

LA EXPERIENCIA EN COMUNIDADES TERAPÉUTICAS DESDE LA VOZ DE LOS USUARIOS DE DROGAS

Ana Lia Kornblit, Sergio Guffanti y Malena Verardi

Introducción

El objetivo de este capítulo es presentar el análisis de los relatos que formuló una muestra de usuarios de drogas egresados de comunidades terapéuticas, acerca de su experiencia en las mismas. Los interrogantes más importantes que se pretendían responder eran qué factores consideran los entrevistados que los ayudaron más en el proceso de su recuperación y cuáles habían sido sus principales dificultades a la hora de la salida de la comunidad. Se trató, pues, de ahondar en los significados otorgados por ellos a los aspectos de los programas terapéuticos que consideraban que habían influido más en su evolución y en su estado actual.

Se realizaron 20 entrevistas en profundidad a egresados de comunidades terapéuticas, que habían sido dados de alta en sus lugares de tratamiento. La muestra, de tipo intencional, se realizó teniendo en cuenta los siguientes criterios de selección:

- haber sido dado de alta en una comunidad terapéutica del Área Metropolitana de Buenos Aires entre seis meses y dos años previos a la entrevista;
- incluir no más de un entrevistado por comunidad;
- incluir al menos un tercio de entrevistadas mujeres;
- incluir al menos la mitad de entrevistados que no siguieran en contacto con las comunidades en las que se habían tratado.

Los entrevistados fueron ubicados a través de la técnica de la bola de nieve, para evitar el sesgo que podría producirse por el hecho de que las comunidades seleccionaran para ser entrevistados a las personas que hubieran tenido mejores logros en su proceso de recuperación de la adicción.

La metodología consistió en la realización de una entrevista en profundidad, en la que se seguía una guía de preguntas, sin que esto implicara un procedimiento rígido de preguntas y respuestas.

Las entrevistas fueron grabadas y se procedió a su transcripción. Para la codificación de los datos se usó el programa VIVO, para datos textuales. El procedimiento de análisis de los datos recogidos fue realizado siguiendo los lineamientos generales de la *teoría fundamentada* de Glaser y Strauss (1967).

Del análisis de las entrevistas surge que la categoría central que permea los distintos temas desarrollados por los entrevistados en sus descripciones de los aspectos que influyeron más en sus tratamientos, es la posibilidad de desarrollar en los lugares de interacción un entramado relacional diferente al vivido por ellos previamente en sus medios familiares y en sus grupos de amigos/consumidores. No se trata sólo de la creación de nuevos vínculos, sino de que estos tienen la posibilidad de reemplazar el vínculo con el objeto droga, presente en los escenarios anteriores en los que se desarrollaban sus vidas, a partir de la aceptación de nuevos códigos de interacción social. Qué es lo que influye para que los nuevos códigos sean aceptados es lo que intentaremos desglosar.

A su vez, lo implícito es que el aprendizaje de ese nuevo modo de interacción social será incorporado y transferido a la vida fuera de la comunidad, en el momento del alta.

Como veremos, éste es un supuesto que en muchos casos no resulta fácil de cumplir, a juicio de los entrevistados.

Categorías para el análisis

A continuación presentamos las categorías que construimos a partir de los datos, para llegar a una organización comprensiva de los mismos.

a) La percepción de un interés genuino por parte de los operadores en lo que les pasa a los internos

Varios entrevistados recalcan el hecho de que los operadores estaban siempre dispuestos a escucharlos, más allá de que se tratara para ellos de un trabajo por el que recibían una remuneración. El ser tratados como personas cuyo bienestar no resulta indiferente es señalado como una circunstancia novedosa que ayuda a crear lazos en la comunidad. Precisamente, la desconfianza previa al ingreso tiene que ver con el temor de ser uno más, y uno que solventa con su dinero a otros que se benefician con dicho aporte. Esto es mencionado especialmente por los egresados cuyas familias pagaron el tratamiento, a diferencia de los que fueron becados por el Estado. El hecho, mencionado en algunos casos, de que la comunidad les permitió permanecer aun cuando no pudieran seguir pagando, es considerado como una prueba de que el interés no es fundamentalmente el económico, sino ayudar en la resocialización de los adictos.

