

REINSERCIÓN SOCIAL DE TOXICÓMANOS A TRAVÉS DE UN CENTRO DE REHABILITACIÓN PROLONGADA

JESUS BEDATE VILLAR

**PONENCIA PRESENTADA EN SEPTIEMBRE DE 1982 PARA LAS
"I JORNADAS SOCIALISTAS SOBRE TOXICOMANIAS"**

1. DETERIORO DE LAS RELACIONES SOCIALES EN LOS TOXICÓMANOS

El objeto de la presente comunicación es ofrecer nuestra experiencia de los dos años de funcionamiento de una Granja de Rehabilitación para Toxicómanos en Valencia, analizando prioritariamente sus efectos sobre la reinserción social de los enfermos.

Es un hecho palpable el deterioro de las relaciones sociales de los toxicómanos al cabo de varios años de toxicomanía, y desde nuestro punto de vista uno de los factores más importantes en el reinicio del hábito tras el tratamiento del síndrome de abstinencia. Hasta el punto que en muchos casos se debería supeditar indicación del tratamiento a la disponibilidad de algún método rehabilitador adecuado a dicho deterioro.

Valorar la conducta social del toxicómano es siempre tarea delicada, y fácilmente se puede caer en el error de enjuiciar como anormal todo el comportamiento social del toxicómano, máxime cuando existe una imagen estereotipada del "drogado" que coincide con el melenudo, pintoresco, descamisado y vagabundo, imagen que como apunta G. Jervis ha sido establecida, difundida y hegemonizada por aquellos que no han introducido nunca "droga" en su propio organismo, aparte de las drogas lícitas como el alcohol.

Así es como se suele catalogar a los toxicómanos: "gente que vive sin trabajo, que busca el placer alocadamente, con relaciones sexuales sin someterse a las obligaciones del matrimonio, que viste a su antojo y de forma desastrada y a los que la degeneración mo-

ral les ha conducido a la falta de interés por la vida, la inseguridad y la inestabilidad, sin respetar la propiedad ajena”.

Estos juicios de valor se suelen realizar en tono despectivo, generalizándolos a todo tipo de toxicómanos, independientemente del tóxico utilizado y del grado de dependencia adquirido, y en ocasiones como preludeo de manifiestas o veladas demandas de una mayor represión por parte de las autoridades.

En una postura diametralmente opuesta se ha ensalzado, por el contrario, esta conducta estereotipada del toxicómano como elemento positivo y dinamizador al socavar las raíces de nuestra cultura occidental y ser el germen de la destrucción de una sociedad injusta. Sirva a modo de ejemplo los movimientos contraculturales, tanto políticos como artísticos, de la década de los 60.

En honor a la verdad, esta última postura ha sido propugnada la mayoría de las veces refiriéndose a la utilización de las drogas blandas, si bien los toxicómanos actuales de opiáceos han asimilado también en parte, como otras personas, esta forma de pensar.

Por todo lo cual se comprenderá que no es fácil enjuiciar el deterioro de las relaciones sociales de los toxicómanos y de que al hacerlo los psiquiatras, los psicólogos o las asistentes sociales despertamos la agresividad de muchas personas, entre ellas la de los propios enfermos, tal y como destaca acertadamente Solé Puig. No obstante considero importante valorar en cada caso este deterioro antes de iniciar un tratamiento y registrar posteriormente la evolución del mismo, para calibrar en la medida de lo posible la eficacia de los distintos programas de rehabilitación.

Esquemáticamente, y de forma sucinta, revisaré los aspectos más importantes de las relaciones sociales afectadas a los enfermos atendidos por nosotros:

- a) Relaciones familiares: el deterioro en este aspecto es la regla; en algunos casos el enfermo ha roto totalmente los vínculos con la familia y siempre existe una relación conflictiva no sólo con los padres, sino también con los otros miembros.

