

“Modalidades Institucionales de Atención a los Usos Problemáticos de Drogas Psicoactivas”

Lic. Oscar A. Molteni

Psicólogo (UBA)

Director del Hospital Zonal Especializado Reencuentro

Ministerio de Salud- Pcia de Buenos Aires

Introducción

Durante las últimas cuatro décadas se produjo en la escena social el surgimiento y expansión de las genéricamente llamadas “adicciones” como problema multicausal y polifacético, presentando como uno de sus aspectos constituyentes las modalidades de abordaje y “tratamiento” del mismo.

Recibe tal denominación el comportamiento compulsivo de una persona con relación a actividades, relaciones, objetos y/o sustancias, que no podría controlar y que tiene consecuencias negativas para su vida.

Así, al menos como lectura posible en torno a las subjetividades de la época, hay adicciones más toleradas, que inclusive gozan de cierto prestigio, p.e. al trabajo, a los deportes, a las compras; y otras que provocan fuerte rechazo, como la adicción a sustancias psicoactivas¹. Como se ha constatado en minuciosos estudios socio-históricos los usos de sustancias que alteran el estado de ánimo son prácticas inmemoriales, que recién en el siglo XX se constituyen como patologías, desviaciones o anormalidades, a excepción del uso del alcohol, que siempre ha conservado este carácter, al menos cuando su abuso no estuviera circunscripto a prácticas culturales aceptadas y regulatorias.

Una clara muestra de esta constitución es la utilización de la extendida expresión “la droga” – a la cual se entra, pero es difícil salir – que no distingue usos, abusos, y también dependencias, de diferentes compuestos químicos, sean o no legales, y consumidos por personas de toda índole, por también innumerables motivos. Por lo tanto, se rechazan más a unas sustancias que a otras, con criterios biológicos, según las representaciones sociales vigentes, los estereotipos consecuentes, el estatus legal que tengan, por los que los medios de comunicación dictan, por las referencias singulares de quienes las consumen y su entorno, o en el mejor de los casos, por lo que estudios epidemiológicos revelan con relación al perjuicio que causan. Todo esto sin relegar el carácter de “mercancía” que las sustancias poseen dentro del sistema capitalista, con su consiguiente circulación mediante la oferta y la demanda, con amplios márgenes de ganancia económica².

En este panorama se organizan un sinnúmero de intervenciones institucionales que situare para esta comunicación en el eje de análisis salud-enfermedad-atención, sin dejar de mencionar el aporte freudiano acerca del uso de los “quitapenas”, como una de las formas “indispensables” de “...soportar la vida tal como nos es impuesta”³... Desde esta perspectiva la pregunta que orienta la reflexión es: ¿Qué finalidad plantean y/o debieran plantear las prácticas en las instituciones que abordan la problemática?

Antecedentes

Un breve recorrido histórico nos muestra que en nuestro país, en forma previa a la expansión del uso de las sustancias consideradas adictivas, el abordaje público de los problemas de alcoholismo se establece desde principios del siglo XX⁴. Esta “matriz” asistencial de los tratamientos del alcoholismo, es la que se fue conservando para la atención de dependencias de otras sustancias psicoactivas, muchos años más tarde. Esto tanto a partir de la concepción médico-hegémónica de la atención⁵, como por el abordaje realizado por los grupos de Alcohólicos

Anónimos (con 60 años de existencia en Argentina) y su desprendimiento Narcóticos Anónimos, y por las primeras Comunidades Terapéuticas argentinas, inspiradas en los modelos estadounidenses e italianos.

Más allá de las notorias diferencias entre estas modalidades (profesional médica y de ayuda mutua con base testimonial) ambas comparten el supuesto de considerar a las adicciones a sustancias psicoactivas como una “enfermedad”, de base emocional, crónica y progresiva.⁶ Esta posición es subsidiaria de lo que se han denominados modelos “ético-jurídico” y “médico-sanitario” de la drogadependencia, el primero centrado fundamentalmente en la sustancia como agente externo “corruptor”, con un fuerte componente ético-moral y punible, dado el carácter de delito que conlleva “tener” y usar las drogas ilegales; y en el segundo, la consideración de la sustancia como agente “patógeno”, con el adicto como “víctima” de una enfermedad. Ambos modelos mantienen la idea del consumo de drogas como un problema individual del usuario, “...jerarquizando aspectos psi (intra-psíquicos) y/o biológicos por sobre posibles abordajes de las dimensiones socio-culturales...”⁷, como resultado de la concepción hegemónica biomédica.

