de abstinencia (mínimo un mes) del paciente y de los intereses y expectativas del mismo. Esta decisión de los profesionales es propuesta en las reuniones periódicas con los monitores del taller para su debate y aprobación.

Dentro de un abordaje global del paciente toxicómano, el taller tiene como objetivo la posibilitación de la rehabilitación del paciente a través de una tarea educativa amplia que tiende a desarrollar unas actitudes ante la vida concretadas en el desarrollo de los siguientes puntos:

- Aprendizaje de hábitos de trabajo, adquisición de responsabilidades, horarios, fomento del interés por las actividades creativas, estimulación de la iniciativa y de la creatividad.
- Promoción de la responsabilidad mediante la gestión del taller.
- Desarrollo de la noción del trabajo en colaboración y la aceptación como parte de un grupo.

El método de enseñanza es individualizado y flexible para adaptarse a las diversas personas, cada una con una problemática personal concreta, teniendo más importancia las características personales que lo producido.

En el taller ocupacional dedicado a actividades artesanales, trabajan 3 monitores artesanos que no desarrollan ningún tipo de terapia psicológica.

## MATERIALES Y METODO

A lo largo de los 7 años que lleva en funcionamiento el taller ocupacional para toxicómanos han pasado por éste 52 pacientes, cuya edad oscila entre 18 y 25 años, distribuidos así:

- Según sexo:
  - 11 mujeres
  - 41 varones
- Según familia de origen:
  - emigrante, 34
  - autóctono, 18
- Según situación laboral: paro, 52
- Según diagnóstico:
  1. Trastorno antisocial de la personalidad más toxicomanía . 39 (75%)
  2. Otros diagnósticos más toxicomanía . . . . . 13 (25%)

Dentro del primer tipo de diagnóstico podemos apreciar:

Según patologías mentales o adictivas en otros miembros de la familia:

Sí: 30 (76,9%)  
No: 9 (23%)

Conviven con la familia de origen:

Sí: 37 (94,8%)  
No: 2 (5,1%)

Según tratamientos anteriores:

Más de 3. . . 11  
3. . . 9  
2. . . 6  
1. . . 8  
Ninguno . . . 5

Para el diagnóstico de trastorno antisocial de la personalidad se utilizaron además de la historia clínica, entrevistas familiares, test proyectivos y una escala de adaptación social, tomando como patrones diagnósticos del trastorno antisocial de la personalidad los consignados en el DSM-III.

De este grupo de toxicómanos más trastorno antisocial de la personalidad incluidos en el programa del taller, un 20,5% (8) recibió también terapia familiar sistemática, rechazando el resto, ellos o la familia, este tipo de abordaje, complementándose el programa de taller con sesiones quincenales de apoyo individual, llevado a cabo en el centro asistencial, al igual que las terapias de familia.

## RESULTADOS

Del grupo sometido a evaluación (toxicomanía más trastorno antisocial de la personalidad) en el momento actual se encuen-

tran rehabilitados un 30% (12). Entendiendo por rehabilitados aquéllos que llevan más de año y medio sin consumir sustancias psicotropas, han iniciado o reiniciado actividades remuneradas o de estudios, hayan sido capaces de mantener relaciones significativas y no han vuelto a necesitar asistencia.

El 100% de los consignados en este diagnóstico presentaban:

- 1) Comienzo de síntomas, ajenos a la toxicomanía, antes de los 15 años.
  - a) Vagancia.
  - b) Expulsión o suspensión de la escuela.
  - c) Delincuencia anterior a la toxicomanía.
  - d) Fuga de hogar.
  - e) Violación crónica de las normas del hogar y de la escuela.
- 2) Desde la edad de 18 años:
  - a) Incapacidad para aceptar normas sociales con respecto a conducta legal.
  - b) Incapacidad para mantener relación durable con pareja sexual.
  - c) Fallos con respecto a obligaciones financieras.
  - d) Desprecio por la verdad, indicado por mentiras.
  - e) Despilfarro en objetos personales del dinero necesario para las necesidades del hogar.
- 3) Pautas de conducta antisocial continuada.
- 4) Edad actual por lo menos de 18 años.