Esto pone de relieve una cierta mística del “encuentro” con el otro, diferenciada del tipo de relaciones mercantilizadas del mundo de afuera, a las que se concibe como espúreas. El primer tipo de relación es visto como una condición del clima social que permite vivir sin consumir.

b) La convicción de la necesidad de compartir las vivencias

El imperativo de expresar lo que sienten, en la medida en que es una norma grupal, hace que se rompa el aislamiento afectivo, considerado como uno de los factores relacionados con el consumo, que si bien puede realizarse en grupo, en realidad es un acto del individuo en soledad. A diferencia de la defensa de la privacidad, enarbolada por el discurso de los derechos humanos, lo que se legitima en la mayoría de las comunidades es la necesidad de hacer explícitos los sentimientos vinculados a los inevitables roces que surgen en la convivencia. Tal es el sentido de la “confrontación”, en la que se interpela a un interno por algo que hizo o expresó, que se considera contrario al deber ser. La habitualidad de estos someros enjuiciamientos públicos impone la convicción de que el funcionamiento grupal deja muy poco espacio para lo no compartido. Por el contrario, se ensalza el “no guardarse nada”, o el “no esconder nada” como la base de la posibilidad de la relación entre pares, que por ende será estrecha y despojada de subterfugios (“piel a piel”). El supuesto es que el compartir aleja la soledad, considerada como factor de riesgo principal para el consumo.

Por otra parte, como si repitieran la lección del interaccionismo simbólico, la idea que expresan algunos entrevistados es que sólo a partir de la mirada de los “otros” como respuesta a sus gestos/actos pueden empezar a re-conocerse y a adquirir una identidad acorde con las expectativas grupales. Se trataría, pues, de una re-socialización guiada por la convicción de la importancia de la mirada de los otros sobre uno mismo, como

vía regia para el auto-conocimiento. Como dijimos, esto es lo que en el código de las comunidades se denomina “confrontar”, es decir, el procedimiento por el que los demás interpelan al sujeto, mostrándole sus actitudes y conductas no “aprobables” en el contexto de las reglas comunitarias. Lo que no está muy claro es cuál es el proceso por el que los “confrontados” aceptan el punto de vista de los demás sobre sí mismos, más allá de la presión del grupo que acuerda con el contenido de la interpelación. No se puede definir en qué momento se produce el “click” a partir del cual empiezan a “escuchar”, como primer paso a aceptar, lo que el grupo les plantea. El grupo tendría así la función del coro en la tragedia griega, expresando los juicios de los ciudadanos en su conjunto, en este caso, los internos de la comunidad, aleccionados por los operadores que trabajan en ella.

c) La defensa de la necesidad de establecer límites rígidos y normas duras en la vida cotidiana de las comunidades

Casi todos los entrevistados reivindican la existencia en las comunidades de normas rígidas, cuya inobservancia da lugar a la aplicación de sanciones, a veces muy duras. Se produce con respecto a esto una suerte de desdoblamiento en el discurso, porque a la vez que expresan la molestia por las sanciones establecidas y el pesar por tener que cumplirlas, las aceptan como los “límites” que necesitan para reencauzar sus vidas. Esto evidencia una ruptura en el relato sobre sí mismos, dado que los entrevistados toman en este aspecto el punto de vista crítico de los “otros” sobre los adictos. En esa medida, se torna coherente el sancionarlos por sus desviaciones con respecto a las normas, aunque ellas sean rígidas, porque es lo que un adicto “se merece”, dada su conducta zigzagante y su tenor mentiroso. Las sanciones son, pues, “constructivas” y la adhesión a las normas “forma el carácter”. La disciplina tipo cuartel militar es bienvenida en la medida en que no deja lugar a la temida apatía de la época del consumo. La idea es que en esto no hay medias tintas posibles: “si *los adictos* no son tratados con mano dura, no se consigue nada de ellos”, planteándose nuevamente este convencimiento desde el lugar de quienes imponen la disciplina. La adopción del lugar del “otro” para referirse a sí mismos puede pensarse como una estrategia para devenir en la identidad del no-adicto.

d) La evitación de las recaídas pasa por el convencimiento de que no se puede “manejar” el consumo, por ejemplo consumiendo ocasionalmente

