

La Comunidad Terapéutica (CT) sigue siendo un dispositivo asistencial importante en la asistencia a personas con problemas de drogas en un escenario cambiante respecto a los patrones de consumo y al perfil de los usuarios de drogas. Desde que los modelos de intervención incipientes como el Synanon o el Daytop americanos marcaran las líneas embrionarias de intervención, mucho han cambiado las cosas en el contexto clínico de las adicciones. En los últimos 10 años hemos vivido innumerables cambios promovidos por un sinfín de variables que han determinado la realidad socio-cultural del fenómeno de las drogas. Y desde una sensación de preocupación, incluso de desidia por parte de diferentes estamentos involucrados en la lucha contra las drogodependencias, nos hemos visto obligados a parar en la espiral intervencionista, con el fin de reflexionar sobre la idoneidad o no de las intervenciones "sobre los usuarios" para quienes el conflicto en su relación con las sustancias tenía una traducción a veces no claramente percibida por los clínicos: sufrimiento.

El propio concepto de CT ha tenido la oportunidad de evolucionar, aprovechando un espacio privilegiado de reflexión. El ejemplo que traigo a colación tiene interés desde mi punto de vista, al haber podido colocarme en una posición de observador de un sistema observante, compartiendo desde una posición intermedia las interacciones de los diferentes elementos interrelacionados del sistema comunidad terapéutica.

Mi papel en este trabajo, ha sido el de colaborador externo en el análisis de la reducción de dosis de metadona de los pacientes asignados al centro, elaborando semanalmente durante los últimos 5 años la medicación semanal de dichos pacientes. Si hacemos un recorrido metafórico por el camino evolutivo del sistema comunidad terapéutica, podemos afirmar que desde el punto de vista estructural, la CT, presentaba en los últimos años de los 80 y hasta mediados de los 90 un modelo rígido. Sus límites férreos, definidos con claridad meridiana respecto al medio externo, al propio contexto social. La organización interna casi medieval en algunos aspectos de organización interna, se estructuraba de manera piramidal, donde los roles en interacción producían una complejidad extraordinaria. Dos grandes subsistemas complementarios, con encargos aparentemente transparentes. El holón de los usuarios, en posición patológica extrema, ausentes de capacidades, y de sumisión ante el equipo terapéutico. El holón clínico, "up" frente a los usuarios, en una interrelación marcada por las distancias, las reglas y los objetivos...Solo del equipo. Y curiosamente, relaciones simétricas en el seno de los subsistemas, en los que se producían escaladas asociadas a la presión del propio sistema sobre cada miembro del equipo, o bien de diferentes miembros entre ellos. En el caso de los usuarios, la rigidificación generaba escaladas de competencia y capacitación esclerosando los roles de los usuarios a medida que progresaban en las diferentes fases del programa. El mito: La abstinencia como bálsamo de todos los males. A caballo entre el internado de los padres escolapios y el sanatorio de enfermos mentales reciclado progresivamente en balneario. Balneario donde la oferta se vinculaba a duchas de reaprendizaje social, contención y control, masajes de verbalizaciones esclerosadas en grupos de autoayuda cuyas palabras rebotaban en las paredes de la gran sala de encuentros de los viernes...

Los meta análisis incipientes de mediados de los años 90 comenzaron a generar dudas sobre la eficacia de los tratamientos, obligándose la red asistencial (aunque a regañadientes) a realizar una profunda reflexión sobre los resultados globales de abstinencia continuada en estudios de seguimiento de 3 años. La recaída se convertía en el eje de la realidad adictiva, lo cual promovía el etiquetaje de los usuarios hacia procesos de exclusión. Y es entonces cuando aparece la posibilidad de activar los programas de reducción de daños, entendidos en su filosofía como espacios tranquilizadores que permitan romper espirales vertiginosas de consumo-abstinencia que agotaban al paciente identificado y a sus familias. La metadona se convierte en el fármaco por excelencia y el foro científico se desvincula de la idea de abstinencia. Volvemos a aplicar la ley del todo o nada, pasando de programas maximalistas, de alta exigencia y dirigidos a la abstinencia, a programas minimalistas, de baja o nula

exigencia, en los que busca la contención del conflicto y el apaciguamiento de la alarma socio-sanitaria.

