



Psicoterapia de Reducción de Daños

Un Nuevo Tratamiento para
Problemas de Drogas y Alcohol

ANDREW TATARSKY

Presentado por Alan Marlatt



“creemos en el poder de las personas para cambiar sus vidas”

**Psicoterapia de
Reducción de Daños**
Un Nuevo Tratamiento para Problemas
de Drogas y Alcohol

Prólogo por Alan Marlatt

ANDREW TATARSKY

UN LIBRO DE JASON AROSON

ROWMAN & LITTLEFIELD PUBLISHERS, INC.
Lanham • Boulder • New York • Toronto • Plymouth, UK

Título del original en inglés:

Harm Reduction Psychotherapy: A new Treatment for Drug and Alcohol Problems

Copyright © 2002 by Jason Aronson Inc.

Publicado por primera vez
en los Estados Unidos por
Jason Aronson, Inc., Lanham,
Maryland USA.
Reimpreso con permiso.

First published in the United States By
Jason Aronson, Inc., Lanham, Maryland
USA.

Reprinted by permission.
All rights reserved

Todos los derechos reservados

Traducción: Paulo Egenau Pérez
Sergio Chacón Armijo
Carlos Vöhringer Cárdenas
Andrés Navarrete Añasco

Corrección de Estilo: Gabriela Andrade Berisso

Diseño Portada: McCann, Santiago de Chile – Sergio Chacón Armijo

Esta publicación fue financiada en parte por **Open Society Foundations**

Este trabajo es una traducción al español de “Harm Reduction Psychotherapy: A New Treatment for Drug and Alcohol Problems” de Andrew Tatarsky, licenciado bajo Creative Commons Atribución-No Comercial-Sin Derivadas 3.0 Unported License. Para ver una copia de esta licencia visite <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/> o envíe una carta a Creative Commons, 444 Castro Street, Suite 900, Mountain View, California, 94041, USA



Dedico este libro a todos los hombres y mujeres que han sido encarcelados por el injusto crimen de posesión o uso de una sustancia para alterar sus estados de conciencia. Es mi deseo que este libro contribuya a cambiar actitudes y leyes, para que éstas reflejen un mayor entendimiento, compasión, respeto y libertad de elección de estas personas y de todos los ciudadanos.

ÍNDICE

Prólogo a la Edición en español	vii
Prólogo por Alan Marlatt	xiii
Agradecimientos	xvii
Acerca de los Colaboradores	xxi
Introducción	1
1 Psicoterapia de Reducción de Daños	27
Caso ilustrativo escrito por Andrew Tatarsky	
<i>Tom: Desde la Reducción de Daños hacia la Moderación</i>	
Comentario por Andrew Tatarsky	
2 La Contribución Psicoanalítica	64
Caso ilustrativo escrito por Mark Sehl	
<i>Señora G.: La Lucha de una Mujer por su Dignidad</i>	
Comentario por Andrew Tatarsky	
3 El Valor de las Estrategias Cognitivo-Conductuales	87
Caso ilustrativo escrito por Gary Dayton y Frederick Rotgers	
<i>Archy: Cuando el Cliente Dice "No" a la Abstinencia</i>	
Comentario por Andrew Tatarsky	
4 La Confianza y la Relación Terapéutica como Piedras Angulares de una Psicoterapia Exitosa	121
Caso ilustrativo escrito por Gail Hammer	
<i>Michael: Un Equilibrio Delicado</i>	
Comentario por Andrew Tatarsky	
5 Problemas Complejos Requieren Soluciones Complejas	153
Caso ilustrativo escrito por Valerie Frankfeldt	

	<i>Donnie: Una Vida Aparte</i> Comentario por Andrew Tatarsky	
6	El Uso de Drogas como un Intento de Hacer Frente Caso ilustrativo escrito por Edward J. Khantzian <i>Gary: Una Transformación en el Self</i> Comentario por Andrew Tatarsky	177
7	El Impacto del Trauma Caso ilustrativo escrito por Jerome David Levin <i>Sally: Una Cura Dinámica</i> Comentario por Andrew Tatarsky	201
8	El Uso de Drogas como Rebelión contra la Voz Crítica Interior Caso ilustrativo escrito por Patt Denning <i>Diana: El Miedo a los Sentimientos y el Amor al Vino</i> Comentario por Andrew Tatarsky	242
9	El Poder Curativo de los Grupos y la Comunidad Terapéutica Residencial Caso ilustrativo escrito por Barbara Wallace <i>Sra. E.: Un Estudio del Éxito y de la Transformación Mutua</i> Comentario por Andrew Tatarsky	284
10	Terapia de Grupo de Reducción de Daños Caso ilustrativo escrito por Jeannie Little <i>El Grupo de Apoyo para la Sobriedad</i> Comentario por Andrew Tatarsky	332
11	Psicoterapia Integrativa de Reducción de Daños: Un Caso de uso de Sustancias, Traumas Múltiples y Suicidalidad Por Andrew Tatarsky y Scott Kellogg	371
	Índice Temático	395

PRÓLOGO A LA EDICIÓN EN ESPAÑOL

El lanzamiento de este libro en su versión en español, coincide con la publicación del documento “El Problema de las Drogas en las Américas” de la Organización de los Estados Americanos (OEA, 2013). En éste, se indica que, “La atención que se proporciona a la población afectada por problemas debidos al consumo de sustancias psicoactivas en el hemisferio se presenta segmentada y fragmentada... en una red asistencial débilmente conformada...fundamentalmente al margen del sector público...la oferta pública de servicios, por su parte, está mayoritariamente representada por la red de asistencia en salud mental y comparte con ella la falta de recursos apropiados, así como las características asilares que predominan en el hemisferio. Las potenciales violaciones de los derechos humanos de los usuarios de estos servicios constituyen, adicionalmente, un tema de preocupación” (pág. 72).

Este no es un diagnóstico nuevo. La historia de las ofertas terapéuticas para personas con problemas relacionados con el consumo de drogas y alcohol en el mundo, promovieron por décadas el encierro manicomial y el tratamiento moral y custodial. Los temas de salud mental en el hemisferio, desde siempre, han sido postergados e invisibilizados, ofertando servicios muy por debajo de las demandas humanitarias y de los estándares técnicos consensuados en el campo de la salud.

Desde mediados del siglo XVIII las raíces ideológicas de los primeros programas de atención para personas con problemas de consumo de drogas y alcohol, dan cuenta de la superioridad moral que se cobija tras la propuesta terapéutica naciente, la que promueve una visión de defectuosa humanidad, inmoralidad y anormalidad

de aquellos que en el consumo de alcohol y drogas eran considerados como inservibles para el mundo. Así este hombre de voluntad defectuosa, es visto como espacio de intervención, como objeto de recuperación y de rigurosa enseñanza de disciplina en pos de la salvación. Se le considera como depositario de algo deplorable o reprochable que requiere de intervención. La consecuente pedagogía de la salvación, dará sustento a las estrategias de recuperación que impactarán en las ofertas terapéuticas por venir. La misión del “terapeuta” será, entonces, la de ayudar a las personas a pesar de sí mismas –y en contra de ellas si fuese necesario–, y todo signo de resistencia a este sometimiento terapéutico, será considerado como síntoma y evidencia de la necesidad de ayuda. Con posterioridad el no reconocimiento de la condición de enfermedad será visto como negación –no conciencia de enfermedad–, sugiriendo la necesidad de que la persona “toque fondo”, para lo cual se pondrán en marcha diversos mecanismos de sometimiento, los cuales, al estar terapéuticamente motivados, jamás serán vistos como acciones ilegítimas.

La doctrina de la abstinencia, ha dominado el campo de las dependencias al alcohol y otras drogas por décadas en el mundo. La mayoría de los programas que ofrecen tratamiento en Las Américas presentan un elemento central en común: la exigencia de la abstinencia (más o menos prolongada) como requisito para atender a la persona y como la única meta aceptable del tratamiento. Sin duda estos altos niveles de exigencia, barreras para acceder a tratamiento, y el enfoque único predominante, han incidido en limitar las posibilidades que, personas en condiciones de severa adversidad y necesidad de apoyo especializado, acudan tempranamente en busca de ayuda.

Esta demanda del “deseo de abstinencia”, toma forma de intolerante imposición ante la negativa, o incapacidad, de la persona de asumir la abstinencia para recibir ayuda. Se instala la creencia de que los únicos que no se recuperan, son los individuos que no quieren ser honestos consigo mismos. Esta visión, refuerza las estrategias propias de los modelos de ayuda intolerante, donde las necesidades del

individuo no son consideradas por no calzar con la doctrina. De esta manera se refuerza la terapéutica del tocar fondo, la incapacidad de ayudar por la pretensión de salvar, –al no ayudarte te estoy salvando–, dicta la ideología. La inexistencia de caminos de solución, deja a las personas luchando en absoluta soledad, rodeados de humillación, con el consecuente deterioro, estigma, pérdida de libertad y de respeto, enfrentando la permanente posibilidad del encarcelamiento, verdaderos objetos de desacreditación y destitución social.

Intervenciones basadas en la imposición e intolerancia, serían consideradas erróneas para la mayoría de los problemas psicológicos o médicos que sufren las personas (depresión, ansiedad, hipertensión, diabetes, etc.). Sin embargo, las técnicas coercitivas, se han mantenido vigentes, con casi total exclusividad, en los programas de tratamiento de personas con dependencia a sustancias. A menudo se piensa que estas personas requieren este tipo de técnicas, ya que otras formas de tratamientos serían ineficaces dado el carácter manipulador que los caracterizaría. Los usuarios problemáticos de sustancias psicoactivas son vistos como sujetos estructuralmente primarios – tanto en sus defensas como en sus rasgos de personalidad y habilidades relacionales- que requieren de fuertes vivencias que los lleven al límite del dolor y sufrimiento, para así “tocar fondo” y como consecuencia, dejar de negar su realidad y abrirse a la posibilidad de un cambio.

A mediados de los años 70, la Reducción de Daños nace como un movimiento por la justicia social, promoviendo los Derechos Humanos cómo orientación y límite a las intervenciones terapéuticas en este campo. Un movimiento desde donde se intenta dar respuesta a millares de personas que requieren de apoyo para superar complejos problemas. Personas que en su mayoría provienen de historias de vida de marginación, exclusión y pobreza, y cuyas dificultades no radican exclusivamente en las drogas o en su dependencia a éstas, más bien provienen de complejas historias donde las carencias sociales y las faltas de oportunidades se mezclan con problemas psicológicos propios de historias de violencia y soledad.

El enfoque de Reducción de Daños recoge las dificultades de las personas y propone cambios y programas que surgen de una mirada humanista del mundo, fundada en principios básicos de salud pública, en donde el principal foco de atención es el consumidor y sus necesidades.

El modelo de Reducción de Daños, abraza los más tradicionales principios psicoterapéuticos de aceptación incondicional y empatía; argumenta que para muchos, el uso de drogas es un intento de autocuidado, que revela la intención de hacer frente a vidas cargadas de dolor; promueve la participación de los afectados en el establecimiento de los objetivos y metas del tratamiento; descansa en una concepción ética respetuosa de los derechos individuales; ofrece una amplia gama de alternativas para ayudar a las personas a resolver sus problemas; rechaza la presunción de que la abstinencia es la única meta aceptable en los tratamientos; y se acerca a las personas para brindar apoyo desde donde ellas se encuentran.

Recientemente los psicólogos Andrew Tatarsky y Patt Denning han sistematizado y publicado en diversas investigaciones y libros, el modelo de “Psicoterapia de Reducción de Daños”. Es precisamente del primer autor, el libro que hoy tienen ante ustedes. Los objetivos de la Psicoterapia de Reducción del Daño son encontrar métodos que funcionen para las personas en términos de sus propios objetivos y metas, y no culpabilizarlas por su “incapacidad de cambiar”.

Fundación Paréntesis, en su permanente búsqueda por brindar servicios de excelencia a las personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas, en especial las personas más pobres y excluidas de nuestro país, ha asumido el reto de traducir al español y publicar este profundo y sensible libro. En él, Tatarsky nos invita a creer en las personas, a confiar en su sabiduría y capacidad. Nos llama a dejar nuestros prejuicios de lado, a atrevernos a cuestionar dogmas académicos e históricos, a abandonar la omnipotencia terapéutica, tan común en este campo. Desde el primer capítulo, el autor nos

pide escuchar las voces de Tom, Diana, Gary, Sally, Donnie, la Sra. G., Archie, Michael y la Sra. E., mientras relatan sus conmovedoras historias de vida. Lo más importante, sin embargo, es la invitación que nos hace Tatarsky a ser testigos de la relación que los terapeutas, profesionales de distintas disciplinas y formaciones, establecen con sus clientes. Todos ellos nos sorprenden con su capacidad de mirar más allá, de no permanecer inmovilizados por sus credos ideológicos, de tener la valentía de escuchar profundamente y responder a las necesidades de sus clientes, sin manipularlos o coaccionarlos, entendiendo que, para ellos, la droga ha sido una alternativa que confiere identidad, que estructura la vida a partir de sus historias, la droga como metáfora de futuro, precisamente ante la amenaza de ausencia de éste.

La reducción de daños y el aliviar el sufrimiento asociado, debe ser una preocupación ética central en quienes asumen la difícil tarea de acompañar a los que toman la decisión de mirar sus vidas con la intención de cambiar algo en ellas. Los terapeutas formados en este enfoque, aceptan que se requiere de honestidad para admitir que se puede necesitar un cambio, pero han aprendido desde las vidas de sus clientes, que se requiere de mucha honestidad para pensar en todas las razones por las cuales no cambiar. Los terapeutas que reconocen el sentido que para muchos tiene el consumo de alguna droga, y la dificultad de éstos para lidiar con la ambivalencia en el proceso de cambio, serán una iluminadora compañía en el logro de una forma de vida más segura y feliz.

Paulo Egenau Pérez
Director Ejecutivo
Fundación Paréntesis, Chile

PRÓLOGO

Es para mí un gran placer dar la bienvenida a los lectores a este excelente nuevo libro de Andrew Tatarsky sobre Terapia de Reducción de Daños. Como colega y amigo desde hace mucho tiempo, he tenido largas e interesantes conversaciones con el Dr. Tatarsky, a menudo durante la cena en uno de los acogedores restaurantes de Manhattan. Muchas de estas conversaciones fueron sobre el tema de este libro, animándolo a seguir sus planes de poner sus pensamientos por escrito. Todo esto ha hecho que valga la pena la espera desde que empezamos nuestras conversaciones sobre la reducción del daño, a mediados de la década de los '90. Ahora tenemos los frutos de sus esfuerzos en la forma de un volumen sin precedentes, que ofrece a los lectores una visión general de la Terapia de Reducción de Daños y una serie de diez “historias” o estudios de casos tratados por diferentes terapeutas, que ilustran vívidamente este enfoque de tratamiento con una amplia variedad de clientes.

En su Introducción, el autor describe la reducción del daño como un “nuevo paradigma” para tratar los problemas de drogas y alcohol. Algunos dirían que la reducción del daño abarca un “cambio de paradigma” en el tratamiento de la adicción, ya que se ha movido el campo más allá del tradicional enfoque de solo abstinencia, típicamente asociado con el modelo de la enfermedad e ideología del enfoque de doce pasos. Otros pueden concluir que el movimiento hacia la reducción del daño representa una integración de lo que el Dr. Tatarsky describe como los “principios básicos de buenas prácticas clínicas” en el tratamiento de conductas adictivas. Así, la Terapia de Reducción de Daños representa una especie de “redux paradigma” en la que los principios básicos de la psicoterapia son reintroducidos y amalgamados en el tratamiento de los clientes con problemas de abuso de alcohol o de drogas, que a menudo co-ocurren con otros

trastornos psiquiátricos o conductuales. Como tal, el paradigma está cambiando desde la tradicional aproximación “de arriba hacia abajo”, en el que los objetivos del tratamiento son dictados por el proveedor del programa, hacia un enfoque centrado en el cliente, que involucra el desarrollo colaborativo de “objetivos compartidos” entre el terapeuta y el cliente como un componente integral de la alianza terapéutica.

A menudo me preguntan los colegas si recomendaría o no la reducción del daño como un enfoque para un cliente en particular, normalmente algún caso con el peor pronóstico posible por la gravedad de los problemas de abuso de drogas. ¿Recomendaría yo objetivos relacionados a la no abstinencia para alguien con problemas de adicción severa? Mi respuesta, como la de muchos terapeutas cuyos casos se describen en este libro, es devolver al cliente la elección de la meta. Estoy dispuesto a trabajar con los clientes, sea cual sea su objetivo, desde la abstinencia a la moderación. Los clientes suelen cambiar sus objetivos a medida que el tratamiento progresa (o no progresa), desde la reducción del daño a la abstinencia o al revés. Cambiar la conducta adictiva es a menudo un proceso complejo y complicado para el cliente y el terapeuta. Lo que parece funcionar mejor es el desarrollo de una alianza terapéutica sólida, el “calce correcto” entre el cliente y el proveedor del tratamiento. Sin el “calce correcto”, es más probable que los clientes desistan y abandonen el tratamiento. Dados los altibajos del proceso de cambio conductual, el rol del terapeuta de reducción de daño se acerca más al de un guía, alguien que proporciona apoyo y dirección a través del difícil viaje. Un guía confiable de montañismo jamás abandonaría a un cliente que no logra llegar a la cima o que tropieza y cae durante el ascenso. El guía terapeuta le ofrece validación y respeto a cada cliente, además de la voluntad de acompañar a la persona en el lugar “donde está” durante el viaje y ayudarlo a dar el siguiente paso hacia la cima.

Los estudios de casos presentados aquí representan un amplio espectro de las “escuelas” terapéuticas, que van desde el psicoanálisis a la terapia cognitivo-conductual. A pesar de estas diferencias teóricas, todos los terapeutas comparten un conjunto de valores

comunes, asociados a la reducción de daños, incluyendo una relación terapéutica compasiva, centrada en el cliente, que trata a cada cliente como un individuo único. Los terapeutas de Reducción de Daños también adoptan un enfoque holístico y humanista a la hora de tratar trastornos duales o problemas co-ocurrentes, como se ilustra en varios capítulos. Los clientes recurren a menudo a alcohol u otras drogas como un intento de adaptarse o enfrentarse a otros problemas en sus vidas, como se indica en la hipótesis de la automedicación planteada por Edward Khantzian y otros autores representados en este volumen. Uno de los principios fundamentales de la Terapia de Reducción de Daños es *no* tratar de eliminar la respuesta principal a los desafíos adaptativos de un cliente (incluyendo el uso de alcohol o drogas como automedicación), mientras no tengan lugar otros mecanismos de afrontamiento más eficaces. Este principio de compasión se destaca en muchos de los estudios de casos presentados aquí.

Sobre todo, Andrew Tatarsky hace un muy buen trabajo de introducción a cada capítulo y prepara el escenario para el siguiente estudio de caso o “historia”. Cada caso va seguido también por sus perspicaces comentarios y conclusiones que unen e integran los distintos temas planteados en el capítulo introductorio. El producto final bien vale la pena el tiempo del lector y el esfuerzo en la comprensión de cómo la reducción de daños opera en las “tuercas y tornillos” de la práctica clínica. Felicito a Andrew Tatarsky por su visión creativa en la comunicación del corazón y el alma de la Terapia de Reducción de Daños.

Alan Marlatt, Ph.D.
Centro de Investigación en Conductas Adictivas
Universidad de Washington, Seattle

AGRADECIMIENTOS

He aprendido muchas cosas en la aventura que culminó con la realización de este libro. Lo más importante es que las ideas expresadas a través de mis escritos reflejan los regalos que me han sido dados por muchos clientes, colegas, maestros y miembros de las familias que he tenido el honor y el placer de haber conocido a lo largo de mi vida.

Lo más importante para este proyecto han sido los muchos clientes que tuvieron la valentía y generosidad de invitarme a entrar en sus vidas, compartir sus historias conmigo, y me enseñaron sobre el uso y abuso de drogas y cómo las personas cambian y crecen. A ustedes, cuyos nombres no puedo mencionar, les estoy profundamente agradecido - ustedes han inspirado en mí una profunda creencia en la fuerza del espíritu humano para superar todos los obstáculos en su búsqueda de la libertad y las relaciones de amor.

Muchas gracias a los psicoterapeutas que han contribuido con sus historias sobre su trabajo, que reflejan un nivel de honestidad, humildad y sensibilidad poco frecuente en la literatura de la psicoterapia. Sus palabras me conmovieron e inspiraron profundamente.

Por su duro trabajo, su generosidad y compromiso, también quiero agradecer especialmente a cuatro psicoterapeutas que han aportado importantes historias que no aparecen, ya que no calzan con el objetivo final del libro. Sus historias exploran temas importantes en este campo, y cada colaboración es importante para el tratamiento del consumo de drogas: Richard Yensen y Donna Dryer (“La desesperación de la adicción y el alma: psicoterapia psicodélica exitosa, un estudio de caso”), León Wurmser (“El análisis de un caso de alcoholismo, carácter masoquista, y perversión”), y Elizabeth Zelvín (“Carla: Un estudio de caso”).

Un agradecimiento especial a mi buen amigo y apreciado colega Alan Marlatt por introducirme en la reducción del daño, siendo un pionero en el campo, y por animarme a decir la verdad y defender aquello en lo que creo.

Por sus acertados comentarios y críticas que impulsaron el desarrollo de mi trabajo, quiero reconocer especialmente a mis queridos colegas y amigos Julie Barnes, Michler Bishop, Antonio Burr, Patt Denning, Armand DiMele, Lisa Director, Jeannie Little, Mark Goldenthal, Marc Kern, Robert Lichtman, Deborah Liner, Bart Majoor, Michael Morrison, David Ost, Stanton Peele, Stephen Reisner, Debra Rothschild, Gordon Rovins, Jeremy Safran, Mark Sehl, Michael Varga, Ora Yemini, Arnold Washton y Alexandra Woods.

Tengo una deuda de gratitud con la comunidad de reducción de daños por haberme conectado con un gran grupo de reflexión, socialmente comprometido y amigos y colegas queridos, que se han convertido en una familia espiritual para mí. Ustedes me han recordado que lo personal es lo político, me apoyaron en mi “reconocimiento público” de la reducción del daño y en mi desarrollo personal y profesional de tantas maneras y superiores a las que se puedan imaginar. Un agradecimiento especial a James Cannon, Allan Clear, Donald Grove, Ernie Drucker, Jason Farrell, Mark Gerse, Don McVinney, Ethan Nadelman, Anna Oliveira, Joyce Rivera, Paula Santiago, y Edith Springer.

Por su cariñoso y gentil apoyo para asumir el desafío de aprender a escribir, tengo un inmenso afecto y gratitud para mis amigos del Club de Escritores de cada jueves en la noche, que leyeron y comentaron las secciones del manuscrito, me dieron cruciales sugerencias y me enseñaron el proceso de la escritura; Jonathanavery Landerz, Peter Rondinone, Stephen Michaels, Errol Selkirk, Chris Ross y Evan Lerner.

Doy las gracias a Michael Moskowitz, quien inicialmente me alentó a empezar este proyecto - es un psicoanalista singular con un claro compromiso a ver la intersección de las dimensiones personales y políticas del funcionamiento humano.

Estoy en deuda con Liz Rymland por su ayuda en la recta final, con importantes sugerencias editoriales, un dulce lenguaje, una inyección de espíritu y la preparación del manuscrito; estos regalos elevaron el nivel general de la obra.

Lo más importante, estoy en deuda eterna con mi querida familia que ha sostenido mi vida. Para mi madre, Sheindi, que me dió la vida y plantó las semillas que florecieron en mi descubrimiento de la reducción del daño; a mis padres, Jack y Dick, que me inspiraron a pensar en grande y creer que todo es posible con amor, belleza y verdad; a mis hermanos, Laurie, Miles, y Nikolas, quienes han sido una maravillosa compañía en la oscuridad y en la luz; a mis asombrosos hijos: a Alexandra, por recordarme permanecer abierto al gran misterio del espíritu y la delicadeza, ayudándome a creer en la magia, recordándome las alegrías de la danza y la poesía, y a Lucas, por ayudarme a mantener mi corazón tierno y abierto, a disfrutar de la interacción de la fuerza y la vulnerabilidad en todo lo que es, y por llenar mi vida con deleite; y a mi esposa, la doctora Wendy Miller, que has hecho mi vida posible con tu cálido y sostenido amor, trayendo la alegría a mi vida, y apoyándome de innumerables maneras que hicieron posible este libro.

ACERCA DE LOS COLABORADORES

Gary Dayton, M.A., está completando los requisitos académicos para el doctorado en psicología clínica en la Universidad de Rutgers, donde también ha sido becario pre-doctoral en el Instituto Nacional de Alcoholismo y Abuso de Alcohol. Tiene magíster en psicología clínica y en administración pública, y está muy interesado en los tratamientos para adicciones y desarrollo de programas de adicciones. Actualmente está desarrollando una iniciativa que contrata y proporciona el desarrollo de habilidades de trabajo y terapia a veteranos de guerra adictos, en situación de calle y crónicamente desempleados, fuera del Sistema de Administración de Cuidado de salud de Veteranos de New Jersey.

Patt Denning, Ph.D., trabajó por 16 años en el Servicio Comunitario de Salud Mental de San Francisco como clínica y directora de programas. Desarrolló especialidades en diagnóstico diferencial, psicofarmacología, psicoterapia con pacientes seriamente trastornados, VIH y trastornos por uso de sustancias. Ha ejercido la práctica privada a tiempo completo desde 1993 como fundadora de Alternativas de Tratamientos en Adicción, un programa de evaluación exhaustiva, tratamiento y entrenamiento basado en la reducción del daño. En 1997 la Dra. Denning completó de manera destacada su entrenamiento en psicofarmacología y también fue nombrada Directora de Recursos del Seguro de Drogas para los medios en el área de Doble Diagnóstico. Tiene una certificación como especialista en adicciones otorgado por la asociación de psicólogos de la APA. La Dra. Denning es localmente reconocida como interlocutora en problemas en políticas de drogas, tratamiento de dependencia química, doble diagnóstico, VIH, y desarrollo organizacional de tratamientos alternativos para reconocer las necesidades de poblaciones que usan

drogas. Ella y un colega acaban de empezar un programa de tratamiento y capacitación sin fines de lucro, *El Centro de Terapia para la Reducción del Daño*, que está en su etapa inicial. Ha concluido un libro sobre el tema, *Practicando la Psicoterapia de Reducción de Daños* (Guilford Press, 2000), y es la autora de varios artículos, sobre el tema. Puede ser contactada a través de: www.harmreductiontherapy.org

Valerie R. Frankfeldt, Ph.D., realiza su práctica privada en la ciudad de Nueva York. Es docente en la Escuela de Trabajo Social de la Universidad de Nueva York, en el Seminario de Riverdale en Psicoterapia Analítica Moderna y en el Centro de Estudios de Psicoterapia Psicoanalítica, Instituto de Mid-Manhattan para el Psicoanálisis; Analista en entrenamiento: PPSC, Centro para estudios Psicoanalíticos Modernos y MMi. Supervisora en el MMI, RSMP y PPSC, y miembro de la facultad, del Comité de Tratamiento Psicoanalítico del alcoholismo y abuso de drogas, PPSC. La doctora Frankfeldt ha escrito artículos sobre técnicas de tratamientos para el alcoholismo desde el concepto de enfermedad y perspectivas psicoanalíticas, incluyendo “Como Llevar a Cabo un Consumo Enfocado al Alcohol: Una Ilustración al Pie de la Letra”, *Social Work Treatment Of Alcohol Problems*, Monografía N°5 de la Serie de Tratamientos, Centro de Estudios de Alcohol de Rutgers, 1984; “La Compatibilidad del Concepto de Enfermedad con un Enfoque Psicodinámico en el Tratamiento del Alcoholismo”, *Alcoholism Treatment Quarterly*, Primavera de 1985; y “Llegando a ser capaz de Sentir Odio: El Tratamiento de un Paciente psicótico y somatizante”; *Modern Psychoanalysis*, 15: 63-78, 1990. E-mail: vfrankfeldt@cs.com

Gail Hammer, CSW, es Directora de Red y psicoterapeuta en la *Corporate Family Network*, un programa de asistencia a empleados, y ejerce la psicoterapia privada en la ciudad de Nueva York. En 1995, al término de su título de MSW en la Escuela de Trabajo Social en la Universidad de Hunter, ganó el Premio Docente Rebecca Donovan por su tesis sobre el uso del self en un cambio de paradigma en una postura constructivista. Anteriormente, la Sra.

Hammer enseñó inglés en la Universidad de Salerno en Italia y en el Programa de Idioma Americano en la Universidad de Columbia. Al mismo tiempo, trabajó de manera independiente como consultora cultural y de lenguaje. Por años implementó el componente de lengua y cultura inglesa en el Seminario sobre banca extranjera en la casa matriz del Chemical Bank en Manhattan. Ha expuesto en varios institutos sobre diferencias culturales, y más recientemente en el Instituto de China en Nueva York.

Edward J. Khantzian, M.D., recibió su título médico en la Escuela de Medicina de Albany (NY). Trabajó en residencias de psiquiatría en el Centro de Salud Mental de Massachusetts y el Hospital de Cambridge, y completó su entrenamiento psicoanalítico en la Sociedad e Instituto Psicoanalítico de Boston en 1973. El Doctor Khantzian es ahora Profesor Clínico de Psiquiatría en la Escuela de Medicina de Harvard, y miembro fundador del Departamento de Psiquiatría del Hospital de Cambridge, donde actualmente tiene el título de Psiquiatra Principal para los desórdenes de abuso de drogas. También es Jefe Asociado de Psiquiatría en el Hospital de Tewksbury, Tewksbury, Massachusetts. Desde sus inicios en 1986 hasta 1991, el Dr. Khantzian fue médico supervisor para el Programa de Control de Drogas de la Liga Nacional de Fútbol Americano y ahora sirve como consultor senior para la NFL/ Programa de Abuso de Drogas de los Jugadores de la NFL. El Dr. Khantzian ejerce la práctica privada en psiquiatría y psicoanálisis en Haverall, Massachusetts, participa en numerosas investigaciones clínicas sobre estudios de abuso de drogas, y es un prolífico escritor y conferencista en psiquiatría, psicoanálisis, y problemas de abuso de drogas. Ha pasado más de 20 años estudiando los factores psicológicos involucrados en el abuso de drogas y alcohol. Sus estudios, publicaciones, y enseñanzas le han dado un reconocimiento internacional por su presentación de la, -ahora ampliamente aceptada-, "*hipótesis de automedicación*" como factor primordial en el uso drogas, su contribución en los déficits de autocuidado en el ámbito del consumo problemático de drogas y en la importancia

de técnicas modificadas en terapia de grupo para abusadores de drogas. El Doctor Khantzian ha escrito varios libros y numerosos artículos científicos y capítulos de libros, que incluyen: *Addiction as a Human Process* (Aronson, 1999), *Addiction and the Vulnerable Self: Modified Dynamic Group Therapy for Substance Abusers* (Guilford, 1990), y “*The self-medication hypothesis of substance use disorders: a reconsideration and recent applications*”, *The Harvard Review of Psychiatry*, 4: 231-244. E-mail: drejk@aol.com

Jerome D. Levin, Ph.D., Director del *Programa de entrenamiento para consejeros en Alcoholismo y Abuso de Sustancias* del *New School* de la Universidad de Manhattan, donde también ejerce como docente en la facultad de Humanidades, y como co-director del programa conjunto de *Magíster en Psicología y Tratamiento del Abuso de Drogas*. Es editor de la serie de libros llamada Biblioteca del Tratamiento de Abuso de Drogas y Toxicomanías, y profesor asociado adjunto de Ciencias Sociales en la Universidad de Nueva York. El Dr. Levin ha escrito once libros sobre temas que van desde: la historia de las ideas, (Teorías del yo) al narcisismo (Hondas y flechas; lesiones narcisistas y su tratamiento), a la adicción (Tratamiento del Alcoholismo y otras Adicciones, Pareja y Terapia Familiar de la adicción, la Recuperación del Alcoholismo, y el Manual de Tratamiento de Abusadores de Drogas), a asuntos contemporáneos (El Síndrome de Clinton). Ejerce la práctica privada de psicoterapia en Manhattan y el Condado de Suffolk, Nueva York. Tel: 212-989-3976.

