

MODELO SISTÉMICO APLICADO A UN CENTRO DE REHABILITACIÓN DE DROGODEPENDENCIA

Andrea Borelli y Bismarck Pinto

Universidad Católica Boliviana

La presente investigación busca desarrollar un modelo sistémico adaptable a un Centro de rehabilitación de drogodependencia, a través de relacionar elementos comunes terapéuticos, identificar diferencias y elaborar una propuesta de técnicas.

El Centro de rehabilitación, es una comunidad terapéutica con modalidad de tratamiento residencial. Según investigaciones las comunidades terapéuticas dan mejores resultados en la rehabilitación de drogodependencia, por ser un medio altamente estructurado a través de un sistema de presión artificial y un clima de tensión afectiva, provocado que el residente actúe su patología frente a sus pares, quienes a través de la técnica de autoayuda sirven de espejo ante las consecuencias sociales de sus actos (Goti, 1990).

El Centro de rehabilitación para la presente investigación, esta ubicado en la ciudad de La Paz y es una de las más importantes comunidades terapéuticas por su trayectoria; el objetivo de la institución es la rehabilitación mediante terapias y técnicas efectivas; entendiendo rehabilitación como un proceso de cambio pedagógico y educativo hacia la recuperación de valores y aprendizaje, donde la persona es protagonista de este cambio (Zambrana, G. Comunicación personal. 2004). Según García Pelayo (1988) rehabilitar

es restablecer, volver al primer estado, en su derecho, que lo perdió por una condena jurídica. Por lo tanto, la rehabilitación de la drogodependencia se la puede comprender como el restablecer a la persona a su estado previo de consumo mediante un proceso terapéutico.

El modelo terapéutico que utiliza el centro, se basa en el Proyecto Hombre, el proceso de tratamiento se divide en tres etapas: casa de acogida, comunidad terapéutica y reinserción social. El centro parte del principio que todos son una misma familia, desde la parte administrativa hasta los residentes, todo esto lleva a una integración de nuevos sistemas sociales, entiendo sistema, como: “un complejo de elementos interactuantes. Esta interacción o interrelación supone el principio de interdependencia, es decir, que cualquier cambio en un elemento del sistema influye en los demás. Un sistema consigue su objetivo o finalidad manteniendo su funcionamiento y su existencia como un todo a través de la interacción de sus elementos” (Bertalanffy. 1976; citado por Almazán, 1999, pág. 5).

El modelo sistémico parte del principio de que cualquier persona esta inserta en un contexto, a este contexto se le llamara sistema. El enfoque sistémico pone en primer plano la visión global del funcionamiento a estudiar, perdiendo por antagonismo, información de detalles. Este enfoque se basa en las ciencias de la información, cibernética y la teoría general de los sistemas entre otros. Según Martínez y Requena (1988) consideran a este enfoque como un todo, ya que es integrador, propicia el desarrollo del trabajo en grupo, conduce a una enseñanza pluridisciplinar y conduce a una acción programada por objetivos (Almazán, Ob. cit).

El modelo sistémico se origina en los años cincuenta, surgió a partir de la necesidad de trabajar no solo con el paciente identificado, ya que cuando este mejoraba alguno de la

familia generaba un nuevo síntoma o los padres entraban en conflicto. Por lo tanto, se observa que la familia juega un papel importante en el mantenimiento o la precipitación del síntoma; la unidad de análisis y de observación es la relación, la dinámica e historia familiar (Sánchez, 2004).

La importancia de este trabajo surge a partir del constante incremento de consumo de sustancias psicoactivas en nuestro país, según las estadísticas del estudio sobre el consumo de drogas y alcohol en Bolivia del Centro Latinoamericano de Investigación Científica (Celin), determino que en el año 2000 había 101.776 consumidores y en el año 2005 llegaron a 144.424. Otro factor importante, es la perdida de credibilidad en la rehabilitación de un drogodependiente, por el incremento de recaídas, según el Registro Nacional de centros de tratamiento y rehabilitación (2005) hay un 24% de éxito y un 8,9% de recaídas. Por último, se debe resaltar que el costo económico y de tiempo que implica un tratamiento de rehabilitación es alto, por lo que las terapias de larga duración están perdiendo campo; por otro lado, el enfoque sistémico brinda nuevas modalidades que optimizan al máximo el tiempo de evaluación e intervención con distintos tipos de poblaciones (niños, adolescentes, parejas y familias).

Según la OMS, (Organización Mundial de la Salud) define drogodependencia como, estado de intoxicación periódica o crónica producida por: 1) Deseo dominante para continuar tomando la droga y obtenerla por cualquier medio. 2) Tendencia a incrementar la dosis. 3) Dependencia física y psíquica, con síndrome de abstinencia por retirada de la droga. 4) Efectos nocivos para el individuo y para la sociedad (Kramer, Cameron. 1975; citado por Graña, 1998, pág. 47).