Esta visión se complejiza con la introducción de la tríada “sustancia-persona-contexto” como modelo explicativo de la adicción (Nowlis, 1973) que hasta el momento, aún a pesar de desarrollos más amplios (modelo socio-cultural, o geo-político-estructural), continúa siendo el más referido.

El modelo de enfermedad tiene como correlato la propuesta de abstinencia completa y de toda sustancia psicoactiva como respuesta o cura. La mayoría de las instituciones públicas se mantienen a la fecha con el dilema de sostener este ideal, dado por la experiencia de ser muy frecuentes los abandonos y reingresos de asistidos, por imposibilidad de sostenimiento temporal de la abstinencia total de múltiples sustancias, situación que se refleja en el saber popular que ha establecido que “los adictos no se recuperan nunca”. Esta apreciación, que apela a dar cuenta de la efectividad de los tratamientos, adolece de no considerar qué modelo, dispositivos y prácticas son los que se desarrollan, y, como enunció al inicio, qué *objetivos* tienen.⁸

Sin ánimo de reforzar antinomias, desde hace dos décadas han cobrado vigencia las denominadas “políticas de reducción de daños”, que desembarcaron en nuestro país con la referencia de las prácticas de intercambios de jeringas en Europa por la epidemia de VIH en los '80 y '90, pero como siempre se ocuparon en aclarar sus mentores, no se agota en eso, ya que sin duda se han diversificado a punto que hoy son las posiciones más sostenidas, incluso en Comités de Expertos que asesoran las políticas nacionales. Por razones de espacio no profundizaremos este esquema, pero cabe señalar que frente a la realidad de haber personas que consumen drogas y no dejarán de hacerlo, la “reducción de daño” pretende minimizar el deterioro al que pudieran exponerse, en los aspectos de su salud e inclusión social.

Algunas prácticas cercanas a este enfoque se van estableciendo en las instituciones públicas, no sin controversias y debate, y refieren puntualmente en cómo los consumos por parte de los pacientes de algunas sustancias (básicamente alcohol, tabaco y marihuana) no se estatuyen del mismo modo que otras (cocaína, psicofármacos, inhalables, pasta base) y las “medidas” que se disponen cuando estos consumos persisten, aún a pesar del objetivo abstinencial, se flexibilizan, empero se continúan considerándolos problemáticos en el “caso a caso”. Otra perspectiva en este sentido es el aún incipiente concepto de “consumo responsable de drogas”, como situación pasible de ser aceptada, en algunos sujetos que podrían construir un proyecto de vida satisfactoria, aún cuando no se abstengan total y permanentemente.

Actualidad

En la institución que dirijo estamos atravesando un proceso de redefinición de los objetivos a la que hago mención recurrentemente. Asumido el lugar de “establecimiento estatal, público y gratuito” existen varias situaciones dilemáticas. En concreto se despliegan dispositivos individuales, familiares y grupales, con mayor o menor frecuencia de asistencia a turnos, en el caso de consultorios externos, otros de “hospital de día” y “hospital de noche”,

mayoritariamente conducidos por psicólogos y psiquiatras, y con intervenciones acotadas (por la cantidad de profesionales) de trabajadoras sociales, terapeuta ocupacional, médico clínico, talleristas, voluntarios y operadores. También existen grupos de autoayuda con nutrida concurrencia.