Jeannie Little, CSW, Trabajadora social clínica con licencia y Psicoterapeuta de Grupos certificada. Directora Ejecutiva del Centro de Terapia de Reducción de Daños, organización sin fines de lucro que proporciona terapia de reducción de daños para consumidores de drogas y alcohol con otros problemas emocionales. Se especializó en el diagnóstico de patología dual y en el tratamiento individual y grupal de los trastornos por consumo de sustancias. Desde 1994 ha desarrollado servicios de tratamiento de reducción de daños para clientes con diagnóstico dual en la Administración de Veteranos de

Guerra y en la práctica privada. Ha entrenado a cientos de funcionarios en las áreas de diagnóstico dual, y tratamiento grupal, y ejerce como consultora permanente de equipos profesionales de programas ambulatorios de bajo umbral y centros de acogida, programas de gestión de casos, y casas de acogida para pacientes con diagnóstico múltiple. Publicó el artículo “*Treatment of dually diagnosed clients*”, *The Journal of psychoactive Drugs* 33(1), enero-marzo de 2001. Puede ser contactada a través de www.harmreductiontherapy.org.

Frederick Rotgers, Psy.D., tiene un doctorado en psicología clínica en la Universidad Rutgers. En la actualidad ejerce la práctica privada en Manasquan, Nueva Jersey. Fue Asistente de Dirección en el Centro de Tratamiento Smithers de San Luke’s-Roosevelt Hospital Center en Nueva York, uno de los centros más antiguos y respetados en el tratamiento de los problemas de drogas y alcohol, y anteriormente fue miembro de la facultad del Centro de Rutgers de Estudios de Alcohol, además de director del Programa del Centro de Adicciones de consulta y tratamiento. El Dr. Rotgers ha publicado ampliamente, es un ex miembro del consejo editorial de la Revista *Journal of Studies on Alcohol*, y actualmente es Editor Asociado de la Revista *Journal of Drug Issues*. Fue editor senior del libro *Tratando el Abuso de Sustancias: Teoría y Técnica* (Guilford Press). E-mail: fred_etoh@yahoo.com.

Mark Sehl, Ph.D., CSW, es un psicoanalista que ejerce la consulta privada en la ciudad de Nueva York. Graduado de IPTAR, y miembro de la IPA. El Dr. Sehl es director del Servicio de Consejería en Alcoholismo, co-director del Centro de Información en Psicoterapia, y docente del Instituto de Psicoanálisis Moderno y del Instituto Metropolitano. Junto con el Dr. Andrew Tatarsky, el Dr. Sehl es también supervisor asociado en Entrenamiento de Psicoterapia de Reducción de Daños. El interés del Dr. Sehl en la contratransferencia y la relación cliente-terapeuta es el resultado de años de estudio psicoanalítico y formación experiencial con el Dr. Gerald Lucas, director del Instituto de Psicoanálisis Moderno,

Nueva York. El Dr. Sehl ha escrito en profundidad sobre los problemas mutuos en la relación terapeuta-paciente, en un artículo titulado “*Estancamientos en la Terapia y la Noción de Gratificación*”, *Psychoanalytic Review*, 81 (2), verano de 1994. También ha publicado el artículo, “*Contratransferencia Erótica y la Práctica Trabajo Social Clínico: Una Encuesta Nacional de los Sentimientos sexuales, actitudes y respuestas de los Psicoterapeutas*” *Journal of Analytic Social Work*, 5(4), 1998. Correo electrónico: or www.marksehl.com drsehl@aol.com.

Barbara C. Wallace, Ph.D., es Profesora Asociada del Departamento de Estudios de la Salud y Comportamiento en Teachers College de la Universidad Columbia. Además de ejercer la práctica privada, la Dra. Wallace es consultora del equipo de CREATE Inc., programa ambulatorio médicamente supervisado para el tratamiento de abuso de sustancias, ubicado en Harlem, Nueva York. La Dra. Wallace, dicta conferencias magistrales internacionales, nacionales y regionales, publicaciones y talleres intensivos de formación en el desarrollo de habilidades. Los temas que trata incluyen el tratamiento de la dependencia química, prevención de recaídas, el abuso sexual, maltrato físico, violencia doméstica, escolar y prevención de la violencia basada en la comunidad, y entrenamiento de diversidad. Ha publicado varios libros y numerosos artículos y capítulos de libros en el área de tratamiento por consumo de drogas, incluyendo: “*Crack: Un Enfoque Práctico del Tratamiento Para la Dependencia Química*” (Nueva York: Brunner / Mazel Inc., 1991), “*Hijos Adultos de Familias Disfuncionales: Prevención, Intervención y Tratamiento para la Promoción de la Salud Mental de la Comunidad*” (Westport, CT: Praeger Publishers, 1996) y como editor “*La Dependencia Química: Fases de Tratamiento y Recuperación*” (Nueva York: Brunner / Mazel Inc., 1992). E-mail: bcw3@columbia.edu.

INTRODUCCIÓN: REDUCCIÓN DE DAÑOS

Las ideas tienen significados distintos en diferentes momentos de la historia. Ideas que una vez parecieron locas, peligrosas o incomprensibles, se convierten más tarde en una parte tan importante de la verdad aceptada, que la sociedad se olvida del tiempo en que estas ideas estuvieron latentes. Las ideas nuevas surgen en respuesta a las condiciones actuales como un intento de dar sentido y ayudar a guiarnos en respuesta a estas condiciones. Las ideas determinan nuestra visión de la realidad, tanto ampliando como limitando nuestras posibilidades. A medida que la historia continúa y las condiciones cambian, las ideas que alguna vez fueron progresistas y útiles pueden transformarse en barreras vacías, caducas y regresivas ante los cambios. Cuando mueren los dinosaurios de ideas anticuadas, las ideas ocultas en remotas zonas interiores, regresan a la corriente principal para repoblar el campo. Una vez más surgen las ideas nuevas que intentan explicar las limitaciones de las anteriores. Esto es tan válido para la psicología individual como lo es para los paradigmas científicos.

En el campo del tratamiento de drogas y alcohol, ha habido una serie de grandes ideas que han representado nuevos paradigmas para la comprensión del uso problemático de sustancias. La aplicación de estas ideas al tratamiento clínico llevó a cambios revolucionarios en la práctica que dieron lugar a importantes mejoras en la atención de personas con problemas de drogas. El concepto de la adicción como enfermedad (Jellinek, 1962) desafió al modelo moral del abuso de drogas, que responsabilizaba del problema a los valores inadecuados o al carácter inmoral del usuario. El paradigma de enfermedad abrió el camino del tratamiento, en lugar del castigo para estos problemas. La hipótesis de la automedicación (Khantzian, 1985) señaló que para muchos el consumo de drogas es una forma de auto-cuidado que refleja un intento de hacer frente a sentimientos dolorosos. Esta idea

destacó la importante dimensión del significado del uso de drogas y la necesidad de reconocer y abordar los problemas subyacentes que el usuario está tratando de sanar a través del uso de drogas. La prevención de recaídas (Marlatt y Gordon, 1985) señaló que en lugar de ver como un fracaso el retorno al uso problemático de drogas después de un período de abstinencia o de uso reducido, la recaída debe ser considerada como algo común y natural en el proceso de cambio del comportamiento, que puede ser una oportunidad de aprendizaje que podría disminuir la posibilidad de futuras recaídas.

La reducción de daños es la más reciente de estas nuevas e importantes ideas en el campo del tratamiento del uso de sustancias. Se anuncia un cambio de paradigma en la manera de entender y responder al uso problemático de drogas y alcohol. La reducción de daños rechaza la presunción de que la abstinencia es el mejor o el único objetivo aceptable para todos los consumidores problemáticos de drogas y alcohol. La reducción del daño considera que el uso de sustancias va variando a lo largo de un continuo de consecuencias dañinas para el usuario y la comunidad. De este modo, la reducción de daños acepta pequeños avances en la dirección de reducir el daño, con el fin de facilitar la máxima reducción para una persona en un determinado punto en el tiempo. Inherente a este cambio en el foco del tratamiento, está una redefinición radical de la relación entre el cliente y el clínico, un distanciamiento del modelo paternalista asociado a un tratamiento más tradicional en el uso de sustancias. La reducción de daños establece el respeto por las fortalezas del cliente y su capacidad para cambiar, como punto de partida para el desarrollo de relaciones igualitarias en el que a los clientes se los anima a colaborar en el establecimiento del tratamiento y en la elección de objetivos y estrategias que ellos encuentren útiles. Este cambio en el supuesto básico es realmente compatible con los modelos psicodinámico y conductual del abuso de drogas y tiene muchas implicancias beneficiosas para el tratamiento, que se discutirán en este libro. Un grupo cada vez mayor de clínicos, investigadores y personas responsables de políticas públicas, han reconocido que la filosofía de reducción de daños ha tenido que jugar un rol crítico

en nuestros esfuerzos en este campo y en la sociedad en general, para mejorar el tratamiento de personas que luchan con problemas asociados al consumo de sustancias.

Este libro representa lo que he aprendido en mis veinte años como terapeuta, psicólogo, supervisor, director de programa, y docente en el campo del tratamiento de consumo de sustancias. Voy a compartir con ustedes algunas de las experiencias que me llevaron a considerar la reducción del daño como un principio esencial de un tratamiento clínico eficaz para el abuso de sustancias. Este libro presenta la Psicoterapia de Reducción de Daños como tratamiento que funciona psicoterapéuticamente y examina cómo y por qué.

La práctica de reducción de daños es una corrección necesaria a las limitaciones de nuestras actuales respuestas profesionales y de políticas públicas a los problemas de consumo de drogas en este país. Presentaré mi punto de vista desde la Psicoterapia de Reducción de Daños y por qué creo que es una gran promesa para mejorar drásticamente nuestro éxito en la ayuda a las personas que luchan con problemas de consumo de sustancias. Cada capítulo se centra en un aspecto específico o en la aplicación de la Psicoterapia de Reducción de Daños. Las historias de este libro demuestran cómo la Psicoterapia de Reducción de Daños tiene sus raíces en los principios básicos de una buena práctica en psicoterapia y es consistente con los modelos psicodinámicos y cognitivo-conductuales en el abuso de sustancias. Discutiré cómo la Psicoterapia de Reducción de Daños se presta específicamente para abordar con eficacia diversas dinámicas emocionales comúnmente asociadas con problemas de consumo de sustancias.

Adicionalmente, cada capítulo contiene una historia detallada que describe el proceso psicoterapéutico con un cliente que experimenta un problema de consumo de sustancias. Todas las historias, excepto una, fueron aportadas por otros psicoterapeutas del área. Las historias fueron elegidas para ilustrar el tema particular de cada capítulo, pero cada una es como una joya multifacética que contiene mucho más de lo que puedo abordar. Como conjunto, las historias muestran la gama de enfoques de tratamiento que caen bajo el pa-

raguas de la reducción del daño según la entiendo. Se diferencian en el sesgo teórico, el estilo psicoterapéutico, y el resultado; algunas tienen como resultado la moderación del consumo de sustancias y otras conducen a la abstinencia. Planteo cómo veo que todas las historias entran en el continuo de tratamiento vinculadas por el principio de reducción de daño.

Cada historia también puede ser leída como una ventana a través de la cual se ve la singular interacción entre el cliente y el clínico que caracteriza a toda buena psicoterapia. Somos testigos de cómo se establecen relaciones terapéuticas exitosas, cómo surgen los objetivos a medida que los problemas se aclaran. Descubrimos que los ingredientes generales para una psicoterapia exitosa del consumo problemático de drogas son difíciles de distinguir de los de una psicoterapia eficaz con otros tipos de clientes.

Las historias que leerán a continuación humanizan la diversidad de los rostros de las personas con problemas únicos con las drogas y el alcohol, un grupo de personas estereotipadas en general por su uso de drogas. Ellos revelan la amplia gama de personas que pueden desarrollar problemas de drogas y alcohol, y permiten que el lector se identifique y sienta empatía con sus luchas y respeto por sus esfuerzos para cambiar y crecer.

Las historias desmitifican también la labor de la psicoterapia, según el cual, ésta lleva al lector a la consulta, como mosca en la pared que es testigo de los procesos reales que allí tienen lugar. Las historias humanizan a los psicoterapeutas, en la medida en que ellas revelan lo que los terapeutas pensaban y sentían sobre sus clientes mientras trabajaban.

En mi opinión, los principios e ingredientes básicos de una psicoterapia exitosa, con clientes con problemas de drogas y alcohol, son esencialmente los mismos que los utilizados con otros grupos de personas. Podría argumentarse que el término “reducción de daños” en realidad plantea la re-introducción de los principios básicos de las buenas prácticas clínicas en un área donde a menudo han estado ausentes. Espero que este libro contribuya a ese esfuerzo.

¿Por qué la reducción de daños?

Obtuve mi primer empleo después de terminar mi práctica en psicología clínica como psicoterapeuta en la División de Tratamiento e Investigación de Abuso de Drogas del New York Medical College, en el otoño de 1982. Este era un centro clínico ambulatorio “multimodal”, orientado a la investigación en tratamientos de drogas, al este de Harlem, Nueva York. En ese momento yo no tenía forma de saber que este trabajo sería el comienzo de un viaje de veinte años por el mundo del tratamiento del consumo de sustancias, que me llevarían a aceptar la reducción de daños como el enfoque más eficaz para ayudar a un amplio espectro de personas con consumo problemático de sustancias.

Yo había trabajado con varios clientes con problemas de drogas y alcohol durante mi entrenamiento, pero de ninguna manera era un experto. En contraste con los estereotipos sombríos y negativos acerca de las personas que utilizan drogas, con las que todos hemos crecido, encontré en los clientes un grupo muy variado de personas muy interesantes con muchas fortalezas, abiertos a trabajar el cambio en psicoterapia. Mis experiencias iniciales de trabajo con usuarios de sustancias fueron tan gratificantes que decidí terminar mi tesis doctoral en el área y especializarme en este campo.

Me había formado en un programa de postgrado de orientación psicoanalítica y comencé a utilizar un enfoque psicodinámico con mis pacientes. Aunque sentía que esta perspectiva me permitió entender a fondo a mis clientes y el significado y la función de su consumo de drogas, el enfoque psicodinámico ofrecía un conjunto limitado de intervenciones clínicas específicas para ayudar activamente a las personas a cambiar su comportamiento en el uso de drogas. Los pacientes no dejaban de consumir y, desde este punto de vista, mi enfoque no era eficaz. Conocí las estrategias más activas, con el foco en consejería en drogas, en Alcohólicos Anónimos, en intervenciones cognitivo-conductuales y en una variedad de intervenciones farmacológicas en desarrollo. Empecé a integrarlas con mi pensamiento psicodinámico, con énfasis en los múltiples

significados que puede tener el uso de drogas y la importancia de la relación terapéutica en el tratamiento. Gradualmente desarrollé un enfoque integrativo más eficaz que mezclaba estrategias dinámicas, cognitivas, conductuales y biológicas, que se combinaban para abordar el consumo de drogas, así como una amplia gama de otros temas biológicos, psicológicos y sociales que influyen en el consumo y abuso de sustancias.

Después de dejar mi primer trabajo, diseñé y dirigí dos programas ambulatorios, en los que enseñé y supervisé a clínicos en este enfoque integrativo, y continué utilizándolo durante muchos años con clientes en mi práctica privada. He experimentado una gran satisfacción en ayudar a muchos de mis pacientes a lograr una sobriedad estable de drogas y alcohol a largo plazo. He mantenido contacto con muchos de ellos a través de los años, y me siento inspirado por su progreso continuo.

Sin embargo, a pesar de los muchos éxitos a lo largo del camino, me preocupaba cada vez más un grave problema que experimenté en mi trabajo y que observé en todo este campo. En la última clínica que dirigí, hice un estudio informal que produjo evidencia de que no estábamos ayudando a la mayoría de los pacientes que acudían a nosotros inicialmente. Nuestra experiencia era similar a la de otros programas tradicionales de tratamiento orientado a la abstinencia, teníamos una tasa del cincuenta por ciento de pacientes que no regresaban, que abandonaba después de la evaluación inicial o que eran expulsados por “faltas” o recaídas en sus hábitos. Sumados a la cantidad de pacientes que regresaban al consumo de drogas después de completar el programa, los que recaían representaban la mayoría de los clientes de la clínica.

Quedé asombrado y profundamente preocupado por esta información. Estudié la literatura para conocer lo que otros estaban reportando y encontré que no lo estábamos haciendo peor que los demás. En el mejor de los casos, los estudios daban cuenta de una tasa de éxito de treinta por ciento, y la mayoría de los tratamientos no pueden atribuirse resultados tan altos. Como ejemplo se puede ver el resumen de los resultados de la investigación sobre drogas

y alcohol, por parte de Hester y Miller (1995). Sin embargo, esto fue considerado lo mejor que se podía esperar. Estas estadísticas ni siquiera incluyen a los usuarios que nunca buscan ayuda debido a las expectativas poco realistas que caracterizan a los tratamientos convencionales en este país. Era común que los programas de rehabilitación informaran a sus pacientes que sólo uno de cada diez de ellos “iba a lograrlo”, es decir, mantenerse sobrios.

Estos pobres resultados se explican en general como reflejo de la falta de motivación de los consumidores de drogas, o por las dificultades inherentes al tratamiento de personas con problemas de consumo de drogas. Un popular chivo expiatorio del escaso éxito es la enfermedad en sí misma: “la naturaleza astuta y desconcertante de la enfermedad de la adicción”.¹

Comencé a repensar el requisito de “solo abstinencia” que exige el tratamiento tradicional de consumo de sustancias. El supuesto de que la abstinencia es la única cura de la adicción, se relaciona con el concepto de la adicción como enfermedad. Según este modelo, las personas con consumo problemático de drogas no pueden beneficiarse de la psicoterapia mientras estén consumiendo, deben aceptar la abstinencia como meta del tratamiento por consumo de sustancias, y deben lograr mantener la abstinencia con el fin de permitirles permanecer en tratamiento. Cuando los clientes dicen creer que otras cuestiones son más importantes, se les responde que están en negación de la naturaleza central y principal de su “enfermedad” y que los otros temas o cuestiones deben guardarse en el estante mientras se enfrenta el consumo de sustancias.

La mayoría de los programas de tratamiento tienen un “elevado umbral” de acceso, lo que significa que son muchos los requisitos con los que los clientes deben estar de acuerdo para tener acceso al tratamiento: por ejemplo, análisis de orina, asistir a reuniones de Alcohólicos Anónimos todos los días, cortar el contacto con otros consumidores de drogas. Los clientes que no pueden estar a la altura de estas exigencias a menudo son derivados a tratamientos más

¹ Este es un eslogan de uso común en la comunidad de Alcohólicos Anónimos que supuestamente se basa en la descripción del alcohol en el “Big Book” de AA (Alcohólicos Anónimos, 1939, pp. 58-59) como “¡astuto, desconcertante y poderoso!” (Nota del Traductor).

intensivos, mientras que los clientes poco dispuestos rutinariamente son dados de baja del tratamiento con la declaración de que deben volver cuando estén listos.

Dos historias reales ilustrarán la forma como esto funciona en la práctica. Hace varios años, un profesional conocido, competente y con experiencia, que dirigía un respetado programa ambulatorio intensivo para personas con uso problemático de sustancias, me habló de una mujer que había visto en una evaluación. Al final de la primera entrevista, él le dijo que pensaba que ella claramente padecía un trastorno adictivo y que era recomendable que entrara a su programa, el cual -le dijo-, podría ayudarla a dejar de consumir. Ella reaccionó con sorpresa, afirmando que no había venido para dejar de consumir, sino porque le era necesario disminuir su consumo. Él respondió que su programa sólo era capaz de ayudar a detenerse y que él pensaba que ella debía regresar cuando estuviera lista para hacerlo; no le podía ofrecer nada más. La entrevista había terminado sin otras recomendaciones. Me pregunté acerca de la expresión de la cara de esta mujer y el impacto emocional que esta abrupta conclusión habrá tenido en ella.

Otra historia ilustra el problema desde la perspectiva de la psicoterapia. Hace varios años, una estudiante de un curso que yo estaba dando, trabajadora social, relató el caso de un hecho reciente. Había atendido a un nuevo cliente en una clínica de psicoterapia general durante cinco sesiones antes de presentar el caso a su supervisor, un trabajador social de la clínica, con más experiencia. La cliente era una mujer cercana a los treinta que había tenido un serio problema de drogas en el pasado, por lo que había completado un programa de rehabilitación. Acudió por terapia para trabajar en varios asuntos, que incluían problemas en el trabajo, una relación tormentosa, problemas de autoestima y un retorno ocasional al uso de drogas. El terapeuta sintió que ambos estaban a punto de iniciar un buen trabajo conjunto, el comienzo de una alianza terapéutica sólida, y que la cliente iba convenciéndose de que debía trabajar sus problemas y contenta aparentemente con el aporte del terapeuta. La respuesta del supervisor fue rápida y definitiva, debía interrumpir

el tratamiento de la cliente, debido a que la clínica tenía la política de no proporcionar psicoterapia a consumidores activos de drogas. Y añadió con autoridad, “No se puede confiar en lo que digan los abusadores de drogas hasta que hayan estado en abstinencia por lo menos durante seis meses; hasta entonces no pueden beneficiarse eficazmente de la terapia”.

La trabajadora social casi rompió en lágrimas mientras describía al curso la reacción de su clienta ante la orden de la clínica. Cuando en la sesión siguiente le informó a su clienta la política de la clínica, rápidamente trató de expresar empatía por los sentimientos de ella y discutir su derivación a un buen programa de drogas, pero ya era demasiado tarde; supo de inmediato que había perdido a la cliente por la mirada retrotraída y dolida de sus ojos. No regresó a su próxima sesión.

Por desdicha, estas historias no son poco comunes. El supuesto de solo abstinencia opera de sutiles maneras. Otro director de un importante y bien conocido programa para el tratamiento de abuso de sustancias, dijo en una mesa redonda con un grupo de profesionales de Asistencia al Empleado: “Trabajaría con un consumidor de drogas activo por un período limitado de tiempo, pero explicitaría claramente mi punto de vista: no creo que un adicto pueda moderar su uso y me gustaría que el paciente demostrara, si es posible, que estoy equivocado”. Muchos clínicos adoptan esta postura, y pueden o no verbalizar su opinión, lo que tiene un impacto diferente y peligroso en el encuentro terapéutico. Un atribulado consumidor de drogas ¿cómo puede enfocar el curso de su recuperación cuando la persona a la que paga y consulta en busca de ayuda cree que lo que está tratando de hacer es imposible? ¿Cómo entra un cliente en una relación terapéutica con un clínico que en secreto piensa que el cliente no es capaz de ser honesto o no está dispuesto emocionalmente para el tratamiento?

Mi limitado éxito me dejó avergonzado y culpable de mi incapacidad para ayudar a las personas que aparecían en mi oficina o mis programas pidiendo ayuda. La idea de que la gente necesita “tocar fondo”, es decir, sufrir más como resultado del uso de sus-

tancias con el fin de sentirse motivados a detener su consumo, se volvió inaceptable para mí. Parecía que nuestro campo ponía en los clientes la responsabilidad del problema, en vez de responsabilizarse del mismo, viendo cómo nuestro enfoque de tratamiento parecía limitarse por sus propios supuestos y procesos básicos. Me pareció que este nivel de fracaso nos retó a encontrar nuevas formas más creativas e inclusivas de trabajar con la gente. Empecé a sentirme inquieto e insatisfecho con la explicación del cliente-desmotivado por nuestro limitado éxito, y empecé a preguntarme si la hipótesis de solo abstinencia podría explicar en gran medida nuestro fracaso. Ahora bien, yo había sido entrenado en el entorno de tratamientos de solo abstinencia, así que me sentí confundido y en un difícil dilema. Aunque nuestro trabajo claramente había sido útil, en algunos casos salvando vidas a muchas personas, se me hizo claro que las restricciones y límites de un sistema de tratamiento de solo abstinencia era a la vez desconcertante y dañino para las personas que buscaban ayuda urgente. Con inquietud comencé a buscar alternativas.

Inicié la práctica privada de psicoterapia en el año 1987, era libre de trabajar en forma más flexible. A finales de los 80' comencé a experimentar en el trabajo con clientes que no estaban interesados en detener por completo su consumo de alcohol o drogas, pero que buscaban ayuda para saber qué debían hacer. Querían saber si podrían aprender a consumir de manera menos perjudicial. Sabía que rompería las reglas tradicionales al estar de acuerdo con la búsqueda de esos objetivos, dado que yo había sido entrenado en un programa de postgrado que apuntaba a encontrar a la gente donde realmente se encuentran. Algunos de estos clientes parecían lo suficientemente motivados, reflexivos y abiertos para hacerme sentir optimista sobre la realización de este experimento. Me pareció que la moderación estable sería un gran progreso y, en caso contrario, nuestro proceso terapéutico podría hacerlos avanzar hacia la detención del consumo. De todos modos, había ventajas posibles más allá de las prácticas cotidianas disponibles.

En los años siguientes comencé a ver avances y beneficios significativos, tanto en la moderación como en la abstinencia del uso

de drogas. Algunas personas fueron capaces de reducir su consumo de manera significativa, mientras que otros encontraron imposible moderar su consumo, y se motivaron a detener completamente el consumo. Estos éxitos no se consideraban posibles de acuerdo con el modelo tradicional. Me preocupaba que si mis colegas se enteraban de lo que estaba haciendo, mi ética profesional se vería seriamente cuestionada.

En algún momento de 1994 hablé por teléfono con Alan Marlatt acerca de mi trabajo. Alan es un psicólogo de larga y respetada trayectoria como clínico e investigador en el campo del tratamiento del alcohol, que escribió un libro pionero llamado *Prevención de Recaídas* (1985). Fui afortunado de tenerlo como amigo y colega. Le hablé de mis inquietudes sobre las limitaciones del modelo tradicional y el trabajo experimental que estaba haciendo en mi práctica privada. Me respondió diciendo “Estás haciendo reducción del daño”. Le dije: “¿Qué es eso?”. Cuando me presentó la reducción de daño como una alternativa al modelo tradicional de tratamiento, inmediatamente me di cuenta de que era el fundamento filosófico y clínico para mi trabajo

Desde esa conversación, he descubierto la reducción de daño como una filosofía que guía la forma como conocemos a nuestros clientes y a nosotros mismos, de manera pragmática y compasiva; como una teoría clínica que puede dar cuenta del tratamiento a través de todo el amplio espectro de sustancias que utilizan las personas; como una crítica y corrección a las limitaciones de los sistemas de tratamiento existentes; como un creciente movimiento integrado por clínicos, investigadores y encargados de políticas públicas que colectivamente le proporcionan a este campo una perspectiva progresista.

La reducción de daño es un marco de referencia para ayudar a los consumidores de drogas y alcohol que no pueden o no desean detenerse por completo -que son la mayoría de los consumidores-, a reducir las consecuencias perjudiciales de su uso. La reducción de daño acepta que la abstinencia puede ser el mejor resultado para muchos, pero flexibiliza el énfasis en la abstinencia como el único

objetivo y criterio aceptable para el éxito. En su lugar se aceptan pequeños cambios que se van incrementando en la dirección de reducir los daños del consumo de drogas. Este libro mostrará cómo estos simples cambios en el énfasis y las expectativas, tienen implicancias significativas para mejorar de muchas maneras la efectividad de la psicoterapia.

Este libro refleja el rumbo que mi trabajo ha tomado desde esa conversación con Alan Marlatt, al incorporar la reducción de daño en mi enfoque a la psicoterapia. Veo la reducción de daño como una idea que se construye a partir de lo que ha estado disponible antes. Desafía y critica las limitaciones de los modelos existentes de tratamiento de drogas y alcohol en un esfuerzo por ampliar el alcance del tratamiento para la mayoría de los consumidores con problemas de alcohol y drogas que no han sido ayudados por el método tradicional.

Este libro también se suma a una literatura cada vez mayor sobre el tema. En 1998, Marlatt y un grupo de colegas publicaron *Harm Reduction: Pragmatic Strategies for Managing High Risk Behaviors*, un libro innovador que introduce la reducción de daño y la descripción de su historia, apoyado en la investigación, y con aplicaciones a diferentes grupos de clientes. En el año 2000, Patt Denning, otra amiga y colega que ha sido un importante colaboradora en la aplicación de la Psicoterapia de Reducción de Daños, publicó la primera exploración en profundidad de la aplicación de la reducción de daño a la psicoterapia *Practicing Harm Reduction: An Alternative Approach to Addictions*. En este libro ella presenta su enfoque multidimensional de la Psicoterapia de Reducción de Daños.

Este libro amplía estas contribuciones desde mi propia perspectiva. Es una exploración del valor particular de la Psicoterapia de Reducción de Daños para hacer frente a una serie de problemas emocionales comúnmente asociados con el consumo problemático de drogas, y una recopilación de historias que muestran la variedad de formas que este enfoque puede tomar.

Los capítulos

En el capítulo 1 planteo el fundamento clínico de la Psicoterapia de Reducción de Daños y esbozo el enfoque integrativo que he desarrollado. Este enfoque considera la compleja interacción del significado personal, el condicionamiento, la biología, y el contexto social tanto en la génesis de los problemas de drogas como en el desarrollo de la psicoterapia individual hecha a medida. La historia ilustrativa, mi contribución, se centra en Tom, un bebedor problemático depresivo que logró una moderación estable en su consumo de alcohol después de haber fracasado en un tratamiento obligatorio orientado a la abstinencia.

El capítulo 2 explora la contribución que la tradición psicoanalítica ha hecho a la Psicoterapia de Reducción de Daños, particularmente en su énfasis en la importancia de los múltiples significados del uso de drogas y la centralidad de la relación terapéutica en la psicoterapia efectiva. La historia de este capítulo, el caso de la señora G, por Mark Sehl se centra en una mujer mayor deprimida y socialmente aislada con una severa dependencia al alcohol, que recibió la ayuda del enfoque de reducción de daños para lograr la abstinencia en el proceso de enfrentar sus dificultades emocionales. La historia muestra cómo, un enfoque de reducción de daños es consistente con una comprensión psicoanalítica del consumo de alcohol de la Sra. G. También es un desafío a las concepciones erróneas prevalentes sobre el tratamiento psicoanalítico, al describir una psicoterapia analítica muy diferente del enfoque clásico, aunque manteniéndose fiel a los principios analíticos.

El capítulo 3 discute el respaldo teórico que la teoría del aprendizaje proporciona a la Psicoterapia de Reducción de Daños y al valor de integrar estrategias cognitivas y conductuales con una comprensión psicoanalítica del significado del uso de drogas al ayudar a la gente a cambiar. El caso de Archie, por Gary Dayton y Frederick Rotgers, trata el caso de un hombre con un serio problema de consumo de alcohol relacionado con una depresión y un trastorno obsesivo compulsivo. Al igual que Tom, Archie encontró que el

tratamiento anterior orientado a la abstinencia había exacerbado sus dificultades, en cambio, con el enfoque de reducción de daños, fue capaz de reducir dramáticamente su consumo y enfrentar sus problemas psicológicos.

El capítulo 4 contempla la piedra angular de la psicoterapia de reducción de daños, el calce correcto entre el cliente y el tratamiento, como lo central para el éxito del trabajo. Explora la importancia del calce entre el cliente y la modalidad de tratamiento, la relación terapéutica y como y como todo esto se construye. La historia de este capítulo, por Gail Hammer, es acerca de Michael, un hombre con consumo problemático de alcohol y SIDA, que moderó su consumo con éxito. Al comienzo de la historia, leemos que la alianza terapéutica prácticamente se descarriló por la exigencia del supervisor de la terapeuta en cuanto a que el cliente debía ser referido a algún otro lugar para detener su consumo. La terapeuta rápidamente se dio cuenta de que debía cambiar a un enfoque de reducción de daños que aceptaba que su cliente siguiera bebiendo, con el fin de crear con él una alianza que permitiera el avance de la terapia. Finalmente la terapia le sirvió para moderar su consumo de alcohol y abordar un conjunto de otros temas emocionales importantes.

El capítulo 5 discute la complejidad de las personas y los problemas que pueden asociarse con el uso problemático de drogas, la necesidad de psicoterapias por lo tanto más complejas y a veces más largas, y la relevancia de la Psicoterapia de Reducción de Daños en estos temas. La historia de esta psicoterapia en el capítulo de Valerie Frankfeldt, es la historia de Donnie, un usuario de múltiples drogas, con severos problemas emocionales y comunicacionales, que logró la abstinencia después de una psicoterapia de 6 años. La historia revela cómo Frankfeldt se inclinó hacia la reducción de daños a pesar de su entrenamiento anterior orientado a la abstinencia, debido a las necesidades de Donnie. Tuvo que trabajar con gran incertidumbre acerca de cuáles serían las metas adecuadas para él, mientras continuaba por largo tiempo usando drogas antes de ser capaz de iniciar su disminución y de comenzar a asistir a AA y eventualmente detener su consumo de drogas y alcohol.