Las causas de consumo de droga son múltiples y complicadas, es decir que la gente que consume lo hace por muchos motivos que operan de manera conjunta. Es de suma

importancia distinguir factores precipitantes y sustentantes que mantienen las causas. Los factores desencadenantes están referidos a la situación familiar, social y propias características de la persona; relacionándose con la evasión de conflictos, presión social, ausencia de valores, necesidad de experiencias y sensaciones nuevas, entre otros motivos. Los factores que mantienen el consumo modifican en su mayoría los factores precipitantes que van en aumento, relacionándose primordialmente con la necesidad de repetir la primera experiencia y por la dificultad o falta de habilidad para afrontar problemas interpersonales u otros conflictos (Urquidi, Roth y Curi. 1995).

La drogodependencia es un problema biopsicosocial, para comprender mejor es importante indagar los tres campos que de acuerdo a Lorenzo, Ladero, Leza y Lizasoain (1998) existen tres modelos explicativos sobre la drogodependencia:

- **Modelo Biológico:** también conocido como Modelo Médico, se encuentran tres diferentes modelos. 1.- Modelo de Enfermedad (predisposición genética, junto a las dificultades de proceso madurativo personal, las que provocan una susceptibilidad asociada a los factores de estrés ambiental). 2.- Modelo de Automedicación (los trastornos de personalidad, provocan la necesidad de consumir para el alivio de las mismas, generando efectos contraproducentes ya que en vez de aliviar se suma la patología psiquiátrica preexistente a la dependencia). 3.- Modelo de Exposición (las drogas que actúan como reforzadores primarios sobre los centros cerebrales de recompensa, explicándose de esta manera las conductas de búsqueda y consumo).
- **Modelo Psicológico:** tiene diferentes postulados. 1.- Postulado Conductista (Modelo del Condicionamiento Operante, el consumo de ciertas drogas es reforzador, debido al mejor funcionamiento social que experimenta la persona a través de efectos desinhibidores sobre la conducta). 2.- Postulado Cognitivista (a.

Modelo de Aprendizaje Social, imitación de los patrones de conducta de los padres y compañeros, dependiendo de la calidad de la relación. b. Modelo de Adaptación, hay deficiencia en la utilización de recursos personales para la solución a los problemas, hay necesidad de búsqueda de adaptaciones sustitutivas. c. Modelo Social, cómo la persona interpreta su experiencia de consumo y los efectos, tanto a nivel físico y emocional).

- Modelo Sociológico: aprendizaje social y teorías de socialización: Modelo de Asociación Diferencial (este modelo plantea el inicio del consumo por el mejor amigo, y al mismo tiempo por el desapego de la familia. Se puede decir que cuanto más apego emocional con la familia, menor es el efecto de asociación con el grupo de iguales y más de las conductas desviadas). Control Parental (las consecuencias a largo plazo de la ausencia de afecto de los padres hacia los hijos, también de una falta de respeto a las normas, reflejándose en su conducta social desadaptada). Autoestima (la baja de autoestima en el marco de la familia es recuperada en el grupo de iguales y si estos son consumidores, esta es la pauta para una conducta desadaptada).

Según Goti (1990) los drogodependientes tienen rasgos comunes de conducta, a lo que se denomina patología del consumidor. Cuando un adicto va a una comunidad terapéutica buscando ayuda, este llega en la mayoría de los casos sucio, desnutrido, hinchado, culpabilizado, golpeado, cansado; a veces llega solo y otras con la familia, sin embargo, la familia también se encuentra cansada, aburrida, triste, frustrada y lo que quieren es deshacerse del problema, claro esta, que no es en todos los casos. El drogodependiente muchas veces ya ha pasado por otras comunidades, hospitales psiquiátricos, otros profesionales, pero en todos ellos fracasó, todo esto refuerza su incomprensión social, pensamientos, sentimientos de inutilidad, fracaso, confirmando su

posición de “víctima”, y que los amigos de consumo son los únicos que lo comprenden y ayudan. Su autovaloración es nula, tratan de evitar la realidad encapsulándose en la indiferencia, mientras más encapsulado esta menos piensa, siente, percibe y actúa ante su realidad, sigue escapando y encerrándose más en lo que es el consumo.

Toda esta situación va generando una gama de sentimientos, y se puede observar que el drogodependiente encuentra a las drogas y el alcohol cómo una fórmula para bloquear y anular sus sentimientos hacia las personas y situaciones que le causan displacer, por el mal relacionamiento con su entorno (familia, amigos, trabajo, pareja y sociedad). Los drogodependientes tienen temor a ser rechazados, juzgados, de verse frágiles ante los demás, por lo que se encierran y buscan mecanismos para defenderse (agresión, soberbia, manipulación, superficialidad y victimización entre otros). Todo esto conlleva a que el drogodependiente se vuelva desconfiado y susceptible ante su entorno, empezando a marcarse una profunda soledad en su vida. Cuando el adicto ya tiene establecido los mecanismos de defensa, se identifica con personas y grupos consumidores, los cuales se convierten en su entorno más próximo de convivencia, empezando una etapa de marginación (Zambrana, G. Comunicación personal. 2004).