En un momento muy fecundo históricamente dadas las nuevas leyes de niñez, y salud mental y adicciones, atravesamos la transición hacia un modelo de consideración de los usuarios de drogas como sujetos de derecho, y las prácticas apuntan a la restitución de los mismos. De aquí que una de estas situaciones dilemáticas se plantee a partir de la tensión entre el paradigma de formación psi y su reticencia a ejecutar prácticas que se basen en supuestas recomendaciones conductuales y produzcan un “aplastamiento subjetivo”⁹, y las necesidades enunciadas por pacientes y sus familiares. Conceptos esgrimidos con mayor o menor rigurosidad como: “no hay demanda”, “la trampa benéfica de querer-el-bien-del-otro” o “la psicoterapia conduce a lo peor”, son base de polémicas, extensas... En todo caso la real implementación y sostenimiento de la interdisciplina y la intersectorialidad, con el concepto de *corresponsabilidad* como eje de las articulaciones, con la dilucidación efectiva del papel y lugar de los Juzgados de Familia, los efectores de salud, las instituciones de otros ministerios, las ONG’s y la mayor consideración de las opiniones y elecciones de los propios usuarios, son el camino que comenzamos a transitar.

“Se trataría de desarrollar las intervenciones, o bien a partir del modelo prescriptivo, o del modelo participativo. El primero es aquel en el que el profesional, legitimado por un saber que le confiere cierto poder social, indica lo que hay que hacer; aunque en este caso, la población sabe por experiencia que, lo que ayer era malo, hoy puede ser sano y conveniente, y viceversa. Es decir, hay una serie de cambios a los que los especialistas están sometidos desde la lógica de las instituciones científica, que no acostumbra a ser la misma, ni de las necesidades de la intervención, ni de la vida cotidiana de la gente. En definitiva, desde este modelo la población tiene que asumir lo que le dice el especialista. En el modelo participativo, en cambio se propone incorporar el conjunto de necesidades de la población e identificar con la comunidad los problemas y criterios de abordaje. El eje del trabajo de este modelo es la educación integral a través de los canales de socialización habituales, desarrollando lo que se ha venido a denominar como metodologías dialógicas”... La extensa cita de Oriol Romani¹⁰, plantea una nueva antinomia, insistencia de situación dilemática, pero orienta a fines de, en el convencimiento de que los modelos no son más que eso, sumar enfoques, ponerlos a trabajar, sin necesidad alguna de “ismos”.

En definitiva, la pregunta sobre la finalidad de estos procesos de cambio, deberá cada vez más incluir y acompañar las posiciones, decisiones y acciones que quienes han persistido en concurrir a una institución, estén considerando sean adecuadas a sus expectativas – y tal vez a las de quienes ellos consideren son sus allegados – y convicción de haber producido ese cambio para vivir, en el mejor de los casos, sin recurrir a “respaldos químicos permanentes”. Nuestras expectativas se regirán por la toma de posición conceptual, ideológica, ética y en definitiva, humana, que podamos sostener.

Al respecto hace ya 16 años se estrenó un film, *Trainspotting*, que relatava las des-a-venturas de un grupo de jóvenes escoceses adictos a la heroína. Su protagonista, Renton, enumera en el final, bajo el lema traducido de “elijo la vida” a qué *recurriría*, dando cuenta de aquellos *objetivos* que, quienes trabajamos en las instituciones, con más o menos similares trayectorias – medio-céntricas – biográficas con no vacilaríamos en considerar como reconocibles:

“...The job, the family, the fucking big television. The washing machine, the car, the compact disc and electric tin opener, good health, low cholesterol, dental insurance, mortgage, starter home, leisure wear, luggage, three piece suite, DIY, game shows, junk food, children, walks in the park, nine to five, good at golf, washing the car, choice of sweaters, family Christmas, indexed pension, tax exemption, clearing gutters, getting by, looking ahead, the day you die...” Confirmo que siempre me pregunté que habrá sido de la vida de Renton.

¹ En este caso el consumo compulsivo de sustancias se definirá como el de un individuo que organiza su vida alrededor del mismo. “Consumo de drogas. Una perspectiva antropológica” Menéndez, María Isabel (2002) disponible en http://www.naya.org.ar/congreso2002/ponencias/isabel_menendez.htm

² Ibid. op. cit.

³ “El malestar en la cultura” Freud, S.