El capítulo 6 explora la importancia de considerar el uso de drogas como expresión de múltiples significados personales para los clientes y su valor para promover el cambio. Discute el valor de considerar el uso de drogas como un intento adaptativo de enfrentar sentimientos dolorosos y vulnerabilidades de la personalidad, y sugiere que mientras no se reconozca y se aborde en otra forma esta función del uso de drogas, muchas personas son incapaces de contemplar la modificación de su consumo.

La historia de este capítulo, el caso de Gary por Eward J. Khantzian es la historia de un médico con dependencia de opiáceos que acudió a un programa tradicional de rehabilitación de drogas con la orientación de los doce pasos, seguido por una psicoterapia psicodinámica y la asistencia a una programa de doce pasos, logrando una abstinencia estable. La historia muestra cómo el tratamiento puede tener un impacto tanto en el uso de drogas como en diversos aspectos del funcionamiento de la personalidad que dejan a las personas vulnerables a desarrollar problemas de drogas. A diferencia de las historias previas en este libro de tratamientos “obligatorios” orientados a la abstinencia que han fracasado, en el caso de Gary un tratamiento tradicional obligatorio fue el calce correcto para él, y tuvo resultados positivos dramáticos. Ilustra cómo el paraguas de la reducción de daños considera tratamientos tradicionales para usuarios de drogas que lo necesitan; aquellos cuyos usos se encuentran fuera de control, no están en condiciones de comprometerse de forma significativa en la psicoterapia sin intervención externa y parecen necesitarla para moverse en la dirección correcta.

El capítulo 7 discute el rol del trauma y, en general, la experiencia temprana en el moldeamiento de las vulnerabilidades que pueden llevar a las personas a las drogas. Posteriormente explora cómo la apreciación de estas experiencias tempranas en la vida pueden usarse en la psicoterapia. El caso de Sally, por Gerome David Levin, fue elegido para ilustrar estos temas. Sally vino en busca de ayuda por una ansiedad severa, resultado de un abuso físico y sexual temprano. Su dependencia a las anfetaminas sólo se reveló después de estar un tiempo en terapia, después de trabajar

mucho para crear un espacio seguro en el tratamiento. Hasta ese momento el tratamiento tuvo que progresar mientras ella usaba la droga para mantenerse compensada. La historia ilustra la necesidad de aceptar en la terapia que muchos clientes continúen el uso de drogas por algún tiempo, antes de que sea posible abordar directamente el cambio de su consumo. En este caso, la terapia llevó a la abstinencia como resultado.

El capítulo 8 discute una dinámica común que se expresa a través del uso de drogas: la rebelión contra la voz crítica interior. Explora cómo la Psicoterapia de Reducción de Daños es especialmente apropiada para ayudar a las personas a encontrar una tercera solución en el jaque mate sumisión-rebelión que a menudo se expresa en el ciclo de consumo descontrolado –suplicar detenerse– consumo descontrolado, y así sucesivamente. La historia de este capítulo, el caso de Diana por Patt Denning, es la historia de una mujer con una larga trayectoria de consumo excesivo vinculado a problemas de relaciones, dificultades para expresar y sentir emociones y depresión; todo esto relacionado finalmente con un severo crítico interno que la atormentaba. La primera meta de esta psicoterapia –detener el consumo– fracasó ya que quedó en evidencia que era una sumisión al crítico interno. Fue solamente cuando terapeuta y paciente cambiaron a un enfoque de reducción de daños, que ayudó a la paciente a descubrir lo que le hacía bien y logró una moderación estable en su consumo de alcohol.

El capítulo 9 se centra en la comunidad terapéutica residencial de larga estadía, uno de los más antiguos enfoques de tratamientos para personas con problemas de drogas. Explora los fundamentos de la comunidad terapéutica y cuáles clientes pueden adecuarse mejor a ella. El relato de este capítulo, el caso de la Sra. E por Barbara Wallace, se centra en una mujer con una larga adicción al crack, relacionada con una historia de abuso físico y sexual desde la infancia. Luego de numerosos tratamientos ambulatorios fallidos, la Sra. E. fue obligada a acudir a la comunidad terapéutica y, como Gary en el Capítulo 6, encontró en ella el impulso que necesitaba para llegar a un contexto de tratamiento que se ajustara a sus necesidades. En

este contexto comenzó a sanar el intenso y traumático sufrimiento que subyacía a su uso de drogas. Con la ayuda de psicoterapia continua luego de salir de la comunidad terapéutica, fue capaz de mantener una abstinencia estable y convertirse en modelo de cómo sanar un trauma. La historia también revela como la Dra. Wallace se vio transformada por su trabajo con la Sra. E.

El capítulo 10 introduce el grupo de reducción de daños como un enfoque de la terapia grupal que puede tener beneficios que no tienen los grupos centrados solamente en la abstinencia. La historia de este capítulo “El Grupo de Apoyo para la Sobriedad” por Jeannie Little, se refiere al desarrollo de un grupo de reducción de daños que ella y un colega dirigieron para veteranos de guerra en situación de calle con doble diagnóstico (problemas de uso de drogas y problemas psiquiátricos). Describe la evolución de la estructura y normas del grupo en colaboración con sus miembros y muestra cómo el grupo pudo ayudar a clientes que habían fracasado en tratamientos tradicionales. Ella enfatiza especialmente cómo la diversidad de los miembros del grupo en términos de metas (moderación o abstinencia), salud mental, y motivación, fue lo que hizo efectivo al grupo.

INTRODUCCIÓN A LA EDICIÓN EN ESPAÑOL

Es con gran placer que presento este libro al mundo hispanohablante. Consiste en una introducción a la Psicoterapia de Reducción de Daños (Harm Reduction Psychotherapy, HRP), un nuevo enfoque para ayudar a las personas con problemas de uso de sustancias y otras conductas riesgosas y adictivas que puede mejorar dramáticamente el éxito de sus tratamientos. La Psicoterapia de Reducción de Daños es “la categoría general de intervenciones psicológicas que apuntan a reducir el daño asociado con el uso activo de sustancias sin establecer la abstinencia como meta inicial” (Tatarsky, 1998). Este aparentemente simple pero profundo cambio con respecto al enfoque de “solo abstinencia” dominante en el mundo tiene repercusiones positivas para todos los aspectos de la terapia: motivación para el tratamiento, adherencia, manejo de la alianza terapéutica, evaluación colaborativa, trabajo con la ambivalencia, establecimiento de metas y planificación del tratamiento para lograr cambios.

La Psicoterapia de Reducción de Daños presupone que las personas que usan drogas pueden empezar a enfrentar los daños asociados con el uso de drogas sin que necesariamente se les exija suspender su conducta. Se amolda a toda persona que está lista para comenzar un proceso de cambio positivo. Reconoce que el uso de drogas y otras conductas de riesgo se hallan dentro de un continuo de gravedad y apoya a las personas para que reduzcan los riesgos asociados con estas conductas, incluyendo el tratamiento de la adicción pero no limitándose a ello. La Psicoterapia de Reducción de Daños acoge a las personas dentro de todo el continuo de gravedad y disposición al cambio. Considera que la conducta de riesgo ocurre en el contexto de personas completas, complejas y únicas dentro de sus ambientes sociales y culturales, y, por lo tanto, es una terapia integrativa que enfrenta estos problemas concurrentes al mismo tiempo que trata la

conducta de riesgo. Puede facilitar el uso de otras terapias “basadas en la evidencia” al ofrecer un marco para establecer alianzas terapéuticas colaborativas que apoyen la toma de decisiones del terapeuta con respecto a qué técnicas e intervenciones serán las más apropiadas y efectivas para un determinado paciente. También puede añadir una dimensión terapéutica a las intervenciones de reducción de daños en salud pública, como el intercambio de jeringas, la prevención de sobredosis y el tratamiento de sustitución con opiáceos. Estas intervenciones pueden constituir oportunidades terapéuticas, puntos de contacto entre terapeuta y paciente que permiten negociar relaciones terapéuticas capaces de abordar un mayor número de necesidades del paciente a través del tiempo. A medida que van creciendo la confianza y la esperanza, las alianzas inicialmente centradas en proveer apoyo para que los pacientes se mantengan vivos y sanos pueden adoptar metas más ambiciosas, como sanar sus traumas, actualizar de manera completa su potencial y trabajar para conseguir cambios positivos en todos los aspectos de sus vidas. Debido a estas características, la PRD “extiende el alcance” (Tatarsky, 2003) del tratamiento a la mayoría de las personas con problemas de uso de sustancias que no se han beneficiado con el tratamiento tradicional.

El estado actual de la Psicoterapia de Reducción de Daños

Once años después de la publicación inicial de este libro en inglés, estoy más convencido que nunca de que la PRD es parte esencial de un tratamiento de sustancias efectivo. Durante este período, en el mundo ha ido creciendo la conciencia sobre las limitaciones del tratamiento de “solo abstinencia” y se han ido aceptando cada vez más las prácticas de reducción de daños, por lo que este libro es más relevante y oportuno que nunca.

Dentro de la actual crisis en el tratamiento del uso de sustancias, en los Estados Unidos se han dado una serie de pasos importantes que reflejan la creciente aceptación de la Psicoterapia de Reducción de Daños y su impacto en este campo. En Nueva York, donde ejerzo mi profesión, la PRD ha llegado a ser ampliamente aceptada

por los profesionales del tratamiento de uso de sustancias. Los 18 miembros del Comité Ejecutivo de la División de Adicciones de la Asociación Psicológica del Estado de Nueva York trabajan en diversos contextos clínicos con distintas poblaciones de pacientes y emplean diferentes enfoques terapéuticos, pero todos coinciden en aplicar la PRD. Lo mismo hace la mayoría de los miembros del Comité de Adicciones de la Asociación de Trabajadores Sociales, en su rama del Estado de Nueva York. Me he desempeñado durante los últimos tres años como asesor clínico del departamento gubernamental que supervisa el tratamiento del uso de sustancias en el Estado de Nueva York, la Oficina de Servicios para el Alcoholismo y el Abuso de Sustancias, lo que constituye un apoyo tácito a la PRD por parte de dicho organismo. Recientemente publicamos un Documento de Orientación Clínica para todos los programas bajo la dirección de esta oficina, el cual contiene el lenguaje y el espíritu de la PRD. Muchos programas de tratamiento de uso de sustancias y varios centros de reducción de daños con financiamiento privado y público en los Estados Unidos me han invitado a dar charlas sobre la Psicoterapia Integrativa de Reducción de Daños (IHRC), y varios de sus funcionarios han recibido capacitación intensiva sobre la misma. Muchas de estas organizaciones están integrando la PRD dentro de su gama de servicios. En 2011 fundé un centro privado, el cual dirijo, que es un hogar para la Psicoterapia Integrativa de Reducción de Daños en Nueva York. El centro ofrece completos servicios de terapia individual, grupal, de parejas y familiar, además de capacitación profesional basada en la Psicoterapia Integrativa de Reducción de Daños en colaboración con la New School for Social Research. El centro ha recibido un enorme apoyo de parte del público general, los profesionales y las organizaciones comunitarias.

La recepción de otros centros que incorporan la PRD ha sido similar en otras comunidades. Las doctoras Patt Denning y Jeannie Little han realizado grandes contribuciones al desarrollo y la difusión de la PRD mediante sus publicaciones (Denning, 2000; Denning, Little y Glickman, 2004; Denning y Little, 2011) y su co-dirección del Centro de Terapia de Reducción de Daños (Harm Reduction

Therapy Center, HRTC) en San Francisco, el primer Programa de reducción de daños en recibir la certificación del Estado de California como centro de tratamiento de alcohol y drogas. El HRTC ofrece PRD en contextos privados y comunitarios y también a través de la capacitación de miles de profesionales alrededor del mundo. Tom Horvath, ex-presidente de la División de Adicciones de la Asociación Psicológica de los Estados Unidos (American Psychological Association, APA), recientemente abrió un centro llamado Servicios Prácticos de Recuperación (Practical Recovery Services) en La Jolla, California, el cual ofrece programas ambulatorios y residenciales que integran la PRD para tratar adicciones. Simi Stillings fundó y dirige el Instituto de Terapia de Reducción de Daños (Harm Reduction Therapy Institute) en Washington, D.C., donde se ofrecen completos servicios de PRD a esa comunidad. A comienzos del 2013, los psicólogos Drs. Marc Kern y Adi Jaffe fundaron el centro Alternatives Addiction Treatment en Los Ángeles, el cual también ofrece un completo tratamiento holístico informado por la PRD.

Algunas palabras sobre mi camino hacia la reducción de daños

Este libro refleja mi experiencia trabajando principalmente como terapeuta con personas con problemas de uso de sustancias durante los primeros 20 años de mi carrera. Es la historia de mi propia evolución, desde mi formación con el enfoque tradicional de “solo abstinencia”, pasando por mi experiencia de sus limitaciones, hasta mi descubrimiento de la filosofía de reducción de daños. Cuando conocí la reducción de daños en 1994, ésta transformó completamente mi vida tanto en lo personal como en lo profesional. Para entonces había trabajado como profesional del tratamiento de uso de sustancias durante 12 años, siempre bajo la limitación ideológica del enfoque de “solo abstinencia”. En aquella época, este era el único enfoque aceptable para el tratamiento del mal uso de sustancias, y sigue siendo el enfoque dominante a nivel mundial. El tratamiento de “solo abstinencia” presupone que la abstinencia

completa de las sustancias que afectan el ánimo es la única medida del éxito; además, en muchos casos se considera que es necesario comprometerse a buscar la abstinencia como requisito para ser aceptado en el tratamiento y para poder permanecer en él. Este modelo también presupone que las personas no pueden beneficiarse de la psicoterapia sino hasta después de lograr la abstinencia. Durante esos primeros años, este enfoque benefició a muchos de mis pacientes, pero yo me fui haciendo cada vez más consciente de sus enormes limitaciones para atraer, retener y ayudar a personas que luchaban con problemas de uso de sustancias. En la Introducción y en el Capítulo 1 me refiero a las experiencias clínicas que me llevaron a darme cuenta de esta situación. Esta angustiante y confusa realidad era aceptada en nuestro campo como lo mejor a lo que podíamos aspirar, y generalmente se veía como un reflejo de lo desafiante de las adicciones. Comencé a sentirme cada vez más incómodo con una explicación del fracaso de nuestro tratamiento que culpaba al paciente. Me parecía que el principal factor limitante en el enfoque de tratamiento era la exigencia de abstinencia. Debido a una amplia gama de razones comprensibles, la mayoría de las personas con un uso de drogas problemático no está lista ni dispuesta a buscar la abstinencia, y tampoco es capaz de aceptarla. Así, el tratamiento de “solo abstinencia” no aceptaba a estos pacientes, mientras que ellos sentían que éste no era relevante para sus necesidades. Comencé a preguntarme qué posibilidades terapéuticas emergerían al dejar de exigir la abstinencia. Yo había abierto recientemente una consulta privada y comencé a realizar algunos experimentos iniciales, realizando psicoterapia con personas que usaban sustancias activamente a fines de la década de 1990. Muchos de estos pacientes tuvieron resultados extremadamente buenos. Estaban motivados para seguir el tratamiento y querían realizar distintos cambios positivos en sus vidas; así, muchos redujeron su uso problemático de sustancias, varios lo suspendieron totalmente y otros resolvieron con éxito diversos problemas personales y de estilo de vida. De acuerdo al paradigma de “solo abstinencia” y su modelo de enfermedad subyacente (Jellinek), esto no debía ser posible.

Tuve la gran fortuna de que el Dr. Alan Marlatt fuera mi mentor y mi amigo. Alan fue un investigador, profesor y terapeuta a la vanguardia del estudio de las adicciones, además de ser una de las primeras personas en traer las prácticas de reducción de daños a los Estados Unidos a comienzos de la década de 1990. Fue un pionero en la investigación del uso controlado de alcohol, editó un innovador libro sobre la prevención de las recaídas junto a Judith Gordon (Marlatt y Gordon, 1985), editó el primer trabajo sustantivo sobre reducción de daños (Marlatt, 1998) y fue la principal fuerza en el desarrollo de la Psicoterapia de Reducción de Daños. En una conversación telefónica en 1994, compartí con Alan mis experiencias de trabajar con personas que aún usaban sustancias activamente, y él me dijo “estás haciendo reducción de daños”. Yo nunca había escuchado sobre la reducción de daños. A medida que Alan me iba presentando la reducción de daños, me fui dando cuenta de que se basaba en un nuevo paradigma para comprender el mal uso de sustancias y otras conductas de alto riesgo y de que era un enfoque nuevo y radical para ayudar a los pacientes. Los paradigmas moldean nuestra comprensión y percepción de la realidad, y por lo tanto determinan cómo actuamos. Este nuevo paradigma me entregó un marco para comprender las limitaciones del tratamiento de “solo abstinencia” y me sugirió un nuevo enfoque para la psicoterapia y el tratamiento del uso de sustancias: uno más atractivo, relevante y efectivo. Decidí dedicar mi carrera a explorar las implicaciones de la reducción de daños para la psicoterapia y el tratamiento del uso de sustancias. Este libro refleja esos esfuerzos, ocho años después de aquel descubrimiento. Espero que al leer este libro experimenten el mismo cambio de paradigma que yo tuve al conocer la reducción de daños.

Descripción del libro

El libro está conformado por 10 capítulos que aparecieron en la edición original más uno adicional, el número 11, que es una reimpresión de un artículo que publiqué en 2010 junto a Scott Kellogg, un colaborador frecuente. Los primeros 10 capítulos presentan la

PRD y tocan temas que considero esenciales para comprender todo el espectro de los problemas de uso de sustancias y de los tratamientos efectivos. Comienzo describiendo el contexto dentro del cual emergió la PRD y las limitaciones del tratamiento tradicional de “solo abstinencia”. Presento y defino el paradigma de reducción de daños y las características esenciales de la PRD como un marco terapéutico general que puede adaptarse para diversas escuelas terapéuticas y poblaciones de pacientes. Me refiero al nuevo paradigma para comprender el mal uso de sustancias y otras conductas riesgosas y adictivas: los modelos psico-bio-social, de múltiples significados y de “etapas del cambio” (Prochaska y DiClemente, 1992). Estos modelos integran evidencia de que factores biológicos, psicológicos y sociales interactúan de maneras únicas que contribuyen a que las personas sean vulnerables al mal uso de sustancias y manifiesten otras conductas de alto riesgo. Entregan una justificación teórica sobre porqué un marco de reducción de daños es parte esencial de un tratamiento efectivo y sobre la necesidad de que el tratamiento integre intervenciones exploratorias-psicodinámicas, cognitivo-conductuales estratégicas activas, centradas en el cuerpo y también sociales. Posteriormente, escribo sobre las importantes contribuciones de las tradiciones psicoanalítica y cognitivo-conductual a la PRD. Frecuentemente se considera que estos dos enfoques se hallan en conflicto. En mi opinión, se complementan al enfocarse en distintos aspectos de la experiencia humana. Las intervenciones cognitivo-conductuales activas apelan a la parte de la persona que desea cambiar, enseñándole habilidades y estrategias que le ayudan a clarificar los aspectos positivos y problemáticos de la conducta riesgosa y de las metas de cambio; además, le entregan una tecnología para cambiar hábitos “sobreaprendidos”. Son, en definitiva, una forma conductual de entender un aspecto de la conducta adictiva. Además, estas intervenciones abordan los déficits de habilidades de auto-manejo que muchas veces subyacen al uso problemático de sustancias. La tradición psicoanalítica contribuye a nuestra comprensión de los aspectos relacionales de la terapia y a la exploración de los múltiples significados y funciones conscientes e inconscientes de nuestras

conductas problemáticas. Estos elementos se reflejan en la parte de la persona que está profundamente comprometida con estas conductas y que no quiere cambiar. Con frecuencia, abordar ambas dimensiones de la persona es esencial para el éxito terapéutico. El libro explora la importancia de la confianza y de la relación terapéutica para el proyecto terapéutico, junto con las formas específicas en las que el marco de reducción de daños potencia estos elementos. Posteriormente, el libro aborda una serie de temas relevantes para comprender y tratar el mal uso de sustancias: la necesidad de aceptar la complejidad de los problemas de uso de sustancias, el uso de sustancias como un modo de afrontar situaciones, el rol del trauma y el uso de sustancias como rebelión contra el crítico interior. Finalmente, el texto explora las valiosas funciones que pueden tener para algunas personas las comunidades terapéuticas y los grupos de reducción de daños.

El artículo reproducido en el Capítulo 11 presenta un perfeccionamiento de mi enfoque con respecto a la PRD, la Psicoterapia Integrada de Reducción de Daños (Integrated Harm Reduction Psychotherapy, IHRP). En él conceptualizo el proceso terapéutico como un conjunto de siete tareas terapéuticas, cada una con sus propias habilidades y estrategias. Todas las ideas contenidas en este artículo se encontraban presentes de manera rudimentaria en el libro, pero se fueron aclarando en mi mente a lo largo de los años, a través de mis experiencias con pacientes, terapeutas bajo mi supervisión y profesionales en práctica.

Cada capítulo contiene un detallado estudio de caso que ilustra el tema del capítulo, seguido por mi discusión del caso. El primero y el último son mis casos, mientras que los demás fueron contribuciones de otros terapeutas. Mi intención fue mostrar cómo terapeutas de diferentes escuelas terapéuticas y con distintas poblaciones de pacientes adaptan la PRD a su estilo y a las necesidades de cada paciente. Pedí que los casos fueran escritos en un lenguaje sin tecnicismos y de la manera más cercana a la experiencia que fuera posible, de modo que fueran accesibles para profesionales con distintos enfoques teóricos y también para lectores legos en la materia. Traté de desmitificar y humanizar el proceso terapéutico al hacer

que los terapeutas escribieran sobre su experiencia subjetiva en la consulta con sus pacientes y describieran con palabras cercanas a su experiencia qué fue lo que sucedió entre los dos participantes del equipo terapéutico (Denning, 2000) que realmente contribuyó a la sanación, crecimiento y cambio positivo del paciente. A lo largo de los años, personas no profesionales y algunos de mis pacientes me han manifestado que las historias les han ayudado a comprender mejor sus propias dificultades, les han dado mayores esperanzas sobre la posibilidad de lograr cambios positivos y les han permitido motivarse para ingresar a terapia.

Desde la publicación del libro

Este libro ha sido también un poderoso catalizador para el desarrollo continuo de la PRD. Me ha permitido recibir invitaciones para capacitar a profesionales en Polonia, Austria, Ucrania, Chile, China, Rusia, Irlanda, Francia y distintas ciudades de los Estados Unidos. De hecho, la invitación de Paulo Egenau, Director Ejecutivo de Fundación Paréntesis, para realizar una capacitación de tres días sobre la PRD en Santiago de Chile en 2008, lo llevó a encabezar un proceso que generó la publicación de la versión en castellano de este libro. La preparación previa a las capacitaciones que realizo y las capacitaciones mismas me mantienen siempre consciente sobre mi propio pensamiento, y me obligan a enfrentarme a mi propia incertidumbre y falta de claridad sobre ciertos temas. He descubierto que esta experiencia de enfrentar mis propias limitaciones e interactuar con curiosidad y fe con colegas increíbles, vivencial y culturalmente distintos a mí, genera nuevas ideas y soluciones. Este proceso, muchas veces doloroso y en ocasiones estimulante, siempre me permite aprender y crecer. Le debo un profundo agradecimiento a este libro, como también a los cientos de dedicados y preocupados profesionales de todo el mundo con quienes he tenido el privilegio de intercambiar experiencias y de quienes he podido aprender.

Andrew Tatarsky, 2013

PSICOTERAPIA DE REDUCCIÓN DE DAÑOS

Tom: Desde la Reducción de Daños hacia la Moderación

Por Andrew Tatarsky

EL CONTEXTO ACTUAL: ¿QUÉ ESTÁ MAL CON ESTA IMAGEN?

En los Estados Unidos, los principales tratamientos orientados a la abstinencia de los usuarios de alcohol y drogas continúan teniendo bajos niveles de éxito, sin importar el criterio con que se evalúen. Las observaciones clínicas y los estudios empíricos típicamente revelan que la mayoría de los clientes inicialmente tratados no completan exitosamente el tratamiento o no mantienen sus logros después del tratamiento. Estos pobres resultados se evidencian en los programas residenciales y ambulatorios y son comunes en los distintos enfoques teóricos. La Administración de Salud Mental y Abuso de Sustancias informó que entre 1992 y 1997 sólo el 47% de los pacientes en Estados Unidos completó programas para el tratamiento por uso de drogas y alcohol, mientras que un 12% fue derivado a otros programas (SAMHSA, 1999). Numerosos estudios sobre resultados de tratamientos sugieren que sólo entre un 20% y un 40% de los pacientes que completan un tratamiento logran éxito de largo plazo, aún si se consideran la abstinencia y la moderación como resultados exitosos (Keso & Salaspuro, 1990; Nordstrom & Berglund, 1987). Por ejemplo, Helzer y colegas (Helzer et al., 1985) estudiaron los resultados a tres años de cuatro programas orientados a la abstinencia de pacientes, que cumplían con criterios D.S.M. III para dependencia al alcohol. Encontraron que sólo el 15.1% declaraba abstenerse totalmente y que el 18.4% reconocían

formas no problemáticas de beber alcohol. Ditman et al. (1967) realizaron un seguimiento de un año a 301 “personas en estado de ebriedad crónico detenidas de forma reiterada en la vía pública”, los que fueron asignados aleatoriamente a no recibir tratamiento, a asistir a Alcohólicos Anónimos o ser tratados en una clínica, como condición para la libertad condicional. Utilizando un nuevo arresto por alguna falta relacionada con el alcohol como criterio principal para medir el resultado del tratamiento, hallaron que el 68% de las personas tratadas en una clínica, el 69% de las que asistieron a AA y el 56% de las que no recibieron tratamiento fueron nuevamente arrestadas; las diferencias no fueron estadísticamente significativas. Más recientemente, un estudio controlado a gran escala, el Proyecto MATCH (Grupo de Investigación del Proyecto MATCH, 1997) recibió financiamiento del Instituto Nacional Sobre Abuso de Alcohol y Alcoholismo para comparar las respuestas de los pacientes a distintos enfoques de tratamiento. 1726 personas con problemas de uso de alcohol, en distintos puntos de los Estados Unidos, fueron asignadas aleatoriamente a doce sesiones de Terapia de Facilitación de 12 pasos, Terapia Cognitivo-Conductual o Entrevista Motivacional. Se empleó la abstinencia completa durante el año posterior al tratamiento como forma de medir el éxito, objetivo que cumplió el 24% de las personas del grupo de 12 pasos, el 14% de las que recibieron Terapia Cognitivo-Conductual y el 15% de las que fueron tratadas con Entrevista Motivacional.

Los enfoques tradicionales no están equipados para enfrentar los serios problemas emocionales o socioeconómicos que pueden coexistir con los problemas de uso de sustancias. Las estadísticas de fracaso de los tratamientos de abuso de sustancias no incluyen a las personas con problemas de drogas y alcohol que nunca demandan tratamiento tradicional, grupo que representa a la mayoría de los usuarios problemáticos en Estados Unidos. El Departamento de Salud y Servicios Sociales de Estados Unidos (USDHHS, 1997) estimó que en 1997 hubo alrededor de 15 millones de estadounidenses adultos que dependían del alcohol o abusaban de éste. La Administración de Salud Mental y Abuso de Sustancias (SAMHSA,

1999) estimó que en 1997 hubo 2.207.375 ingresos a 15.000 centros de tratamientos ambulatorio y residencial en Estados Unidos. Suponiendo que parte de ellos correspondieran a ingresos múltiples de algunos individuos, es probable que alrededor de dos millones de personas hayan sido tratadas ese año. Estos datos sugieren que cerca del 85% de los individuos con problemas de alcohol en el país en 1997 no recibieron tratamiento. Esta aproximación es avalada por la estimación del Instituto de Medicina (1990) según el cual el 80% de los alcohólicos estadounidenses nunca se han contactado con algún tratamiento profesional o de auto-ayuda; y por el cálculo del Instituto Nacional Sobre Abuso de Alcohol y Alcoholismo (1999) según el cual existirían 10 millones de alcohólicos no tratados en Estados Unidos. Creo que es prudente suponer que las estadísticas sobre usuarios de otras drogas son comparables. Por ejemplo, investigadores de la Administración de Salud Mental y Abuso de Sustancias (Woodward et al., 1997) estimaron que el 48% de las necesidades de tratamientos de drogas, excluyendo el tratamiento por problemas de alcohol, no está siendo cubierta. Si la profesión dedicada al tratamiento de adicciones fuera una compañía Fortune 500², habría dejado de existir hace largo tiempo.

EL SUPUESTO DE “SOLO ABSTINENCIA” EN EL TRATAMIENTO TRADICIONAL DEL USO DE SUSTANCIAS

Aunque estos resultados responden a la compleja y desafiante naturaleza de los problemas de uso de sustancias, he llegado a convencerme de que el supuesto que subyace a la mayor parte de los tratamientos convencionales contribuye a su limitada efectividad. Los tratamientos convencionales de alcohol y drogas se basan en un supuesto de “solo abstinencia”. De acuerdo a este modelo, la abstinencia de todos los químicos que alteran el ánimo es la única meta aceptable para los usuarios compulsivos de sustancias; este objetivo debe ser aceptado por el cliente para poder acceder al tratamiento,

² La lista de Fortune 500 es una lista publicada de forma anual por la Revista Fortune, que reúne a las 500 mayores empresas estadounidense de capital abierto según su volumen de ventas (Nota del Traductor).

y debe lograrse rápidamente y mantenerse para permanecer en él. La abstinencia es el criterio para definir el éxito tanto del cliente como de quien proporciona el tratamiento, y es el prerrequisito para continuar recibiendo asistencia. Se dice en general que las personas que quieren resolver otros problemas, antes de enfrentar su uso de sustancias, están racionalizando su consumo y niegan su “enfermedad”.

Este modelo se basa en el supuesto de que, a menos que los usuarios problemáticos estén dispuestos a aceptar la abstinencia total de todas las drogas y el alcohol, no son aptos para el tratamiento; el modelo supone además que los usuarios activos tienen una conciencia y un juicio tan deficientes que no pueden participar significativamente en el tratamiento o en la psicoterapia. La creencia consensuada es que el usuario debe “tocar fondo”, es decir, sufrir aún más por las consecuencias negativas, que se supone debería traerle su uso, para que así crezca su motivación por alcanzar la abstinencia. Esta exigencia le crea al usuario una paradoja que tiene como resultado la negación de todo tratamiento. A los usuarios de sustancias, que buscan ayuda por problemas distintos al de su consumo, habitualmente se les niega la psicoterapia y son derivados a tratamiento para el uso de sustancias, mientras que a aquellos no dispuestos o incapaces de aceptar la abstinencia se les niega el tratamiento para el uso de sustancias. Los clientes que están recibiendo tratamiento y son incapaces de dejar de usar sustancias, normalmente son desvinculados del programa, quedando muchas veces sin otra opción de tratamiento, o bien se les entrega una recomendación inadecuada para ellos. Este enfoque no sólo impide que muchas personas obtengan la ayuda que buscan, sino que frecuentemente desmoraliza y daña a quienes se encuentran en su punto de mayor vulnerabilidad y que tienen la mayor disposición al cambio.

Los Supuestos están Basados en el Ambiguo Concepto de Enfermedad

Estos supuestos se basan en un ambiguo “concepto de enfermedad” que considera el uso compulsivo de sustancias como producto

de una hipotética “enfermedad adictiva” sobre la que no se tienen evidencias. Se cree que la enfermedad tiene vida propia y que es separable de la diversidad de los problemas que influyen en la vida del usuario. La enfermedad se considera una condición permanente y de por vida, siempre latente, incluso cuando el cliente no está usando drogas. La hipotética enfermedad adictiva inevitablemente causa pérdida de control sobre el uso de las drogas y en general se considera letal si no se consigue detenerla, es decir, si el usuario no acepta la abstinencia total. En efecto, este modelo aísla el comportamiento del uso de drogas del resto de la persona y asegura que debe resolverse antes de cualquier otro problema en su vida.

El Reduccionismo Biológico y Conductual niega el Significado Personal

Aunque muchas veces existen factores condicionantes biológicos y conductuales que se relacionan con el uso excesivo de drogas, este modelo reduce completamente el uso problemático a la biología y el condicionamiento. El enfoque predominante de “solo abstinencia” no se orienta al proceso ni a la profundidad, y niega la importancia de los significados personales que tiene el uso de drogas para las personas. Este modelo tiende a devaluar, deshumanizar y cosificar a los usuarios de drogas, y a menudo les obstaculiza la búsqueda de ayuda, en lugar de examinar las insuficiencias de sus propios supuestos.

