

SEMINARIO SOBRE DROGODEPENDENCIA

Módulo N° 7

LICENCIADO ALBERTO CALABRESE (*)

El tratamiento.

Un director de un Hospital Psiquiátrico de Venezuela hace 20 años escribió un artículo sobre los sistemas de tratamiento, parece que lo hubieran escrito ayer. La misma dificultades, las mismas opciones, sin entrar en la parte técnica psiquiátrica digamos de usar determinadas dosis de sustancias como para provocar aversión o para provocar rechazo o para ayudar a deshabituarse. El tema de la drogadicción es un desafío social. Como en este momento todos los gobiernos del mundo deciden verlo de esta forma, lo es. No hay un control del narcotráfico como hay un control del sida, no hay una lucha contra el narcotráfico como hay una lucha contra el sida, o sea se dan cuenta que se están jugando otras cosas, mucho más grueso lo que se juega con el tema de las drogas. Evidentemente creo que es una elección arbitraria, evidentemente creo también que efectivamente hay también un desafío digamos pequeño que tiene que ver con la motivación que tengamos cada uno de nosotros frente a alguien que padece algo, que está en duda, que se destruye, que se inhabilita, que decae pre-

turamente por el tema de usar sustancias psicoactivas.

Yo creo que si pudiéramos decir la explicación cabal de esto es una decadencia que se juega en un síntoma. El siglo pasado que conoció clases sociales como la victoriana que era capaz de actuar como si el sexo no existiera, aunque abajo de la mesa hacían cualquier cosa, también consumió drogas pero sin escandalizarse de ellas, no operó legalmente contra ellas, era una sociedad muy dividida con índices de rechazo muy algo para determinadas conductas.

El problema de drogas empezó a ser problema el día que la gente de clase media cayó en los tribunales. Este no soy impune sirve para demostrarnos que esta es una sociedad que necesita tener cosas punibles, su funcionamiento se basa sobre lo punible, o sea que si esto no existiera, tendríamos que inventarlo, cuando pensamos en narcotráfico, pensamos en negocio, en realidad estamos en una variable social, el negocio fácil, el negocio importante, siempre fue una cuestión el fin de lucro, es una cuestión motor social, que no se haya podido

(*) *Docente Titular de la Cátedra de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires.
Fondo de Ayuda Toxicológica
Pringles 951- (1183) Capital Federal*

discutir seriamente sobre si convendría o no por ejemplo legalizar para ver si disminuye el tráfico, no se puede discutir porque hoy por hoy hay un negocio que tiene que ver con la represión, que tiene que ver con la prevención, que tiene que ver con los organismos públicos que se han inventado al respecto, los organismos internacionales dedicados nada más que a esto, piensen que Naciones Unidas tiene un instituto nada más que para esto, hay un fondo especial de Naciones Unidas para el tema de drogas.

Tomas Sats habla de la libertad de elección que puede tener una persona para drogarse hasta morir si tiene ganas, pero no lo hace cuestionando qué cosas hacen que haya tanta gente que tiene interés de matarse. Entonces en este tema hay que tener el suficiente cuidado como para saber leerlo, porque hay varias lecturas. Cuando uno sale a defender derechos del adicto o por lo menos derechos a que no se use la vertiente penal para planchar a gente que ya después queda con la marca para el resto de la cosecha nos salen con que somos inscriptos en las corrientes liberales que lo único que le importa es el artículo 19 de la constitución, por eso ahí lo único que prima es la actitud del compromiso, porque tenemos que sostener un discurso dándonos cuenta que no es ni el discurso liberal. ¿Qué es lo que hace que este juego sea así, el negocio del narcotráfico solamente?, no. Hay cuestiones más profundas en las cuales se monta el negocio del narcotráfico y se monta también el negocio del antinarcotráfico que hay veces se mezcla de forma aguda, es que a través del desafío puedo modificar cosas, lo que no tengo como interrogante.

Yo no puedo hablar de las libertades individuales si hay alguien no pudo elegir previamente, desde la libertad individual elija lo que quiera, pero ese individuo es una goma que no tiene ni idea de lo que está haciendo en este mundo, ¿qué va a elegir?, ¿qué puede elegir?, va a elegir lo que hace, destruirse. Tener la conciencia de no aplastamiento es un desafío en si mismo y poder lograr a partir de esa conciencia modificar cosas, es mucho más duro, pero lo único que nos hace valer como personas.