### SISTEMAS DE CONTROL DE LAS TRANSACCIONES FAMILIARES

La estructura familiar es un conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que se relacionan los miembros de una familia; las transacciones repetidas establecen normas acerca de qué manera, cuándo y con quién relacionarse; estas pautas transaccionales dentro de la familia se mantienen por dos sistemas de control, uno genérico que implica las reglas universales que gobiernan la organización familiar, donde existe una jerarquía de poder en la que padres de hijos poseen

niveles de autoridad diferentes; el segundo sistema de control es idiosincrásico, e implica las expectativas mutuas de los diversos miembros de la familia. Para que el funcionamiento familiar sea adecuado, los límites de los subsistemas deben ser claros, deben definirse con suficiente precisión como para permitir a los miembros de los subsistemas el desarrollo de sus funciones sin interferencias indebidas, pero también debe permitir el contacto entre los miembros de los diferentes subsistemas. Asimismo, requiere que los padres e hijos acepten el hecho de que el uso diferenciado de autoridad constituye un ingrediente necesario del subsistema parental (Minuchin, 1977; Landabaso et al., 1987b; J. Fontaine, 1985).

Hemos comprobado que en la mayoría de los casos o no existían unos límites claros entre subsistemas o éstos eran tan rígidos que impedían cualquier comunicación entre los subsistemas, lo que originaba una desorganización del sistema familiar que se trasladaba al sistema social de relaciones (Ausloos, 1986). En estos casos los miembros del subsistema filial pierden la capacidad de explorar los problemas, lo que conlleva una pérdida de capacidad de auto-nominación y de establecimiento de relaciones que trasladadas al entorno social llevan a conductas «marginales». Hemos comentado anteriormente cómo la mayoría de las familias a las que pertenecían los pacientes eran de origen emigrante, dato que nos hace suponer que los primeros contactos que tuvieron con el nuevo medio establecieron pautas relacionales disfuncionales al no adaptarse al medio, vivido por ellos como agresivo hacia el equilibrio familiar mantenido hasta entonces, que a lo largo de la evolución familiar y el nacimiento de nuevos miembros fueron transmitidas a éstos; complicándose la cosa ya que estas pautas disfuncionales no permitían el reciclaje familiar de las nuevas informaciones que provenían del exterior, a través de las diferentes relaciones establecidas por los nuevos miembros de la familia (Landabaso et al., 1987a; O. Masson, 1979).

## DISCUSION Y CONCLUSIONES

Habitualmente, los pacientes de este tipo, que podríamos incluirlos en el grupo de los característicos (Castilla del Pino, 1982) o sociópatas y sus familia, respondían negativamente a los intentos terapéuticos, probablemente porque veían el sistema terapéutico como un sistema de control social (Haley, 1985).

En esta reflexión hecha «a posteriori» prestamos atención sobre todo a dos aspectos, el primero es el pequeño, por no decir nulo, aspecto terapéutico que el «taller» tiene, siendo más un lugar de encuentro y aprendizaje, no sólo de técnicas artesanales sino también de procesos de relación menos disfuncionales, en donde existe una jerarquía admitida y aceptada basada no en el poder del terapeuta sino en los conocimientos técnicos de la artesanía, siendo éstos la norma (demandas funcionales) que van a organizar los modos en que se van a relacionar los pacientes, siendo este el primer sistema de control del sistema; el segundo sistema de control, las expectativas, similares en el grupo de toxicómanos y en los monitores encaminados al conocimiento de técnicas artesanales, normalización del tiempo libre, conocimiento del trabajo individual y de grupo como medio de intercambio comercial y el establecimiento de pautas relacionales no menos disfuncionales; en contraposición a lo vivido por los pacientes en su medio familiar y social donde el primer sistema de control no existía o no era aceptado y en el nivel de expectativas o no existían o eran tremendamente disfuncionales (Stierlin, 1979).

El segundo era el mantenimiento de la abstinencia que el sistema terapéutico había impuesto como condición indispensable para ser integrado y mantenerse en el taller, pero ya que esta norma estaba impuesta por un sistema exterior al propio del taller, no influía en los sistemas de control del mantenimiento de las pautas relacionales dentro del sistema «taller». Podríamos decir que esta era la norma fundamental, que no puede ser negociada, que abría la puerta a la integración en el taller ocupa-

cional y que en el caso de ser desafiada suponía la expulsión inmediata del transgresor, expulsión que realizaba el sistema impositor de la norma, el terapéutico, y en la cual los integrantes del taller no tomaban parte, es decir, que la expulsión se realizaba desde fuera del sistema «taller», de esta forma se permitía que los sistemas de control de las pautas relacionales dentro del taller continuasen siendo válidas, no viéndose influidas por la decisión tomada desde fuera.