Se puede observar que los drogodependientes, en general, tienen un gran encanto personal y notables dotes persuasivas en las relaciones interpersonales. Estas habilidades sociales son aparentes y están encaminadas a lograr la manipulación de las demás personas para obtener sus fines, por ello en sus relaciones interpersonales suele manifestar impulsos agresivos. Con frecuencia aprende los mecanismos sociales y de manejo de las relaciones humanas para no tener problemas, con el tiempo suele perder su puesto de trabajo, romper con los amigos, tener problemas familiares y legales (Graña, 1987).

Tiene carencia de lazos emocionales o inhabilidad de establecer relaciones interpersonales profundas, establece vínculos pasajeros, aprende en base de sus estrategias de manipulación, a mostrarse como una persona inteligente, simpática, seductora, etc. Son egoístas se centran en si mismos, sin interés alguno por el bienestar de los demás, porque sólo les importan sus propios problemas, su mayor preocupación consiste en seguir obteniendo drogas o en la gratificación inmediata de su deseo de las mismas. Pueden usar cualquier procedimiento, por irracional o peligroso que sea, para satisfacer esa insistente ansia (Graña, Ob. cit).

Según Goti (1990) comunidad terapéutica es un grupo de personas con un objetivo en común para facilitar la consecución de sus fines que se dan bajo un reglamento. Tiene una función social, desarrolla una cultura de nuevas relaciones humanas; da buenos resultados para un determinado perfil de personas, pero no es aconsejable para otros, por lo que es de mucha importancia proceder a una estricta selección de candidatos que quieren esta modalidad de tratamiento; durante muchos años el único criterio compartido por todas las comunidades terapéuticas era que el candidato tenga motivación al cambio, hoy en día existen más criterios de admisión.

La comunidad trata de reproducir una sociedad, para que, el momento de reinsertar al residente a la sociedad, no haya ningún choque. Su organización es similar a la organización familiar, el modelo utilizado depende a su vez del modelo familiar y medio cultural en la cual esta insertada, este medio esta estructurado con límites precisos, funciones bien delineadas, roles claros, afectos controlados. Los roles y funciones son asimilables a los existentes dentro de una familia, por ejemplo encontraremos que los operadores asumen roles parentales y los residentes funcionan como hijos y hermanos entre sí (motivo para la prohibición de relaciones de pareja entre residentes). El lenguaje, los afectos desplegados, la estructura, todo apunta a que temporalmente sea una nueva

familia para el residente; cuando un nuevo integrante ingresa a la familia es considerado como un recién nacido que deberá crecer y madurar, se le asigna un hermano mayor que le servirá de guía y consejero en su proceso de adaptación (Goti, Ob. cit).

La finalidad de comparar comunidad y familia es el sentido que el residente da. Según los modelos de terapia familiar, la familia cumple dos funciones (citado por Almazán, 1999, pág10): 1) Protección biológica, psicológica y social de sus componentes, esto se realiza a través de desarrollar un sentimiento de identidad en cada miembro, sintiéndose éste, perteneciente al grupo familiar, pero facilitando también la individuación autónoma. 2) Transmitir la cultura y valores de la sociedad que se pertenece.

Cuando se menciona que en un sistema cada elemento cumple una función y la familia cumple su función, se puede decir que el síntoma del paciente y su manifestación también cumple una función; a veces es útil y beneficiosa para la familia, porque toda la familia se centra en la problemática del paciente, para no ocuparse de otros problemas que generan más angustia, es por esa razón, que se concluye que el síntoma cumple una función protectora a los miembros de la familia (Almazán, Ob. cit).

El proceso familiar es la secuencia interactiva en la dimensión temporal. La estructura familiar es entendida, por el total de relaciones que se dan en una familia, el tipo de relaciones define la estructura. La alianza es una estructura de familia en donde dos miembros de una familia se dan apoyo, están unidos y comparten intereses, estas dos personas tienen una alianza. Cuando esta alianza tiene como objetivo atacar a una tercera persona esta estructura se convierte en coalición, muchas veces se da que uno de los padres tiene coalición con uno de los hijos para atacar al otro padre, porque existe un problema en la relación de la pareja por tanto el hijo se convierte el chivo expiatorio y queda triangulado. Según Bowen (1991) la triangulación es otra estructura familiar, se

convierte en tríada cuando se involucra a un tercero en la relación, aunque pertenezca a otro espacio, tiempo y generación (Almazán, Ob. cit).