A veces, la abstinencia es el enfoque ideal en términos de la reducción de riesgos para muchos usuarios problemáticos de sustancias; sin embargo, puede argumentarse que la mayoría de los usuarios no están dispuestos ni son capaces de aceptarla como meta, al inicio de un proceso de tratamiento, debido a una amplia gama de razones legítimas. En consecuencia, se encuentran con una expectativa que les impide participar efectivamente al comienzo. Este enfoque de tolerancia cero y de “alto umbral” (el cliente potencial debe dar un gran salto para llegar a la puerta) simplemente no parte desde el punto en el que se encuentran muchos clientes; por el contrario,

exige que el cliente se adapte a un modelo lleno de supuestos y expectativas obsoletas.

LA REDUCCIÓN DE DAÑOS Y LA DIVERSIDAD DE LOS USUARIOS DE SUSTANCIAS

Los usuarios problemáticos de sustancias constituyen un grupo de personas muy diverso que presenta importantes diferencias, incluyendo la gravedad de sus problemas de uso de sustancias, sus metas personales sobre ese uso (por ejemplo, moderación versus abstinencia), su motivación y disposición al cambio, su estado emocional, sus fortalezas y vulnerabilidades de personalidad y sus variables socioeconómicas y culturales. Es obvio que un modelo de “talla única” está condenado al fracaso con la mayor parte de los clientes. Esta diversidad sugiere la necesidad de buscar un modelo más flexible, inclusivo y global para aumentar la efectividad general de la ayuda prestada a un amplio espectro de personas.

La reducción de daños es un paradigma alternativo para abordar el tratamiento de esta población muy diversa, que presenta muchas ventajas con respecto al enfoque de solo abstinencia, que lo hacen más aceptable y relevante para un mayor número de clientes y le permiten aumentar la efectividad general del tratamiento.

Historia

La reducción de daños apareció por primera vez en los Países Bajos, en la década de 1970, como respuesta a las limitaciones del enfoque de tratamiento de solo abstinencia. Desde entonces, se ha convertido en la mejor práctica disponible, que contribuye a numerosas políticas nacionales sobre el tratamiento de drogas, incluyendo las de los Países Bajos, Alemania, Inglaterra, Australia y Canadá (Marlatt, 1998). En los Estados Unidos, la reducción de daños fue aceptada a fines de la década de 1980 y comienzos de la del 90, como un conjunto de estrategias pragmáticas de salud pública para reducir la propagación del VIH y otros riesgos asociados con el uso

activo de sustancias (Heather, Wodak, Nadelman y O'Hare, 1993). Estas estrategias incluían el uso de agujas limpias, la distribución de condones y el mantenimiento con metadona.

Un Paradigma Alternativo

Inherente a estas estrategias existe un paradigma filosófico alternativo para ayudar a los usuarios de drogas. La reducción de daños no se contrapone a la abstinencia, sino que la incluye como una meta posible para los usuarios de sustancias, y la considera el mejor resultado de reducción de daños para muchos de ellos. Pero *es* una crítica al modelo de solo abstinencia al que anteriormente me referí. Mientras el enfoque de solo abstinencia pone límites a quién se ayuda y cómo puede ser ayudado, la reducción de daños da vuelta al revés este modelo al abandonar el supuesto de que la abstinencia es la meta requerida para todos los clientes con problemas de uso de sustancias. Al hacerlo, abre la puerta a la posibilidad de incluir a todo el espectro de los usuarios de sustancias.

Alan Marlatt, en su revolucionario libro *Reducción de daños* (1998), se refirió a la reducción de daños como “pragmatismo compasivo”. Como enfoque pragmático, el uso activo de sustancias se acepta como un hecho, lo que permite que los usuarios se incorporen al tratamiento desde donde ellos se encuentran, y no donde el proveedor cree que deberían estar. En efecto, la reducción de daños se ajusta a la naturaleza del cliente, en lugar de pedirle que éste se adapte a las exigencias impuestas por el tratamiento. Reconoce que el uso de sustancias y sus consecuencias varían a lo largo de un continuum de nocividad para el usuario y la comunidad, y que el comportamiento cambia en general en forma gradual, paso a paso. La reducción de daños busca ayudar al cliente a moverse a lo largo del continuum, acercándose al punto de menor daño. Por lo tanto, cualquier reducción de daños se considera como un paso en la dirección correcta. Para muchos usuarios la abstinencia se considera ideal en términos de reducción de las consecuencias dañinas, pero

también aceptan las metas alternativas que disminuyen las consecuencias negativas del uso de sustancias (Marlatt y Tapert, 1993).

Como un enfoque que enfatiza la compasión, la reducción de daños cuestiona activamente la tendencia de nuestra sociedad a tratar a los usuarios en forma estigmatizante, irrespetuosa, coercitiva y punitiva. El concepto de enfermedad que aportan a los tratamientos de solo abstinencia, niega el complejo significado personal que el uso de drogas puede tener para quienes las usan, lo que contribuye al fracaso. Vemos también esta situación en el compromiso de Estados Unidos por criminalizar a los usuarios de drogas. En lugar de dedicar recursos a reformar los tratamientos, a entregar educación y a proporcionar otros servicios de apoyo para satisfacer así las variadas necesidades de este grupo de personas, Estados Unidos gasta una cantidad significativamente mayor en medidas punitivas de la justicia criminal. Esta situación habla claramente de la hipocresía del compromiso del país de considerar el uso problemático de drogas como una enfermedad o algo relacionado con problemas psicológicos o sociales graves. ¿En qué otras áreas de la atención de salud sacamos a las personas de su tratamiento porque continúan teniendo un problema y luego las enviamos a la cárcel por seguir mostrando el comportamiento en cuestión? La reducción de daños nos desafía a nosotros como profesionales y a todos como sociedad, a buscar medios más creativos y efectivos para ayudar a los usuarios de drogas.

La Reducción de Daños tiene Implicancias para el Tratamiento

Este cambio de enfoque simple, pero profundamente relevante, tiene implicancias positivas para el tratamiento en dos niveles. Como concepto general, la reducción de daños sugiere la necesidad de contar con un sistema de tratamiento integrado, con enlaces a través de todo el espectro de modalidades para adecuarse así a las necesidades de la amplia diversidad de usuarios. La reducción de daños también influye en la forma como se conduce el tratamiento

en las interacciones momento a momento entre clientes y terapeutas en cada etapa del proceso, desde la evaluación y el compromiso inicial a través del establecimiento de metas y el trabajo para alcanzar el cambio, ya sea la moderación, la abstinencia u otras metas de reducción de daños. El aspecto del *calce correcto* entre el cliente y el tratamiento se explorará con mayor profundidad en el Capítulo 4.

LA PSICOTERAPIA DE REDUCCIÓN DE DAÑOS

Un número creciente de investigadores y terapeutas han ampliado la aplicación del enfoque de reducción de daños, que ha pasado de ser una estrategia de salud pública a influenciar la psicoterapia y la consejería para usuarios activos de drogas (Carey y Carey, 1990; Denning, 2000; Marlatt y Tapert, 1993; Marlatt, 1998; Peele y Brodsky, 1992; Rothschild, 1995; Tatarsky, 1998). Considero a la Psicoterapia de Reducción de Daños como una categoría general de intervenciones psicológicas que pueden variar en cuanto a su perspectiva teórica y enfoque clínico, pero que comparten un compromiso con la reducción del daño asociado al uso activo de sustancias, sin presuponer que la abstinencia es la meta ideal para todos los usuarios de drogas.

En la sección siguiente, describiré las que en mi opinión son las características esenciales de la Psicoterapia de Reducción de Daños y su justificación clínica.

EL MODELO INTEGRATIVO

Resumiré el enfoque de la psicoterapia de reducción de daños, que he desarrollado en mi consulta con una amplia gama de clientes usuarios de sustancias, durante los últimos quince años. Mi enfoque es coherente con el modelo bio-psico-social de los problemas de uso de drogas, puesto que reconoce que los significados personales, el aprendizaje y el condicionamiento social y los factores sociales-interpersonales y biológicos pueden tener un papel en la génesis de estos problemas, y que el aporte específico de cada uno de ellos, en

cada cliente, debe tenerse en cuenta para desarrollar tratamientos adaptados individualmente con las máximas posibilidades de éxito. Este enfoque parte del supuesto que los problemas de uso de sustancias pueden ser el resultado de diversos factores psicológicos, sociales y biológicos, que se combinan de manera única en cada persona.

Integrando Estrategias para el Cambio

La Psicoterapia de Reducción de Daños es un enfoque integrativo, puesto que reconoce también que el uso de drogas puede estar motivado por factores conductuales, socioculturales y biológicos que hay que comprender para formular intervenciones efectivas. Entender adecuadamente la contribución de todos estos factores inevitablemente llevará a un enfoque de tratamiento que integre estrategias enfocadas en cada uno de los factores relevantes para cada cliente. Dada la diversidad de los individuos que usan drogas, las Psicoterapias de Reducción de Daños pueden tener apariencias muy distintas en cada cliente. Esto requiere que los psicoterapeutas de reducción de daños estén sintonizados con las cualidades de cada cliente y sean flexibles para combinar diversos tipos de intervenciones psicológicas, conductuales y bio-farmacológicas dependiendo de las necesidades del cliente.

Las personas usan sustancias porque éstas funcionan, al menos inicialmente, para abordar ciertas necesidades de base psicológica, social o biológica. Podemos definir el uso de sustancias como problemático o excesivo cuando compromete o interfiere con otras necesidades y valores importantes. Sin embargo, para que cualquier tratamiento de uso de sustancias tenga posibilidades de éxito, debe comenzar con un esfuerzo por descubrir las razones o motivos específicos que han hecho que la sustancia sea atractiva para el usuario, a pesar de estas consecuencias problemáticas.

A medida que se identifican estos factores, se pueden combinar estrategias y modalidades para abordarlos de manera específica.

LA CONTRIBUCIÓN PSICOANALÍTICA

En mi opinión, los múltiples significados personales que el uso de drogas conlleva, expresa y refleja, son únicos para cada usuario y son centrales para entender la motivación para usar y abusar de las drogas. Identificar estos significados es esencial para crear cambios positivos y duraderos en el uso de drogas. Mis ideas sobre este tema han sido ampliamente influenciadas por la contribución psicoanalítica/psicodinámica a la comprensión de los múltiples significados personales que puede tener el uso de drogas para las personas.

Los autores psicodinámicos contemporáneos, que se han referido a los problemas de uso de sustancias, generalmente enfatizan el valor “adaptativo” que ellas pueden cumplir como una de las posibles razones que hacen que su uso se vuelva atractivo (Khanzian, Halliday y McAuliffe, 1990; Wurmser, 1978). De acuerdo con esta perspectiva, las sustancias pueden llegar a cumplir importantes funciones psicológicas que ayudan al usuario a afrontar más eficazmente ciertas situaciones. El usuario puede confiar en las sustancias para automedicarse o defenderse de estados afectivos abrumadores; para regular una autoestima frágil; para apoyar su efectividad interpersonal; para confortarse o calmarse; o para tranquilizar a su duro crítico interior (“superyó”) a fin de permitirse experimentar sensaciones temporales de placer no disponibles estando sobrio, entre otras funciones posibles.

Me referiré a la importancia del aporte psicoanalítico a la Psicoterapia de Reducción de Daños en el Capítulo 2, y en los Capítulos 5, 6, 7 y 8 consideraré algunos de los significados específicos que puede tener el uso de drogas para las personas y cómo pueden abordarse mediante la psicoterapia.

Los Significados Personales y el Círculo Vicioso del Uso de Drogas Excesivo y “Adictivo”

A través del tiempo, el uso crónico de sustancias puede cumplir múltiples funciones para el individuo, a medida que se vuelve cada vez

más integrado a su funcionamiento psicológico y estilo de vida .El uso crónico también se asocia a menudo con cambios psicológicos, de condicionamiento, de estilo de vida y biológicos que agravan e intensifican los motivos originales para usar sustancias, aumentando así la presión para hacerlo. Considerar la interacción entre los significados iniciales que tienen las drogas para las personas y que las hacen atractivas, y también las consecuencias de su uso crónico, es una forma alternativa de comprender el uso excesivo de drogas diferente a la que propicia el modelo de enfermedad. Como expresión de una compleja interacción de factores personales y sociales, el uso de drogas puede enfocarse como una manifestación de un proceso interactivo que está más abierto al cambio que en el modelo venerado y estático de enfermedad, para el cual la abstinencia *ahora mismo* es el único punto de partida.

METAS DEL TRATAMIENTO

La meta de este trabajo es comprometer a los clientes en una relación que los apoyará para que puedan aclarar los aspectos problemáticos de su uso de sustancias y trabajen para abordarlos mediante metas y estrategias que sean coherentes con su identidad como individuos. El resultado ideal de este enfoque es apoyar al usuario para que reduzca la nocividad de su uso de sustancias hasta el punto de tener un mínimo impacto negativo en otras áreas de su vida. Que dicho resultado sea la moderación o la abstinencia dependerá de lo que le parezca como realista y práctico al cliente, según se perciba, durante el proceso de tratamiento. Finalmente, esto se logra identificando los distintos factores bio-psico-sociales que iniciaron el uso de sustancias y contribuyen a su continuidad en el tiempo, y descubriendo soluciones alternativas más efectivas y libres de drogas. Sin embargo, el principio de reducción de daños destaca el valor de comprometer a los clientes en el tratamiento empleando sus propias metas iniciales como punto de partida y permitiendo que la meta final del tratamiento emerja durante el proceso terapéutico.

FASE DE INVOLUCRAMIENTO/EVALUACIÓN

La piedra angular de todo tratamiento efectivo es la alianza terapéutica entre cliente y terapeuta para alcanzar metas comunes. Así, el foco de la terapia debe estar en la definición que hace el cliente de su problema y de sus metas de tratamiento. Partiendo por intentar comprender las razones del cliente para asistir a terapia, se puede formar una alianza basada en la exploración mutua de sus preocupaciones y de cómo lo afecta el uso de sustancias, si es que lo hace. Sin ideas preestablecidas sobre su uso de sustancias quedamos en libertad para acompañar al cliente en su exploración, dejando abierta la pregunta sobre cómo se ven afectadas otras áreas de su vida. Esto nos pone del lado del cliente, evita las luchas de poder con respecto a lo que el cliente “debería” hacer y transmite respeto y empatía con él, lo que lo lleva a sentirse seguro y apoyado en nuestra presencia.

La naturaleza del problema se explora mediante una consideración detallada de las razones del cliente para asistir a terapia, su patrón actual de uso de sustancias, su historia de uso y el impacto de la sustancia en otras áreas importantes de su vida. Se reconoce que la sustancia tiene algún valor positivo para el usuario, lo cual debe contraponerse a las consecuencias negativas de su uso. Identificar la función positiva de la sustancia permite explorar otras formas más efectivas y menos dañinas de satisfacer esas necesidades.

A los clientes se les enseña una estrategia de auto-observación para que desarrollen una imagen clara del papel de las sustancias en sus vidas en relación con desencadenantes situacionales, pensamientos y sentimientos y las consecuencias positivas o negativas de su uso. La estrategia consiste en poner mucha atención a las sensaciones físicas, pensamientos y percepciones de sentido en el momento presente, describiendo todo en un lenguaje detallado y sin hacer juicios de valor, en la forma más completa posible. Luego se les pide a los clientes usar la técnica cada vez que tomen conciencia de pensamientos o comportamientos relacionados con el uso de drogas o alcohol, para identificar así los pensamientos y sensaciones que aparecen

inmediatamente antes y después del comportamiento relacionado con las sustancias. La técnica puede complementarse haciendo que los clientes lleven un registro escrito de estas observaciones, el cual pueden revisar junto al terapeuta durante las sesiones.

ESTABLECIMIENTO DE METAS

A medida que se aclaran los aspectos problemáticos del uso de sustancias y otros asuntos que le causan preocupación al cliente, se hace posible establecer metas y acordar un plan de tratamiento para trabajar en alcanzarlas. Me guío por lo que es más urgente para el cliente, ya sea trabajar en pos de la moderación o la abstinencia, aclarar los obstáculos motivacionales para abordar directamente el uso de sustancias o bien enfocarse en otros problemas no relacionados con sustancias. En lugar de partir por mis presuposiciones sobre cuán realistas son estas metas, expongo mi experiencia con clientes similares, -en caso de que sea apropiado-, y sugiero un enfoque pragmático para determinar si las metas del cliente son alcanzables. Juntos podemos descubrir lo que es posible en la práctica si ambos trabajamos para cumplir las metas elegidas por el cliente. Las metas y estrategias pueden modificarse si se encuentran dificultades en el camino.

En el caso de muchos clientes cuyo uso de sustancias sigue cumpliendo alguna función positiva, debe abordarse antes la cuestión de si son capaces de moderar su uso antes de que ellos puedan considerar la abstinencia total. Es más probable que se logre responder esta pregunta mediante un intento directo apoyado por el aprendizaje de formas para alcanzar la moderación. Si los clientes son incapaces de lograr la moderación en este contexto, es más probable que, basándose en sus observaciones, reconozcan por qué no lo han conseguido, y es también más probable que consideren suspender totalmente su consumo.

TRABAJANDO PARA LOGRAR EL CAMBIO

A partir de este proceso, se desarrolla un “plan ideal de uso de

sustancias”, diseñado para maximizar el valor positivo del uso para el cliente y, a la vez, para minimizar su impacto negativo *hasta el punto al cual el cliente está actualmente dispuesto a llegar*. La ruta de administración, la cantidad y la frecuencia ideales del uso de sustancias se definen empíricamente, examinando la experiencia de uso del cliente. A medida que éste va implementando el plan, se puede ir evaluando sobre la marcha en qué medida logra las metas deseadas, y con la información obtenida es posible ajustarlo para que consiga los objetivos de forma más efectiva conforme avanza la terapia.

En la implementación exitosa del plan se “microanalizan” las dificultades encontradas para identificar los temas situacionales y psicológicos que impulsan el uso excesivo. Estas dificultades pueden relacionarse con desencadenantes ambientales o emocionales condicionados, presiones sociales, estados emocionales que se afrontan mediante el uso de sustancias o motivos sobre los cuales el cliente no parece tener conciencia, (por ejemplo, la expresión pasiva y autodestructiva de rabia mediante el uso de sustancias que dañan al usuario). La identificación de estos motivos lleva a explorar formas alternativas de afrontamiento. Éstas pueden incluir la gama completa de las habilidades de afrontamiento, tales como el entrenamiento para la relajación, el manejo de la ira, el entrenamiento para la asertividad, y la identificación y verbalización de los sentimientos de manera constructiva. El terapeuta enseña estas habilidades de afrontamiento e invita al cliente a llevarlas a la práctica en las sesiones de terapia y en su vida. Esta postura de dar permiso a los clientes puede cuestionar sus mensajes iniciales de que cuidarse a sí mismos es inaceptable y puede ayudarlos a empoderarlos para que usen sus capacidades innatas para cuidarse a sí mismos eficazmente. Cuando las personas toman conciencia de los diversos motivos para usar sustancias, su necesidad compulsiva de hacerlo puede debilitarse un poco, ya que posibilita tomar opciones alternativas. En este punto, se hace posible hablar sobre otras formas de manejar, expresar o resolver estos problemas emocionales o caracterológicos más amplios. Visualizar posibilidades alternativas es un prerrequisito para que muchas personas se sientan

motivadas a considerar abandonar sus formas familiares y habituales de afrontamiento. Durante el curso de la terapia, se amplía el foco del trabajo, pasando del uso de sustancias a un conjunto completo de problemas más generales relacionados con el conocerse mejor a sí mismo, aprender a escuchar y a aceptarse a sí mismo con mayor profundidad y descubrir formas de cuidarse más efectivas.

Dado que este enfoque no parte con metas preconcebidas, es aplicable a una amplia gama de personas con problemas de uso de sustancias. Con algunos clientes este trabajo es relativamente simple y directo, pudiendo consistir en un pequeño número de contactos de evaluación y recomendaciones que producen cambios positivos dramáticos y de largo plazo en el uso de sustancias. En muchos otros casos, sin embargo, el trabajo es muy complicado, incierto y difícil tanto para el cliente como para el terapeuta. A menudo esto es lo que se requiere para resolver problemas de sustancias insertos en contextos psicológicos y sociológicos más complejos. Esta realidad, evitada por los enfoques de “solo abstinencia”, es acogida por la Psicoterapia de Reducción de Daños.

Tom: Desde la Reducción de Daños hacia la Moderación

Por Andrew Tatarsky

Tom me llamó hace cuatro años preocupado, indicando que “bebo mucho y en momentos inadecuados” y que “quiero controlar mi consumo”. Me llamó porque se había enterado de mi reputación como especialista en el tratamiento para el uso de alcohol y que yo estaba dispuesto a trabajar con bebedores problemáticos que no quieren dejar de beber.

Cuando llegó a mi oficina para nuestra primera reunión, parecía asustado y estaba tembloroso. Cuando entró noté un ligero olor a alcohol. Me di cuenta de que yo mismo me sentía algo ansioso, y me preguntaba si esto interferiría nuestro trabajo. Por el contrario, al finalizar esa primera reunión nos sentimos optimistas sobre la posibilidad de hacer juntos un trabajo va-

lioso, sensación que ha aumentado y se ha fortalecido durante los últimos cuatro años de psicoterapia semanal.

Tom es un hombre algo grueso, que aparentaba entonces 43 años de edad, y llevaba un bigote prolijamente recortado y un aro en la oreja derecha. Con su forma de vestir pulcra y casual, proyectaba además la imagen de hombre a la moda, urbano y con un toque artístico, que trataba de verse más joven de lo que era. El recelo y la actitud cautelosa que mostró al comienzo se disiparon rápidamente en respuesta a mi actitud de interés y aceptación. Parecía estar terriblemente solo y hambriento por tener algo de contacto, y expresó una intensa gratitud por mi disposición a ayudarlo dentro de sus condiciones, es decir, mientras continuaba bebiendo. Esto también parecía reflejar una necesidad desesperada de validar su adecuación como persona. Estaba explorando si yo sería capaz de ofrecerle eso. Mientras Tom hablaba, también me formé rápidamente la impresión de que era un hombre brillante, honesto, emocionalmente vulnerable y talentoso. Me cayó bien de inmediato y me sentí optimista con respecto a embarcarnos juntos en un viaje psicoterapéutico.

Tom se describió a sí mismo como homosexual ítalo-estadounidense soltero de 43 años, que vivía solo en la ciudad de Nueva York. Dijo que estaba feliz de ser gay, aunque sentía que ciertos cambios en el mundo gay se habían vuelto cada vez más problemáticos. Aunque fue vago con respecto a este punto, esos cambios problemáticos se aclararían durante nuestro trabajo conjunto; estaban poderosamente relacionados con su problema con el alcohol y con una serie de otras dificultades de su estilo de vida.

Durante las siguientes reuniones, demostró estar profundamente sintonizado con los más pequeños detalles de mis reacciones hacia él, revelando así una marcada atención a los detalles y una particular sensibilidad a las respuestas emocionales de los demás. Expresaba una fuerte necesidad de apoyo y reafirmación emocional al preguntarme frecuentemente si lo estaba “haciendo bien” y al mostrarme cosas que había hecho para abordar sus

problemas, pidiendo mi aprobación. En realidad no quería mi opinión, más bien deseaba que yo aprobara las decisiones que ya había tomado. Estos aspectos de Tom revelaban un sentido del yo muy frágil y una intensa dependencia de la aprobación de los demás para mantener una auto-imagen positiva. Me sentía como si me invitaran a hacer de madre, teniendo que aplaudir y sentirme orgulloso de los pequeños pasos que lo acercaban a aprender a cuidarse mejor en el mundo. Me parecía que quería mi aprobación no sólo para seguir sintiéndose bien consigo mismo, sino también para que lo ayudara, como una especie de madre/padre, a construir un yo más firme y efectivo. Yo me preguntaba si esta vulnerabilidad en su sentido del yo no estaría directamente relacionada con su uso de alcohol, una sospecha que luego se confirmaría de diversas formas importantes.

Tom dijo que efectivamente consideraba su uso de alcohol como un problema, aunque el factor más importante que lo motivaba a buscar tratamiento era la presión en su trabajo. Tenía un puesto de bastante responsabilidad como curador en un museo de arte. Antes de su visita, sus supervisores le habían dado un ultimátum: debía ingresar a un tratamiento para resolver su uso de alcohol como condición para mantener su trabajo. Tom estaba en una crisis laboral. Estaba extremadamente afectado por la forma como sus compañeros de trabajo habían respondido a su uso excesivo de alcohol y sentía que lo estaban juzgando equivocadamente y no lo comprendían. Nuestra sesión era su segundo intento de buscar ayuda debido a su uso de alcohol. Su primera experiencia había sido una intervención coercitiva nueve meses antes de que nos conociéramos. Sus colegas habían montado una intervención semi-teatral para que ingresara a un programa de tratamiento intensivo, bajo el supuesto de que no tenía otras alternativas. Mientras hablaba, pude notar que estaba controlando fuertes sentimientos de rabia y tristeza. Sin advertírselo, sus colegas lo habían confrontado públicamente al comienzo de la jornada de trabajo, diciéndole que habían hecho los trámites para que esa mañana misma fuera evaluado en un

conocido programa de tratamiento para el uso de alcohol. Un auto lo esperaba afuera para llevarlo. En ese momento, Tom se dio cuenta de que su única alternativa era ir, a menos que quisiera arriesgarse a perder su trabajo de veintitrés años.

Expresó que se había sentido “choqueado”. Nunca nadie le había hablado sobre su uso de alcohol ni sobre su desempeño laboral antes de ese episodio, y que se había sentido humillado y traicionado. Se preguntaba en voz alta por qué nadie le había dicho si algo les preocupaba. Dijo que habría ido voluntariamente a hacerse una evaluación si se lo hubieran consultado y lo hubieran incluido en el proceso. Impactado por el shock ante los demás, sintió que no tenía más opción que someterse a su irreflexiva sugerencia y fue a la evaluación.

En la evaluación, a Tom se le dijo que era alcohólico. El entrevistador dijo creer que Tom minimizaba la naturaleza de su problema y que él creía que era necesario que Tom abandonara la bebida por completo. Le recomendó ingresar al programa ambulatorio intensivo de cuatro noches semanales. Pensando que no tenía alternativa, Tom ingresó al programa bajo presión.

Durante el tratamiento que duraba seis meses, Tom no bebió nada. Quería plantear sus preguntas sobre si podría beber con seguridad en el futuro, pero no pudo explorar esas opciones porque eran tabú en el programa. Rápidamente supo, gracias a las respuestas automáticas y aparentemente presuntuosas que los funcionarios daban a sus preguntas, que él minimizaba, negaba y era “incapaz de aceptar su enfermedad”. Su experiencia con el tratamiento lo dejó traumatizado y receloso de entrar nuevamente a terapia. Más adelante en nuestro trabajo conjunto, Tom describió que esta primera experiencia de tratamiento había contribuido a hacer que se sintiera peor sobre sí mismo que antes de tratarse.

Poco después de completar ese programa de tratamiento, Tom comenzó a beber nuevamente, pero de forma mucho más intensa que antes. Su uso de alcohol pronto fue percibido por sus superiores luego de haber hecho algunas llamadas telefónicas

a compañeros de trabajo estando ebrio. Llegaba a trabajar visiblemente borracho. Los supervisores otra vez le exigieron que buscara un tratamiento si no quería arriesgar su puesto.

Tom ahora se sentía nervioso en el trabajo, temiendo que expresar sus sentimientos pondría en peligro aún mayor sus relaciones con sus compañeros. Estos sentimientos lo perturbaban: interferían en su concentración en el trabajo y en su proyecto de escribir un libro. Como resultado de esa ruptura en sus relaciones en su lugar de trabajo, se sentía más solo que nunca. Consideraba que su más reciente periodo de uso de alcohol era una forma de manejar sus sentimientos de rabia y soledad; que el intento por ayudarlo de sus compañeros de trabajo “no había servido para nada” y le había generado sentimientos que agravaban los problemas de largo plazo que contribuían a su uso de alcohol.

Al comienzo yo no tenía claridad sobre la naturaleza del problema de Tom con el alcohol y tampoco estaba seguro de que pudiera lograr su meta de beber moderadamente. Mi impresión inicial fue que su uso excesivo de alcohol era una reacción significativa a una serie de emociones dolorosas, a su presente emocionalmente cargado y a situaciones actuales más crónicas de su vida.

Se sentía bastante deprimido la mayor parte del tiempo. Como telón de fondo de la reciente traición sufrida en su trabajo, su depresión había crecido durante quince años con la pérdida gradual de diversas fuentes de apoyo primario para su frágil sentido del yo. Había manejado su vulnerable autoestima dependiendo de otras personas como fuentes externas de retroalimentación positiva. Conservaba sus relaciones empleando un estilo claramente amistoso y no-confrontacional para relacionarse con los demás. Hacía mucho tiempo que había perdido toda libertad de expresar rabia o deseo sexual de manera directa y asertiva.

Se utilizó el enfoque de reducción de daños para establecer un contexto terapéutico que permitiera evaluar los problemas de Tom y generar una alianza terapéutica con él, mientras seguía bebiendo. El aspecto integrativo de este enfoque me permitió

explorar los distintos significados y funciones del alcohol para Tom y, a la vez, me dio la posibilidad de apoyar activamente su uso de estrategias específicas de afrontamiento para cubrir sus necesidades en formas más directas, efectivas y libres de alcohol.

CURSO DEL TRATAMIENTO

Fase de Adherencia / Evaluación

Acepté trabajar con Tom para explorar si podría o no moderar con éxito su uso de alcohol. Planeamos tener sesiones semanales de 45 minutos. Le dije que no creía que fuera posible determinar si podría lograr ese cambio en su uso de alcohol, y le sugerí que adoptáramos una actitud experimental con respecto a este punto. Dijo que le gustaba ese marco como punto de partida para nuestro trabajo conjunto. Estaba consciente de que tal vez no le fuera posible aprender a controlar su uso de alcohol, pero expresó también que era necesario intentarlo en serio antes de aceptar que tendría que dejar de beber completamente.

Nuestra alianza inicial se formó rápidamente sobre la base de la meta común de la exploración del área de manejo de la moderación. Mi postura inicial le transmitió comprensión y respeto por lo que era importante para él y contribuyó a generar una atmósfera de seguridad en la terapia. Rápidamente desarrolló un sentimiento muy positivo para trabajar conmigo y dijo que se sentía optimista sobre su capacidad de conseguir lo que necesitaba. Mi interés en apoyar a Tom para que descubriera si podría lograr su meta de uso de alcohol tenía también algún valor en cuanto a algunos aspectos particulares de sus problemas de carácter, vulnerabilidades que a menudo se presentan en clientes con problemas de sustancias. El hecho de que Tom hubiera cumplido con el tratamiento anterior, a pesar de que consideraba que no respondía a sus necesidades, era característico de sus tendencias relacionales en general. Su autoestima dependía tanto de la aprobación de los demás

que en general cumplía sus deseos incluso si contradecían totalmente lo que él deseaba. Esto se observaba tanto en su aceptación pasiva de lo que consideraba maltrato en su trabajo como en un patrón de relaciones personales en las cuales otras personas lo agredían física o verbalmente y en alguna forma se aprovechaban de él. En lugar de cambiar este patrón de relaciones, se fue aislando cada vez más en su vida. Como muchos bebedores problemáticos, su uso de alcohol expresaba la rabia de forma pasiva en lugar de hacerlo mediante palabras o acciones asertivas apropiadas. Su reticencia a reclamar lo que necesitaba y a hacer oír su voz erosionaba su autoestima. Las voces críticas internas contribuyeron a su depresión durante un período de diez años, ayudadas por el alcohol que le adormecía el dolor. Mi voluntad para ayudarlo a investigar qué cosas le era necesario clarificar fue un paso positivo hacia la auto-expresión. A medida que lo ayudaba a identificar qué era lo importante para él, Tom comenzó a encontrar los recursos para comprometerse con un programa apropiado a su verdadera naturaleza emergente.