Coincidiendo con los lineamientos ya planteados por la organización Alcohólicos Anónimos, la idea es que un adicto no se recuperará si tiene la convicción de que si prueba una vez no le pasará nada porque podrá controlar la situación. Para evitar recaer en el consumo habitual se debe tener el convencimiento de que se debe permanecer alejado de las drogas, y sobre todo, vencer el temple desafiante que lleva a consumir una vez, porque “total no pasa nada con una vez”. La actitud contraria al temple desafiante (la *hybris* de los griegos) es la humildad que lleva a aceptar el “yo no puedo solo” y el “necesito de los demás”. En este sentido, es emblemático el hecho de que una de las comunidades unge a sus egresados con una medalla de rehabilitado, acompañada por una llave de la puerta de la comunidad, que simboliza el que sus puertas están siempre abiertas, para cuando se necesite recurrir a ella, para cuando sea necesario revivir en la experiencia concreta el vínculo comunitario, frente a la sensación de que no pueden enfrentar solos las dificultades.

e) La evitación de las recaídas se vincula también con la posibilidad de proseguir el diálogo interno con uno mismo

Volver a la comunidad como práctica concreta cuando se sienten amenazados por el riesgo de recaer es la instancia que demuestra que el intento de proseguir el diálogo interno con la comunidad, a través de lo que se ha incorporado en ella, no es suficiente a veces para algunos “egresados”. Son momentos en los que por alguna razón se “olvidaron de proseguir el trabajo consigo mismos, en cuanto a valorarse, reconocer el lado bueno de las cosas, etc.” Esto implica que reconocen haber realizado un aprendizaje, como parte de su experiencia en la comunidad, consistente en reconocer cuáles son las cosas de las que pueden disfrutar y de cuáles les conviene alejarse, aunque “a veces esto cuesta mucho”. Se trata, por consiguiente, de haber incorporado la posibilidad de realizar un trabajo de introspección constante; si esto no puede realizarse estarán en una situación de riesgo en relación con las recaídas.

El diálogo con uno mismo implica, como en otros aspectos, un desdoblamiento, como si el discurso incorporado en la comunidad coexistiera con un discurso sobre sí mismo como alguien incapaz de seguir el rumbo iniciado con el tratamiento. La frase: “el temor más grande que tengo es... no poder conmigo” muestra, en la voz de uno de los entrevistados, esta división del sí mismo entre alguien que “se quiere rescatar” y alguien que recalcitrantemente puede volver a sus patrones de vida anteriores. En ocasiones se plantea que este riesgo tiene que ver con las “situaciones” a las que los lleve la vida, que son vistas como imponderables e incontrolables.

La reflexividad, en el sentido de Giddens¹, es, pues, uno de los logros que los entrevistados consideran que alcanzaron a través de la experiencia comunitaria.

f) El dejar de consumir se vincula con la posibilidad de recrear vínculos afectivos

No existe para los entrevistados un proceso de recuperación de la adicción que pueda darse en un vacío afectivo. Trabajar los vínculos ya existentes o crear vínculos nuevos es una parte importante del tratamiento, dado que se piensa que una persona que no tiene nada que perder, en el sentido de que no tiene vínculos de afecto, es muy difícil que pueda reencauzar su vida. Lo que no queda claro es por qué en el período de consumo esos vínculos preexistentes no eran lo suficientemente fuertes como para alejar a la persona del círculo de la adicción, y luego, a partir del tratamiento, se convierten en figuras clave, figuras de las que “agarrarse para salir” (“si no tuviera a los chicos no me hubiera rescatado”). Esta última palabra, usada por muchos entrevistados, hace pensar en algo que se salva, se valora, se sustrae, de un conjunto de aspectos desechables. Y lo “rescatable” tiene que ver, precisamente, con reestructurar los vínculos afectivos, a partir de la experiencia en la comunidad, que lleva a adherir a otras realidades posibles, más allá del mundo de las drogas. Tal como lo expresa un entrevistado: “lo mejor del tratamiento es comprobar que se puede vivir sin droga”.

g) La preocupación por el sida como parte de la reconstrucción del mundo social

¹ Giddens (1991) caracteriza al proyecto reflexivo sobre el sí mismo como el proceso a través del cual se constituye la auto-identidad a través del ordenamiento pensante de las narrativas del sujeto sobre sí mismo.