Como en otras patologías psiquiátricas, se ha preconizado también aquí una génesis de orden familiar, describiéndose por distintos autores (Blun, 1972, y Baselga, E., 1972) características de las familias toxicomanígeras. No quiero entrar deliberadamente en la polémica de la existencia o no de dichas familias, pero pienso que la familia es siempre un elemento a tener en cuenta a la hora de planificar la rehabilitación del toxicómano, incluso en aquellos casos en los que el enfermo ya no vive con sus familiares, pues de

hecho es siempre un punto de apoyo que bien manejado puede resultar positivo en la evolución del mismo.

- b) **Amigos:** el drogadicto suele con el tiempo circunscribir el círculo de amistades a las personas relacionadas con la droga, abandonándose aquellos que no son como él. La amistad entre los "colegas" tiene sus normas peculiares, como en todo grupo social, si bien son frecuentemente violadas, por lo que necesariamente predomina la continua desconfianza y la superficialidad en la relación.

Hasta tal punto llega el sentimiento de pertenencia al grupo que, como todo el mundo sabe, se crea un argot específico en cada ciudad.

Todo esto, evidentemente, hay que tenerlo en consideración, y si en principio lo aconsejable sería que todo toxicómano con intención de tratarse cortara bruscamente las relaciones con los otros toxicómanos, es un hecho cierto que muchas personas son incapaces de hacerlo.

En las C. T. se intenta en parte reproducir el grupo social de toxicómanos, pero sin tóxicos, para que posteriormente pueda hacer nuevas amistades ajenas a la droga.

- c) **Situación laboral:** se ha dicho que todo toxicómano es por necesidad un traficante, y en parte es cierto; cómo si no va a conseguir la droga para seguir viviendo. Pero no siempre es verdad, también hay casos que consiguen el dinero por otros medios, incluso con trabajos legales.

A la larga el drogadicto, sistemáticamente, acaba perdiendo el trabajo, si es que lo llegó a tener, y lo que es peor: acaba perdiendo el hábito de trabajar, de forma que cuando quiere buscar trabajo tiene más dificultades que los otros trabajadores.

Por lo tanto, el primer paso para la rehabilitación debería ser el de adquirir los hábitos de trabajo, por ejemplo; un horario, terminar una faena, responsabilizarse de ciertas tareas, etc.

- d) **Educación:** si la dependencia se inicia muy temprano, antes de concluir la edad escolar, como de hecho ocurre cada vez con más frecuencia, se afecta también a este nivel, pudiendo permanecer el individuo sin escolarizar en la edad juvenil.

En ocasiones va a ser aún posible intentar dotar al enfermo de una educación básica, e incluso de una educación especializada, con vistas a un oficio o un puesto de trabajo concreto.

- e) **Hábitos higiénicos:** es curioso observar cómo en muchos toxicómanos se produce un fenómeno ambivalente, pues si bien por una parte presentan una preocupación desmesurada por la salud y por su propio cuerpo, por otra parte presentan también un desinterés total a todo lo referente a la higiene, que puede llegar a la negligencia, por ejemplo: dientes en mal estado, hepatitis cronicadas, infecciones mal tratadas, enfermedades venéreas, etc.
- f) **Relaciones sexuales:** es frecuente observar en los drogadictos todo tipo de disfunciones sexuales, pero las más habituales son la impotencia en el hombre y la frigidez en las mujeres, así como la amenorrea. Las causas son múltiples, mezclándose, evidentemente, las repercusiones somáticas del toxicómano con las causas psicopatológicas y ambientales. Lo cierto es que la mayoría de los heroínomanos claramente prefieren el placer del "pico" al placer sexual.

Hay que hacer una mención aparte sobre la problemática que plantean las parejas de toxicómanos, en donde encontramos una simbiosis nefasta que de forma gráfica la podríamos expresar de la siguiente manera: "Sin ti no puedo vivir y contigo me estoy matando". Es curioso ver incluso cómo aquí se reproducen los papeles tradicionales del hombre y de la mujer, que a nivel teórico tantas veces han criticado ellos mismos. En mi opinión, debería darse como una condición indispensable para iniciar el tratamiento, la ruptura de la pareja al menos temporalmente.