La primera fase del tratamiento se enfocó en clarificar la naturaleza de su uso de alcohol. Se diseñó esta evaluación para identificar los aspectos problemáticos de su uso de alcohol, descubrir cómo éste se relacionaba significativamente con los problemas emocionales y externos que enfrentaba en su vida y establecer un nivel basal de uso de alcohol que le permitiera desarrollar claras metas conductuales de uso. Con este objetivo, sugerí diversas estrategias de terapia conductual. Le enseñé algunas técnicas de auto-observación para poder identificar las relaciones entre los eventos, pensamientos, sentimientos externos y los pensamientos o sentimientos relacionados con el alcohol. A mis clientes les describo esto como “auto-monitoreo”, “entrenamiento de la conciencia” o “conciencia plena”, y lo considero relacionado con el concepto psicoanalítico del “yo observante”. Le sugerí a Tom que, entre sesiones, intentara practicar observando los pensamientos, sentimientos y circunstancias que aparecían

cuando notaba el deseo de beber, y que llevara un registro mental o escrito que pudiéramos revisar juntos en las sesiones. Le sugerí que el propósito inicial era tener una imagen clara de sus patrones actuales de uso de alcohol y que no cambiara antes de llegar a identificar metas claras para sí mismo.

Este examen incluyó notas tanto escritas como mentales durante las primeras semanas. Reveló que el patrón actual de uso de alcohol de Tom variaba entre dos y seis tragos diarios y ocasionalmente llegaba hasta doce. Bebía principalmente en bares donde se reunía con sus amigos y con parejas sexuales. Dijo que, por lo general, había bebido de esta manera durante los últimos diez años. La cantidad había aumentado lentamente durante este período. Agregó que no experimentaba pérdida de conciencia, síndrome de abstinencia ni problemas médicos debido a su consumo.

Identificó algunas consecuencias negativas de beber, incluyendo pérdidas de juicio que lo llevaban a conductas inapropiadas y riesgosas, como tener relaciones sexuales inseguras mientras bebía. Otro ejemplo de pérdida de sensatez era llegar ocasionalmente al trabajo aún con el hálito alcohólico de la noche anterior, siendo capaz de trabajar solo a media capacidad durante la mañana por estar todavía semi-intoxicado. Estando ebrio, algunas veces había llamado a compañeros de trabajo y les había expresado su insatisfacción con su trabajo y sus actitudes. Estas llamadas en estado de ebriedad comprensiblemente hacían sentir incómodos a quienes las recibían. La evaluación que él hacía de los demás se veía afectada por el alcohol; varias veces llevó a extraños a su casa luego de conocerlos en bares, y éstos terminaban la velada robándole y golpeándolo.

Tom creía que bebía en exceso, de manera inapropiada y auto-destructiva, pero no quería verse a sí mismo como un alcohólico que nunca podría aprender a controlar su uso de alcohol. Dijo que nunca había intentado controlar realmente su uso y pensaba que había una serie de problemas emocionales que lo hacían beber en exceso. Dijo que quería tratar de aprender a controlarse mejor.

Revisamos en profundidad la historia del uso de alcohol de Tom para comprender juntos cómo el hecho de beber se insertaba en el contexto más general de su vida. Quedó claro que el aumento en su uso de alcohol había sido una respuesta a dos asuntos principales que reflejaban problemas de carácter y emocionales más antiguos y profundos. Cuando los identificamos, se convirtieron en el foco de nuestro trabajo actual y en curso.

Había sentido una pérdida gradual del apoyo social que alguna vez le había proporcionado una sensación de pertenencia, autoestima y posibilidades de mantener relaciones íntimas y sexuales. A los veinte y los treinta, había sido un artista popular y respetado en escenarios del centro de la ciudad. Participó activamente en la comunidad gay durante las décadas de 1960 y 1970, cuando había muchas oportunidades de contacto social y sexual. Estas comunidades le daban un sentido de pertenencia, lo hacían sentirse orgulloso de sus logros artísticos y sociales y le proporcionaban oportunidades de mantener relaciones íntimas, dos de las cuales fueron con amantes importantes que lo acompañaron por períodos largos, además de encuentros sexuales breves pero estimulantes.

A medida que Tom fue envejeciendo y aumentando de peso, y cuando se produjo la crisis del SIDA en la década de 1980, se alejó gradualmente de esos mundos; ya no era tan deseable y las oportunidades de intimidad desaparecieron en esos tiempos cambiantes. Comenzó a satisfacer su necesidad de contacto social con el pseudo-contacto disponible en los bares, pero dejó de tener sexo casual debido a su miedo al SIDA. Bebía más como forma de borrar sentimientos de frustración sexual y soledad. Luego, en la década de 1980, despegó la carrera de Tom en el museo, ganando así otro sistema de apoyo para reemplazar al que había perdido. Fue ascendiendo progresivamente hasta alcanzar puestos de responsabilidad y alcanzó un estatus de mucho respeto entre sus compañeros de trabajo y los artistas con los que se relacionaba.

Durante ese período, la vida social de Tom disminuyó, pero obtenía mucha satisfacción en sus relaciones de trabajo. En los

años previos a su ingreso al tratamiento, hubo cambios importantes en apoyo a sus intereses por parte de la administración y en el ambiente social de su lugar de trabajo. Despidieron a varios miembros del personal de apoyo, dejaron que el edificio se fuera deteriorando, se redujeron los aumentos y las contribuciones de Tom parecían ser menos valoradas. El personal existente se volvió más competitivo como resultado de la situación, y se fracturó el antiguo sentimiento de comunidad. Estos cambios hicieron que Tom se sintiera impotente y “no querido”. Comenzó a beber en forma más frecuente e intensa. Fue en este contexto cuando se montó aquella intervención, que fue devastadora por un tiempo. Logró una claridad y un alivio nuevos al comprender la conexión entre el cambio en su entorno social y su creciente depresión y problemas de autoestima.

Establecimiento de metas

Estando con Tom, me pregunté en voz alta si las ocasiones cuando hizo aquellas llamadas inapropiadas a sus colegas estando ebrio, habían coincidido con la intervención o habían aumentado desde el comienzo de ésta. Se estaba dando cuenta de que por largo tiempo se había sentido inseguro al expresar rabia en general y especialmente en su trabajo, luego que su puesto quedara amenazado. En ese momento le sugerí que tal vez usaba el alcohol para expresar sentimientos que no podía expresar estando sobrio y para desafiar los esfuerzos de los demás por controlarlo al hacer ostentación de su uso de alcohol frente a ellos. Sintió que se confirmaban y se reconocían sus sentimientos a medida que seguíamos por este camino. Con la clarificación de sus sentimientos, se volvió más consciente de los mensajes que subyacían a su uso de alcohol.

Esto me hizo preguntarme otra cosa: ¿por qué Tom expresaba rabia y resistencia en formas que ponían en riesgo el trabajo que había sido tan importante para él en términos de vida social y estatus? Era suficientemente auto-reflexivo y curioso como para

explorar activamente esta pregunta. Nuestra siguiente búsqueda nos condujo a una serie de asociaciones que lo hicieron volver a una secuencia de conflictos interpersonales con sus padres y otros seres queridos, proceso que reveló que siempre se sentía más inclinado a culparse a sí mismo que a criticar a los demás. Su miedo a perder su afecto y aceptación junto con su culpa por herir a los que amaba, parecían explicar el conflicto que lo llevaba a inhibir la expresión de la rabia y otros sentimientos asertivos. Este aspecto autodestructivo de su uso de alcohol era un auto-castigo por la culpa que sentía por la rabia que les tenía a sus colegas, las personas más importantes de su vida en ese momento. Beber calmaba y bloqueaba el dolor asociado a sus pérdidas recientes. Era también una manera de expresar su rabia contra los mundos que lo habían abandonado y hacia sí mismo por haber dejado que las cosas ocurrieran de ese modo.

Esta interpretación tuvo un enorme impacto en Tom y produjo una ampliación del foco de la terapia, pasando de centrarse solamente en su conducta de uso y en la crisis inmediata en el trabajo, a considerar sus conflictos sobre la expresión de rabia y otros intereses personales, incluso sus necesidades sexuales y románticas, además de las vulnerabilidades de carácter y los problemas relacionales/interpersonales donde esos conflictos tenían sus raíces.

Le sugerí que describiera su patrón ideal de uso de alcohol. Ese patrón le permitiría disfrutar lo que él definía como “los beneficios de beber”, sin las consecuencias negativas. Para generarlo debía hacer un análisis costo/beneficio de su uso de alcohol, considerando, por un lado, lo que para él eran los beneficios de la autoafirmación comparándolos con las formas en que el alcohol entraba en conflicto con lo que era importante para él. Decidió que quería limitar su uso de alcohol a un nivel en el que se sintiera un tanto relajado, pero sin afectar su juicio ni perder el control. Cada semana dejaría de beber en las noches previas a tres de nuestras reuniones matinales. Trataría de no beber cuando estuviera molesto y por lo tanto más vulnerable a excederse.

Quería desarrollar otras habilidades para manejar estos sentimientos. Acordamos establecer límites para para las ocasiones en que bebiera, los que iríamos evaluando a través del tiempo para ver si se cumplían las metas que Tom se había propuesto. Sobre la base de su experiencia y de algunos textos que le sugerí, decidió fijarse un límite de dos tragos diarios. En eventos que duraran más de tres o cuatro horas, se permitiría cuatro tragos como máximo. También decidió beber vino en vez de vodka, porque así podría regular mejor su consumo.

Trabajando en pos de la moderación

Hacia el final del segundo mes de terapia, Tom había reducido dramáticamente su uso de alcohol, cumpliendo el plan de consumo ideal que se había propuesto. Al examinar las circunstancias externas asociadas históricamente con su consumo excesivo de alcohol y al identificar sus sensaciones internas y los desencadenantes externos asociados corrientemente con pensamientos sobre el alcohol y las ansias de beber, pudo desarrollar un plan activo para ayudarse a lograr sus metas de consumo. Este plan contemplaba cambios en su estilo de vida que apoyaban un consumo moderado y promovían formas alternativas para abordar los asuntos dolorosos.

Tom carecía de oportunidades para socializar sin beber y este vacío debía llenarse con otras formas de conocer gente. Al reflexionar sobre su problema, se dio cuenta de que la falta de contacto social era, en parte, evitación motivada por el miedo a que lo hirieran y lo decepcionaran, como en el pasado. Reconoció que el apoyo social sería valioso porque facilitaría los cambios que estaba llevando a cabo y le entregaría un contexto para enfrentar esos miedos. Le sugerí asistir a un grupo orientado a la reducción de daños dirigido por un colega. El grupo apoyaba los intentos de sus miembros por alcanzar la moderación, y les ayudaba a descubrir si esta era una opción viable para ellos. Tom se unió al grupo inmediatamente. Consiguió utilizarlo de manera

efectiva como fuente de información y aprendió estrategias de afrontamiento empleadas por otros miembros. El grupo le sirvió a Tom como un laboratorio interpersonal para trabajar los miedos que le impedían socializar en su vida.

Puesto que ahora estaba bebiendo menos, podía examinar sus sentimientos con mayor profundidad al monitorear el uso de alcohol y observar los relacionados que iban surgiendo espontáneamente. Aclaró y separó la relación entre el alcohol y el aislamiento acompañado de ira y depresión en su trabajo, por una parte, y con respecto a su carrera de arte. Se dio cuenta de que había experimentado una pérdida de apoyo, primero en el mundo del arte y en la comunidad gay, y luego en su trabajo, lo que se había traducido en un retiro de apoyo a su sentido del yo. Fue testigo de que el enfoque pasivo-agresivo expresado por su consumo excesivo, en momentos inapropiados, debilitaba aún más su baja autoestima.

Le hice ver que esta orientación hacia los demás se relacionaba con un sentido infantil de sí mismo, dependiente del apoyo de los demás y con miedo de seguir aumentando el riesgo de represalias si él se expresaba en forma poderosa y autónoma. La fuerza de nuestra alianza terapéutica, construida durante el trabajo conjunto, me permitió sentir que podía arriesgarme a confrontar a Tom en una forma así de directa, y él lo aceptó al percibir que yo había actuado con la intención de ayudarlo. Meditó mis comentarios y se interesó por explorar las temidas fantasías que lo habían mantenido atrapado en ese estado de impotencia. Era posible que el museo lo despidiera por causar problemas; decidió que si no podía lograr el apoyo que necesitaba en su trabajo, nunca encontraría uno mejor; y a la vez pensaba que si trataba de revigorar su carrera en el mundo del arte escribiendo, enseñando, realizando charlas, etc., nunca sería aceptado por sus pares. Logró darse cuenta de que todas esas preocupaciones eran poco realistas y probablemente se basaban en ecos de relaciones pasadas, principalmente las que tuvo con su padre y su madre.

Su padre había sido un hombre de trabajo, poco comprometido y distante, que murió poco después de los tempranos 20 años de Tom. Este sentía que nunca llegaron a conocerse de verdad. Agregó además que siempre había deseado que hubieran sido más cercanos, y se preguntaba si no podría haber hecho más para lograrlo. Ahora podía darse cuenta de que había evitado activamente el conflicto con su padre, con la esperanza de que eso los acercara. Por otra parte, sentía que su madre intervenía demasiado en su vida. Siempre estaba criticándolo y era muy reactiva frente a sus éxitos y fracasos. Con ella Tom siempre trataba de actuar en forma perfecta para evitar su desaprobación, aunque se resentía en secreto por esa presión y deseaba liberarse de ella. Estas amarras relacionales prefiguraron la frágil autoestima de Tom y sus posteriores patrones de relación con los demás. Comenzó a reconocer las distintas formas en que su uso de alcohol se asociaba con esos problemas.

El descubrimiento de esos hechos pareció revitalizarlo. Sintió que se validaban su ira y tristeza por sus pérdidas en el pasado y sus dificultades actuales en el trabajo, pero a la vez se sentía optimista en cuanto a expresarse en forma activa y asertiva. Hizo planes para hacer una presentación en un importante seminario internacional en el área en que era experto, se sintió re-energizado para trabajar en su libro y comenzó a abordar sus problemas en el trabajo. Finalmente, se acercó a sus supervisores y conversó con ellos sobre sus problemas con el alcohol desde su propia perspectiva y la forma como ahora la identificaba. Les explicó su meta de beber con moderación y el plan para mantener los cambios al enfrentar otros problemas de su vida. Durante los meses siguientes, logró que sus compañeros apoyaran activamente su plan y comenzó a aportar ideas para nuevos proyectos en tal forma que logró que ellos lo alentaran. Esto lo ayudó a reconstruir el sentido del trabajo en equipo. Así, Tom logró ver su contribución a los antiguos patrones de pérdida, y cómo su renovada participación podía cambiar la situación.

En el quinto mes de tratamiento, decidió tratar de pasar treinta días absteniéndose de alcohol. Esto fue una decisión personal no estimulada por recomendación mía. Quería probar que podía hacerlo, en parte para mostrarle simbólicamente al programa de tratamiento anterior que se había equivocado con él. También se interesó profundamente en lo que podría aprender sobre sí mismo sin alcohol, ahora que no lo hacía como respuesta a la presión de los demás o al miedo.

Los treinta días pasaron sin contratiempos, aunque continuamos un trabajo muy importante sobre el problema de qué hacer en su tiempo libre y qué podría beber como alternativa al alcohol. Descubrió varios bares libres de alcohol y se volvió más activo en el mundo de las inauguraciones de galerías y otros eventos relacionados con el arte. Después de este período, Tom reinstauró su plan de uso de alcohol.

Me contó un pequeño “desliz” que había ocurrido un mes antes, alrededor del séptimo mes de tratamiento. Había violado su límite de dos tragos al beber cuatro en un período de dos horas. Mientras describía la situación, no se mostraba molesto, porque no había ocurrido nada inapropiado o riesgoso. Había internalizado el valor de examinar su uso para comprender qué lo instigaba y estaba ansioso de conversarlo conmigo. Había ido a un bar a ver al barman que trabajaba allí. Se sentía muy atraído por el barman, aunque sabía que no ocurriría nada entre ellos; el hombre estaba en una relación de pareja estable. Cuando habló sobre su desliz, quedó claro que beber lo había ayudado a abrigar una fantasía sobre algo entre los dos y, al mismo tiempo, que era una respuesta a la tristeza evocada por su conciencia de que nada podía suceder. El desliz había sido una oportunidad muy útil para tocar asuntos importantes que no se habían abordado por completo durante la terapia. Este evento planteó en la terapia el tema de los intensos deseos de Tom de tener relaciones sexuales y románticas y los sentimientos en conflicto que lo habían mantenido frustrado y solitario.

Este tema se reveló también en las dos oportunidades en las

que Tom había llegado a las sesiones un tanto ebrio, una vez al comienzo de la terapia y luego en un momento cercano al del desliz descrito anteriormente. En ambos casos, cerca del comienzo de la sesión, Tom mencionó que había bebido dos vasos de vino antes de venir. En la primera de esas sesiones, dijo que quería que yo lo viera en ese estado. Estaba más espontáneo y vivaz que de costumbre. Dije lo que era obvio, que el alcohol parecía relajarlo, además agregué que me preguntaba si no habría algún aspecto particular de sí mismo que le fuera más fácil discutir después de beber un poco. Se rió con coquetería y dijo: “¡Absolutamente! Se trata de sexo. No creo que pudiera haber dicho esto de no haber estado bebiendo”. Nuestra conversación reveló que su uso de alcohol le había permitido tocar un tema que de otro modo se habría sentido demasiado inhibido de hablar conmigo. También me hizo preguntarme si él estaría consciente de algún conflicto o ansiedad sobre sus deseos sexuales. Negó experimentar algún conflicto y dejamos de lado el tema por un tiempo.

Sin embargo volvió a emerger durante nuestra conversación, en la segunda oportunidad en que llegó a la sesión después de haber bebido. Esta vez, varios meses más tarde, fue capaz de reconocer que tenía una serie de preocupaciones incómodas con respecto a hablar de sexo conmigo. ¿Me pondría incómodo y distante o lo criticaría? ¿Seríamos capaces de hablar de sexo y de mantener nuestra relación profesional, es decir, no pasar juntos al acto sexual? También comenzó a reconocer que sentía algo de vergüenza por su sexualidad, en relación a actitudes autocríticas que no había reconocido como propias proyectándolas sobre otras personas. Este proceso se había reflejado en su preocupación por que yo lo criticara. Esta exploración de sus sentimientos sobre cómo la conversación conmigo acerca de su sexualidad, llevó a que exploráramos cómo estos temas contribuían a su evitación de las relaciones personales de su vida que tenían posibilidad de volverse románticas.

Durante los meses siguientes, el uso de alcohol de Tom se estabilizó dentro del patrón ideal que había visualizado para sí

mismo. Sus relaciones en el trabajo continuaron mejorando y además su carrera parecía ir nuevamente en ascenso brindándole oportunidades para hacer asesorías y lograr la aceptación profesional que había añorado. Comenzó a buscar oportunidades sociales tanto en su mundo profesional como a través de organizaciones gay que realizaban actividades de su interés. En este período comenzó a ampliar su círculo de amistades y a tener citas.

A esta altura de la terapia, luego de diez meses de trabajo, el uso de alcohol de Tom ya no era un problema activo, aunque estaba consciente de que debía tener siempre en cuenta su vulnerabilidad a volver a caer en sus antiguos patrones de consumo. Discutimos un plan de prevención de recaídas que contemplaba la identificación de los desencadenantes emocionales y de estilo de vida asociados en el pasado con beber sin control. Conversamos sobre estrategias cognitivas y conductuales específicas para controlarlos sin emplear el alcohol. Por ejemplo, Tom había identificado la frustración sexual y la soledad como los dos precipitantes principales de su uso excesivo de alcohol. Sin embargo, el desencadenante más importante parecía presentarse cuando comenzaba a decirse que no tenía caso pensar que alguna vez podría tener una relación saludable y satisfactoria y que, en el mejor de los casos, debía contentarse con cualquier tipo de contacto que estuviera disponible, sin importar cuán degradante fuera para su sentido del yo.

En tal caso el uso excesivo de alcohol podía justificarse como una forma necesaria de aplacar los sentimientos de vergüenza y autodegradación que acompañaban a estas ideas. Anticiparse a esos sentimientos y pensamientos deprimentes, viéndolos como desencadenantes de un uso excesivo de alcohol, le permitió a Tom desarrollar una forma alternativa de pensar sobre su soledad y su frustración cuando éstas surgían. Descubrió medios para tolerar estos sentimientos mientras desarrollaba habilidades sociales y oportunidades de socialización necesarias para llegar a conocer un compañero adecuado. También afirmaba activamente frente a sí mismo los pasos que había dado y los avances que había

hecho en pos de satisfacer con éxito estas necesidades en su vida. El plan incluía metas específicas para seguir modificando su estilo de vida en formas que pudieran continuar apoyando un uso moderado de alcohol. Además, continuaba el trabajo terapéutico orientado a abordar los problemas de autoestima y de relaciones que lo hacían vulnerable a recaer en su antiguo uso problemático de alcohol.

Resultado

Dado que en ese momento el tema del alcohol ya había pasado a segundo plano, concluiré aquí la descripción detallada del tratamiento de Tom. El tratamiento sigue estando activo y aún es productivo en el momento en que escribo estas líneas. Durante este período, Tom en general ha seguido bebiendo moderadamente, con algunas pequeños deslices similares a los ya mencionados. Ocurrieron en el contexto de situaciones interpersonales de gran carga emocional y se utilizaron como oportunidades para que Tom siguiera aprendiendo, profundizando así su trabajo en la terapia. El foco central de la terapia ha sido fortalecer la capacidad de mantener su autoestima en forma más autónoma. Ahora piensa de manera diferente con respecto a estas inseguridades y es capaz de llevar a cabo en el mundo acciones constructivas que le dan retroalimentación directa sobre su valor como persona. Un foco asociado ha sido trabajar en la elaboración de los miedos y fantasías amenazantes que le impiden expresar con libertad sus necesidades emocionales en las relaciones. La terapia ha ayudado a Tom a sentirse más confiado y exitoso en cuanto a buscar relaciones satisfactorias en su vida. Durante este período, su depresión no ha vuelto a aparecer.

Tom ha mostrado la capacidad de enfrentar sin recurrir al alcohol, muchas situaciones que en el pasado habían sido desencadenantes para beber en exceso. Estas estrategias se han convertido en herramientas habituales en su repertorio de habilidades de afrontamiento. Todo esto, junto con la conciencia

de sus vulnerabilidades emocionales y el compromiso continuo con su crecimiento emocional, sugieren un muy buen pronóstico para el futuro.

Comentario

Por Andrew Tatarsky

El caso de Tom es representativo de la experiencia de muchos bebedores problemáticos en varios aspectos relevantes. Muchos de ellos obligados a seguir tratamientos orientados a la abstinencia, que son innecesarios, caros e inapropiados. La experiencia de Tom de haber sido “intervenido” innecesariamente en su trabajo y de haber sido obligado a seguir un tratamiento es, lamentablemente, muy común. Estas tendencias peligrosas reflejan las actitudes de la sociedad respecto a los bebedores problemáticos y otros usuarios de drogas. Actitudes como éstas dan pie a los enfoques de tratamiento típicos disponibles para estos clientes. Como ejemplifica el caso de Tom, esta situación conduce muchas veces a intervenciones drásticas que de hecho pueden agravar la falta de disposición de un cliente potencial para trabajar en su problema de uso de sustancias.

En segundo lugar, la experiencia de Tom refleja la tendencia a aglutinar todo uso excesivo de sustancias en la categoría de adicción, lo que va acompañado en general, por el supuesto de que la abstinencia es la única meta aceptable. La primera experiencia de tratamiento de Tom no permitió una discusión abierta sobre la moderación en su uso de alcohol como meta alternativa. Como consecuencia de este hecho, no tuvo la posibilidad de explorar en profundidad si eso le sería posible, ni pudo adquirir las habilidades necesarias para intentar seriamente este cambio en su forma de beber. En Estados Unidos, la abrumadora mayoría de los programas de tratamiento y entrenamiento para el uso de sustancias, en todas sus formas, exige que los participantes ingresen dispuestos a trabajar buscando la abstinencia completa como única meta aceptable. Estas limitaciones en cuanto a opciones de tratamiento para el uso de sustancias y a formas de

pensar sobre el problema hacen que muchas personas como Tom, que desean explorar la alternativa de la moderación, no reciban el apoyo necesario para considerar si esto les es posible. La falta de tratamientos adecuados puede llevar a las personas a intensificar su uso de sustancias, porque no se abordan sus verdaderos problemas. Se ven agravados sentimientos de resentimiento, frustración y ansiedad causados por los mensajes negativos que se les entregan. Esta experiencia, como en el caso de Tom, puede exacerbar los asuntos relacionados con el uso problemático de alcohol, contribuir a un aumento del uso y llevar al fracaso tanto al cliente como al terapeuta. Este problema explica gran parte de los fracasos descritos en el campo del tratamiento del uso de sustancias.

Al comenzar con un intento de acercarse al cliente acogiendo su visión del problema y las metas que desea alcanzar, el enfoque de reducción de daños tiene más posibilidades de crear una atmósfera terapéutica segura donde el cliente pueda comenzar a abordar significativamente su uso de alcohol *desde donde el cliente esté listo para empezar*.

En el caso de Tom, este enfoque produjo rápidamente una fuerte alianza, que lo apoyó para lograr su meta de beber con moderación al mismo tiempo que se abordaba su depresión, problemas de autoestima, conflictos sobre la expresión constructiva de la ira y otras necesidades relacionales, además de los déficits en su estilo de vida que debían resolverse para permitirle beber moderadamente de manera continua.

Tom representa a muchos bebedores problemáticos cuyo consumo es secundario respecto a problemas emocionales poderosos. Muchos, como Tom, tienen la motivación y la determinación psicológica necesarias para hacer buen uso de la psicoterapia al tiempo que moderan con éxito su uso de alcohol. Muchos otros reconocen, mediante su intento de moderar su consumo, que esta meta es imposible en la práctica y mejoran su disposición a aceptar la abstinencia como la meta más razonable para ellos. El contexto creado por este enfoque permite que surja esa conciencia a partir del examen de su experiencia directa que hace el propio cliente, más bien que como resultado del juicio de otra persona.

El enfoque descrito e ilustrado aquí es un ejemplo de Psicoterapia de Reducción de Daños para usuarios activos de sustancias, basado en la integración de teorías psicodinámicas y de aprendizaje social, en la comprensión de los problemas de uso de sustancias y en la combinación de estrategias de auto-manejo cognitivo y conductual en conjunto con intervenciones psicodinámicas en el proceso de tratamiento. El caso de Tom demostró su efectividad para ayudar a que un cliente cuyo uso excesivo de alcohol era secundario a su depresión, lograra beber moderadamente, al tiempo que abordaba una serie de otras dificultades emocionales y de estilo de vida relacionadas con su problema con la bebida. Este enfoque también es efectivo con clientes cuya meta final es la abstinencia, puesto que tanto las metas iniciales como el resultado de la terapia surgen de un proceso terapéutico que clarifica qué es lo ideal para cada individuo, sin que el terapeuta haga desde el comienzo una prescripción.

Referencias

- Carey, K.B. and Carey, M.P. (1990). Enhancing the treatment attendance of mentally ill chemical abusers. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 21, 205-209.
- Heather, N., Wodak, A., Nadelman, E. and O'Hare, P. (Eds.) (1993). *Psychoactive Drugs and Harm Reduction: From Faith to Science*. London: Whurr Publishers.
- Khantzian, E.J., Halliday, K.S. and McAuliffe, W.E. (1990). *Addiction and the Vulnerable Self*. New York: Guilford Press.
- Marlatt, G.A. and Cordon, J. (1985). *Relapse Prevention*, New York: Guilford Press.
- Marlatt, G.A. and Tapert, S.F. (1993). Harm reduction: Reducing the risks of addictive behaviors. In J.S. Baer, G.A. Marlatt and R.J. McMahon (Eds.). *Addictive Behaviors Across the Life Span; Prevention, Treatment and Policy Issues* (pp. 243-273). Newbury Park, CA: Sage.
- Peele, S. and Brodsky, A. (1992). *The Truth about Addiction and Recovery*. New York: Fireside.
- Rothschild, D. (1995). *Working with*

addicts in private practice: Overcoming initial resistance. En A. Washton (Ed.) *Psychotherapy and Substance Abuse: A Practitioner's Handbook* (pp. 192-203). New York: Guilford Press.

Rotgers, F. (1998). Using harm reduction in treating problem drinkers. En L. Van DeCreek (Ed.) *Innovations in Clinical Practice*, 16. Odessa, FL: Professional Resource Exchange.

Woodward, A., Epstein, J., Goerer, J. & Melnick, D., Thoreson, R. and Wilson, D. (1997). The Drug Abuse Treatment Gap: Recent Estimates. *Health Care Financing Review*, 18(3).

Wurmser, L. (1978). *The Hidden Dimension: Psychodynamics in Compulsive Drug Use*. New York: Jason Aronson Inc.

LA CONTRIBUCIÓN PSICOANALÍTICA

Sra G. La Lucha de una Mujer por su Dignidad

Por Mark Sehl

Durante los veinte años que he trabajado con personas con problemas de drogas, ha crecido mi convicción de que el pensamiento psicoanalítico sobre estos temas ofrece el marco más poderoso para ayudar a que las personas enfrenten sus problemas. Una perspectiva psicoanalítica promueve una comprensión integral de la persona como sujeto capaz de manejar las dificultades personales y el proceso de tratamiento: las necesidades, los sentimientos, la autoimagen, las expectativas de los demás, los ideales, las fortalezas, las vulnerabilidades, las habilidades interpersonales, los juicios, las habilidades de afrontamiento y los factores ambientales. Sobre esta base, los tratamientos psicoanalíticos son completamente individualizados. Por lo tanto, los tratamientos de base psicoanalítica pueden variar ampliamente en su apariencia, desde el clásico psicoanálisis de 4 a 5 veces por semana a una vez por semana, la terapia de orientación conductual y todo lo que hay entremedio dependiendo de las necesidades del cliente. Esta individualización del proceso de tratamiento, el énfasis puesto en hacer coincidir el tratamiento con las necesidades del cliente, y la prioridad asignada a la relación terapéutica como ancla del proceso y área de exploración de los temas relevantes, se encuentran todos en concordancia con el marco conceptual de la reducción de daños.

Todos los tratamientos descritos en las historias de este libro contienen elementos psicoanalíticos. La variedad de estas historias revela las múltiples formas que puede tomar la psicoterapia psicoanalítica. Sin embargo, todas ellas comparten un compromiso con

la idea psicoanalítica central de que el uso problemático de drogas refleja significados personales de los que el usuario no está totalmente consciente y que el proceso de acercar esos significados a la conciencia abre posibilidades de cambio positivo.

BREVE PANORAMA DEL PSICOANÁLISIS

Desde que Freud fundara el psicoanálisis a fines del siglo XIX, han evolucionado diversas escuelas de pensamiento psicoanalítico, cada una de las cuales enfatiza diferentes elementos en sus teorías del funcionamiento humano o la terapia. El hilo conductor que cruza la variedad de enfoques psicoanalíticos actuales es la idea de que el comportamiento humano es moldeado e impulsado por una serie de diferentes elementos en cada individuo, por tanto con un significado personal y que la toma de conciencia de estos elementos significativos aumenta nuestras posibilidades de elección y de libertad en nuestras vidas.

Esta perspectiva comienza a fines de la década de 1890 con la que me parece la más importante de las contribuciones de Sigmund Freud (1895) a la comprensión del sufrimiento humano: el descubrimiento de lo que él llamó “inconsciente dinámico”. En palabras simples, propuso que existen fuerzas --dinámicas-- que están parcialmente fuera de nuestra conciencia y motivan nuestro comportamiento. Por “fuerzas”, Freud se refería a las necesidades, deseos, juicios y creencias. En resumen, descubrió una dimensión oculta de significados personales en el comportamiento humano. Más aún, sugirió que estas fuerzas son mantenidas fuera de nuestra conciencia por otra parte de la mente, una fuerza llamada “defensas del ego”, debido a que son amenazantes para nosotros y causan ansiedad, culpa o vergüenza. Esta amenaza causante de ansiedad nos lleva a diversas formas defensivas de mantener esos aspectos fuera de nuestra conciencia. Las defensas operan también fuera de la conciencia. Mientras estas dinámicas se mantienen fuera de nuestra conciencia, nos encontramos relativamente impotentes ante ellas. Su capacidad de empujarnos a comportamientos

compulsivos o impulsivos da lugar a intensas presiones internas y crea dolorosos sentimientos de ansiedad, culpa, vergüenza y desesperanza que no tienen razón aparente. Siguiendo esta idea, los tratamientos psicoanalíticos apuntan entonces generalmente a la meta de ayudar a las personas a hacerse más conscientes de estas motivaciones internas y de sus defensas frente a ellas, para comprender mejor cómo funcionan sus mentes a fin de encontrar nuevas posibilidades para resolver o expresar lo que ha estado fuera de la conciencia.