Todos los entrevistados coinciden en afirmar que antes del tratamiento en la comunidad el tema del sida les preocupaba poco o nada, en la medida en que sus preocupaciones no estaban vinculadas con el miedo a la muerte. Por el contrario, el trabajo de valorización personal realizado como parte del tratamiento los lleva a cuidarse, dado que se cuida lo que se valora o estima (“tan poco no valgo yo como para dejar que me agarre el VIH”). Desde la revalorización de la vida, identificada con el no consumir, se les hace difícil pensar en los momentos en que los riesgos eran negados: “¿tan boludo o tan vicioso era que no me importaba compartir la jeringa con alguien que sabía que estaba infectado?”.

Podría decirse que lo que los entrevistados adquirieron en la vida comunitaria es la preocupación por la muerte, que surge a partir de la sensación de que vale la pena conservar la vida. Surge así la preocupación por los daños posibles a la salud infringidos durante el consumo (“las consecuencias físicas de la adicción”). Al mismo tiempo, para algunos entrevistados, es precisamente ese temor a perder la vida, incorporado durante el tratamiento, lo que los aleja de volver al consumo (“si no te da miedo perder la vida, no tenés solución”; “lo que no ven los *drogones* es que la muerte está ahí, está a la vuelta de la esquina”).

La evidencia del cambio de actitud en relación con el sida está dada por el hecho de que todos los entrevistados se habían realizado la prueba del VIH estando en la comunidad, por sugerencia de los operadores, y no la habían realizado previamente.

h) La formación de nuevas redes sociales como elemento básico de salida de la comunidad

Volver a los mismos escenarios sociales de la etapa previa al tratamiento, sin tener la posibilidad de armar nuevos entramados sociales es considerado como un importante factor que puede llevar a recaer en el consumo. Dado que se considera que es impensable que la familia, el barrio, los amigos de la época del consumo cambien, teniendo en cuenta que no han pasado por las experiencias reconstitutivas de la comunidad, es imprescindible para los entrevistados que puedan acceder a otras redes sociales: empezar o volver a estudiar, trabajar o concurrir a una iglesia son alternativas en este sentido.

La falta de opciones en lo recreativo, más allá de salir a consumir drogas, es una de las situaciones que se enlazan a las dificultades para recomponer una red social que no gire alrededor de las drogas (“sinceramente, no conozco nada que no tenga nada que ver con el vicio... tampoco conozco mucha gente que me ayude a buscar otras cosas”). El término *vicio* en esta cita, es otra muestra de la identificación con el discurso anti-droga.

Así como la reflexividad, en el sentido de Giddens, es un logro que los entrevistados consideran que consiguieron a través de la experiencia comunitaria, el proceso de reinserción social es considerado como la asignatura pendiente de los tratamientos en comunidad. Podría pensarse que el hábito de la reflexividad no es un recurso suficiente en la tarea de hacerse un lugar en la sociedad, dado que favorece el tener como punto central de mira el sí mismo, pero no alienta el desarrollo de las capacidades para interactuar.

El elemento novedoso en la constitución de nuevas redes de amigos está dado por el hecho de que mientras en la etapa de consumo estos eran elegidos en función del denominador común del consumo, en la etapa post-comunidad se trata de elegir teniendo en cuenta otro tipo de afinidades. Para personas que han hecho un paréntesis en sus vidas de por lo general dos años o más, y teniendo en cuenta la velocidad de cambio de los códigos que rigen las interacciones en la sociedad actual, esto puede no ser una tarea

fácil. No es fortuito que los principales temores que expresan los entrevistados en relación al período posterior al alta son el “fracasar afectivamente”, que equivale al temor a no poder reconstruir una vida de relación satisfactoria, y el no conseguir trabajo, que equivale al temor a no poder reinsertarse socialmente.

i) La entrada a y la salida de la comunidad como acontecimientos bisagra

Como en todo proceso de cambio, tanto los momentos de entrada a la comunidad como la salida constituyen dos momentos de fricción, dado que se trata de los momentos de transición de una fase a otra. El ingreso a la comunidad enfrenta a los consumidores con un sistema social enteramente diferente a los frecuentados por ellos antes. Se pone a prueba en este momento el deseo de cambio y la capacidad para tolerar un sistema social poco condescendiente. Varios entrevistados marcan en este sentido la diferencia entre las personas derivadas a tratamiento por el juez, sin un verdadero compromiso en general con lo que están haciendo, y las personas que buscan la internación a partir de su sensación de “haber tocado fondo”. En varios casos la entrada a la comunidad es vista como lo que impidió la muerte, dado que el período de consumo se percibe como una caída imparable que acrecienta más y más los daños a la salud.