⁴ En 1903 Domingo Cabred funda la Liga Argentina de Lucha contra el Alcoholismo, siendo Director del Hospicio de las Mercedes (actual Hospital Borda) cinco años antes que la Colonia Nacional de Alienados (Colonia Cabred u Open Door). Esta vinculación entre salud mental y adicciones, presente ya en aquella época, ha quedado reflejada en una caricatura de la revista Caras y Caretas Año V, N° 198, Julio 19, 1902, que mostraba al médico con un epígrafe que rezaba: “Demostró con estudios y vistas/ que el alcohol cien peligros entraña/y probó que á un sin fin de alcoholistas/ la locura les pesca con caña” (la caña era la bebida alcohólica más barata y popular). Otra referencia interesante, al menos para quienes militan el “pharmakon”, es un ensayo escrito por Cabred titulado “Efectos terapéuticos de la estricnina en el alcoholismo” (ref. Wikipedia) que daba cuenta del modelo médico de atención vigente.

⁵ La “medicalización”... “refiere a las prácticas, ideologías y saberes manejados no sólo por los médicos, sino también por los conjuntos que actúan dichas prácticas, las cuáles refieren a una extensión cada vez acentuada de sus funciones curativas y preventivas a funciones de control y normatización”... “puede ser comprendida como un proceso de apropiación creciente por parte de determinados actores sociales (equipos de salud, empresas químico-farmacológicas) de las decisiones de los sujetos y las colectividades respecto de su salud, sus padecimientos y otros aspectos de la vida cotidiana, a los fines de imponer sus propios criterios y defender sus intereses corporativos”... Laplacette, G., Vignau L. “Medicalización de la Salud” disponible en <http://www.observatorio.gov.ar/especificos/temas-especificos/Medicalizacion%20v%20sociedad.%20Lecturas%20criticas.pdf>.

⁶ “La adicciones son enfermedades PREVENIBLES” titula el Cuaderno N° 10 de Actualizaciones en Alcoholología de Ediciones BRAINCENTER de este año 2012, institución fundada por el Dr. Eduardo Kalina, pionero en la temática. Por otro lado se sugiere la visita al sitio web de los Alcohólicos Anónimos, donde se expone la modalidad y concepción de su actividad.

⁷ “Dispositivos de atención para usuarios de drogas: heterogeneidad y nudos problemáticos” Pawlowicz, Galante, Goltzman, Rossi, Cymerman y Touzé (2012)

⁸ María Epele señala la conformación de un dispositivo “judicial-policial-sanitario”, constituido en la tensión de la medicalización y el derecho a la salud de los usuarios de drogas. Este dispositivo es realmente asequible cuando se considera la cantidad de pedidos de “evaluación”, solicitados a efectores de salud por los Juzgados de Familia, por intervención de los Asesores de Incapaces, a pedido de familiares directos, sobre el riesgo cierto e inminente sobre su salud o de terceros – antes peligrosidad – que pudiera existir en personas que usan drogas. – “Usos y abusos de la medicalización en el consumo de drogas: Sobre economías, políticas y derechos” Epele, M. disponible en <http://www.observatorio.gov.ar/especificos/temas-especificos/Medicalizacion%20v%20sociedad.%20Lecturas%20criticas.pdf>.

⁹ Un colega reconocido y recientemente fallecido, Jorge Zanghellini, refiere esta cuestión en “El adicto frente al gran Otro”, en “De tóxicos y tónicos. Apuestas psicoanalíticas” (2011). A su vez señalan Pawlowicz y otros en op. cit: ... “El caso de los dispositivos de clínica individual psicoanalítica funcionando en una institución asimilada al dispositivo de comunidad terapéutica es frecuente. Allí la articulación sostiene en ocasiones posiciones antológicamente contradictorias...”

¹⁰ “Políticas de drogas: prevención, participación y reducción de daño” en SALUD COLECTIVA, Buenos Aires, 4(3): 301-318, Septiembre- Diciembre, 2008; disponible en <http://www.scielo.org.ar/pdf/sc/v4n3/v4n3a04.pdf>