Las familias cambian en forma y función a lo largo del tiempo, conformando un ciclo vital; las familias van presentando cambios que se ajustan a ciertas situaciones, las cuales se llaman etapas. El crecimiento y desarrollo de una familia implica un cambio en los acuerdos de la relación, en las reglas de las diferentes etapas, para acomodarse a una nueva situación (Almazán, Op. cit).

El ser humano al ser relacional, porque se encuentra dentro de un mundo de relaciones, la única forma que tiene para relacionarse es la comunicación, la cual define el tipo de relación que las personas tienen. Cuando la comunicación se vuelve disfuncional aparecen los conflictos en la relación. Se puede utilizar dos tipos de lenguaje para la comunicación (Watzlawick. 1981; citado por Almazán, 1999, pág. 6): 1) Comunicación Analógica, también llamada no verbal; esta constituida por gestos, posturas, movimientos, tono de voz o el silencio. 2) Comunicación Digital, también llamada verbal; tiene la capacidad de simbolizar para desarrollar el lenguaje. Comunica ideas y conceptos a través de lo verbal.

De acuerdo a Luizaga (2005), los Axiomas de la comunicación, son: 1.- La imposibilidad de no comunicar, porque al no comunicar sé esta comunicando algo. 2.- Niveles de contenido y de relación, el contenido es la transmisión de información y datos que pueden ser manipulados; a nivel relación es que persona dice, cómo, a quién y dónde lo dice. 3.- Tipos de relación humana, son dos, complementaria, en donde existe una posición superior y una inferior, hay mutuo acuerdo, esta se vuelve disfuncional cuando no hay acuerdo y es excesivamente rígida, genera un sentimiento de dependencia mutua; relación simétrica, esta basada en la igualdad, solo hay una posición, esta se

vuelve disfuncional cuando se vuelve competitiva, hay un constante desequilibrio y nuevo equilibrio, que se llama “escalada simétrica”, para que haya funcionalidad las parejas deben ir cambiando entre una relación y la otra. 4.- Puntuación de la secuencia de hechos, es cómo las personas puntúan los hechos de la vida, la puntuación es circular e infinita, cada persona puntúa desde su punto de vista. Existen problemas cuando no hay un acuerdo en cuál es el inicio y cuál el final, para salir de este bloqueo, se requiere la capacidad de metacomunicarse, entendiendo la metacomunicación como la comunicación de la comunicación, es la capacidad de salir del nivel de contenido de la comunicación y poder hablar del nivel de relación.

Una propiedad del enfoque sistémico es la cibernética, Norbert Wiener en 1989 – 1964, creo el término para referirse a aquellos sistemas que se autoregulan. En los diferentes tipos de sistemas, hay una estructura común que permite que el comportamiento del sistema esté gobernado por el mismo principio cibernético, generando una retroalimentación la cual se basa en el principio que todos los elementos de un sistema, deben comunicarse entre sí, para desarrollar interrelaciones coherentes; este principio de retroalimentación permite disponer de la capacidad de autoregularse y autodirigirse (citado por Almazán, 1999, pág. 42).

Wiener desarrolla tres niveles de complejidad en la cibernética (Luizaga y Sánchez, 2004):

Cibernética de 0 orden: es un mecanismo de retroalimentación negativa, el sistema de autoregulación está en aplicación.

Cibernética de 1º orden: se basa en la suposición que un observador de un sistema puede mantenerse fuera de éste, sin que exista alteración del observador, ni del observado; estando presente la homeostasis, evitando posibles desviaciones.

Cibernética de 2° orden: plantea la imposibilidad de que exista un observador de un sistema fuera de este, necesariamente el observador se incluye en el territorio de lo observado, modificando con su acción a lo que observa y a sí mismo.

Según Watzlawick (1981) existen dos tipos de retroalimentación (citado por Almazán, 1999, pág. 58): 1.- Positiva, cuando se produce un desequilibrio, el sistema aumenta ese desequilibrio, amplifica la desviación y va creciendo con más cambio, es también llamada morfogénesis. 2.- Negativa, cuando un sistema se encuentra en equilibrio, al producirse un desequilibrio el sistema tiene la capacidad de volver a recuperar el equilibrio, por lo tanto corrige la desviación que se produjo y recupera el estado anterior. Un concepto vinculado a esta retroalimentación, es la homeostasis. En una familia muy rígida, la homeostasis esta ligada cuando se intenta retener rígidamente los mecanismos de equilibrio; en estas familias un miembro desarrolla un síntoma y se maneja que mientras exista un miembro sintomático la familia no cambia y mientras la familia no cambie el síntoma persistirá, el síntoma mantiene estable al sistema familiar.