La salida de la comunidad, si bien está precedida por la etapa que se denomina “reinserción social”, implica el desafío de tener que enfrentar la realidad social anterior a la internación, con el bagaje de recursos incorporados a través de la experiencia comunitaria. Si bien este proceso puede ser más o menos acompañado desde la comunidad, lleva a la pérdida de la contención grupal y a tener que desenvolverse solos.

El choque con el afuera tiene que ver con la diferencia entre el ser objeto de atención y de cuidados dentro de la comunidad, a pesar de la rigidez de las normas, y el tener que manejarse en el anonimato de la gran ciudad, al salir. La vida en comunidad es así opuesta a la frialdad de un mundo del que de alguna manera se excluyeron o que los excluyó, y al que en la nueva etapa deben volver, si bien con los recursos incorporados en la experiencia comunitaria. La sensación de extrañamiento derivada del contraste entre la alegría por salir del encierro y la sensación de indiferencia de los demás frente a lo que se vive como un trabajoso logro es claramente descripta por uno de los entrevistados, en los siguientes términos: “resucitás y todo el sol brilla más, el día está copado, escuchás los pajaritos, y sin embargo para la gente es un día como cualquier otro, y para vos no lo es, eso es muy difícil”.

Las valoraciones y los códigos diferentes entre el afuera y el adentro se expresan por ejemplo en el reconocimiento de que mientras para la comunidad se pondera especialmente el no recaer en el consumo, en la vida familiar por lo general “se marcan los errores” y se naturaliza el no consumo, como si fuera lo esperable y no el producto de un largo y complicado proceso.

A pesar de las advertencias de los operadores comunitarios con respecto a las dificultades de la reinserción social, los entrevistados relatan que no habían calibrado adecuadamente los choques a los que se enfrentaron al salir, que en muchos casos los hicieron volver temporariamente a buscar refugio en la institución, a la que en todos los casos refieren que encontraron abierta a sus necesidades de volver para “cargar fuerzas” y salir nuevamente.