Sistemas de tratamiento. Al día de hoy estamos casi igual que hace veinte años, por supuesto hay lugares donde esto está más organizado y por supuesto hay lugares donde esto está menos organizado. Esto es modelo médico sanitario y esto es modelo ético jurídico. Entonces primer objetivo es supresión sobre el objeto droga y después viene un

segundo momento en el cual los dos coinciden, la droga sobre quién actúa, sobre una persona. Esta persona la llamamos adicto. Este puritanismo luego se le suma el positivismo y a éste a su vez se le suma el conductismo. Uno llega a la cuestión, tomando estas tres cosas, son tres etapas, en la que estamos ahora es esta, pero tiene, claramente se le notan los rasgos de estas otras dos. Este discurso proviene de la primera forma de asociación de adictos que hubo, o sea, de pretendientes de ex-adictos que fueron las asociaciones de alcohólicos en los Estados Unidos. La lectura después pasa por el positivismo agente exógeno o patógeno, característica del sujeto que le va a interesar ese agente patógeno, supresión de los agentes patógenos o tratamiento compulsivo de la persona que está bajo el agente patógeno, proviene de un sistema de exclusión pero íntimamente sabe el sistema que esto es imposible, que no hay tal exclusión o sea uno no podría excluir hoy en término conscientes si se estima que en Estados Unidos hay casi el 10% de la población que consume drogas en forma importante y otro, entre el abuso y la dependencia de drogas no los pueden suprimir de un plumazo, tendrían que sacar 30 millones de personas del medio, entre alcohólicos y adictos a otras drogas, tendrían que sacarse de encima 30 millones de personas, son muchas, es la población de la Argentina. Fíjense la teoría de riesgo en general suele ser una teoría del absurdo, lo sabemos que hay cosas que pueden aumentar la capacidad de la gente como para poder ser adicto o como para ser cualquier cosa en definitiva, pero también sabemos que hay cosas que están hechas así porque se quiso que fueran así, entonces en ese caso, por ejemplo desindustrializar zonas es un deseo de alguien y un beneficio para algunos, concreto. Entonces dentro de esa necesidad aparecen entonces pústulas que ya ni siquiera se pueden modificar, entonces a esa la llaman zona de riesgo, pero la zona de riesgo estuvo fabricada de antes pues no se olviden de eso. Y cuando uno suma las variantes de riesgo que creo que es una teoría que ya habría que guardarla en los anaqueles, suma las variantes del riesgo, vamos a encontrar que cualquiera de nosotros puede ser adicto. Cuando vean todo lo que en realidad puede hacer que alguien sea lo que no es, o sea un poco más loco como para que se note, van a ver que las variantes de riesgo son cualquiera de las que tenemos cualquiera de nosotros, suma una buena cantidad.

Tratamientos que ya están tabulados, los de antagonismos hoy poco usados, salvo en algunos

casos que todavía lo hacen funcionar para los alcohólicos o para los tabáquistas todavía a pesar de que hay muchos proyectos y en Estados Unidos hay alguna gente que trabaja sobre eso, en general los sistemas de antagonismos se hacen sobre conductas previamente tipificadas en patrones animales, o sea, se sabe como les dije en más de una oportunidad, este es un problema que tiene una dimensión antropológica. Efectivamente sabemos que podemos inducir a una cantidad de animales de laboratorio a tener conductas compulsivas que puedan llevarlos incluso a su muerte por desnutrición o por sobredosis. Generalmente a cualquier tipo de sustancias salvo, y esto es muy interesante, salvo a los alucinógenos, se comprende, el psiquismo del hombre no es el del animal. Todos sabemos del acostumbramiento a la morfina, a la heroína, al opio, qué se yo, tiene su período digamos desagradable, la marihuana misma, el tabaco mismo sin ir más lejos, bueno el animal trata de evitar eso, busca en general las cosas que le den un efecto placentero lo más inmediato posible. Esto también es indicativo de ciertas conductas humanas. Pero lo interesante es que sobre este patrón se hacen los tratamientos de aversión, claro, obviamente entonces con los alucinógenos es muy difícil inventar tratamientos de aversión se ha intentado con mayor éxito, o sea algún éxito sobre todo con el alcohol y con los opiáceos, no con cualquier otro tipo de sustancias.

Luego están los de sustitución. La sustitución es un sistema que uno piensa que tiene digamos una estructura gradualmente, va reemplazando una droga con un manejo social aceptado a droga de uso social inaceptado. Entonces la sustitución, bueno desde el antabus clásico al alcohol, etc ,es un juego de la exclusión, entonces elige un mal menor, bueno si la heroína tiene peores consecuencias entonces elegimos la metadona no es para tanto pero en realidad sobre donde está montado ideológicamente es la misma cosa. Puede pasar que el paciente efectivamente en un tiempo se aburra y deje de drogarse, puede pasar que se mantenga con la misma cantidad de droga, puede pasar que aumente la cantidad de droga y puede pasar que use de esas drogas y algo más o sea puede pasar absolutamente todo igual .