- g) **Conductas delictivas:** si el toxicómano es como un delincuente lo determinará en cada momento el juez, pero nosotros nada adelantaremos negando la realidad, y debemos saber que todos los enfermos han estado cometiendo delitos habitualmente y en ocasiones, justificadamente, bajo un estado psicológico de extrema necesidad. Lo grave es que incluso después de superar el síndrome de abstinencia tienen tendencia a seguir cometiendo delitos. Esto hay que explicárselo claramente a los familiares para que no les pille desprevenidos, y nosotros debemos tenerlo presente también para actuar con cierta flexibilidad y no interrumpir un proceso terapéutico precozmente, pero a la vez adoptar sistemáticamente una postura clara ante toda trasgresión normativa.

Situación bien distinta es la que plantean los enfermos con una sentencia firme del juez y con condena de privación de libertad. Sabido es que las cárceles españolas están llenas de toxicómanos jóvenes en estas circunstancias. En ocasiones recibimos presiones por parte de la familia o del abo-

gado para solicitar del juez la permuta de la estancia en la cárcel por la estancia en la granja de rehabilitación. El tratamiento, sin la voluntad del enfermo para llevarlo a cabo, se convierte en una caricatura de tratamiento, y el proceso de rehabilitación se torna una farsa, en donde cada cual cumple con su papel lo mejor que puede con una finalidad no terapéutica: aligerar el peso de la ley. Por todo lo cual soy partidario de separar claramente la rehabilitación del enfermo que acude voluntariamente de aquél que su deseo es sólo escamotear una pena judicial.

2. IMPORTANCIA DEL AMBIENTE RURAL EN LA REHABILITACION DEL TOXICOMANO

Desde el año 1978, en que se inició el incremento de los ingresos por toxicomanía en el hospital, vimos como una necesidad importante poder disponer de un centro de rehabilitación de toxicómanos. Nos planteamos varias alternativas según las disponibilidades de la Diputación, que a la postre era la que debía sufragar y mantener el centro, y, por fin, nos decidimos por crear una Comunidad Terapéutica de tipo rural, que al menos teóricamente tiene las siguientes ventajas:

- a) Alejamiento del ambiente toxicomanígeno de la ciudad.
- b) Permanente contacto con la naturaleza.
- c) Facilidad de iniciar rápidamente una serie de trabajos sencillos que sirvieran de base para una terapia ocupacional.
- d) La Diputación nos ofreció una finca de su propiedad para esta finalidad, mientras que las gestiones para conseguir un local en la ciudad fueron siempre infructuosas.
Así, pues, tras un período de acondicionamiento del lugar, a partir de la primavera del 80 iniciamos nuestra experiencia.

3. DESCRIPCION DE LA EXPERIENCIA "CASA LANZA"

La granja "Casa Lanza" es un centro de rehabilitación prolongada para toxicómanos, dependiente del Servicio de Alcoholismo y Toxicomanías del Hospital Psiquiátrico de Bétera. Especialmente concebido para la rehabilitación de los enfermos adictos a los opiáceos.

Es un centro similar en su funcionamiento a otras comunidades terapéuticas existentes desde varias décadas en Estados Unidos y en otros países europeos, como por ejemplo las experiencias de Synanon, Phoenix House y Le Patriarche, pero en nuestro caso con

la particularidad de la permanente supervisión de la experiencia por parte de profesionales de la Diputación de Valencia.

Está ubicada en el término municipal de Requena, a 90 Km. de Valencia y dispone de terrenos cultivables, granja de animales y una casa de labranza, remozada en gran parte por los propios enfermos, para dar cabida a quince enfermos, más el personal contratado.