Los subsistemas familiares y limites son muy importantes en este enfoque, se entiende a los subsistemas como partes del sistema, que cumplen una función; los subsistemas pueden ser formados por: género, sexo, interés o función. Cuando se habla de función, se diferencian cuatro subsistemas básicos: conyugal (formado por los miembros de la pareja), parental (cuando la pareja tiene hijos), filial (cuando hay más de un hijo y se hay hermanos) y fraterno (la relación de los abuelos con los nietos). Para que un subsistema sea funcional es importante que cada miembro cumpla con su función, dependiendo del subsistema al que pertenece. Según Minuchin (1982), existen distintos límites entre los subsistemas; entendiendo límites como, fronteras invisibles que definen la pertenencia de un miembro al subsistema.

La totalidad y la sinergia son propiedades de los sistemas, para obtener una descripción del funcionamiento de una familia, no se entrevista a cada uno de los miembros por separado, se necesita observar a todo el grupo familiar. Cuando varios elementos están estructurados constituye un todo organizado representa una totalidad, y existe sinergia cuando hay una acción conjunta de dos o más elementos potenciando un resultado (Almazán, Ob. cit).

Cuando el comportamiento de los sistemas es independiente a las condiciones iniciales, se denomina equifinalidad. Aunque dos sistemas empiecen con las mismas condiciones iniciales, la conducta final puede ser distinta para cada uno de ellos (Watzlawick. 1981); por lo tanto, los resultados son diferentes a pesar de que el sistema o familia tenga las mismas influencias iniciales, experiencia, los resultados van a ser diferentes (Luizaga, 2005). Por otro lado, la equicausalidad, refiere a que distintas situaciones iniciales pueden desencadenar un mismo resultado.

Al hablar de autoorganización, referimos a la capacidad que tienen algunos sistemas para modificar sus estructuras, cuando se producen cambios en el medio, alcanzando un grado más de complejidad (Simon, 1988; citado por Almazán, Ob. cit, pág. 92), cuando el sistema posee mecanismos que buscan la supervivencia, tiene la capacidad de organización frente a los cambios del medio.

Watzlawick (1980) distingue dos tipos de cambio (citado por Almazán, Ob. cit, pág. 6): 1) Cambio de primer orden, es un cambio cuantitativo, retroalimentación negativa, “más de lo mismo”, insiste en aplicar la misma solución a un problema, aunque no se obtenga el resultado deseado, la situación del cambio uno lleva a que se produzca un cambio dos, pero no siempre es así. 2) Cambio de segundo orden, es un cambio cualitativo,

retroalimentación positiva a veces es ilógico, paradójico y sorprendente, pasa a modificar reglas del sistema familiar.

El momento que dos estructuras pueden proyectarse una sobre otra, de tal modo que cada parte de una de ellas, tiene su parte correspondiente en la otra, es decir, cumplen funciones similares en sus respectivas estructuras, se denomina Isomorfismo (Hofstadter, 1987). Fishman (1994) observo como una pauta de conducta que se da en el interior de la familia, puede reproducirse con otras personas y en las más diferentes situaciones extensas a la familia. La resonancia, es la vibración conjunta de los sistemas que están organizados alrededor de alguna regla similar (Almazán, Ob. cit).

Por otro lado, cuando los sistemas tienden a su estado más probable, el desorden y la desorganización, la tendencia de los sistemas a desgastarse, desintegrarse, para el relajamiento de los estándares y un aumento de la aleatoriedad; a esta característica se le llama Entropía. La entropía aumenta con el correr del tiempo (Almazán. Ob. cit).

Las terapias desde el enfoque sistémico, cada vez reciben más atención, por la eficacia en la intervención familiar y por la brevedad de su tratamiento, por ejemplo: terapia centrada en el problema, terapia centrada en la solución, hipnoterapia, terapia narrativa y terapia estratégica.

Al desarrollar el enfoque sistémico y el modelo terapéutico del Centro de rehabilitación de drogodependencia, se observan muchas similitudes, las cuales son mencionadas a continuación:

El Centro al ser una comunidad terapéutica tiene como principio ser un grupo de personas, con un objetivo en común para facilitar la consecución de sus fines (rehabilitación), que son dados bajo un reglamento; tratando de reproducir una sociedad

para que el momento de reinsertar al residente a la sociedad no haya ningún choque; por lo tanto, el modelo sistémico parte del principio de que cualquier persona esta inserta en un contexto, a este contexto se le llama sistema (Almazán, 1999). Los residentes del centro están insertos en el contexto de comunidad, formando un sistema, al cual se lo denomina “familia”.

Al ser el sistema, un conjunto de elementos que se relacionan de manera dinámica, en donde cada elemento del sistema es función de algún otro elemento, con un objetivo en común, insertos en un ambiente; el centro es un grupo de personas que se relacionan entre sí de manera dinámica, donde la función de cada uno afecta al otro, el objetivo de este grupo de personas es la rehabilitación a partir de la ayuda de grupo y se encuentran insertos en un ambiente de comunidad, la cual está organizada como una familia, en referencia al modelo familiar y cultural de nuestro país. Tanto el sistema de residentes, como el personal del centro están organizados como familia.