La metadona tenía como objetivo activar de manera lenta pero progresiva las demandas de los pacientes. Demandas emocionales y cognitivas relacionadas con aspectos prioritarios de su vida. Los usuarios de drogas exigían ser escuchados en dichas demandas. Se silencia durante algunos años la actividad de la CT, permitiendo que los usuarios de drogas encuentren la oportunidad de enlentecer su espiral de conflicto. A su vez cae sobre ellos el estigma casi definitivo de su cronicidad aceptada dramáticamente por sus familias, por su propio contexto social.

Nunca he tenido excesivamente claro este asunto de la cronicidad. Puesto que una enfermedad se considera crónica cuando sin conocer su origen, debemos administrar fármacos de por vida, con el objeto de inhibir la aparición de síntomas o complicaciones de la patología, resulta cuanto menos dudoso, afirmar que la toxicomanía es una enfermedad crónica.

No tenemos ningún reparo en etiquetar como ex toxicómano a todo aquel que haya tenido una experiencia adictiva conocida y tratada. Exfumador o simplemente alcohólico (a este grupo no se le otorga ni siquiera el beneficio de ser posibles "ex").

Una de las cuestiones más relevantes que he podido observar en el estudio que presentamos, es la capacidad de adaptación del entorno, de la organización de la CT, al pasar los años y establecer una profunda reflexión sobre las intervenciones realizadas en su seno. Es como si, desde la ya mencionada visión estructural, se pasase progresivamente a un modelo estratégico, cercano a las inquietudes de autores como De Shazer o White, trabajando sobre la base del sintoma, para algo más tarde convertir al equipo en un **equipo reflexivo**. El equipo de la CT ha horizontalizado progresivamente su línea base de comunicación con los usuarios del servicio. Parece haberse hecho eco de la necesidad de escuchar con atención las narrativas de los pacientes para después vertebrar sus intervenciones desde una posición más coherente, más corresponsable del camino de acompañamiento producido en la interacción entre terapeutas y pacientes.

Progresivamente, el modelo de interacción entre los diferentes elementos del sistema ha ido cambiando, al igual que la permeabilidad del sistema comunidad terapéutica y sus propias reglas internas. Es posible que uno de los grandes logros de la CT haya sido el de permeabilizar sus fronteras, dando cabida a muy diversas narrativas de conflicto, a la vez que se ha permitido, al flexibilizar sus membranas, acercarse a otros contextos problemáticos de la comunidad, desde enfoques hasta hace 8-10 años impensables (prevención, reducción de daños, acogimiento temporal, etc).

Dos han sido, desde mi punto de vista las claves de la necesidad de adaptación de la CT a la nueva realidad del problema:

1.-Por una parte, los profundos cambios en los usuarios de drogas, así como en los propios patrones de consumo, que se alejan de los perfiles marginales de los años 80, para encontrarnos con usuarios que expresan un intenso sufrimiento emocional encubierto por la necesidad de mantener unos niveles de aceptación y compromiso social que multiplican el nivel de angustia.

2.-La progresiva farmacologización de las patologías adictivas. Cuando comienza a expresarse el problema de las drogas en España, la psiquiatría, en términos generales, da la espalda al problema, por motivos que no conozco en profundidad pero que parecen relacionarse con la dificultad de entender la realidad de la patología adictiva como enfermedad mental, la inexistencia de fármacos eficaces para resolver el problema, así como por la marginalidad e intensidad de conflicto relacional que acompañaba al usuario de drogas por vía parenteral. Sin embargo, la llegada de la dependencia a cocaína, así como los problemas relacionados con el consumo de drogas de síntesis y los aparentes cuadros de alcoholismo precoz han movilizó a la psiquiatría en torno a una serie de problemas que parecen resolverse en pacientes menos conflictivos en su manejo clínico y con un arsenal farmacológico en vías de desarrollo pero que mueve atractivos intereses. Además se produce un importante giro en el planteamiento de la realidad adictiva al aparecer de manera avasalladora el

término comorbilidad psiquiátrica o patología dual que dificulta más aún la resolución de los problemas de los usuarios de los servicios de drogodependencias.