La plantilla está formada por: un psicólogo clínico, un monitor ocupacional y ocho auxiliares psiquiátricos. Cumplen su horario laboral con un módulo rotativo flexible según las necesidades terapéuticas y conviven intensamente con los enfermos, participando en las actividades diarias del centro y en la toma de decisiones, conjuntamente con ellos.

Las actividades terapéuticas propiamente dichas, tales como terapias grupales, psicodrama, o psicoterapias individuales, están obviamente a su cargo, así como la admisión de nuevos miembros, que es una decisión que compete exclusivamente a los profesionales.

Las normas de funcionamiento son muy estrictas en cuanto a la prohibición absoluta para consumir tóxicos, permitiéndose únicamente el uso del tabaco. Haciendo énfasis en la importancia de cumplir el horario laboral, participando activamente en las tareas comunitarias, pues es precisamente a través de la convivencia con los otros enfermos como tiene lugar el cambio de actitudes frente a la droga. En líneas generales el horario se distribuye de la siguiente forma: por la mañana trabajos de limpieza de habitaciones, reconstrucción y acondicionamiento de la casa, trabajos en la huerta y con los animales; por la tarde trabajos manuales, deportes y tiempo de ocio; por la noche asamblea para la toma de decisiones para comentar las incidencias del día.

Los criterios de selección de enfermos son los siguientes:

- Edad aproximada entre 18-22 años.
- Sin trastornos psiquiátricos graves.
- Sin problemas legales pendientes.
- Haber superado el síndrome de abstinencia en su domicilio o en el hospital.
- Voluntariedad absoluta y consentimiento previo, con aceptación del ingreso y las normas del funcionamiento.

La estancia en la granja es de seis meses, como mínimo, y durante los tres primeros meses no pueden disfrutar de permisos. Si un enfermo abandona el centro antes de este período se considera que no quiere seguir el programa completo.

Referente a las relaciones sexuales, hay libertad para aceptarlas o no, abordándose los problemas a este respecto con el equipo terapéutico y en la asamblea diaria con los enfermos.

Al ser dados de alta, bien por abandono voluntario del centro o por indicación del equipo de profesionales, se les sigue atendiendo en régimen ambulatorio en el dispensario de Valencia, donde asimismo se mantienen contactos semanales con los padres y familiares de los enfermos ingresados en el centro.

Económicamente la granja depende de la Diputación, y a efectos administrativos los enfermos están ingresados en el Hospital, debiendo abonar la estancia aquellos enfermos que no poseen Seguridad Social ni cartilla de Beneficencia.

Los aspectos sanitarios y psiquiátricos son supervisados por un médico psiquiatra, que se desplaza periódicamente a la granja para reconocer a los enfermos y vigilar la salubridad de las aguas, la higiene de la cocina, vacunar a los enfermos, etc.

4. EVALUACION DE LOS RESULTADOS

Durante estos dos años han estado en "Casa Lanza" 34 enfermos, de los cuales 14 permanecían aún allí ingresados en septiembre de 1982, y si bien la evaluación es posible hacerla con todos los casos, yo he preferido limitar la muestra a los que ya están en la calle, para ver mejor la influencia de la granja sobre la reinserción.

Estos últimos son, pues, 20 enfermos de edades comprendidas entre los 25 años y los 17 años, con una media de 18. Dicha edad hace referencia al momento del ingreso. Todos ellos varones y solteros, excepto dos mujeres, y uno casado.

La residencia de origen de la mayoría era el casco urbano de Valencia y pueblos limítrofes. Sólo dos casos tenían su residencia de origen en pueblos de la provincia. El nivel socio-económico familiar era bajo o medio-bajo.

Los estudios realizados predominan los que habían terminado o simplemente iniciado la E. G. B.; dos habían cursado el B. U. P. y uno era médico.

Solamente ocho habían trabajado alguna vez antes de subir a "Casa Lanza", y ninguno tenía trabajo en el momento de hacerlo.