Dentro de esta familia existen límites precisos, jerarquía establecida, roles claros, funciones definidas y un solo lenguaje; según la teoría de los sistemas, estaríamos hablando de los subsistemas y el suprasistema, los cuales según Minuchin (1982), tienen distintos límites que definen la pertenencia de un miembro al subsistema. Los límites están constituidos por reglas que definen la participación, dónde, cómo, cuándo y quiénes; siendo la función del límite, proteger la diferenciación del subsistema. Los límites y jerarquías del centro son claros, desde la parte administrativa, hasta los residentes; las funciones que se desempeñan están establecidas, permitiendo que los residentes desarrollen sus funciones sin interferencias.

La finalidad de comparar comunidad y familia, es a partir del funcionamiento organizado de límites, valores y reglas; propiciando el crecimiento y desarrollo de los

residentes, más allá de las drogas. Es importante que los residentes se den cuenta del lugar que pueden ocupar en esta familia, aprendiendo a convivir en comunidad, por ejemplo, los operadores son como papás, los residentes son los hijos, hermanos, cuando ingresa un nuevo residente es considerado como un recién nacido. En la comunidad pueden superar sus problemas de consumo y no seguir en la línea de marginación, todo lo contrario a la familia de origen, la cual es considerada desorganizada y disfuncional, ya sea por el consumo o porque siempre fue así, siendo el factor más preponderante para precipitar o sustentar el consumo de su familiar.

La comunicación en el enfoque sistémico y la comunidad terapéutica, coinciden en brindar coherencia entre lo digital y analógico, lo verbal y no verbal, en general, sobre todo en el manejo de valores, reglas, derechos, obligaciones, filosofía y responsabilidades. Dando igualdad entre profesionales, operadores y residentes, ya que no hay curadores ni enfermos, todos se responsabilizan y participan de manera activa en el proceso de rehabilitación, siendo uno de los mediadores la comunicación, con objetivo de llegar a la metacomunicación, comunicándose sobre la comunicación que se da en los diferentes espacios, en donde comunican lo que piensan y sienten; el trabajo terapéutico está a nivel de relación y no tanto a nivel de contenido.

De acuerdo a lo que mencionaba Almazán (1999) con relación a las dos funciones que desempeña una familia: protección biológica, psicológica y social, con un sentimiento de identidad y de pertenencia en cada miembro, facilitando la individuación autónoma; y la transmisión de cultura y valores. La comunidad tiene las mismas funciones, porque toma en cuenta como pilares fundamentales los valores, la libertad y posibilidad de crecimiento de la persona más allá de las drogas, trata de construir con las personas bases para la autonomía, individuación y emancipación de esta nueva familia y de la familia de origen.

Tanto en el centro y el enfoque sistémico, da la debida importancia de trabajar no sólo con el paciente identificado, sino con la familia de origen, por la importancia que tiene, ya que esta puede ser el factor precipitante y / o sustentante del síntoma. En ambos modelos terapéuticos se observa que la drogodependencia es un escape, no es el problema en sí mismo, sino el síntoma de una familia enferma.

El centro al estar organizado en estructuras, etapas y fases, se relaciona al modelo familiar, que menciona que las familias cambian a lo largo del tiempo, conformando un ciclo vital. El centro genera el desarrollo de las personas, donde va pasando distintas posiciones, roles y funciones, en cada una de ellas se va flexibilizando ciertas reglas y a lo largo del tiempo se va ganado privilegios a partir del crecimiento personal; la transición de etapa a etapa genera conflictos a nivel individual (temor a asumir mayor responsabilidad) y grupal. Por otra parte, la familia de origen transita por una nueva etapa, la cual es apoyada por la terapia familiar paralela, para que no se genere un nuevo síntoma.

El enfoque sistémico propicia las relaciones interpersonales, como anteriormente se mencionaba, el centro también parte de aquello, ya que la modalidad de tratamiento de autoayuda es grupal, en la misma estructura no se permite que las personas se aíslen; tomando en cuenta otro factor importante de relaciones es que el centro trabaje con hombres y mujeres, con población que esta compuesta por dos distintas generaciones.

Las técnicas que maneja el centro, grupo de autoayuda (ayuda entre pares) y confronto (mostrar objetivamente una conducta inadecuada, exigiendo un cambio y recordando su enfermedad), son similares a lo que en terapia familiar se llama isomorfismo (reproducir una misma pauta, en diferentes situaciones extensas a la familia de origen) y resonancia (cuando la experiencia de la otra persona se parece a la de uno); el trabajo con estas

herramientas ayuda mucho tanto al residente como al terapeuta para la construcción de alternativas y para el reconocimiento de límites y recursos de cada uno.

En la comunidad existe la cibernética de segundo orden, porque el observador, en este caso el terapeuta no queda fuera del sistema, su participación influye en los residentes y los residentes también influyen en el terapeuta.