Aunque esta idea permanece en el núcleo de todas las escuelas de psicoterapia psicoanalítica o psicodinámica, han proliferado muchas escuelas de psicoanálisis que difieren de casi todo el resto de la teoría psicoanalítica: cuáles son las dinámicas importantes y de qué manera se originan, cómo se construye la psique humana, cómo entender el sufrimiento humano, cómo llevar a cabo el tratamiento e incluso a qué llamar psicoanálisis (Mitchell and Black, 1995). El psicoanálisis ha evolucionado como campo de estudio y tratamiento desde que fuera fundado por Sigmund Freud hace más de 100 años. Muchas de las ideas originales de Freud continúan teniendo influencia tanto en el campo del psicoanálisis como en el mundo en general y en el área del tratamiento del uso de sustancias, muchas veces sin el conocimiento de los profesionales. Sin embargo, el psicoanálisis también ha proliferado en muchas escuelas diferentes con diferentes teorías sobre el desarrollo normal, los problemas emocionales y de personalidad y sobre el tratamiento. Muchos de los avances en este campo han llevado al desarrollo de ideas con un valor específico muy potente para entender y abordar las necesidades de las personas con problemas de drogas. De hecho, un vistazo a los artículos psicoanalíticos sobre la adicción a las drogas compilados por Levin y Weiss (1994) revela que cada nuevo avance en la teoría psicoanalítica también se reflejaba en su aplicación a la comprensión y tratamiento de personas con problemas de drogas.

En cuanto a las formas de tratamiento, en el pensamiento clásico existe una distinción entre el psicoanálisis completo que describí más

arriba y la psicoterapia de orientación psicoanalítica o psicodinámica (términos generalmente intercambiables). El primero tenía el objetivo de alcanzar una comprensión de la psique lo más completa posible, con una exhaustiva resolución de los traumas tempranos, que se creía estaban en el núcleo de los problemas emocionales actuales. Tradicionalmente, en este enfoque se consideraba que el tratamiento ideal era aquel en que el paciente se recostaba en el diván cuatro o cinco veces por semana para decir todo lo que se le viniera a la mente. Se suponía que el paciente se encontraría con conflictos que lo llevarían a detenerse e interrumpir el flujo de asociaciones, porque el conflicto simbólico le causaba ansiedad. Se pensaba que esos conflictos estaban relacionados con los problemas por los cuales la persona buscaba ayuda. La tarea del analista era escuchar esos momentos e intentar ayudar al paciente a reconocer y entender el conflicto causante de la ansiedad. La segunda, la psicoterapia psicoanalítica, involucraba aplicar el pensamiento psicoanalítico a la terapia estableciendo metas más limitadas y enfocándose solamente en problemas específicos. Este enfoque podía llevarse a cabo en un formato de una o dos veces a la semana.

Sin embargo, en el actual contexto de proliferación de las escuelas de pensamiento, muchos de los principales expertos han comenzado a cuestionar las distinciones tradicionales entre el análisis y la psicoterapia, así como las ideas sobre la frecuencia necesaria de las sesiones y la mayoría de los puntos claves de las distinciones tradicionales entre lo que es psicoanálisis y lo que no lo es. Para una discusión más detallada de estos aspectos, véase *Freud and Beyond* de Stephen Mitchell y Margaret Black.

PSICOANÁLISIS Y PSICOTERAPIA DE LOS PROBLEMAS DE DROGAS

El psicoanálisis ha tenido mala reputación en cuanto al tratamiento de personas con problemas de drogas y alcohol. Mucha gente que ha escuchado algo sobre el rol del psicoanálisis en la historia del tratamiento de estos problemas, ha oído que los enfoques psicoana-

líticos fracasaron en las décadas de 1940 y 1950 y que ya no se los considera tratamientos viables para esos problemas. La idea es que los psicoanalistas hacen que las personas dependientes del alcohol y de las drogas se recuesten en el diván cuatro veces por semana sin hacer nada más que escuchar sus ideas inconexas (asociaciones libres), y murmurar ocasionalmente un “ahá” analítico como respuesta. El mito continúa señalando que aunque la intención del psicoanálisis a menudo era sincera, es decir llegar a las razones subyacentes del uso de drogas como una forma de curarlo, el resultado era habitualmente que el uso de droga continuaba o se intensificaba.

Estos “hechos históricos” con frecuencia se usan para justificar la idea errónea de que los Alcohólicos Anónimos, u otros tratamientos conductuales coercitivos, son los únicos enfoques realmente útiles para los usuarios de drogas, además de la afirmación correspondiente que los usuarios de drogas no pueden beneficiarse de una terapia orientada al insight (es decir, dirigida a encontrar los aspectos significativos del consumo de drogas) mientras no hubieran suspendido su consumo. Estas ideas son parte de las creencias de legos y especialistas en el tratamiento del abuso de sustancias y también de psicoanalistas. Son versiones del modelo de un problema/una solución, al que me refiero en el Capítulo 4.

De hecho, las terapias psicoanalíticas más recomendadas para personas con problemas de drogas nunca han sido del tipo caracterizado previamente. El estereotipo del analista callado y poco involucrado que deja al paciente hablar sin parar, con poco resultado positivo, mientras se mantiene sin tratar el uso potencialmente mortal de las drogas, es simplemente un mal psicoanálisis o una psicoterapia realizada por profesionales insuficientemente entrenados. El enfoque psicoanalítico caricaturizado en esta idea popular se basa en el enfoque clásico del psicoanálisis antes comentado.

El reclamo de que el psicoanálisis le ha fallado a los usuarios de drogas debido a este enfoque puede descartarse fácilmente. En general, el psicoanálisis clásico nunca se ha recomendado para personas con problemas graves de control de impulsos o que se enfrentan a crisis severas en sus vidas (Eisler, 1958).

La técnica clásica era considerada como un ideal del cual se podía desviar de acuerdo a las necesidades de cada cliente. Las desviaciones tendían a una mayor actividad del terapeuta, mostrando un mayor involucramiento personal y ejerciendo mayor conducción en el tratamiento.

La advertencia era que las desviaciones en el estilo terapéutico generadas por las necesidades del cliente serían exploradas y entendidas cuando fuera apropiado. El objetivo de todo era maximizar en el cliente la sensación de autodominio y de estar a cargo de sí mismo, incluso cómo emplear la terapia.

Desde comienzos del siglo XX, poco después del nacimiento del psicoanálisis, esta idea se manifiesta en un pensamiento presente en los principales escritos psicoanalíticos sobre el tratamiento de personas con problemas de drogas: i.e. que estas personas requieren algo distinto a la “técnica clásica”. En general se consideraba que una terapia efectiva para este grupo de personas debía tener un enfoque terapéutico más activo, que incluyera la entrega de información y consejos, apoyo emocional, técnicas específicas para ayudar a las personas a cambiar su conducta de uso de drogas y el empleo de sistemas de apoyo más extensos en conjunto con el esfuerzo continuo para ayudar a los pacientes a tomar conciencia de los significados de su consumo de drogas y cómo éste se relacionaba con otros problemas en sus vidas.

Estos sentimientos básicos perduran en el trabajo de muchos psicoanalistas y terapeutas de orientación psicoanalítica que poseen una comprensión psicoanalítica del uso problemático de drogas y saben cómo aplicar estas ideas para ayudar activamente a que los usuarios de drogas hagan cambios en su consumo y en otros aspectos problemáticos de sus vidas.

Debido a la proliferación de escuelas de pensamiento psicoanalítico, es riesgoso describir las características básicas del enfoque psicoanalítico de la psicoterapia para personas con problemas de drogas. Basado en mi propia experiencia clínica y mi lectura del psicoanálisis, para la mayoría de los terapeutas los siguientes son algunos de los rasgos que definen a los enfoques psicoanalíticos.

La Indagación en los Significados Personales Expresados por el Uso de Drogas

Este enfoque se ha comprometido con la idea de que mientras más consciente esté uno de los significados expresados mediante el uso de drogas, mayor es la posibilidad de cambio. Busca descubrir o crear formas alternativas de abordar estos elementos significativos. La teoría psicoanalítica aporta muchas ideas diferentes sobre cómo podemos entender el significado personal que tiene el uso de drogas para las personas. Todas las ideas a las que me refiero en el Capítulo 1 de este libro derivan de teorías psicoanalíticas. La idea del inconsciente dinámico ayuda a mostrar la forma de desarrollar la curiosidad sobre cuáles podrían ser esos significados ocultos. Nos ayuda a tener comprensión y compasión frente a las razones por las cuales las personas siguen usando drogas, a pesar de las consecuencias negativas cada vez mayores.

Un modelo alternativo, el concepto de la adicción como enfermedad, sugiere que esta negación es una característica típica de la “enfermedad”. Pero, se detiene ante la idea de la enfermedad como entidad misteriosa e insondable que sólo puede ser controlada.

El pensamiento psicoanalítico ofrece un modelo más ambicioso. Sugiere que podemos entrar en esta “enfermedad”, decodificar los significados que lleva dentro de sí y descubrir una forma más profunda y constructiva de resolverlos. Hablo con mis clientes sobre la importancia de que desenvolvamos su deseo de consumir, a fin de desentrañar los múltiples significados personales involucrados en ellos. Nos alerta a cuestionar por qué puede ser difícil mantener en el plano consciente esos significados ocultos y cómo podrían ser amenazantes emocional o psicológicamente. ¿Cómo podrían crear conflicto interno? ¿Cuál podría ser el beneficio de quedarse en la oscuridad con respecto a sí mismos?, ¿Por qué podría ser penoso o atemorizante ver la verdad sobre ellos mismos?

Integrando Estrategias Cognitivas y Conductuales Activas

Cuando el usuario percibe que su consumo de drogas parece estar fuera de control o claramente está provocando sufrimiento o consecuencias negativas en su vida, la exploración del significado de su uso de drogas muchas veces no es suficiente. El mito del fracaso del psicoanálisis en cuanto útil para los usuarios de drogas que desmentí anteriormente se basa en una visión del tratamiento psicoanalítico que sólo se enfocaba en la exploración y no en el comportamiento problemático. Sin duda, aún existen terapeutas que trabajan de esta manera. Sin embargo, terapeutas como éstos están más preocupados de defender una doctrina que de responder a las necesidades de sus clientes.

Una analogía pertinente sería la del terapeuta que trabaja con una persona activamente suicida, pero que sólo se enfoca en el significado de los sentimientos suicidas y no enfrenta una conducta potencialmente mortal.

En la psicoterapia para personas con problemas de drogas en general es necesario incluir estrategias activas que enfrenten directamente el consumo y el proceso de cambio de este comportamiento. Esto no se contradice con el pensamiento psicoanalítico, ya que el psicoanálisis ofrece un marco para comprender por qué para algunas personas es necesario que el terapeuta les entregue ayuda más activa en esta área. En el Capítulo 3 relato la historia de las experiencias que me llevaron a apreciar el valor esencial del uso de estrategias conductuales y cognitivas con clientes que usan drogas. Aquí solamente diré algunas palabras sobre cómo visualizo la acción conjunta e integrada de ambos enfoques.

El psicoanálisis entrega ideas importantes, útiles para entender y ayudar a las personas con uso de drogas excesivo y compulsivo. Una idea importante que exploro con mayor profundidad en el Capítulo 6, es la de entender el consumo de drogas como un intento de sobrellevar problemas, adaptarse a situaciones dolorosas o automedicarse. Si una droga ayuda a calmar la ansiedad u otras sensaciones dolorosas, el experimentar estas sensaciones puede desencadenar un intenso

deseo o impulso de consumir cuando afloran esos sentimientos. Además, puede que la persona no posea la capacidad de manejar, tolerar, aceptar o calmar esas sensaciones. En este caso, el impulso de consumir gatillado por esas sensaciones puede ser abrumador para el paciente. Así las drogas entregan, fortalecen o compensan ciertas habilidades de manejo emocional que son deficientes o están ausentes. El psicoanálisis se refiere a estas habilidades como “funciones del yo”.

Las funciones del yo (Freud, A., 1936) comprenden un conjunto de habilidades cognitivas involucradas en el manejo de nuestros sentimientos y comportamiento. Incluyen la autoconciencia, o el observarse a uno mismo momento a momento, de modo que puedan identificarse las secuencias de percepción, sensación, pensamiento y comportamiento; el juicio o el pensar las cosas para visualizar las posibles consecuencias de nuestros actos; y las habilidades de manejo emocional tales como el control de la respiración, aprender a relajarse, saber expresar en palabras las sensaciones y el ser capaz de identificar y expresar con palabras los sentimientos, entre otras. Esta es el área donde las estrategias cognitivo-conductuales son muy útiles.

Por lo tanto, podemos pensar que el fundamento psicoanalítico que subyace al uso de las técnicas cognitivas y conductuales activas, son útiles para ayudar al cliente a aprender o desarrollar las funciones ausentes. A medida que el cliente desarrolla estas funciones durante la terapia, disminuirá la presión para usar drogas en la medida en que disminuya la presión emocional.

La Importancia de la Relación Terapéutica

Los enfoques psicodinámicos destacan también la gran relevancia de la relación terapéutica. Sobre esto existen diversas explicaciones.

Una buena relación terapéutica, parte del “calce correcto” del que hablo en el Capítulo 4, entrega apoyo y genera una sensación de seguridad que actúa como cimiento del trabajo, muchas veces arduo, necesario para realizar cambios importantes en uno mismo.

Hoy en día, la mayor parte de los terapeutas psicodinámicos piensa esta relación como un esfuerzo colaborativo para descubrir el significado del uso problemático de drogas y el sufrimiento del cliente, y para encontrar nuevas y mejores soluciones. Esta cualidad colaborativa también inherentemente le entrega poder al cliente.

La relación terapéutica puede ser también una especie de laboratorio en el cual puede identificarse la forma como el cliente se relaciona con otras personas importantes y para explorar y practicar nuevas formas de relación.

Puede explorarse la forma como esto se relaciona con nuestro tema, las conexiones entre el uso de drogas (o el deseo de hacerlo) y los factores de la relación interpersonal, observando cómo el uso del cliente se relaciona con los sentimientos, fantasías, deseos y temores que surgen en su relación con el terapeuta. Esto puede funcionar de dos maneras. La forma como el cliente imagina o espera que el terapeuta reaccione ante el uso de drogas o el deseo de usarlas le proporciona información importante acerca de cómo otras personas significativas en la vida del cliente han reaccionado tanto ante el uso de drogas como también, quizás más importante, ante lo que el uso de drogas expresa simbólicamente, el enojo, el temor, el deseo de consuelo, el deseo de sentirse libre del control percibido de otros, etcétera. Por otra parte, el uso de drogas y los deseos de uso pueden sobrevenir como reacciones a lo que está sucediendo en la terapia y en el terapeuta. Examinar esta conexión puede ayudar a descubrir la forma como el uso de drogas es una respuesta significativa ante los sentimientos evocados en la relación con el terapeuta.

LA REDUCCIÓN DE DAÑOS ES COHERENTE CON LOS ENFOQUES PSICOANALÍTICOS

Los objetivos centrales de la reducción de daños —ver al cliente como un individuo, partir desde el punto donde se encuentra el cliente, suponer que el cliente tiene fortalezas que deben apoyarse, aceptar los cambios pequeños y graduales como pasos en la dirección correcta, no establecer la abstinencia ni otras nociones

preconcebidas como condiciones necesarias para iniciar la terapia sin antes conocer realmente al individuo, y desarrollar una relación colaborativa y empoderadora con el cliente— son todos coherentes con el pensamiento psicoanalítico.

El supuesto psicodinámico de que el uso de drogas tiene significados personales importantes sugiere por qué algunos consumidores pueden ser incapaces de detenerse o de modificar, al menos, su consumo hasta que se encuentren maneras alternativas de expresar estas necesidades. Esta idea entrega sustento teórico al supuesto sobre la reducción de daños según el cual muchos usuarios, mientras no hallen esas alternativas necesitan seguir usando drogas durante su terapia. Con respecto a la importancia de las defensas, un principio psicoanalítico es que no se debe quitar nada antes de tener algo con qué reemplazarlo. La seguridad y el apoyo proporcionados por una alianza terapéutica fuerte pueden ser un prerrequisito en base al cual los clientes empiezan a desarrollar el valor y las habilidades necesarias para realizar cambios en su consumo de drogas.

Seleccioné la historia de la Señora G., relatada por Mark Sehl, para ilustrar el tema de este capítulo, porque describe un tratamiento psicoanalítico que desacredita muchas de las ideas tradicionales sobre lo que es el psicoanálisis y cuestiona el mito del analista pasivo y poco involucrado. Sin embargo, se mantiene fiel al proyecto psicoanalítico en cuanto a descubrir los significados ocultos de los problemas de alcohol de la paciente y, en este caso, conduce a una abstinencia estable.

Es la historia de una mujer mayor que sufría de un “alcoholismo” severo y depresión. Utilizando un enfoque psicoanalítico de reducción de daños, que inicialmente aceptó la ingesta de alcohol de la señora G., el tratamiento la llevó a dejar de beber, a salir de su depresión y a mejorar su salud y calidad de vida. Sehl empleó un enfoque descrito por la escuela del psicoanálisis moderno fundada por Hyman Spotnitz (1985).

Señora G.: La Lucha de una Mujer por su Dignidad

Por Mark Sehl

Cuando conocí a la señora G., ella estaba literalmente tendida sobre su orina y decía que no quería seguir viviendo. No comía, su departamento hedía y los vecinos se quejaban por el olor. La señora G. me dijo que no podía caminar porque se había caído y se había fracturado la cadera estando intoxicada. La paciente declara ser sólo una bebedora social y se quejaba de que los asistentes visitantes se negaban a permitirle seguir bebiendo. Ella agregó que bebía dos cócteles al día, y para asegurarse de que yo entendiera la situación, el asistente mostraba una botella vacía de whisky a espaldas de la paciente. Le dije a la señora que, aunque por una parte declaraba no preocuparse por su consumo de alcohol, por otra afirmaba también que ello le había hecho mucho daño. Yo esperaba que se diera cuenta de las contradicciones de sus afirmaciones.

Es importante comprender algunos de los hechos que llevaron al deterioro de la señora G. El caso de esta mujer de 83 años llegó a conocimiento de la agencia varios años antes de que yo comenzara a trabajar con ella. Una amiga preocupada pidió ayuda para la señora G. En ese tiempo, ella necesitaba asistencia domiciliaria porque era incapaz de cuidar de sí misma tras una operación de cadera. El consumo de alcohol se mencionó superficialmente en el formulario de ingreso.

Varios meses después, la señora G. fue hospitalizada por una depresión severa. El evento precipitante fue la pérdida de su perro. El psiquiatra que la evaluó diagnosticó la situación como una depresión reactiva severa, con habituación al alcohol e ideación suicida. Recomendó un tratamiento para la depresión, control del alcoholismo, psicoterapia, antidepresivos y la coordinación de servicios de rehabilitación social y de salud. La agencia le asignó a la señora G. un servicio de asistentes de compras y domiciliarios, pero, hasta donde pude informarme, ni la psicoterapia ni el tratamiento para el alcoholismo se mencionaron en los registros.

Poco después de regresar a su hogar, la señora G. caminaba mal, tenía las piernas hinchadas, se negaba a salir y combinaba grandes dosis de aspirina con alcohol. Al año siguiente, la paciente se había deteriorado completamente. En otras palabras, pasado un año casi no podía caminar por su cuenta. La agencia suspendió los servicios de compras y de asistencia domiciliaria porque la paciente estaba en Medicaid³, que le proporcionaba el cuidado diario de un asistente en su hogar.

Tres años más tarde, la misma amiga de la familia volvió a contactarse con la agencia quejándose de que los asistentes domiciliarios se iban antes de tiempo. Además, estaba preocupada porque la cobertura de Medicaid de la señora G. podría ser suspendida debido al descubrimiento de un sobregiro de dinero no autorizado por Medicaid. Fue en ese momento cuando conocí a la señora G.

Cuando comencé a trabajar con ella, de a poco me contó su historia y su hábito de beber. Me comentó que sentía vergüenza por haber perdido control de su vejiga. Le sugerí que el alcohol podría estar afectando su control de la vejiga, pérdida de apetito y depresión. Le dije que estaba convencido de que si ella pudiera dejar de beber, su incontinencia y su vida en general podrían mejorar. Mostró interés en el hecho de que su incontinencia podría mejorar si dejaba de beber.

Mientras tanto, su amiga le pidió al dueño de la botillería que dejara de venderle alcohol. La señora G. me dijo que deseaba que su amiga se preocupara de sus propios asuntos. Al parecer, muchas personas le decían lo que ella tenía que hacer: los asistentes domiciliarios, su amiga y la agencia. Le dije que tal vez ella también me quería decir que me ocupara de mis propios asuntos. Ella lo negó. Noté, tras los primeros meses de trabajo con ella, que esta paciente tenía una actitud muy desafiante, aunque no podía expresarla directamente. Parecía más importante para ella ser desafiante que cuidar mejor de sí misma.

Me preguntaba si mi enfoque podría ser inadecuado para ella.

³ Medicaid: programa de seguro de salud del gobierno de USA para personas de bajos ingresos (Nota del Traductor).

Yo trataba de alentarla para que dejara de beber. Era desafiante, pero en forma pasivo-agresiva. No podía decirle a su mejor amiga o a la agencia que la dejaran tranquila. La señora G. se estaba derrotando a sí misma y a todos en su entorno. Me preocupaba que si seguía mi sugerencia de dejar de beber, podría tender a sabotear sus propios esfuerzos.

En varias ocasiones volví a preguntarle, si no tenía ganas de decirme que me preocupara de mis propios asuntos. Después de todo, yo trataba de que ella hiciera cosas, igual que todos los demás. Al principio hubo varias negativas. Dijo que yo era diferente. Ella no pensaba eso de mí. Sin embargo, en un momento, me contó que temía que si me decía que me ocupara de mis propios asuntos yo me iría y no volvería. Admitió que se enojaba cuando yo procuraba que dejara de beber, a pesar de que sabía que era por su propio bien.

Aproveché todas las oportunidades disponibles para que expresara sus sentimientos de insatisfacción con lo que yo estaba haciendo. Me dijo que me preocupara de mis propios asuntos. Puesto que ella estaba descargando sus sentimientos de enojo, la depresión se disipó. Los ataques que los pacientes dirigen contra sí mismos (“no sirvo para nada”), asociados con la depresión, pueden interpretarse como una manera de evitar atacar a la persona respecto de la cual uno se siente dependiente. Aunque se ataca al self, las recriminaciones pertenecen a un otro. Este patrón muchas veces se origina en experiencias de la niñez, cuando los niños son duramente reprendidos, castigados y/o abandonados si se comportan mal o si critican a los adultos. Irónicamente, y desconociendo el impacto emocional que producen, esos mismos adultos buscan ejercer control sobre sus hijos utilizando métodos que antes fueran usados con ellos mismos.

La escuela del psicoanálisis moderno recomienda “unirse a la resistencia”, lo que finalmente abre el camino para que el cliente exprese sus impulsos agresivos inaceptables. En lugar de sugerirle a la señora G. que dejara de beber, me uní a la resistencia. En ocasiones le decía que tal vez necesitaba beber porque eso la hacía

sentirse mejor. Le decía que entendía por qué le gustaba beber un par de cócteles para relajarse. Si otra gente lo hacía, ¿por qué no ella? A veces notaba que se sorprendía con mis reacciones, pero no decía nada. Al unirme a la resistencia, la señora G. no tuvo que luchar contra mí. La resistencia puede considerarse como una fortaleza de la persona hasta que ésta se vuelve más consciente de sus conflictos. Muchas veces es difícil decir que sí cuando no se tiene la capacidad de decir que no. No volví a mencionar su consumo de alcohol.

Exceptuando emergencias médicas, esta paciente no había salido de su departamento durante dos años. Pedí una silla de ruedas. Tenía temor de caerse. Sin embargo, logró tolerar esas sensaciones y se aventuró fuera de su hogar. Saludó a Joe, el portero, que se mostró muy feliz de verla. Ella quería que yo regresara al día siguiente para sacarla otra vez. Disfrutaba sentarse al sol mirando pasar a la gente.

Algunos meses más tarde, ella me dijo que últimamente, cuando pensaba en tomarse un trago recordaba mi comentario de que su vida podía cambiar si dejaba de beber. Me dijo que esa idea la había impactado y que quería tratar de dejar de beber. En esa época, los asistentes domiciliarios observaron que la señora G. había estado inusualmente aturdida. Pregunté si estaba tomando algún medicamento. Ellos me mostraron un frasco de Percocet⁴ que estaba en la cómoda. Se sabía que el Percocet producía una dependencia del tipo de la morfina y que era peligroso cuando se mezclaba con alcohol porque el paciente podía desarrollar una depresión aditiva del sistema nervioso central. Debía ser prescrito con precaución en adultos mayores y en personas con problemas hepáticos o renales. Llamé a su doctor y le consulté sobre la receta. Después de nuestra conversación, el médico visitó a la señora G. y se llevó el medicamento.

Descubrí que, en efecto, los asistentes domiciliarios se estaban yendo temprano del departamento de la señora G., en

⁴ Percocet es un opiáceo utilizado para tratar el dolor leve a moderado y es una combinación de oxicodona (opiáceos) y paracetamol (Nota del Traductor).

parte como respuesta a su hostilidad y beligerancia cuando se encontraba ebria. Pienso que les decía que se fueran para poder beber. Además, tenía una actitud bastante despreciativa para con la “ayuda” y una personalidad autocompasiva que fomentaba los ataques, especialmente cuando bebía. Hablé con los asistentes domiciliarios y les expliqué que el alcoholismo era una enfermedad. Les hice ver que ella no tenía realmente en control sobre sí misma en la medida en que seguía bebiendo. En consecuencia, dejaron de sentirse tan enojados, solos y desamparados frente a ese problema. Nunca más llegaron tarde ni se fueron antes de tiempo.

La señora G. luchaba con sus deseos de beber. Se sentía abrumada con la idea de no volver a beber nunca más. Muchas veces se la veía frustrada y con los ojos llorosos. Le dije que era importante tratar de tolerar el pasar un minuto o una hora al día sin beber. Estaría ganando la batalla siempre y cuando se resistiera al impulso en el momento. Traté de conseguir que viniera un consejero de Alcohólicos Anónimos, pero en esa época no solían hacer visitas domiciliarias. A medida que disminuía el consumo de la señora G., su motivación aumentaba y se iba volviendo menos irritable, y los asistentes mostraban más interés en trabajar como equipo. Un día, una asistente llegó a trabajar con su uniforme almidonado. Le preparó unos batidos de leche, lo que yo sugerí para ayudarla a resistir el deseo de beber. También estaba comiendo mejor, puesto que había recuperado el apetito al dejar de beber.

Durante ese tiempo me habló mucho sobre la muerte de su perro, lo que a su vez la llevó a contarme la pérdida de sus esposos. En sus momentos más sobrios, se comunicaba en forma inteligible. Era una mujer fuerte e independiente, alta y de apariencia atractiva. Daba la mano con fuerza, algo que le había quedado del tiempo en que andaba a caballo. Logré conocer más sobre su pasado. Se levantaba a las 6 de la mañana, salía a caballo con su esposo y luego se iba con él al trabajo. Sobrevivió a tres esposos, todos médicos, y trabajó con los tres encargándose de los asuntos cotidianos de sus consultas.

La conversación alivió gran parte de su depresión. Me di cuenta de que durante toda su vida, sus esposos habían sido el punto central de su existencia. Creo que la relación con su terapeuta, otro hombre, la estimuló y contrarrestó su soledad particularmente cuando iba dejando atrás su dependencia del alcohol, al que muchos pacientes consideran un “amigo”.

Comenzó a soñar con sus hermanas. Tres de ellas murieron durante un lapso muy corto, pero a ella le costaba bastante recordar los detalles. Sin embargo los detalles no importaban. Tenía a alguien que la escuchaba, alguien que la estimaba y que se interesaba en su historia de vida.

En este tiempo, tuvo una recaída y comenzó nuevamente a beber. Yo solía visitarla los sábados en la mañana, y fue una de esas mañanas cuando la hallé dormida con una botella de licor junto a su silla. Me irrité, y después de mi sermón, me pidió que echara el líquido por el desagüe. Después de irme me sentí incómodo con mi comportamiento. Tal vez ella necesitaba beber. Después de todo el alcohol era una forma de automedicarse y de lidiar con las intolerables sensaciones de desamparo, rabia y baja autoestima. Sentí que yo había cometido un error y regresé donde ella. Le dije que no tenía derecho a decirle qué hacer. Tal vez necesitaba beber y tenía el derecho de decidirlo. Me ofrecí a comprarle otra botella, pero me dijo que no quería. Solamente le preocupaba haber perdido un amigo cuando vio que me molesté y me fui.

Los sentimientos del terapeuta (conocidos técnicamente como reacciones de contratrtransferencia) guían sus intervenciones y entregan pistas sobre las interacciones dinámicas que involucran al cliente y al terapeuta. La señora G. puede haber estado probándome para ver cómo yo reaccionaría si ella volvía a beber. Es probable que inconscientemente haya estado buscando provocar una reacción negativa (mi rabia) para confirmar sus sospechas de que yo no era de fiar. Además, esperaba producir una reacción diferente de mi parte. Su consumo de alcohol podría parecer un intento de liberarse de la sensación interna de estar

siendo controlada, con el consiguiente sentimiento de culpa y el deterioro físico como castigo por su deseo. Cuando reconocí mi equivocación (lo que llamo un “lapsus en la contratransferencia”), eso le dio la seguridad de que aún cuando bebiera yo no la abandonaría. En ese entonces, *ambos*, tanto cliente como terapeuta le dieron un final diferente a un antiguo pero conocido patrón de relaciones.

La señora G. estaba nuevamente en abstinencia. Se hizo amiga de una vecina a quien no había visto en mucho tiempo. Se acabaron los olores que llegaban al departamento de otro vecino. Le costaba recordar qué día de la semana era, lo que obviamente la frustraba. Juntos desarrollamos un método para apoyar su memoria. Comenzó a ejercitar su capacidad de recordar cosas al organizarse de acuerdo a un calendario que manteníamos. Anotaba SB (sin beber) por cada día en que se abstenía. Esto la ayudó a recordar qué día era. Yo estaba tratando de dejar de fumar, así que anotaba SF por cada día en que lograba ganar la batalla. Tengo gratos recuerdos de esos tiempos en que me sentaba con ella junto a su ventana con vista a Manhattan. Me hablaba de todo lo que se le venía a la mente. Esos momentos eran tranquilos, a diferencia de cuando ella bebía.

Volvió a interesarse gradualmente en la comida y durante nuestras caminatas compraba frutas. “Aquí hay dos melones, ¡comprémoslos!”, solía decir. Una noche tuvo un sueño significativo, en el que se encontraba en una cena donde se servía langosta y había doce invitados. Si esto era una referencia a la Última Cena, no asistieron ni el Salvador ni los apóstoles. Sin embargo, en varias ocasiones los asistentes domiciliarios, la señora G. y yo cenamos juntos. Estas visitas eran agradables, muy lejos de la hostilidad que alguna vez existió entre ella y sus asistentes.

Finalmente permitió que los asistentes la sacaran del departamento en su silla de ruedas, algo para lo cual antes sólo confiaba en mí. Un día, me invitó con orgullo a entrar a su cuarto y me dijo con gran entusiasmo: “¡Mira, puedo caminar sola!” Ahora

era capaz de moverse por el departamento usando el andador. Esto le permitió ir al baño sin la ayuda de los asistentes, lo que alivió en parte sus sentimientos de humillación. La incontinencia mejoró considerablemente, lo que a su vez aumentó su sentido de respeto por sí misma. Su pérdida de control sobre la vejiga fue lo que originalmente la llevó a considerar dejar el alcohol.

La psicoterapia logró estabilizar la vida de esta cliente. No bebió nada en catorce meses. En vez de ansia de alcohol, desarrolló lo que ella misma denominó “hambre de gente”. Pasó de un estado de ensimismamiento a desear estar más conectada con otras personas. En sus propias palabras, “no es muy bueno estar tan acostumbrada a estar sola”.

Logró caminar por sí misma, adoptar una dieta nutritiva y balanceada y desarrollar una relación más satisfactoria con sus asistentes. En muchos aspectos recobró su sentimiento de orgullo y valoración de sí misma.

La contratransferencia es una herramienta muy útil para comprendernos a nosotros y a nuestros clientes. Es necesario que el terapeuta esté consciente de las actitudes y reacciones que pueden interferir con el tratamiento, reacciones como haber invertido demasiado en el éxito del tratamiento. Además, existe una tendencia a infantilizar a los adultos mayores debido a su estado de mayor desamparo y dependencia. He conocido profesionales que, en su primer contacto, automáticamente se dirigen a los adultos mayores por sus nombres de pila, lo que normalmente no harían con adultos más jóvenes.