Aunque ninguno de ellos tenía en el momento de ingresar condena del Juzgado, ocho de ellos tenían antecedentes judiciales o policiales.

Respecto al tipo de tóxico utilizado lo era preferente la heroína por vía endovenosa, excepto en dos casos que preferían las anfe-

taminas, si bien todos ellos solían alternar éstas con otras drogas, por lo que en realidad deberíamos hablar de poli-toxicómanos. El tiempo de su adicción oscilaba entre los tres meses y los cuatro años, y todos los enfermos habían pasado al menos un síndrome de abstinencia antes de ingresar en la granja.

La estancia media es de 6'95 meses, oscilando entre 3 meses los que menos y 15 meses los que más tiempo han estado. Hay que hacer la aclaración que al principio pensábamos que 3 meses era suficiente para algunos enfermos y actualmente hemos cambiado este criterio, aumentándolo a 6 meses; aunque en la práctica sobrepasa la mayoría los 12 meses.

El tiempo desde que salieron oscila entre los 20 meses y el mes. Exceptuando a tres enfermos, todos los demás están en la calle más de 6 meses.

En la evolución de estos casos hemos visto tres recaídas graves; uno de ellos ha ingresado de nuevo en la granja y otros tres con recaídas leves, que siguen en contacto con el equipo del dispensario. En el resto su evolución es favorable, si bien la mayoría siguen en relación con el equipo terapéutico a través del dispensario.

En lo referente a la reinserción social propiamente dicha, analizaremos en cuanto a la evaluación los siguientes aspectos:

- a) Relaciones familiares: prácticamente todos los casos se reintegraron en el ambiente familiar en mejores condiciones a como estaban antes de ingresar en el Centro. Uno de ellos vive independientemente de la familia y cuatro han ido a cumplir el servicio militar.

Hay que tener en cuenta que desde el momento que el enfermo ingresa, se establece un contacto semanal con los familiares, discutiendo en grupo los problemas familiares que ha planteado el caso y las posibles actuaciones en el futuro.

- b) Escolaridad: sólo en cuatro casos, al salir del Centro, se han planteado la posibilidad de seguir algún tipo de formación, y en los cuatro casos la formación es de tipo profesional.
- c) Relaciones laborales: en once casos, al salir, han iniciado algún tipo de trabajo, la mayoría son trabajos eventuales: el médico lo hace en un hospital y dos están trabajando en un Centro de Rehabilitación de Toxicómanos en la ciudad, cobrando un sueldo mensual. Otro enfermo ha recibido una propuesta similar en otro Centro de Rehabilitación de Madrid. Y en tres casos están trabajando en las empresas de sus familiares.