Después tenemos la individualización hecha sobre programas terapéuticos que atienden nada más que a la persona individualizada y espontánea. En algunos casos con indicación de juzgado, en otros casos por espontánea participación. Sobre la teoría de indicado por el juzgado acuérdense que

esto se puede resolver en forma penal o podría resolverse en forma civil. Creo que Niño fue bastante claro al respecto diciendo que sería mejor que fuera desde una vertiente civil, o sea es mejor decirle a un tipo vea si usted no se trata, qué se yo, va a estar inhabilitado para sacar un préstamo que decirle va a tener que cumplir dos años de cárcel, porque sino le estamos sumando actitudes sobre todo lo más peligroso es lo que en realidad tampoco dicen los defensores de esta postura, el sistema carcelario es uno de los sistemas más persistentes en sus categorizaciones aún fuera del ámbito carcelario, o sea lo que está dentro de él mentalmente dentro de él, hay algunos que están dentro de él pero bueno no están, no quiero acusar todo, pero los que están mentalmente dentro de él, o sea el carcelero, dentro del ámbito penitenciario o fuera del ámbito es muy difícil que se diferencie, va a seguir con actitudes que pertenecen al sistema, incluso con actitudes, trabajos americanos sobre la conducta sexual de las cárceles y fuera de las cárceles, el personal de cárceles se parece porque mantiene la pauta.

Bueno la individualización entonces en general aparece lo espontáneo. Sobre este modelo hay enorme cantidad de experiencia, tal vez una de las más importantes es, bueno nosotros trabajamos así cuando estamos en la Facultad de Medicina, el modelo clásico, actual. Reciben a la gente, hay un lugar principal que está en el hospital y hay una serie de delegaciones que están en barrios que se consideran que tienen mayor incidencia y el sistema es abierto, psicoterapia quien quiere hace programas de apoyo psiquiátrico, quien lo quiere, no es obligatorio, el índice de recuperación es cercano al 35% .

Hay un manual de seguimiento del programa que ha editado Naciones Unidas a través de la O.M.S. y otro que lo editó la UNESCO, pero de todas maneras, muy pocos los cumplen demasiado el seguimiento al alta.

Los sistemas de agrupación. La agrupación tiene dos formas, por sistemas de autoayuda, el clásico sería el de alcohólicos anónimos. Por sistemas conductivos de ex-adictos y por sistemas profesionalizados que tendrían la mayor parte de las características de la agrupación de la comunidad pero con lecturas que van variando de acuerdo a quien dirija , o sea, algunos tendrán más visiones psicoanalíticas, otros tendrán más visiones psiquiátricas, otros serán más aversionistas, otros serán conductistas puros, otros serán exclusivamente

biologistas.

Las comunidades más duras hacen este proceso. Aguda despersonalización formación aversiva en el sentido de que lo de adentro me tiene que exigir más que lo de afuera y entonces por eso voy a rechazar en definitiva lo que me trajo acá. Antes que volver a esta condición yo voy a poder decirle no a las drogas y no a cualquier cosa que no sea lo que me inculcaron.

De hecho ustedes saben perfectamente que en un momento dado una forma de identificación en las clases altas era poder usar cocaína, ahora se ha caído eso porque está difundida, pero en un momento dado estaba. Todavía para muchos es así, entonces hacen una cuestión de diferencias como decir yo tomo vino bueno o tomo vino malo.

Terapias grupales pero puestos nada más que en función de una teoría de las comunidades terapéuticas. Pero cuanto más lee de esto, llega a una conclusión, sistema que de resultados superiores al 50%, no existen, es más, la mayoría no se acercan a eso. Fue el modelo clásico que adoptó el estado argentino cuando se decidió opinar de este tema pensó en el centro nacional de rehabilitación social, durante el período de la dictadura por lo menos sostuvo un modelo interdisciplinario y eso fue todo un mérito y lograr que guardias fueran manejadas en vez de por un médico un psicólogo o cosas por el estilo fue todo un adelanto, el modelo que se eligió y aprobó el ministerio de salud en su momento era un superhospital, una cantidad grande de camas, programa de todos los colores.