Cocainómanos, alcohólicos, heroinómanos reciclados a otras adicciones en redes toxicomanígenas procedentes de familias multiproblemáticas en muchos casos, comienzan a dibujar una tribu diferente, con intereses diferentes pero todos ellos con el significado de conflictivos, promotores de sufrimiento personal y relacional.

Y desde esta visión del sistema, comienza a aceptarse la presencia de pacientes procedentes de programas de metadona enmarcados en el contexto de reducción de daños.

Y así, el equipo terapéutico se ha visto obligado a desarrollar capacidades que les ha llevado a ser observadores de un sistema, aceptando además que son parte de ese complejo sistema observado. Ese equipo reflexivo es, en consecuencia un equipo en actitud de escucha de las múltiples realidades que emergen desde el seno de un espacio de tranquilidad, de parada temporal en el devenir de las personas. Personas que parecen encontrar puntos de acuerdo en el espacio de la CT, generando una tendencia relacional que podríamos definir como tranquilizadora. Esto parece especialmente interesante en pacientes cocainómanos, en los que los espacios de tranquilidad pueden generar cambios en las inercias comunicativas.

La atención a pacientes en tratamiento "crónico" con metadona produce en el propio usuario una cierta sorpresa, permitiendo la redefinición de su presunta "cronicidad" en un contexto nuevo, puesto que, aunque algunos de ellos ya habían estado ingresados en este tipo de dispositivos, contemplan las variaciones del mismo en función de la situación del propio paciente. No se producen exigencias maximalistas para su inclusión. El paciente, en un espacio intermedio, elegido desde una situación de contención positiva (programa de reducción de daños), sin la crisis de la necesidad perentoria de la abstinencia, o de la resolución inmediata de su conflicto o el de su familia como participante de su problema, rompe una parte de sus limitaciones asociadas a su propia relación con el fármaco, permitiéndose también la ruptura con una "narrativa cronificada". LA postura reflexiva del equipo terapéutico parece permitir narrativas alternativas al perenne borrador en el que sustenta su discurso vital toxicomanígeno el usuario. Y de esta posibilidad de re-narrar, el paciente abre un nuevo intento de desvinculación de su medicación, como símbolo de su historia de vida adictiva, patológica, haciéndolo desde un entorno protegido que no juzga, que se presenta a la escucha haciendo al paciente protagonista de sus propias reflexiones.

Y todo ello resulta posible porque la CT ha tenido la capacidad de integrarse en una intervención en red, aceptando ser una parte más de un vasto abanico de dispositivos que deben coordinarse de una manera mucho más respetuosa en beneficio del usuario. El trabajo en red es uno de los conceptos facilitadores de cambios en el paciente, puesto que la estancia del paciente en tratamiento con metadona es relativamente breve (máximo 6 meses) volviendo luego a su CAD de referencia, si bien con objetivos, en muchas ocasiones, bien distintos a los que tenía al salir de dicho dispositivo. El sistema comunidad terapéutica se adapta a las necesidades del usuario y esto genera una respuesta en el usuario que se adapta al nuevo contexto de manera rápida y con expectativas.

Los datos que aparecen reflejados en la presentación parecen mostrar pues, la posibilidad de reconsiderar la metadona como un fármaco con objetivos terapéuticos más allá de los relacionados con la contención del problema, siempre que seamos capaces de hacer un esfuerzo reflexivo sobre las necesidades de las personas.

José M^a Fuentes-Pila

Alumno de 2º Curso.EVNTF