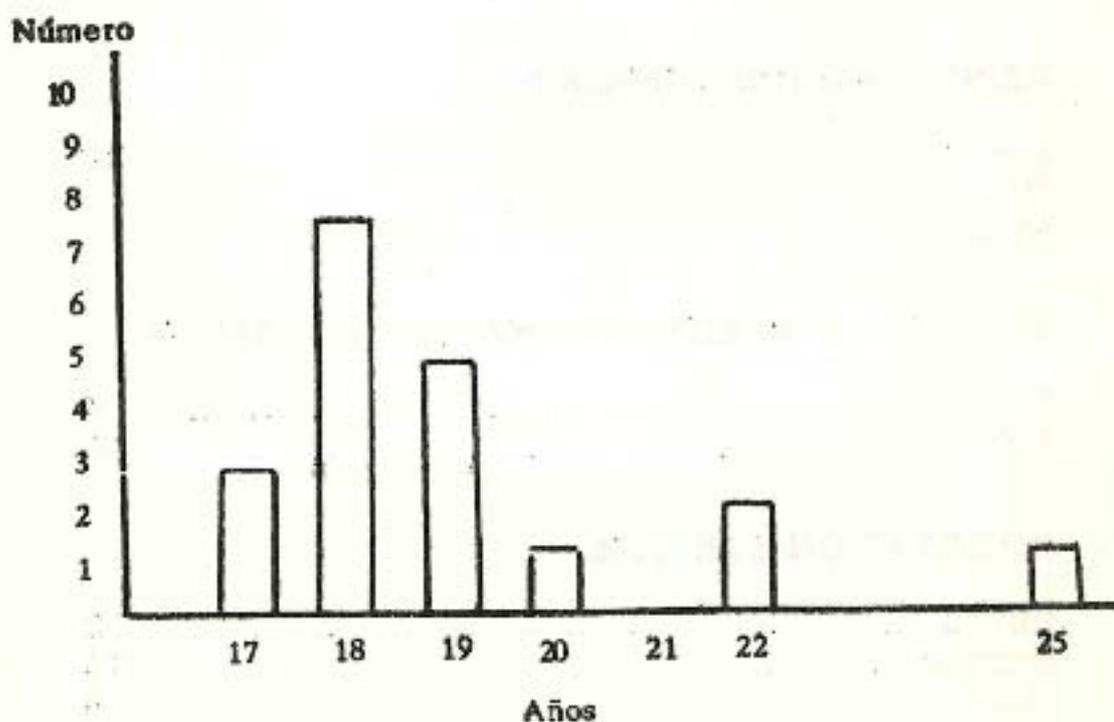
- d) Centros penitenciarios: un enfermo está en la cárcel pendiente de juicio por un delito de robo, y otro, tras un periodo breve en prisión, está en la Legión.

Concluyendo esta evaluación pensamos que los resultados, sin ser totalmente satisfactorios, son alentadores. Hemos observado, por otra parte, una correlación positiva entre las largas estancias en el Centro y la favorable evolución, tanto en cuanto a capítulos de las recaídas, como en el de la reintegración social. Es por esto que últimamente hemos alargado el tiempo óptimo de estancia en el Centro.

EDAD DE INGRESO

Edad	Número
17 años	3
18 "	8
19 "	5
20 "	1
21 "	0
22 "	2
23 "	0
24 "	0
25 "	1

Edad media 18'95 años



Meses de estancia	N.º de enfermos
3 meses	6
4-6 "	4
7-9 "	6
10-12 "	2
13-15 "	2

Estancia media: 6'95 meses

Tiempo de evolución	N.º de enfermos
1-3 meses	3
4-6 "	2
7-9 "	0
10-12 "	7
13-15 "	4
16-18 "	0
19-21 "	4

Tiempo medio de evolución: 11'4 meses

RECAIDAS EN EL HABITO

Nunca	11
Alguna vez sin dependencia	4
Sí con dependencia	5

REINTEGRACION FAMILIAR

Buena	18
Regular	1
Mala	1

REINICIO DE ALGUNA FORMACION EDUCATIVA

Sí	4
No	16

INTEGRACION LABORAL

Buena	2
Regular	14
Mala	4

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- SIDNEY: «Therapeutic Communities for substance abusers». Drug Abuse and Alcoholism Newsletter, San Diego, California, 1982.
- FREIXA, F., SOLER INSA, P. y cols.: «Toxicomanías, un enfoque multidisciplinario». Ed. Fontanella, Barcelona, 1981.
- COLAS, J., y VILLALONGA, E.: «Informe sobre los asesores en comunidades para toxicómanos en el País Valenciano». Centro Asistencia de Drogas, Madrid, 1981.
- MANUEL RAMOS, J.: «Drogas, historiografía, farmacia y legislación». Ed. Colegio Oficial de Farmacéuticos (486), Madrid, 1981.
- DUGHOURLIAN, J. M.: «La persona del toxicómano». Ed. Herder, Barcelona, 1977, p. 327.
- JERVIS, G.: «La ideología de la droga y la cuestión de las drogas ligeras». Ed. Anagrama, Barcelona, 1977, p. 134.