El centro al ser un lugar que da tratamiento residencial para la drogodependencia, pone límites intersistémicos, alejando al residente de su medio que mantenía el consumo (amigos, dinero, familia y sustancia). También se dan los límites intrasistémicos de acuerdo a los subsistemas y sus funciones.

La terapia del centro, en los grupos de evaluación, trabaja con los axiomas de la comunicación, especialmente en los niveles de contenido, relación y la puntuación de secuencia de hechos, partiendo de la patología que considera la comunidad, y la propiedad de circularidad que tiene el enfoque sistémico.

En la comunidad hay retroalimentación positiva para los residentes, por el hecho de ser una terapia de choque y existir presión artificial, queriendo producir un desequilibrio en las personas, en su patología y en la misma familia; dando paso también a una autoorganización (capacidad de modificar las estructuras cuando se producen cambios en su medio); tomando en cuenta una importante variable poblacional, la cual es inestable, por trabajar a puertas abiertas. Al mismo tiempo en el diseño terapéutico del centro, se da una retroalimentación negativa, porque al transcurrir tantos años de funcionamiento se sigue dando las mismas técnicas, terapias, herramientas y ambiente, entendiendo como dar más de lo mismo (aplicar la misma solución a un problema, aunque no se obtenga el resultado deseado), por ejemplo aquellos residentes que

abandonan el programa y retornan saben que es lo que va a suceder y lo que tienen que hacer; o por otro lado aquellos residentes que están mucho tiempo en tratamiento reciben retroalimentación negativa.

Es importante resaltar, que en el modelo terapéutico del Centro de rehabilitación, y el enfoque sistémico, tienen la visión de que el problema de la drogodependencia es un fenómeno de equicausalidad, porque son distintas las causas que llevan a las personas a optar por este escape; cada residente tiene distintas estructuras familiares (autoritarias, sobreprotectoras, etc.), lo que sin embargo lleva a un mismo consumo. Son pocas las diferencias que se han identificado:

La comunidad terapéutica, etiqueta a la persona que tiene problemas de adicción, como un “drogadicto”, “enfermo de por vida”, el cual a partir de un tratamiento de rehabilitación, aprende a controlar su consumo, pero cuando esta persona olvide de su enfermedad, de dónde viene y quién es, entra en un factor de riesgo, y puede tener una recaída; al contrario del pensamiento en el enfoque sistémico donde al paciente identificado, se trata de desmitificarlo, no etiquetarlo como hace su propia familia. Comprendiendo que este no es un problema, sino un síntoma de toda la familia.

Si bien el centro, trabaja con las familias de origen de los residentes, en una terapia familiar paralela, en la cual se trabaja a partir del confronto de sus actitudes y la codependencia, no se utiliza la propiedad de totalidad de la familia del residente, ya que al separar al paciente identificado de su familia, se trabaja con él de manera individual y la familia tiene un trabajo terapéutico esporádico.

Antes de proceder a la internación, no se realiza un diagnóstico familiar, para observar si es que la familia tiene propios recursos u otras alternativas terapéuticas que no sea

necesariamente la internación. Esto se debe a que la persona drogodependiente y su demanda de necesidades, es cuestionada, porque el centro parte de dar a la persona lo que necesita no lo que pide y el enfoque sistémico no va por esa línea, al contrario respeta la demanda de los pacientes y cree en sus capacidades y la individualidad de las personas. Es ahí en donde hay diferencias en la óptica que una comunidad terapéutica tiene de un drogodependiente que implica su patología y la visión del enfoque sistémico que no sólo ve al paciente identificado sino en conjunto a su sistema familiar.

El enfoque sistémico está en constante renovación, cada vez trata de que el tiempo de duración de las terapias sean más breves, en cambio el centro sigue en lo mismo más de 10 años, por más que existan resultados, sería importante observar si cumplen sus expectativas de rehabilitación por año o sus estadísticas son muy limitantes, ya que no se han dado la posibilidad de innovar, un claro ejemplo es el manejo del tiempo que se plantea para la rehabilitación, que es de tres años, por lo tanto es un tratamiento tradicionalmente de larga duración.

El objetivo de adaptar el enfoque sistémico al Centro de rehabilitación de drogodependencia, no significa reemplazar el modelo, o reemplazar a las familias de origen, más al contrario trata de partir de lo que ya se tiene, completando e implementando nuevas terapias y técnicas. Al manejar el modelo sistémico el proceso va a ser más completo y rápido; como anteriormente se mencionaba, existen muchas similitudes entre los modelos, siendo una gran ventaja para cumplir de mejor manera uno de los objetivos de la institución, que es ofrecer técnicas y terapias efectivas.