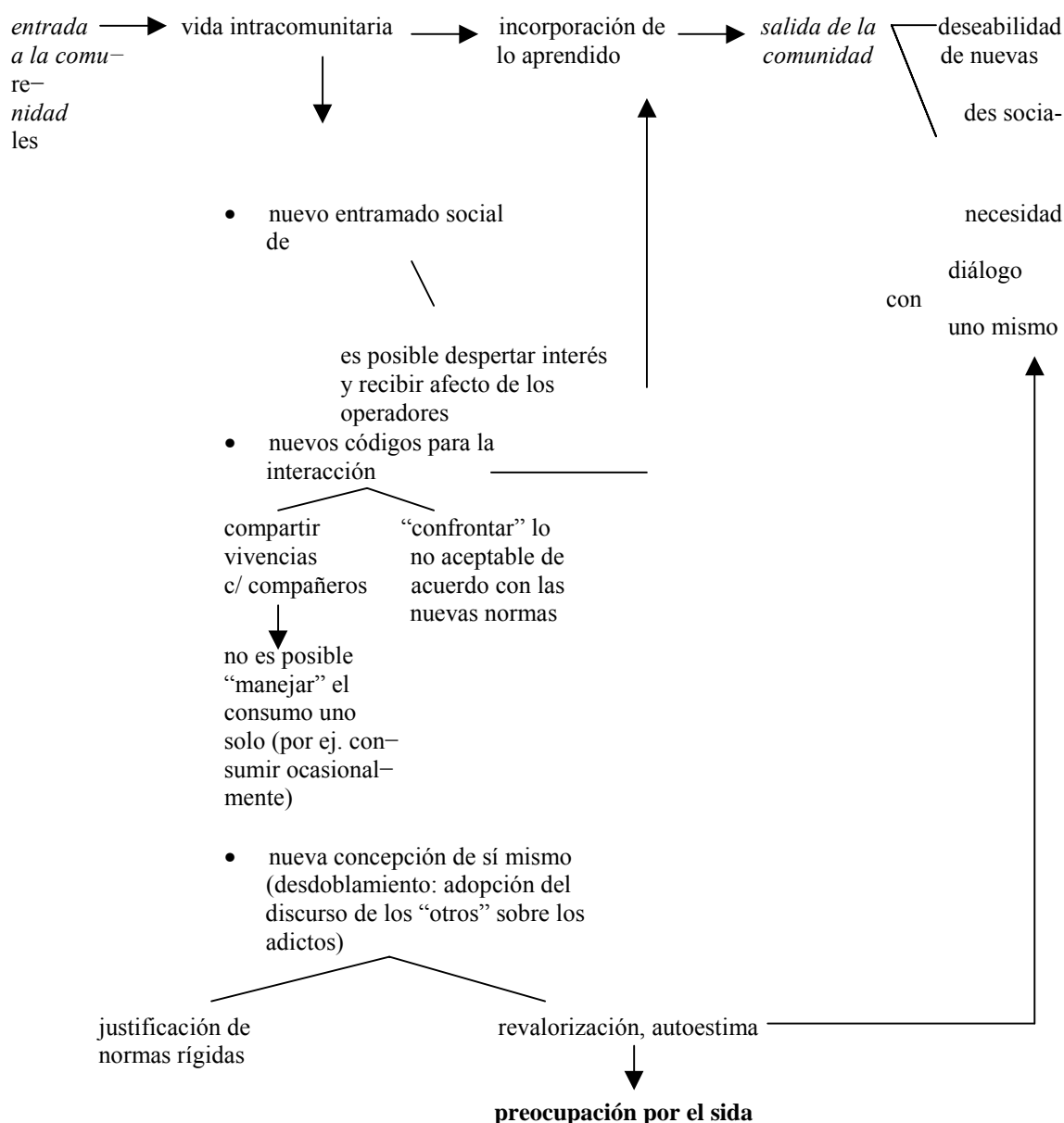
Una modalidad referida por algunos entrevistados para sentirse protegidos por la comunidad estando afuera es conservar las rutinas de la vida en ella, que resultan así incorporadas aun cuando no sean ya impuestas. Mantener los horarios, las prácticas domésticas,

y sobre todo la capacidad de autorreflexión son parámetros que a algunos les resultaron útiles en el proceso de reincorporación a la vida social.

Los recursos incorporados que más reconocen que los ayudaron en este proceso tienen que ver, por lo tanto, en parte con la incorporación de rutinas que ayudan a manejarse en lo cotidiano, pero sobre todo con el mundo de lo afectivo. Haber recibido el afecto que hace sentir que se tiene un lugar, que se es alguien para alguien, y que se forma parte de algo que es como una trama sostenedora, es el convencimiento que más los ha ayudado al salir.

Conclusiones

Hemos presentado las categorías surgidas a partir de los relatos de los entrevistados acerca de su experiencia en comunidades terapéuticas. A continuación presentamos un modelo posible para entender las relaciones lógicas entre las mismas.



Como se ve en el gráfico, la incorporación de lo aprendido es la condición *sine quanon* del mantenimiento de los logros obtenidos a través de la experiencia comunitaria. Sin embargo, no está claro cuáles son los procesos que garantizan la sustentabilidad de dicha incorporación. Puede deducirse, de las palabras de los entrevistados, que su sensación de recuperar un lugar en el entramado social legitimado por el consenso mayoritario, a través de los dos pilares en los que, a pesar de los cambios ocurridos en las últimas décadas sigue afirmándose la vida social: el trabajo y los afectos, es la base de la evitación de las recaídas en el hábito drogadictivo. Sin embargo, parecería que el trabajo en las comunidades se dirige fundamentalmente a la transmisión de la posibilidad de la autorreflexión, más que a la incorporación de capacidades laborales e interactivas, que facilitarían la reinserción social.