En este grupo de pacientes característicos definidos en unos casos por una defensa de su «self» y en otros por una imposición de su «self» por encima de toda norma, parece apreciarse una hipotrofia del «superyo» cualquiera sea el aspecto que a éste se refiera (respecto a la represión de las pulsiones parciales de tipo exhibicionista,...) (Castilla del Pino, 1982; Fenichel, 1982). En estos casos pensamos la norma fundamental, ajena al sistema taller, puede actuar como una forma de «superyo» en el sentido de ser la represora del consumo de tóxicos y la puerta que da acceso a la continuidad en el grupo; asimismo creemos que el establecimiento de las nuevas pautas relacionales que se establecen dentro del taller con la aceptación de jerarquías basadas no en el poder indiscriminado sino en el conocimiento y transmisión de técnicas artesanales permite alguna suerte de calificación del «self» y una reestructuración de sus pautas relacionales, menos disfuncionales, posibilitando el establecimiento de relaciones con significado. En este punto nos gustaría resaltar la opinión de diversos autores (Woody et al., 1985; Rounsaville et al., 1982; McLellan et al., 1983), quienes comentan la dificultad en formar relaciones con significado. En este sentido el enfrentar el problema de los pacientes citados desde un punto de vista más relacional, más «social», nos permite la posibilidad de reencuadrar el problema real que reside, pensamos, más a menudo entre las personas que en la persona que resulta ser la más implicada (Andolfi, 1984; Waldroud-Skinner, 1982; Landabaso et al., 1988).

## BIBLIOGRAFIA

- ANDOLFI, M. (1984). *Terapia familiar*. Ed. Paidós. Buenos Aires.
- AUSLOS, G. (1986). «The march of time: Rigid or chaotic transactions, two different ways of living time». *Fam. Proc.* 25:549-557.
- CASTILLA DEL PINO, C. (1982). *Introducción a la psiquiatría*. Ed. Alianza. Madrid. Tomo II.
- FENICHEL, O. (1982). *Teoría psicoanalítica de las neurosis*. Ed. Paidós. Barcelona.
- FONTAINE, P.J. (1985). «Familles Saines». *Therapie familiale*, 6(3): 267-282.
- HALEY, J. (1985). *Transtornos de la emancipación juvenil y terapia de familia*. Ed. Amorrortu. Buenos Aires.
- LANDABASO, M.A.; GARCIA, T.; SANZ, J.; SANCHEZ, V. (1987a). «Abordaje del paciente toxicómano desde una experiencia ambulatoria». *Rev. Esp. Drogodep.*; 12(3): 177-181.
- LANDABASO, M.A.; SANZ, J.; GARCIA, T.; SANCHEZ, V. (1987b). «Toxicomanía como síntoma: elección, función y mantenimiento». *Rev. Asoc. Esp. neuropsiquiatría*. 23: 591-596.
- LANDABASO, M.A.; SANZ, J.; GARCIA, T.; SANCHEZ, V. (1988). «Toxicomanía: Síntoma o enfermedad». *II Congreso Mundial Vasco (Drogodependencias)*. Comunicaciones tomo 2: 239-249.
- MASSON, O. (1979). *Les grand-parents dans la dynamique de l'enfant*. Ed. Esf. París.
- MCLELLAN A.T. et al. (1983). «Predicting response to alcohol and drug abuse treatment: Role of psychiatric severity». *Arch. Gen. Psychiatry*, 40: 620-625.
- MINUCHIN, S. (1977). *Familia y terapia familiar*. Ed. Gedisa. Barcelona.
- ROUNSAVILLE, B.J. et al. (1982). «The heterogeneity of psychiatric diagnosis in treated opiate addicts». *Arch. Gen. Psychiatry*. 39: 161-166.
- STIERLIN, H. (1979). *Psicoanálisis y terapia de familia*. Ed. Icaria. Barcelona.
- WALROND-SKINNER, S. (1982). *Psicoterapia de la familia y de la pareja*. Ed. Toray. Barcelona.
- WOODY GE et al. (1985). «Sociopathy and psychotherapy outcome». *Arch. Gen. Psychiatry*, 42: 1.085-1.086.