Ese modelo multidisciplinario es una suma nada más que especialidades por decir le ofrezco musicoterapia, psicoterapia, masoterapia, lo que se les ocurra, odontología como también pasaba. El fracaso da lugar a que entonces justamente empiezan a aparecer las formaciones espontáneas. Como las formaciones espontáneas no tienen otra manera, o sea, reniegan de lo profesional porque no les dio respuesta, esto tanto pasa en Estados Unidos como en la Argentina, entonces esa formación espontánea se remite simplemente a la experiencia y aquí cae en lo que yo alguna vez también creo haber explicado, cae en esta cuestión de decir de qué me quiero alejar, de un determinado objeto, qué soy yo, vuelven a encontrarse acá con el tema del puritanismo, alguien que triunfó sobre ese objeto, soy un ex-objeto de ese objeto. Entonces en tanto ex- yo pasé la experiencia, yo puedo dirigirme en el único que conduce este proceso, con lo cual se dan cuenta que sigue sindicado en el mismo lugar corrido, o

sea, sigue sindicado por el mismo síntoma pero corrido de lugar. Triunfó sobre el mal porque el era parte del sistema inclusión - exclusión. Su testimonio refuerza el hecho de que otros no lo hagan, pero se perpetúa en lo sintomático.

Todo lo que es atención primaria, todo lo que va de nuevo al sistema de red, todo lo que permite que la gente encuentre su posibilidad de tratamiento lo más cerca de su domicilio, esto es lo que hace a un crecimiento de salud. En primer lugar la salud obviamente no es solamente no estar enfermo sino que es tener las condiciones para que la vida le resulte un hecho más o menos posible, agradable en algunos casos, por lo menos en ciertos momentos. Justamente ahí el absurdo de pretender por alguna terapia hacerlo al tipo feliz, no absolutamente feliz o reinsertarlo, otra de las cosas. Un clásico de todo este pandemio de oportunidades es la reinserción y las condiciones no cambiaron, como ya también lo he dicho, obviamente la reinserción va a tender al fracaso. El ideal de salud es cuando justamente podemos construir la red y la red se construye cuando hay pequeñas unidades que satisfacen por lo menos lo básico, antes hay que hacer una derivación de mediana complejidad o de alta complejidad, pero en adición no hay alta complejidad. El alta complejidad se puede dar al revés en una primera situación de emergencia, no después, y eso no tiene una intervención larga, es muy corta, si una persona está con una dosis aguda y hay que tratarla, necesita un hospital que tenga buena guardia toxicológica y lo saque en un período de 48 horas, cuando está grave, después podrá estar en terapia intensiva o terapia intermedia, pero nunca más de una semana. Y otro fenómeno se sucede a esto, de todo lo que acabo de describir, que es el tema de la competencia del sistema de salud acerca de la apropiación del objeto.

Nosotros tenemos que pensar en los que no son modelos que son la mayoría y lo difícil es digamos reconocer en los que no son modelos sociales establecidos, reconocer la persona con posibilidades y la persona que está reinserta simplemente por ser él protagonista de su vida.

No hay en realidad un tratamiento perfecto. Si existiera, todos lo haríamos. O sea si alguien ve que su eficacia es del 90% y el otro ve que su eficacia es del 15, tiene que ser muy necio para seguir insistiendo con el 15. Hay tratamientos que les sirven a distintas personas, lo que podemos pretender es lograr que los tratamientos consideren determinadas variantes que no consideran.

La cura en el sentido del absoluto no existe, porque si aún desde el punto de vista biológico no existe, porque si existiera una cura absoluta, o sea, como un borrón, algo que se saca de la cinta, el cuerpo no se permitiría fabricar anticuerpos para el próximo embate de la enfermedad. Desde el punto de vista biológico es esto. O sea siempre hay una memoria de la enfermedad y desde el psiquismo desde luego, todos tenemos un registro de lo que nos ha pasado, entonces esto de pedir que se borre y que de testimonio de que nunca lo tuvo, bueno es un absurdo. Y otra cosa, creo que lo que falta también en cuanto a red de sistemas de tratamientos es el control adecuado, primero la propuesta global sobre tratamientos, desde una función pública y después el control sobre estos tratamientos.

Son muy pocos los tratamientos, primero no hay que olvidarse de algo, en general, ideológicamente quienes manejan los tratamientos o quienes los manejamos provenimos de determinados sectores sociales. De ahí que, por lo menos en un primer tiempo, tuvieron éxito los ex-, porque por ahí hablaban con el mismo código, pero a la vez la propuesta, a mi manera de ver, ha sido pobre, lo cual lo limita. Indúablemente no hay plata en general para pagar ni siquiera un buen seguimiento domiciliario. Entonces en general en el lugar del tratamiento se trabaja desde la demanda y no se tiene mucha idea sobre qué pasa a 30 cuadras de donde vive el hombre este o la mujer que haya llegado al tratamiento o la familia, pero también porque no hay una propuesta global.

Referencia:

Curso teórico-práctico de entrenamiento en el tratamiento de la drogodependencia. Módulo 5, organizado por el Programa de Ciencias de la Salud, Bahía Blanca, diciembre de 1995.