Cumpliendo con los objetivos y comprobando la viabilidad de estos, se sugiere como primera instancia, profundizar más el modelo sistémico para que el Centro maneje esta teoría, para así, obtener un manejo eficiente de conceptos que tiene una base teórica más

abierta, flexible, desarrollada y fundamentada. Dejando por claro el modelo de tratamiento, para que todas las personas que trabajan en la institución tengan donde referirse, manejen un solo lenguaje y a futuro puedan aportar novedades.

La propuesta que se plantea desde el modelo familiar, es ofrecer alternativas de aplicación de nuevas terapias y técnicas; por ejemplo, utilizar en la primera etapa, la casa de Acogida la hipnoterapia, por su eficacia, en la relajación y sugestión para el control de síntomas del síndrome de abstinencia, especialmente la ansiedad. Para la comunidad terapéutica, segunda etapa, es utilizar terapias breves (centrada en solución y centrada en el problema), terapia narrativa y terapia estratégica. En los grupos de preencuentro, encuentro de la mañana, reflexión, autoayuda, evaluación y en los grupos de contención. Para propiciar un crecimiento personal más rápido, sean más activos en su terapia y puedan generarse más alternativas en su tratamiento; además para que generen más practicidad en establecer objetivos y metas terapéuticas.

Es significativo resaltar la sintonía que hay entre la comunidad terapéutica y el modelo de terapia familiar, lo importante es intentar el mejor modo de combinar y de priorizar. Por lo tanto, a partir de las similitudes observadas y resaltadas entre el modelo terapéutico del Centro y el enfoque sistémico, se observa que es posible desarrollar el objetivo de este trabajo de investigación, desarrollando que esta comunidad terapéutica adapte modelos de terapia familiar para que en un tiempo a corto plazo se pueda frenar el incremento de recaídas, consolidar la abstinencia, dando al residente más herramientas y mecanismos que puedan ser aplicados en cualquier sistema de su vida, fuera de la estructura. Y a largo plazo disminuir las incidencias y las consecuencias sociales (delitos, delincuencia) que genera y poder brindar una mejor reinserción social.

De la misma manera, incrementar la credibilidad en los tratamientos de rehabilitación, especialmente las comunidades terapéuticas y aumentar los resultados que ya han obtenido con un mejor y eficaz servicio, también que dichos tratamientos impliquen un menor costo en tiempo y dinero; brindando la posibilidad de mayor calidad de vida a todas las personas, especialmente aquellas que se han equivocado y han ingresado al mundo de la drogodependencia, y que ahora han recibido y se han dado nuevas oportunidades de vida.

REFERENCIAS

Almazán, L. (1999). *Modelo Sistémico Aplicado a Familias – Apuntes de Terapia Familiar Volumen I y II*. Barcelona España: Ed. Les Carolines.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). (1995). *DSM IV BREVARIO Criterios diagnósticos*. Barcelona España: Ed. MASSON.

Cancrini, L; La Rosa, C. (1996). *La Caja de Pandora*. Barcelona España: Ed. Paidós Ibérica, S. A.

CONAPRE, Dirección Nacional de Prevención Integral del uso indebido de drogas, Tratamiento y Reinserción Social. (1997). *Guía Didáctica*. La Paz, Bolivia.

García Pelayo, R. (1988). *pequeño Larousse ilustrado*. Buenos Aires, Argentina: Ed. LAROUSSE, S.A.

Goti, M.E. (1990). *La comunidad terapéutica. Un desafío a la droga*. Buenos Aires Argentina: Ed. Nueva Visión.

Graña, J.L. (1998). *Conductas Adictivas Teoría, Evaluación y Tratamiento*. Madrid, España: Ed. Debate S.A.

Lebl, B. (2004). *Apuntes de Hipnoterapia de la Especialidad en Psicología Clínica y Terapias Breves*. La Paz, Bolivia.

Lorenzo, P; Ladero, J.M; Leza, J.C; Lizasoain, I. (1998). *Drogodependencias*. Madrid, España: Ed. MÉDICA PANAMERICANA, S.A.

Luizaga, C. (2005). *Apuntes de Epistemología Sistémica de la Especialidad en Psicología Clínica y Terapias Breves*. La Paz, Bolivia.

Luizaga, C; Sánchez, M. (2004). *Apuntes de Terapias Breves de la Especialidad en Psicología Clínica y Terapias Breves*. La Paz, Bolivia.

Pastor, L. (2003). *Apuntes de Psicología y Salud*. La Paz, Bolivia.

Perotto, P. (1992). *Algo más acerca del alcohol y las drogas*. La Paz, Bolivia: Ed. DON BOSCO.

Pinto, B. (2003). *Apuntes de Seminario de Psicología Clínica*. La Paz, Bolivia.

Sánchez, M. (2005). *Apuntes de Psicopatología de la Especialidad en Psicología Clínica y Terapias Breves*. La Paz, Bolivia.

Urquidi, E; Roth, E; Curi, M. (1995). *Historia, Drogas y Cultura*. La Paz, Bolivia.