Este tratamiento tuvo éxito porque acepté la expresión de sentimientos de rabia por parte de la paciente. Si sólo hubiera querido sentirme exitoso o si me hubiera sentido amenazado por los sentimientos negativos y críticos, tal vez no habría podido tolerar sus sentimientos de enojo. La capacidad de la señora G. de enojarse conmigo, -persona de la cual dependía-, la ayudó a superar su depresión y a nutrir una sensación de identidad y fuerza interior. Es importante recordar que ella había experimentado diversas pérdidas en su vida: tres esposos, sus hermanas

y su perro. La pérdida de su perro fue lo que desencadenó una hospitalización por depresión. Se sentía vulnerable porque creía que me perdería si ella hacía algo que no me gustara. Mencionó que sus padres fueron muy estrictos, controladores e impacientes con ella. Se podría conjeturar que ellos reaccionaban con el castigo y/o el abandono cuando ella, en su niñez expresaba sentimientos negativos o no se comportaba bien. En un contexto de miedo al castigo y vulnerabilidad ante la pérdida, para ella era esencial encontrar un lugar donde pudiera experimentar el enojo con alguien de quien dependía y sobrevivir a esa situación. Cuando no se logra esta capacidad en la seguridad de la relación cliente-terapeuta, los ataques y el menosprecio a sí mismo relacionados con la depresión y la baja autoestima pueden mantenerse sin cambio alguno.

La señora G. se benefició de una intervención terapéutica profesional porque los recursos económicos y la experiencia profesional necesarios estuvieron disponibles en la agencia en el momento preciso. Como resultado, su estado mejoró notablemente. Dejó de beber, lo que disminuyó su incontinencia y le permitió recobrar el apetito. Logró caminar de nuevo, lo que le dio la libertad para salir de su departamento por primera vez en dos años. Desarrolló un “hambre de gente”. Pero por sobre todo, en vez de sentirse avergonzada y desamparada, ella recuperó su dignidad y su autorrespeto.

Comentario

Por Andrew Tatarsky

La historia de la señora G. es otro ejemplo del poder que tiene la Psicoterapia de Reducción de Daños para ayudar a generar enormes cambios positivos en personas con problemas serios de drogas, y que a la vez suelen estar deprimidos, encerrados en sí mismos, socialmente aislados y sufriendo de numerosos problemas médicos. En este caso, una mujer adulta mayor, aislada, deprimida y dependiente del alcohol logró usar la terapia para dejar de beber,

resolver su depresión, mejorar la salud física y potenciar su vida social y relaciones interpersonales.

Aunque a grandes rasgos la psicoterapia descrita en esta historia no coincide con el modelo psicoanalítico clásico, es claramente psicodinámica por su compromiso con el descubrimiento de los múltiples significados y funciones de su consumo de alcohol y la importancia asignada a la relación terapéutica. La historia ilustra también cómo un enfoque de reducción de daños fluye naturalmente a partir de un punto de vista psicodinámico.

El consumo de alcohol de esta señora era tanto una forma de consolarse debido a su depresión y aislamiento, como de expresar una postura desafiante ante las personas que trataban decirle qué debía hacer. Su necesidad de desafiar pudo haber sido una forma de conservar alguna sensación de poder personal y control de sí misma y su vida, frente a la pérdida de poder y control debido a su envejecimiento y a una serie de pérdidas personales significativas. Sin embargo, se sentía incapaz de expresar directamente sus sentimientos desafiantes por miedo a alejar a los demás, y descubrió que la bebida era un modo indirecto de expresarlos.

Debido a que Sehl se dio cuenta de que no podía tratar de “hacerla” dejar de beber, como intentaban hacerlo otras personas en su vida, porque ella probablemente trataría de desafiarlo manteniendo su consumo. Era necesario que enfrentara primero la depresión de ella, antes de que se sintiera motivada a dejar el alcohol. La comprensión psicodinámica de su depresión y el vuelco de su rabia contra sí misma, lo llevaron a alentarla activamente a expresar su rabia contra él. Cuando la paciente lo hizo, logró superar su depresión. Durante este proceso, recibió al mismo tiempo el aliento para expresar directamente en palabras sus sentimientos desafiantes. Por así decirlo, esto le “sacó el jugo” a su consumo desafiante.

Dado que Sehl no intentó hacer que la paciente dejara de beber, sino que la apoyó para que expresara sus deseos desafiantes de seguir bebiendo, y empatizó con sus razones -la idea de que el alcohol la ayudaba-, ella se liberó de una lucha con él y pudo explorar los aspectos problemáticos de su beber.

En este proceso, ella descubrió alternativas mejores que el consumo y se fue motivando interiormente para dejar de beber. La relación con Sehl y el hablar durante la terapia sobre las razones de su depresión -las pérdidas- fueron antidepresivos más efectivos que el alcohol, tanto así que ella desarrolló un “hambre de gente”. Sehl la ayudó a desarrollar poderosas habilidades de manejo emocional que le permitieron tolerar tiempos difíciles sintiendo sus sentimientos en vez de bebiendo.

En este punto vemos que el descubrimiento colaborativo del significado del consumo de la señora G. llevó a que Sehl le entregara una respuesta específica, la que ayudó a crear la relación terapéutica. A su vez, hizo posible aliviar su depresión y aumentar su motivación para dejar de beber.

También podemos ver cómo la comprensión psicodinámica de las razones de ella para beber, hizo que Sehl aplicara un enfoque de reducción de daños. En otras palabras, tuvo que acceder a tratarla cuando aún se encontraba bebiendo y sin tener expectativas de que dejara de hacerlo. La expectativa de que ella dejara de beber probablemente habría desencadenado la conducta desafiante de la paciente, que habría continuado bebiendo.

Este tema es una razón común del fracaso de muchos tratamientos que exigen que las personas suspendan su consumo. Los enfoques de reducción de daños no activan una conducta desafiante y además, como en el caso de la señora G., se prestan a la creación de alianzas positivas y a la exploración de todos los aspectos de los sentimientos de una persona sobre su uso de drogas.

Aquí se hizo evidente otra estrategia psicodinámica de reducción de daños. Sehl ayudó a la señora G. a reducir su consumo gradualmente, apoyándola para que aprendiera a tolerar períodos cada vez más largos sin alcohol. La intensidad decreciente en el uso de drogas es un sello de los enfoques de reducción de daños. A medida que el consumo de ella disminuía, se volvió menos irritable, mejoraron las relaciones con sus asistentes, se volvió más abierta emocionalmente durante la terapia y más motivada para dejar de beber. Los pequeños cambios positivos llevan a cambios positivos mayores.

Esta historia también habla del poder curativo que tiene la relación terapéutica como contexto para trabajar los problemas, como fuente de apoyo y cuidado y como una experiencia positiva para uno mismo y los demás.

La vuelta al consumo de la señora G. después de haber dejado de beber ilustra otro significado importante que puede encerrar el uso de drogas. Pareciera que ella hubiera estado probando la sinceridad de Sehl. ¿Estaba de su lado, verdaderamente preocupado de por qué bebía y cómo eso se relacionaba con su sufrimiento, incluso si volvía a beber? Fue también una forma de averiguar si él no la abandonaría incluso si ella abandonaba las metas declaradas y se “rebelaba”. La aceptación y la apertura del terapeuta al significado de su consumo le permitieron a la paciente tener una experiencia poderosa y positiva que luego podría usar para construir un sentimiento más esperanzado de ella misma y de sus relaciones en general.

La empatía de Sehl, unida a su aceptación, flexibilidad, voluntad de examinar las situaciones y no solamente a reaccionar a partir de sus propios sentimientos y su capacidad de ser espontáneo y probar cosas nuevas, todas ellas son características que reflejan la tradición psicoanalítica y constituyen rasgos claves de la Psicoterapia de Reducción de Daños.

Referencias

- Eisler, K. R. (1958). Remarks on some variations in Psychoanalytical technique. *International Journal of Psycho-Analysis*: 39 222-229.
- Freud, A. (1936). *The Ego and the Mechanisms of Defense*. London: The Hogarth Press.
- Levinson, V. and Straussner, S. L. A. (1978). Social workers as “enablers” in the treatment of alcoholics. *Social Casework*, 59: 14/20.
- Mitchell, S. A. and Black, M. J. (1995). *Freud and Beyond: A History of Modern Psychoanalytic Thought*. New York: Basic Books.

EL VALOR DE LAS ESTRATEGIAS COGNITIVO- CONDUCTUALES

Archie: Cuando el Cliente Dice "No" a la Abstinencia

Por Gary Dayton y Frederick Rotgers

Traté a mi primer cliente bebedor de alcohol en la clínica psicoterapéutica del City College de New York, donde recibí mi doctorado. El programa de formación orientaba a los estudiantes en un enfoque teórico basado en el psicoanálisis. De acuerdo con esta tradición, trabajé con un hombre explorando el significado de su consumo de alcohol y sus dolorosos problemas emocionales y de personalidad. La psicoterapia hasta cierto punto fue útil para fomentar en él un mayor grado de conciencia sobre las fuentes de su ansiedad y las dificultades asociadas a ella, y para mostrarle la conexión entre estos problemas y su consumo de alcohol. Aunque este mayor grado de conciencia contribuyó a disminuir su ansiedad y a suavizar sus sentimientos de intensa presión interna, no lo ayudó a dejar de beber. Para eso, encontró a Alcohólicos Anónimos.

Este resultado parecía describir las limitaciones del uso de un enfoque psicoterapéutico completamente exploratorio en personas que lidiaban con el uso excesivo de sustancias y otros problemas relacionados. Después de diversas experiencias similares con usuarios de sustancias durante mi entrenamiento, encontré una posición clínica que me reveló un amplio espectro de intervenciones más activas. Estas técnicas, combinadas con enfoques psicoanalíticos, dieron lugar a una forma de trabajo más completa y efectiva. Había sido contratado por la División de Investigación y Tratamiento Sobre el Abuso de Drogas del New York Medical College. En esa clínica orientada a la investigación, estuve a cargo de grupos y vi a clientes

en psicoterapia individual. Recordando mis experiencias de fracaso con clientes que abusaban de sustancias, que había tratado en el pasado, me di cuenta de que debía abrirme a aprender e incorporar en mi trabajo modalidades de orientación conductual más activas. Aunque no quería abandonar la perspectiva psicoterapéutica que percibe el sufrimiento como un proceso significativo en el desarrollo humano, sabía que esto por sí solo era insuficiente. Esa clínica orientada a la investigación era una estimulante “incubadora” para el entrenamiento, puesto que entregaba distintas modalidades para tratar todo el espectro de los problemas de alcohol y drogas, con un impresionante grupo de asesores experimentados y competentes. El equipo combinaba técnicas de Alcohólicos Anónimos con un enfoque educativo de consejería cognitivo-conductual. A medida que comencé a integrar estos enfoques al trabajo con mis clientes, inmediatamente empecé a tener mayor éxito en en la detención o modificación de su uso de sustancias.

Durante los años posteriores a esas primeras experiencias, he llegado a creer en la necesidad de integrar elementos cognitivos y conductuales en la psicoterapia con clientes que tienen problemas con el uso de sustancias. También he llegado a comprender que el uso de dichas técnicas es consistente con la reducción de daños.

El enfoque cognitivo-conductual surgió del trabajo fundamental de teóricos conductuales como Pavlov, Skinner y Bandura, y de los padres de la escuela de terapia cognitiva, Albert Ellis y Aaron Beck. Desde el punto de vista conductual clásico, el comportamiento habitual puede ser abordado en términos de estímulos o gatillantes que han adquirido la capacidad de estimular el comportamiento específico y por las consecuencias que ese comportamiento ha recompensado o reforzado. El aporte de Bandura, desde la perspectiva del aprendizaje social, fue que un individuo no necesitaba experimentar directamente el comportamiento recompensado para hacerlo parte de su repertorio. En ciertos momentos de su desarrollo cognitivo, un niño puede observar una conducta atractiva en una figura respetada, y como las recompensas derivadas de esa conducta pueden ser atractivas, por lo tanto las conductas van siendo copiadas y aprendidas a medida que

el niño es testigo de las experiencias de alguien mayor. La perspectiva cognitiva sugiere también que el pensamiento puede abordarse o enfocarse como un comportamiento que sigue las mismas reglas de condicionamiento que los conductistas más puros han descrito para el caso de otros comportamientos. Nuestros comportamientos en acción se guían por nuestros pensamientos condicionados. De modo que no son lo eventos simplemente, sino nuestros sentimientos interpretativos sobre ellos, los que inician y refuerzan nuestras acciones. “Seremos como pensamos”.

Debido a que el uso excesivo de sustancias es un problema de comportamiento, parece obvio pensar que el punto de vista cognitivo-conductual sería relevante para tratarlo. Y, de hecho, durante unos treinta años se han estado desarrollando aplicaciones basadas en estos enfoques para tratar problemas de drogas y alcohol. Desde esta perspectiva, el uso excesivo de sustancias se considera en general como un uso que al comienzo tenía valor positivo y gratificante, porque muchas veces era útil como forma de lidiar con alguna dificultad emocional o funcional. Por ejemplo, un adolescente descubre que el alcohol lo ayuda a calmar los nervios que la mayoría de los jóvenes sienten cuando comienzan sus primeras citas. Con el tiempo, a través de refuerzos repetidos, el comportamiento se asocia tan fuertemente con esos sentimientos y situaciones que se vuelve atractivo usar o desear con ansias el uso (craving), aunque se vuelva cada vez más problemático.

El tratamiento cognitivo-conductual se enfoca en modificar directamente el comportamiento problemático a través del aprendizaje de habilidades de auto-manejo orientadas al cambio de conducta. Uno también trabaja para identificar y modificar los pensamientos y creencias centrales que guían la conducta. En cuanto a cambiar el uso excesivo de sustancias, las metas conductuales se orientan a la adquisición de las habilidades necesarias para usar las sustancias de maneras nuevas y menos dañinas, o al aprendizaje de formas alternativas y libres de sustancias para lidiar con situaciones o sensaciones que generan un deseo de usar sustancias. Las metas cognitivas incluyen la identificación y el cuestionamiento de creencias

y expectativas poco realistas y auto-destructivas asociadas al uso problemático de sustancias, junto con la identificación y reelaboración de las creencias asociadas a los sentimientos problemáticos que contribuyen al uso de sustancias. Este énfasis en la enseñanza y el desarrollo de habilidades es atractivo para muchas personas porque se aleja de la visión del yo como enfermo o dañado. También entrega apoyo teórico para la reducción de daños en el sentido de que puede ser necesario aprender nuevas conductas de afrontamiento antes de que sea posible suspender la solución química. Puede ser necesario que las personas aprendan ciertas habilidades cognitivas para preparar la capacidad para el cambio. Finalmente, desde la perspectiva conductual, el comportamiento cambia gradualmente, con pequeños pasos.

El caso de Archie -la historia ilustrativa de este capítulo- es un ejemplo de enfoque puramente cognitivo-conductual de reducción de daños para el tratamiento del uso excesivo del alcohol. Archie fue tratado en el Programa de Consulta y Tratamiento de Adicciones [Program for Addictions Consultation and Treatment], la clínica de entrenamiento del Centro Rutgers de estudios sobre el alcohol [Rutgers Center of Alcohol Studies] en New Brunswick, New Jersey. El terapeuta fue Gary Dayton, candidato a doctor en psicología clínica en Rutgers, que trabaja bajo la supervisión del Dr. Fred Rotgers. Fred es un psicólogo que ha participado activamente y por largo tiempo en el tratamiento cognitivo-conductual de personas con problemas de uso de sustancias. La historia de Archie describe a un hombre con un serio problema de uso de alcohol relacionado con problemas psiquiátricos concurrentes. Después que sus condiciones de vida empeoraran debido a un enfoque de solo abstinencia, este tratamiento cognitivo-conductual de reducción de daños lo ayudó a lograr una moderación estable de su consumo y a enfrentar su depresión y desorden obsesivo-compulsivo. Este tratamiento ilustra particularmente la síntesis de la reducción de daños y el enfoque cognitivo-conductual, además del valor específico que pueden tener las técnicas cognitivo-conductuales para ayudar a las personas a cambiar su comportamiento.

Archie: Cuando el Cliente Dice “No” a la Abstinencia

Por Gary Dayton y Frederick Rotgers

Archie era un cliente dependiente del alcohol con serios problemas psiquiátricos concurrentes, que buscaba tratamiento con la meta de moderar su consumo. Fue tratado por Gary Dayton bajo la supervisión de Frederick Rotgers en el Programa de Consulta y Tratamiento de Adicciones [Program for Addictions Consultation and Treatment, PACT], una clínica de entrenamiento del Centro Rutgers de Estudios sobre el Alcohol [Rutgers Center of Alcohol Studies] en New Brunswick, New Jersey.

A muchos lectores el tratamiento de Archie no les parecerá exitoso. No estamos de acuerdo. Antes de acudir donde Gary para buscar ayuda, Archie se había visto involucrado en una batalla casi constante con su psiquiatra y otros profesionales a cargo de su tratamiento sobre su consumo. Esa batalla lo hizo sentirse aún más ansioso, deprimido y desanimado que cuando buscó tratamiento por primera vez para su ansiedad social, depresión y hábitos obsesivo-compulsivos de lavarse las manos y ordenar objetos. Durante ese período, su consumo de alcohol había ido en aumento y su ansiedad y depresión no respondían a intervenciones farmacológicas ni psicoterapéuticas. Aunque Archie no quedó en ningún caso libre de síntomas psiquiátricos, al final del tratamiento aquí descrito esos síntomas se habían reducido sustancialmente, a pesar del hecho de que seguía bebiendo alcohol. Consideramos que este resultado fue un éxito, aunque de ninguna manera esté “curado”.

Archie es un coreano-estadounidense de 37 años, soltero, que emigró a los Estados Unidos hace veinte años aproximadamente, luego de vivir primero en Japón durante nueve. Vive con su hermano y la familia de éste en una casa ubicada sobre el negocio familiar, en una comunidad suburbana de New Jersey. Fue derivado por su psiquiatra al PACT para que se evaluara y tratara su adicción al alcohol.

Archie llegó adecuadamente vestido, aseado y bien arreglado a nuestra primera reunión. Estaba alerta y bien orientado. Su habla era normal y con un ritmo moderado. Se expresaba claramente sin impedimentos, pero con un marcado acento (Archie es multilingüe: habla coreano, japonés e inglés de forma fluida). Se mostró atento y cooperador durante la entrevista inicial, comportándose de manera tranquila y deferente con su entrevistador. Expresó un rango completo de emociones, pero con un tono depresivo dominante. Su razonamiento y habilidades de resolución de problemas parecían intactos, sin observarse en él dificultades para concentrarse o desarrollar pensamiento de orden superior durante las sesiones de terapia. Sin embargo, estaba claro que los síntomas de su desorden obsesivo-compulsivo interferían con su habilidad de mantenerse concentrado y de completar tareas en forma expedita. Su memoria parecía estar en buenas condiciones, sin percibirse problemas para recordar.

Archie reportaba no tener problemas médicos, quejas ni síntomas en ese momento. Estaba bajo el cuidado de un psiquiatra y era controlado periódicamente por un médico general de atención primaria. En 1983 fue hospitalizado por diez días a causa de un accidente en un vehículo motorizado. No se detectaron problemas actuales derivados del accidente. Era esbelto y se encontraba físicamente en forma: tenía una estatura de 1,67 metros y pesaba 63 kilos.

Era un joven ansioso y dolorosamente tímido que tenía grandes dificultades para interactuar con los demás. Entendía el inglés perfectamente, pero su habilidad para expresarse en este idioma estaba mucho menos desarrollada que su comprensión. Al momento de la derivación, estaba siendo tratado farmacológicamente por un psiquiatra debido a su trastorno obsesivo-compulsivo (TOC). Se había graduado de la carrera de informática en una universidad del Este de los EEUU, pero debido a su TOC crónico, episodios depresivos mayores y problemas de alcohol, ha estado crónicamente sub-empleado. Hoy se encuentra sin trabajo. Había trabajado como socio en el almacén familiar hasta hacía nueve meses, cuando la sociedad con su hermano se disolvió. Aunque

tiene dificultades significativas a causa de su TOC, depresión y uso de alcohol, su motivación para el tratamiento era alta.

Las sesiones iniciales se enfocaron principalmente en evaluar la naturaleza y el alcance de sus problemas con el alcohol, recoger su historia personal y explorar la relación entre sus problemas emocionales y el uso de alcohol.

Archie probó su primera cerveza a los 12 años. “No tenía buen sabor”, recuerda. A los 16 años comenzó a beber regularmente, pero sin consecuencias negativas. Reporta que a esa edad bebía dos o tres cervezas una o dos veces por semana, principalmente los fines de semana con sus amigos y en reuniones familiares. El alcohol no se volvió un problema para él sino hasta que cumplió 23 años. Acababa de cambiarse a una nueva universidad luego de no poder avanzar adecuadamente en los cursos de su carrera en otra institución. Afectado por los desafíos del nuevo entorno social y sintiéndose presionado para lograr aceptación académica, empleaba el alcohol para aliviar sus sentimientos de depresión y ansiedad. Pronto desarrolló un patrón de abuso y continuó bebiendo a pesar de haber tenido varias malas experiencias estando ebrio. Bebía de seis a doce unidades de medida estándar⁵ de cerveza, whisky, o vino de arroz coreano, dos o tres veces por semana con sus amigos y compañeros de curso.

Tres años antes, a los 20 años, el cliente sufrió el primero de dos episodios depresivos mayores. El primero fue precedido por la muerte de su padre, que ocurrió pocos años después que la familia emigrara a los Estados Unidos. Aunque Archie no aumentó su consumo de alcohol mientras estuvo deprimido, sí experimentó síntomas depresivos melancólicos, incluyendo anhedonia, fatiga, insomnio y una baja de apetito que lo llevó a bajar de peso. El paciente también experimentaba ansiedad y tendía a evitar las situaciones sociales. Se le prescribieron medicamentos antidepresivos y ansiolíticos para su depresión y ansiedad.

⁵ Con el fin de unificar criterios a la hora de calcular el consumo de alcohol, la Organización Mundial de la Salud (OMS), definió su medida a través de la Unidad de Bebida Estándar (U.B.E.). Cada U.B.E. supone entre 8 y 13 gramos de alcohol puro. Con una U.B.E. se puede medir la cantidad de alcohol puro, no la cantidad de líquido que se bebe (Nota del Traductor).

Mientras estaba estudiando en la nueva universidad, frecuentemente faltaba a clases porque seguía deprimido, continuaba bebiendo o se sentía demasiado ansioso. A pesar de estos problemas, siguió asistiendo a la universidad a tiempo parcial y completó su licenciatura a los 31 años. A los 32 años experimentó un segundo episodio depresivo mayor después de la súbita muerte de una de sus hermanas en un accidente automovilístico. Esta pérdida llevó al cliente a otro período depresivo durante el cual tuvo fantasías suicidas y estuvo en cama alrededor de un mes.

Después de este segundo episodio depresivo, aumentó su uso de alcohol aunque de manera errática. A veces bebía entre diez y doce unidades de medida estándar y se embriagaba. En ocasiones, bebía dos o tres cervezas. Generalmente el aumento en la cantidad de tragos dependía del contexto social. Si estaba solo en un bar o con un amigo que bebía, consumía más; si estaba con un amigo que no bebía, se contentaba con una o dos cervezas y a veces no bebía nada.

A los 33 años comenzó a beber casi todos los días. Aproximadamente la mitad eran “días pesados”, en los cuales el cliente consumía entre seis y doce unidades de medida estándar; los demás eran “días livianos”, en los cuales consumía tres o cuatro cervezas. Este patrón de consumo continuó hasta que el paciente cumplió 36 años. Luego de poner fin a su participación como socio en el negocio familiar, los días de consumo liviano se volvieron menos comunes y el consumo diario de seis a doce unidades de medidas estándar (cerveza, whisky o vino de arroz) pasó a ser la norma. Experimentaba diversos síntomas depresivos, sentimientos de tristeza, pérdida de interés en actividades placenteras, dormir más de lo que quería y sentimientos de desesperanza con respecto al futuro. El tiempo que pasaba lavándose las manos y ordenando objetos en su casa y su habitación aumentó varias horas. Durante los tres meses inmediatamente anteriores al tratamiento, Archie notó que había “perdido el control” y estaba bebiendo seis a doce unidades de medida estándar cada día, llegando a beber dieciocho unidades de medida estándar algunos días.

Describió síntomas leves de tendencias obsesivas y compulsivas desde los 7 a 8 años. Durante este período recuerda haberse preocupado del orden y la simetría de sus pertenencias. Luego de emigrar a Japón a los 9 años de edad, estos síntomas gradualmente empeoraron. Como único niño coreano en una aldea rural japonesa, los niños japoneses se burlaban de él y lo molestaban por ser forastero. No hablaba japonés y no tenía amigos de verdad. Recuerda haber recibido poco apoyo de su familia. “Mis padres, hermanos y hermanas eran mucho mayores y les preocupaban sus propias vidas. Simplemente esperaban que me adaptara”. Cuenta que su padre le exigía tener un buen rendimiento en el colegio y le sugería que aprendiera a “tragarse” sus emociones.

Archie emigró nuevamente a los 16 años, esta vez a Estados Unidos. No reconoce haber tenido grandes dificultades al llegar al país. Había aprendido a hablar inglés mientras vivía en Japón y estaba bastante contento de dejar suelo japonés. Sin embargo, dado que la familia tiene un hogar coreano tradicional en una comunidad coreana, Archie ha hecho pocos amigos estadounidenses. Incluso cuando iba a la universidad en Nueva York, su red social consistía casi exclusivamente de coreanos.

Fue en la universidad cuando sus síntomas obsesivo-compulsivos comenzaron a causarle problemas serios. Desarrolló la obsesión de realizar su trabajo académico en forma perfecta. Describe haber revisado una y otra vez partes de sus tareas, tanto así que las terminaba muy tarde y a veces ni siquiera lo lograba. Esto le causó tales dificultades que quedó a prueba y finalmente fue expulsado de la universidad por falta de avance en su programa académico. Fue también en este período cuando Archie experimentó su primer episodio depresivo mayor.

Actualmente vive con su familia en una comunidad coreana. Tiene varios amigos coreanos, y ningún estadounidense. Para él no tener pareja es una grave preocupación. Se ha reunido con la “casamentera” informal de la comunidad y ha tenido varias citas, pero no ha logrado ninguna relación duradera en estos intentos. En el pasado ha tenido relaciones con mujeres, incluso una novia

coreana con la que estuvo hasta hace un año, cuando ella dejó EEUU para regresar a Corea. No ha tenido novia desde entonces y teme ser demasiado viejo y no haber logrado lo suficiente en su vida para atraer a una mujer que valga la pena.

La información sobre su historia familiar es menor de lo que podría esperarse normalmente a través de las entrevistas clínicas iniciales. En la cultura coreana los familiares, especialmente los que han muerto, son tratados con respeto y honor. Los asuntos familiares son considerados especialmente privados, y a los clientes les toma tiempo sentirse suficientemente cómodos como para conversar sobre temas familiares más allá de lo superficial (BokLim, 1996). Así, la herencia cultural de Archie le impidió discutir en profundidad sobre los miembros de su familia y sus historias. Sin embargo, completó un *Inventario Multimodal de Historia de Vida* (Lazarus y Lazarus, 1991), y gran parte de la siguiente información deriva de éste y de conversaciones sobre su entorno familiar. El *Inventario Multimodal de Historia de Vida* es un cuestionario integral que incluye preguntas sobre siete categorías de funcionamiento: Comportamiento, Afecto (emoción), Sensación (sensaciones físicas), Imaginería (fantasía), Cognición (pensamiento), Relaciones interpersonales y Problemas médicos.

Archie es el menor de siete hijos. Tiene tres hermanos mayores y tres hermanas mayores. Tiene bastante diferencia de edad con sus hermanos. El más cercano es 7 años mayor. La mayor de todos es una hermana que tiene 23 años más que él. Dos de sus hermanas han fallecido. Una estaba severamente deprimida y se suicidó cuando Archie era adolescente. Otra hermana que sufría de esquizofrenia murió en un accidente automovilístico cuando Archie tenía 32 años. Era muy cercano a esta hermana y, como se mencionó anteriormente, su muerte fue uno de los factores que contribuyeron a su segundo episodio depresivo mayor.

El padre de Archie murió súbitamente de un ataque cardíaco a los 67 años de edad, cuando él tenía 20. Su padre era médico. Aunque lo describe como “inteligente, patriota” y como un “individuo humanitario y con visión de futuro”, queda claro que

Archie también experimentó una disciplina férrea por parte de un padre al que describe también como “depresivo, neurótico, asocial y solitario”.

Describe a su madre, de 79 años, como una persona “cariñosa”, pero también “posesiva” y de severa disciplina. Siente que su madre está decepcionada de él debido a sus problemas psicológicos y a su falta de logros académicos y laborales.

Su madre, hermana y hermanos mayores tienden a criticarlo y presionarlo para que vuelva a trabajar a tiempo completo y logre mayores éxitos en los negocios y en los asuntos financieros.

El uso de alcohol de Archie ha aumentado sostenidamente desde que comenzó a beber regularmente (una vez al mes o más). Tanto la cantidad de alcohol como la frecuencia de consumo han ido creciendo aceleradamente con el tiempo. Durante los nueve meses anteriores a la terapia, bebía casi todos los días, aunque la cantidad de alcohol consumido era bastante fluctuante. La mitad de los días en que bebía, lo hacía hasta quedar ebrio. Los demás días bebía con moderación. A pesar de este patrón irregular, había desarrollado tolerancia al alcohol -un síntoma cardinal de la dependencia fisiológica del alcohol. El término “tolerancia” se refiere al fenómeno en el que un individuo necesita cantidades crecientes de alcohol para conseguir el mismo efecto embriagante que antes lograba con niveles menores.

Además de la tolerancia, mencionó episodios ocasionales en los cuales solía beber tanto que llegaba a perder la conciencia. Luego de estos episodios, era incapaz de recordar algunos de los hechos ocurridos la noche anterior, después de haber llegado a un estado de gran embriaguez. Por ejemplo, no podía recordar cómo se había ido del bar a su casa. Aunque era fisiológicamente tolerante al alcohol y en ocasiones bebía tanto que llegaba a afectar temporalmente su memoria de corto plazo, no había experimentado síntomas de abstinencia alcohólica cuando dejaba de beber.

Cumplía con otros criterios aceptados de dependencia alcohólica. Bebía más alcohol y durante períodos más largos que lo

que era su intención. También pasaba bastante tiempo bebiendo y recuperándose de la resaca; había fracasado en varios intentos de controlar su consumo de alcohol, limitaba sus actividades sociales, recreativas y laborales para beber y continuaba bebiendo a pesar de los consejos y la retroalimentación de su psiquiatra, quien le indicó que sus síntomas de depresión y ansiedad empeoraban con el alcohol.

Archie completó una versión modificada del cuestionario *Línea de tiempo retroactiva* [Time Line Follow-Back] (TLFB; Sobell y Sobell, 1992). En esta versión del cuestionario TLFB el cliente debe llenar un calendario en blanco de los últimos treinta días, con información sobre su uso de alcohol y drogas. En cada uno de los días del calendario, el cliente indica cuántas unidades de medida estándar bebió y qué sustancias usó. El TLFB de Archie mostró que había reducido significativamente su consumo con respecto a niveles anteriores. De hecho, durante la mayor parte de las tres semanas previas a la entrevista de evaluación, se había abstenido. Sin embargo, como en sus anteriores intentos fallidos, rápidamente volvió a un patrón de consumo casi diario, aunque sí logró reducir la cantidad de alcohol que bebía.

Se administró el *Cuestionario breve de datos sobre dependencia del alcohol* [Short-Form Alcohol Dependence Data Questionnaire, SADD] (Raistrick, Dunbar y Davidson, 1983). Los quince ítems del SADD miden el rango completo de dependencia alcohólica y son especialmente sensibles a los signos tempranos de dependencia (Heather, 1995). Mediante una escala Likert de cuatro puntos, los clientes identifican el nivel más reciente de sus hábitos de consumo relacionados con la dependencia (“nunca”, “a veces”, “frecuentemente”, y “casi siempre”). El puntaje obtenido puede indicar Baja, Moderada o Alta dependencia. El puntaje inicial de Archie en el SADD revela que al momento de la evaluación tenía una dependencia moderada del alcohol. Los ítems que según Archie ocurrían “frecuentemente” incluían: la dificultad para sacarse de la mente la idea de beber; emborracharse es más

importante que la siguiente comida; los días se planean pensando en beber; beber demasiado a pesar de tener muchos problemas posiblemente causados por el alcohol; e intentos de controlar el consumo dejando de beber durante días o semanas. Los datos del SADD sugieren que este cliente estaba experimentando signos tempranos de dependencia alcohólica.