A pesar de estas, a nuestro entender, falencias, puede concluirse que las personas que logran llegar a las etapas finales del proceso terapéutico en las comunidades, es decir, llegan a ser “dados de alta”, tienen buenas posibilidades de lograr la reinserción social, apoyados por el convencimiento de poder volver a recibir el apoyo necesario frente a ciertas frustraciones por las que inevitablemente deberán atravesar.

Hay que destacar que este no es el caso de los numerosos adictos que desisten del largo proceso de recuperación porque no logran aceptar alguna de sus condiciones.

Los que llegan al alta expresan satisfacción tanto con el equipo como con el programa terapéuticos, dos de las dimensiones básicas de la satisfacción con el tratamiento (Rodríguez *et al.*, 2002). No obstante, de las entrevistas se deduce que la satisfacción con el equipo es mayor que con el tratamiento, dado que en muchos casos su capacidad crítica los lleva a cuestionar algunos aspectos del tratamiento, como las condiciones de vida o la convivencia entre las personas derivadas de los juzgados, a quienes se les ha impuesto el tratamiento, y los que ingresan por propia decisión.

La denominación de “comunidades” a los centros en los que se realiza el proceso terapéutico de los adictos, con inmersión total de su parte por un largo período (entre uno y tres años) no es fortuita: alude a la recuperación de un tipo de organización social predominante en las sociedades precapitalistas, que se opone a la organización de las sociedades urbanas actuales. En consecuencia, se trabaja con un modelo de sociedad que no es el que los internos enfrentarán tras ser dados de “alta”. Si bien puede pensarse que este proceso es necesario para retrotraer a los internos a un tipo de vínculos que se constituirán en la base para poder ser catapultados a una forma de organización social distinta, a juzgar por los dichos de los entrevistados, no se trabaja suficientemente sobre las diferencias entre el adentro y el afuera, en lo que hemos denominado el momento bisagra de la salida de la comunidad.

La condición de la nueva identidad de ex-adictos, alcanzada por los internos, se construye necesariamente por oposición a lo que fueron, pero también por oposición a los que quedan en el camino y en este proceso el “modelaje” en relación con las figuras de los operadores comunitarios se perfila como una operación clave, en la que se confía para apuntalar la transición hacia el afuera.

Un dato importante que surge del trabajo realizado es la convicción por parte de los entrevistados de que la preocupación por la prevención de la infección por el VIH y por el cuidado personal y el de los otros, cuando son portadores del virus, sólo es posible a partir de la revalorización de sus personas y del establecimiento de nuevas formas de vinculación interpersonal, tras el proceso terapéutico. Queda por analizar cuáles podrían ser las vías de acceso en términos de la prevención del sida, a las personas que no están dispuestas a pasar por la experiencia en las comunidades. Repitiendo seguramente el modelo de los operadores comunitarios, los entrevistados parten del supuesto de que el abstencionismo es el único camino terapéutico exitoso, negando la validez de las políticas de reducción de daños.

Bibliografía

Albiach Catala C., Llinares Pellicer M.C., Palau Muñoz C. y Santos Diez P. (2000) “Adherencia en heroinómanos: la potencia predictiva de los estadios de cambio evaluados durante la admisión al tratamiento”. *Adicciones*, vol. 12, 2, 225-234.

Giddens A. (1991) *Modernity and self-identity*. California: Stanford University Press.

Glaser B. y Strauss A. (1967) *The Discover of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. Chicago: Aldine.

Kooyman M. (1996) *La comunidad terapéutica para drogodependientes*. Bilbao: Mensajero.

Rodríguez M., Jiménez-Kerma, J.M., Iraurgi I., Murua F., Bacigalupe L. Chavarri M.R. y Balsategi B. (2002) “Evaluación de la satisfacción con el tratamiento en un centro ambulatorio de drogodependencias a través del “Treatment Perceptions Questionnaire” (TPQ). *Adicciones*, 14, 4, 417-424.

Rodríguez Cabrero G. (1988) *La integración social de los drogodependientes*, Madrid: PNSD.

Romaní O. (1999) *Las drogas. Sueños y razones*. Barcelona: Ariel.

Tims F. y Ludfor J. (1986) *Drug abuse treatment evaluation: Strategies, progress and prospects*. Nida Research Monograph 51. Rockville: National Institute on Drug Abuse.