Archie experimentó significativas consecuencias adversas como resultado de su consumo de alcohol. En 1993 fue arrestado por conducir en estado de ebriedad. Durante el último año su uso de alcohol se intensificó, sus conflictos familiares se volvieron más frecuentes y los hermanos de Archie lo definían como un lastre. Uno de sus hermanos lo obligó a renunciar a su parte del negocio familiar debido a su falta de confiabilidad derivada de su consumo de alcohol. Esta acción rápidamente le causó graves problemas económicos. Su salud mental se había deteriorado a medida que aumentaba su consumo. Sus síntomas depresivos empeoraron y los síntomas de TOC, especialmente los comportamientos de revisión, se volvieron incontrolables.

El cliente completó la Prueba de *Examen Selectivo de Alcoholismo de Michigan* [Michigan Alcoholism Screening Test] (MAST; Seltzer, 1971), como una medida objetiva de las consecuencias acumulativas del consumo de alcohol durante su vida. El puntaje de Archie indicó que había sufrido consecuencias severas a causa de su consumo. También completó la *Lista de problemas* [Problem Checklist]. Este es un instrumento de 18 ítems extraído del *Perfil de bebida* [Comprehensive Drinker Profile] (Miller y Marlatt, 1984). La Lista de Problemas mide problemas actuales relacionados con el alcohol. Archie identificó once problemas de este tipo. Muchas veces se observa en clientes con problemas de alcohol, una historia de alcoholismo en parientes en primer grado (padres y hermanos). Archie caracterizó a tres de sus hermanos como personas con serios problemas con el alcohol. Describió a su padre como un alcohólico. Algunos miembros de su familia de Archie también habían sufrido de depresión, y una de sus hermanas era esquizofrénica.

Archie no reportó abusar de ninguna otra sustancia, excepto la nicotina. Comenzó a fumar cigarrillos a los 16 años. Había dejado de fumar dos veces durante períodos breves, pero actualmente fumaba entre una y media y dos cajetillas al día.

Estaba sufriendo la dependencia del alcohol. Su patrón de consumo en el tiempo reflejaba consumo y frecuencia crecientes, lo que le produjo tolerancia. Había experimentado varias pérdidas de conciencia y el alcohol había afectado negativamente su trabajo, su familia y su bienestar físico y mental. Más aún, estaba desperdiciando sus limitados recursos económicos en comprar alcohol, y había sido arrestado por faltas menores relacionadas con el alcohol.

Aunque este cliente sufría extensas consecuencias derivadas del uso de alcohol y presentaba una probable predisposición genética a tener estos problemas de acuerdo con su historia familiar, todo esto complicado por la presencia de problemas emocionales, había razones para estar optimistas respecto de su potencial para lograr beber con éxito en forma controlada. Sus problemas con la bebida se iniciaron tarde, en comparación con otras personas que desarrollan una dependencia alcohólica severa. Su patrón de uso era variable; tenía igual número de días de consumo liviano y pesado. Su promedio semanal de consumo antes del tratamiento (aproximadamente cincuenta y dos unidades de medida estándar por semana) era similar al promedio semanal inicial de consumo de sujetos que más tarde se convirtieron en bebedores controlados, casos descritos en estudios empíricos de consumo controlado (Rosenberg, 1993). Las mediciones objetivas indicaban que se encontraba aún en las etapas iniciales de la dependencia. Asimismo, su adicción no se había complicado con el uso de otras sustancias con excepción de la nicotina. A diferencia de muchos alcohólicos severos tratados en el PACT, para quienes la meta de abstinencia probablemente sea la más adecuada, no había sufrido daño hepático ni de ningún otro órgano debido a su consumo de alcohol. Finalmente, parecía estar muy motivado para realizar cambios en su conducta de consumo.

Archie nos presentó un complejo conjunto de dificultades, que incluía depresión, TOC y dependencia alcohólica. Sus problemas incluían sentimientos de culpa y desesperanza excesivos a causa de su falta de logros en los estudios y los negocios. Su consumo errático y descontrolado empeoraba cuando se sentía deprimido o ansioso. Se deprimía con facilidad con las críticas de su familia, se enfrascaba en una auto-condenación y auto-crítica excesivas y tendía a subvalorar sus logros. Sus obsesiones y rituales impedían que funcionara en el trabajo; por ejemplo, revisar repetidamente la zona del café en el negocio familiar no lo dejaba realizar tareas más importantes. Pasaba mucho tiempo solo en su casa, muchas veces durmiendo hasta tarde o absorto en pensamientos repetitivos sobre hechos ocurridos en el pasado reciente.

También su vida social era pobre, limitada a unos pocos amigos (compañeros de bebida) y familiares. No tenía ninguna relación romántica (sentimental), creyendo ser “demasiado viejo, sin logros ni encantos” para atraer a una mujer. Además, la disfunción sexual era un efecto secundario del medicamento que consumía.

Tenía dos dos núcleos primarios de creencias que subyacían a sus problemas. Estos eran: “soy defectuoso y nadie me puede amar” y “soy incompetente y un fracaso”. Un esquema nuclear secundario con estándares implacables tiende también a operar e influir en las percepciones, pensamientos, sentimientos y comportamientos de Archie.

En una de las sesiones iniciales, después que el terapeuta hubo explicado la interrelación de los pensamientos, las emociones y la conducta, y después que Archie hubo tenido la oportunidad de identificar pensamientos negativos y entender su efecto en su estado de ánimo y su conducta a través de un registro de pensamientos, él y el terapeuta desarrollaron en conjunto una “conceptualización cognitiva” de las creencias centrales de Archie y de cómo éstas lo afectaban en su vida diaria. Usamos el *Diagrama de conceptualización cognitiva* [Cognitive Conceptualization Diagram] de Beck (1995) para delinear y comprender

cómo las creencias centrales subyacentes producían los problemas presentes en la lista.

En su trabajo, muchas veces era incapaz de completar documentos de contabilidad debido a su revisión repetitiva y obsesiva de las cifras. Esta situación lo llevó a repetir las palabras: “No puedo hacer nada”, que lo llevaron a sentimientos de vergüenza y ansiedad. Archie identificó el significado latente de su pensamiento automático en esta forma: “Soy un inválido”, lo que representaba sus creencias centrales de ser una persona defectuosa e incompetente. Se castigaba con un diálogo crítico interno y después bebía cerveza para aliviarse de su estado depresivo.

En otra ocasión, le pidió dinero a su hermano para asistir a un curso en la universidad. Su hermano se negó y lo criticó por no trabajar. Archie pensó, “No tengo dinero, y esto no va a cambiar”. Identificó el significado latente de este pensamiento como “no valer nada” e “incompetencia”. Se sentía avergonzando por sus fracasos y por la presión de su hermano para que trabajara más duro, culpable por no haber logrado más y ansioso sobre el futuro. Se alejó obsesionado y preocupado por el futuro y más tarde bebió.

En una situación en que la casamentera local le había dicho que aún no encontraba una persona para él, Archie inmediatamente pensó, “Ninguna mujer aceptable me quiere porque estoy de diez a quince años atrasado en mi vida. Soy un fracaso”. El significado latente de este pensamiento automático era sumamente autocrítico: “Soy un hombre de menor calibre de lo que creía”. La culpa y la vergonzosa humildad por estas percepciones lo llevaron a una conducta de auto-culpabilización y a lo que él llama “auto-abandono”, una falta de preocupación por el yo hasta darlo por perdido.

Frecuentemente Archie experimenta negativamente las situaciones y los eventos, lo que gatilla pensamientos negativos auto-desvalorizantes de fracaso y deficiencia. Se llegó a la conclusión de que éstos nacían de esquemas centrales basados en sentirse incompetente/defectuoso/ incapaz de ser amado e incapaz de

estar a la altura de los estándares implacables que se le exigían. Cree en la afirmación: “Tengo que rendir y alcanzar logros para ser un ser humano exitoso”. Trata de compensar sus creencias de deficiencia e incompetencia planificando en exceso, preocupándose, obsesionándose y realizando rituales. Los comportamientos propios de su TOC (revisión incesante de eventos, revisión interminable del trabajo realizado, realización de rituales) fueron considerados estrategias compensatorias de su creencia de ser una persona defectuosa.

El uso de alcohol de Archie se relaciona con su depresivo núcleo central de creencias en el que cuando fracasan las estrategias obsesivas y el afecto se vuelve intolerable se automedica a través de la bebida. Puesto que su consumo de alcohol alivia los síntomas de ansiedad y depresión al menos temporalmente, y genera euforia y sensaciones subjetivas relajantes asociadas con el alcohol, éste puede considerarse muy gratificante y atractivo en comparación con el castigo que sobrevendría más tarde, cuando otros o el propio Archie criticaran su consumo.

La naturaleza de refuerzo propia del alcohol afecta no sólo los comportamientos manifiestos, sino también los pensamientos y las expectativas. La teoría del aprendizaje social enfatiza el rol de la cognición en el manejo de las situaciones y la conducta. En la medida en que una persona tiene habilidades efectivas de afrontamiento y considera adecuada su capacidad de ejercer esas habilidades, eso contribuye a las expectativas de la persona para enfrentar una situación dada (Rotgers, 1996). Archie carece de estrategias adecuadas de afrontamiento para manejar emociones y pensamientos negativos. Más aún, debido a sus creencias centrales depresivas, tiene bajas expectativas sobre su propia capacidad para afrontar situaciones de manera saludable. Al parecer, en Archie operaban pensamientos automáticos que señalaban que el ansia de beber era una forma de afrontar las emociones negativas.

Archie describe a su padre como una persona exigente e implacable en cuanto a lo que esperaba de él. El padre quería que

siguiera sus pasos y fuera médico. No podía aceptar la mediocridad de Archie. Si sacaba notas menos que perfectas o no rendía bien en sus actividades atléticas, Archie recibía desaprobación y desdén. También describe a su madre como persona exigente, y además incapaz de modular las exigencias de su esposo, o reticente a hacerlo. Del mismo modo, es probable que debido a la gran diferencia de edad entre Archie y sus hermanos (y sus padres), se esperaba que Archie se comportara como un adulto más en el contexto familiar. Los comportamientos infantiles “no eran tolerados realmente” en la familia. Estas experiencias probablemente ayudaron a crear y mantener sus creencias centrales de ser alguien defectuoso/que no puede ser amado e incompetente/fracasado, además de generar estándares implacables. La emigración a culturas diferentes, donde Archie fue aislado y ridiculizado por ser extranjero, también aumentó sus dificultades y reforzó sus creencias centrales.

Predijimos dos obstáculos principales en su tratamiento. El primero tenía relación con su TOC. El PACT no tiene los recursos para tratar el TOC de manera apropiada. Era evidente que el medicamento de Archie no controlaba adecuadamente sus síntomas de TOC, a pesar de su alta dosis. Aunque sus esquemas centrales depresivos fueron conceptualizados como el locus de las dificultades de Archie, y el TOC como algo más secundario y de naturaleza compensatoria, estaba claro que necesitaba tratamiento para este trastorno. Se esperaba que fuera difícil encontrar un tratamiento conductual para él dentro de su limitado presupuesto. La falta de tratamiento conductual para el TOC afectaría el tratamiento planeado para el alcoholismo y la depresión, y se lo identificó como un obstáculo potencial.

La meta de tratamiento elegida por Archie era otro obstáculo potencial. No estaba interesado en la abstinencia; no creía ser capaz de tener éxito si el tratamiento suponía dejar de beber. El contemplaba la moderación como meta del tratamiento. Sin embargo, dada su historia familiar de alcoholismo y psicopatología y sus propios problemas psiquiátricos, no nos sentíamos

optimistas respecto de sus probabilidades de llegar a beber controladamente y esperábamos que eso resultaría ser un obstáculo.

Había cuatro metas principales de tratamiento para Archie:

1. Reducir el consumo abusivo de alcohol a un nivel controlado y moderado. Se acordó intentar esta meta durante un período de treinta días. Si luego de treinta días se veía claramente que el consumo moderado sería demasiado difícil de lograr, se reevaluaría esta meta.

En cuanto a sus metas, Archie aceptó beber dentro de los límites basados en el programa de consumo controlado de alcohol o de Sanchez-Craig (1993) y el Programa de manejo de la moderación [Moderation Management Program] (Kishline, 1994). El consumo de alcohol se redujo a no más de cinco días por semana (dos días de abstinencia) y a no más de cuatro medidas estándar diarias. Se emplearon técnicas de manejo de la moderación tales como controlar el ritmo de consumo, estimar y monitorear el nivel de alcohol en la sangre y ampliar el rango de amigos y actividades que no involucraran beber.

El entrenamiento de habilidades de afrontamiento es una terapia efectiva para el alcoholismo. Se usaron partes del programa de entrenamiento de habilidades de afrontamiento desarrollado por Monti, Abrams, Kadden y Cooney (1989) para ayudar a Archie a afrontar sus deseos y ansias (craving) por consumir alcohol, controlar sus pensamientos sobre el consumo, y habilidades para rechazar tragos, recibir críticas sobre el consumo y críticas en general, desarrollar apoyos para cuando estuviera sobrio y para planificar situaciones de alto riesgo y enfrentar emergencias. Por ejemplo, Archie recibió ayuda para desarrollar un plan de cómo manejaría situaciones con sus amigos en las cuales se sintiera tentado a beber demasiado. Luego, él y su terapeuta realizaron un juego de roles en el que representaron la forma como llevaría a cabo dichos planes.

Finalmente, se realizaron discusiones racionales sobre pensamientos positivos relacionados con el consumo y sobre pensamien-

tos positivos que asocian el consumo con el alivio de emociones negativas. En este procedimiento terapéutico cognitivo-conductual, al cliente se le enseña cómo identificar creencias centrales irracionales y cuestionarlas con contraargumentos racionales y objetivos. Así, a Archie se le enseñó a recordar que habría consecuencias que después lo afectarían si ahora bebía demasiado.

2. Identificar y cuestionar pensamientos irracionales y creencias depresivas de sesgo negativo. Conceptualizamos el problema primario de Archie como creencias centrales negativas sobre su propio valor y la competencia de su conducta. Young, Beck y Weinberger (1993) desarrollaron un tratamiento de dos fases para la depresión, aplicable al caso de Archie. En la primera fase, se efectúa un entrenamiento sobre la relación cognición-emoción-conducta. Se identifica que los pensamientos irracionales son desencadenados por eventos activadores. Se identifican las emociones asociadas a los pensamientos irracionales y se califican (escala 0%-100%). Se etiquetan las emociones (pensamiento dicotómico, adivinación del futuro, magnificación, minimización, etc.) y luego se las contrasta con pensamientos más racionales. Luego, una vez más se le asigna un valor a la creencia en el nuevo pensamiento más racional. Se utilizó el registro de pensamientos de Burns (1989) incluido en *El manual de ejercicios para sentirse bien* [Feeling Good Handbook] debido a su facilidad de uso. Se usaron capítulos de este Manual para mostrar cómo identificar y cuestionar las creencias irracionales.

La segunda fase del tratamiento de Young et al. (1993) se concentra en los esquemas (es decir, las creencias centrales). Se dieron explicaciones sobre el uso de los esquemas para organizar, recordar, evocar y filtrar información. Se usó el *Diagrama de conceptualización cognitiva* [Cognitive Conceptualization Diagram] de Beck (1995) como una ayuda para la conceptualización de esquemas y para que Archie comprendiera sus creencias centrales y cómo influían en su conducta y estado de ánimo. Después de conceptualizar sus creencias centrales, Archie desarrolló el “plan antiguo-plan nuevo” descrito por Persons (1989) para ilustrarse a

sí mismo su patrón cognitivo-emocional de conducta y le sirviera como referencia para el futuro.

3. Aumentar las actividades realizadas estando sobrio. Archie se lo alentó a buscar y participar en en nuevas actividades que le parecieran placenteras y que pudieran llevarse a cabo sin alcohol. Preparó una lista, incluso diversas actividades que incluían conocer a nuevas personas y mujeres.

4. Tratar el TOC. Esta meta consideraba dos componentes. El primero era determinar si sería apropiado reemplazar el antidepresivo de Archie por otro medicamento desarrollado más recientemente. La principal justificación de esta medida fue que Archie estaba experimentando dificultades eréctiles asociadas con el medicamento. Además, estaba tomando la dosis máxima, y su TOC se mantenía bastante activo.

El segundo componente de esta meta era derivar a Archie a una terapia conductual dirigida específicamente al TOC, lo que no estaba disponible en el PACT. El uso combinado de medicamentos con terapia conductual se recomienda en casi todos los casos de TOC porque los medicamentos son efectivos para reducir la severidad de sólo un promedio de un 67% de los síntomas (Janicak, Davis, Preskorn y Ayd, 1993).

RESULTADO DEL TRATAMIENTO Y PREOCUPACIONES FUTURAS

Archie monitoreó diariamente su consumo de alcohol. Mantuvo registros excelentes, anotando el consumo según tipo de bebida (típicamente cerveza o alcohol de arroz, ocasionalmente whisky). Su línea de base antes del tratamiento era cincuenta y dos bebidas estándar por semana con un consumo diario durante al menos nueve meses. Archie pudo cortar su nivel de consumo a la mitad, con al menos dos o tres días sin consumo durante la semana. A través del curso del tratamiento, hasta este momento, ha continuado experimentando un día de consumo “excesivo”. (“Excesivo” es el término de Archie y significa cinco tragos en un día). Se debe

hacer notar que con frecuencia llegaba a la terapia criticándose severamente por no alcanzar su meta. Utilizaba su autocondenación para destacar sus esquemas de incompetencia y estándares implacables. Le era muy difícil aprender las nuevas habilidades de manejo de la moderación y permitirse experimentar errores. También ha tendido a imponerse una meta nueva más restrictiva (habitualmente menos tragos por día) cuando ha excedido su meta, lo que una vez más ha sido terreno propicio para exponer y disputar sus creencias poco sanas.

Las situaciones típicas en las que Archie bebía demasiado incluían ir a cenar o a algún bar con un compañero que bebía con él, o con sus primos. El entrenamiento de habilidades para rechazar tragos y la planificación para esta situación riesgosa han ayudado a Archie a limitar su consumo excesivo a un trago por sobre el límite diario recomendado (superando los cinco tragos solamente una vez en casi tres meses). Estando en compañía de otros que hablaban sobre el trabajo, la escuela u otras actividades que parecen reflejar logros, Archie tendía a pensar privadamente en su propia falta de logros, se sentía avergonzado y luego bebía para combatir la ansiedad. Además de cuestionar sus pensamientos negativos y revelar la relación con sus esquemas de incompetencia y defectuosidad, también empleamos juegos de roles para representar situaciones sociales temidas por Archie basadas en una jerarquía de situaciones generadoras de ansiedad que él mismo desarrolló.

La depresión de Archie fue monitoreada mediante el *Inventario de depresión de Beck* (IDB) [Beck Depression Index]. El IDB de Archie al comienzo del tratamiento fue de 26, lo que representa una depresión moderadamente severa. Así como hizo con el registro de su consumo de alcohol, Archie cumplió con llevar un registro de sus pensamientos y sus estados de ánimo como tareas para la casa. Llegó a ser muy hábil para identificar y cuestionar sus pensamientos irracionales. Sus puntajes de IDB bajaron a un ritmo constante en un período de varios meses, hasta llegar a valores dentro de los límites normales para personas no deprimidas clínicamente (con un IDB de 7 u 8).

Conseguir tratamiento para el TOC de Archie fue más difícil de lo que se había previsto. Su psiquiatra se oponía a que bebiera, sin importar la cantidad. Cuando el terapeuta consultó al psiquiatra sobre el caso, éste simplemente no estuvo de acuerdo con la idea de que el consumo moderado era una meta razonable para Archie. Tampoco quiso considerar cambiar la medicación de Archie a un nuevo SSRI a pesar de la continuación de los síntomas de OCD y la disfunción sexual del cliente. Durante la sexta semana de tratamiento, Archie llegó a la terapia visiblemente abatido. Había visto al psiquiatra el día anterior. Este le dijo que no lo seguiría tratando si continuaba bebiendo a cualquier nivel. Salió de la oficina del psiquiatra, buscó un amigo con quien beber y se emborrachó. Esa tarde bebió más que durante cualquier otro momento del tratamiento. Experimentó lo que Alan Marlatt (1985) ha llamado efecto de violación de la abstinencia, que se refiere a renunciar a la sobriedad (o, en el caso de Archie, al consumo controlado) en caso de beber, sin importar la cantidad. Asimismo, Archie reportó que el psiquiatra se negaría a derivarlo a terapia conductual mientras continuara bebiendo.

Este evento fue un claro desencadenante de las creencias centrales de Archie. Las figuras de autoridad, como los psiquiatras, reciben una alta valoración en Corea y en los países asiáticos (BokLim, 1996). Al procesar este evento activador, Archie reveló que el psiquiatra le recordaba a su padre y su trato severo. El evento desencadenó sus creencias de que era “incompetente” y “defectuoso”. Tomó un tiempo, pero finalmente buscó un psiquiatra que aceptara su meta de beber moderadamente. El nuevo psiquiatra cambió el medicamento de Archie por Luvox, que ha sido beneficioso porque ha reducido la severidad de su TOC y le ha devuelto el funcionamiento sexual. Un psicólogo en práctica en Rutgers que se especializaba en desórdenes de ansiedad comenzó con él un tratamiento conductual para su TOC.

También ha aumentado su nivel de actividad. Se ha reconectado con algunos amigos que no beben. También se unió a un grupo de autoayuda de Manejo de la Moderación, que se reúne semanalmente en las oficinas del PACT. Además, ingresó a un grupo de TOC en Rutgers.

Aunque varias de las metas están en proceso de ser cumplidas, es probable que la terapia continúe por algún tiempo. Archie ha hecho avances, pero sus creencias centrales negativas se mantienen relativamente arraigadas y se requerirá tiempo adicional para liberarlas. Asimismo, a pesar de que ha reducido el consumo de alcohol, ha aumentado sus días de abstinencia y está ejerciendo mayor control sobre el consumo cuando bebe, sigue habiendo días en los cuales bebe en exceso. Hemos comenzado a tomar medidas para corregir esto mediante un monitoreo más preciso del nivel estimado de alcoholemia [blood alcohol level, BAL]. A Archie se le ha entregado una tabla de alcoholemia para su género y su peso. La alcoholemia cambia en función del consumo de alcohol con respecto al tiempo. La meta de Archie es mantener una alcoholemia no mayor a 0,055. El estado de ebriedad legal en New Jersey y en la mayoría de los estados comienza a partir de 1,00. Mantener una alcoholemia de no más de 0,055 es una recomendación segura y relativamente saludable adoptada por el programa de Manejo de la Moderación (Kishline, 1994). Para que Archie pueda mantenerse dentro de los valores recomendados por este programa, deberá controlar su nivel superior de cuatro tragos al día durante un período de cuatro y media a cinco horas.

Aunque el terapeuta de Archie al comienzo estaba escéptico sobre su capacidad de controlar el consumo y pasar de ser dependiente del alcohol a ser un bebedor moderado, Archie ha hecho avances sustantivos para acercarse no sólo a esta meta sino también a otras, como reducir sus síntomas depresivos y ansiosos. Aún no ha llegado a la “perfección” en su consumo controlado, pero está claro que ha progresado mucho en este sentido. A medida que continúe en tratamiento y lo complementa, por ejemplo uniéndose al grupo de Manejo Moderado, esperamos que sea capaz de alcanzar sus metas.

El expresó explícitamente su deseo de controlar el consumo de alcohol. Es importante destacar que, para él lograr una moderación estable en lugar de la abstinencia reflejaba un reconocimiento tácito de su esquema de estándares implacables: “Dejar de beber para mí es como dejar de comer una de mis comidas favoritas. Si sé que puedo

beber un poco, puedo hacerlo. Con un consumo moderado siento que tengo el control. Si me pongo un estándar demasiado alto y no puedo cumplirlo, me siento muy mal”. Tratar de lograr la sobriedad y fallar aumenta el riesgo de sentirse débil, incompetente y sin valor. “Si no puedo dejar el alcohol, ¿qué puedo lograr entonces? Me culpo a mí mismo”.

Si la meta del tratamiento hubiera sido la abstinencia, es probable que al principio Archie la hubiera cumplido, pero cualquier fracaso posterior en la mantención de una abstinencia perfecta habría sido una nueva confirmación de que era incompetente y falta de valor. Exigir la abstinencia hubiera sido una barrera para el tratamiento efectivo de Archie, y es probable que lo habría abandonado por completo.

Sobell y Sobell (1995) concluyen que la elección de metas puede ser relevante para captar el interés del consumidor. Los enfoques de moderación pueden ser claves para alentar a los bebedores problema a acercarse a los servicios de apoyo y también para reducir las consecuencias dañinas del consumo problemático de alcohol.

La autoselección de las metas de tratamiento puede ayudar mejor a los clientes a cumplirlas porque pueden sentirse más motivados, más capacitados para asumir la responsabilidad por su conducta y, lo que es muy importante, es probable que ellos mismos se comprendan mejor que sus terapeutas (Sobell, Sobell, Bogardis, Leo y Skinner, 1992). Exigir la abstinencia puede amplificar los problemas con el alcohol del bebedor y plantear una barrera para el tratamiento (Cunningham, Sobell, Sobell, Agrawal y Toneatto, 1993). El psiquiatra de Archie le dijo que podía resolver su problema con el alcohol solamente admitiendo su alcoholismo y apuntando a la meta de la abstinencia. De haber sido ésa su única opción, probablemente hubiera seguido bebiendo y habría llegado a ser un alcohólico con una dependencia severa.

En resumen, Archie ha hecho avances significativos al afrontar una serie de problemas psiquiátricos debilitantes. Durante el curso de este tratamiento quedó claro que algunos de sus problemas (o al menos su exacerbación) derivaban directamente de la posición de

su psiquiatra con respecto a su consumo. Archie es un hombre cuya creencia central sobre sí mismo es que es ineficaz e incompetente. Al trabajar con él, permitiéndole escoger sus metas de consumo, apoyando sus elecciones y proporcionándole un entorno en el cual pudiera desarrollar una mayor autoeficacia con respecto al consumo, se le dio también la oportunidad de experimentar un alivio de muchos de sus síntomas depresivos. Aunque en ningún caso está libre de problemas, ha logrado progresar de modo significativo como resultado de un enfoque terapéutico que lo respetó como un ser humano capaz de tomar decisiones propias y de ponerse metas de tratamiento razonables.

Comentario

Por Andrew Tatarsky

La historia de Archie ilustra nuevamente cómo un enfoque de reducción de daños que respeta la meta del cliente de moderar su consumo y su capacidad de utilizar la terapia sin dejar de beber, llevaron a un resultado exitoso que otros enfoques orientados a la abstinencia no consiguieron. Esta es una historia emotiva sobre un hombre que se fue volviendo cada vez más dependiente del alcohol como una forma de afrontar sus problemas de toda la vida con la depresión, la ansiedad y el trastorno obsesivo compulsivo. Al acercarse a la adultez temprana, sufrió una serie de severos problemas sociales y pérdidas relevantes, seguidos uno a uno por un recrudecimiento de su depresión y un aumento de consumo de alcohol. En el desarrollo de su historia, vemos claras relaciones entre estos problemas actuales y una niñez que incluyó un cambio de país al trasladarse de su Corea nativa a Japón, lugar donde no hablaba el idioma, no tenía amigos y era el blanco de las burlas de los compañeros y de la familia. Su familia, en particular su padre, le ordenaron tragarse sus sentimientos y tener un buen rendimiento escolar. Esto es común en personas que desarrollan problemas con sustancias y puede contribuir a su vulnerabilidad a esos problemas. Cuando los padres no le enseñan al niño formas efectivas de manejar sentimientos

difíciles y situaciones desafiantes, esos sentimientos posteriormente pueden resultar amenazantes o abrumadores e inmanejables. En la experiencia de Archie, él recibió tempranamente el mensaje de que los sentimientos propios son inválidos o indican su propia inadecuación. El resultado es que los sentimientos se experimentan como abrumadores, poco claros y, por lo tanto, vergonzosos y contrarios para la sobrevivencia. Enfrentado a esta mezcla de sentimientos, el individuo busca mecanismos para afrontar la situación, para resolver el problema. Para conseguirlo, Archie confió primero en sus comportamientos obsesivos y compulsivos como forma de manejar la intensidad que experimentaba y, cuando le fallaron, encontró en el alcohol una herramienta para controlar su ansiedad y depresión.

Archie adolecía tanto de un alto nivel de dependencia alcohólica como de una serie de problemas psiquiátricos serios, cuando acudió en busca de ayuda. La historia revela cómo logró reducir sustancialmente su consumo diario desde un nivel muy alto, y con consecuencias negativas severas, hasta a un nivel bastante bajo y con un mínimo impacto en sus responsabilidades diarias y sus estructuras. La terapia lo ayudó a reducir significativamente la severidad de los problemas psiquiátricos que presentaba al iniciar el tratamiento, mientras continuaba bebiendo.

Esta historia ilustra cómo las técnicas cognitivo-conductuales pueden ser muy útiles para ayudar a las personas a desarrollar herramientas para cambiar su comportamiento de uso de sustancias. También cuestiona dos creencias tradicionales sobre el tratamiento de los usuarios problemáticos de sustancias. La visión tradicional es que los individuos dependientes del alcohol no pueden aprender a controlar su consumo, y que cualquier esfuerzo por hacerlo es simplemente una negación de la verdadera naturaleza del alcoholismo: es decir, que el consumo de alcohol en cualquier grado inevitablemente llevará a la pérdida de control y a los problemas derivados de ella. De hecho, la experiencia de Archie muestra justamente lo contrario. Antes de que encontrara este tratamiento, la insistencia de su psiquiatra en la abstinencia sólo produjo una escalada de su consumo y una exacerbación de sus problemas psiquiátricos. Sólo

después de encontrar el enfoque de reducción de daños fue capaz de entrar al tratamiento de manera significativa y de comenzar a hacer avances en el afrontamiento de su problema de consumo de alcohol.

El caso de Archie contradice la visión tradicional de que las personas con problemas de consumo de alcohol no pueden resolver sus problemas psiquiátricos hasta que hayan dejado de beber. Esto se basa en la suposición de que el uso activo de sustancias interfiere en la receptividad del cliente a la psicoterapia y a la farmacoterapia. Este caso muestra de manera poderosa algo que he visto en innumerables ocasiones en mi propia experiencia profesional: muchas personas utilizan ventajosamente la psicoterapia para enfrentar una amplia gama de problemas emocionales y de su estilo de vida, no sólo sin dejar de usar sustancias sino muchas veces como un prerrequisito para modificar su uso. Dada la gran diversidad de personas con problemas de uso de sustancias, la pregunta sobre quiénes pueden y quiénes no pueden beneficiarse del tratamiento mientras continúan activamente usando sustancias debe abordarse individualmente con cada cliente, sobre la base del trabajo colaborativo entre el cliente y su terapeuta. Si durante la experiencia real del paciente en la terapia se observa que el uso de sustancias está interfiriendo en el proceso, es más probable que el cliente lo acepte que si esa medida es simplemente una opinión del terapeuta al comienzo del tratamiento.

Referencias

Alcoholics Anonymous (1976). Alcoholics Anonymous. 3rd ed. New York: Alcoholics Anonymous World Services. Alcoholics Anonymous (n.d., presumably 1990). Comments on AA's triennial surveys. New York: Alcoholics Anonymous World Services.

American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and Statistical Manual (4th ed.). Washington, D.C.: American Psychiatric Association.

Babor, T. F., Hofmann, M., DelBoca, F. K., Hesselbrock, V., Meyer, R. E., Dolinsky, Z. S., and Rounsaville, B. (1992). Types of alcoholics, I. Evidence for an empirically derived typology based on indicators

of vulnerability and severity. *Archives of General Psychiatry*, 49: 599608.

Beck, J. S. (1995). *Cognitive Therapy: Basics and Beyond*. New York: Guilford Press.

BokLim, C. K. (1996). Korean families. In M. McGoldrick, J. Giordano, and J. K. Pearce (Eds.). *Ethnicity and Family Therapy*. 2nd ed. (pp. 281-294). New York: Guilford Press.

Booth, P. G., Dale, B. and Ansari, J. (1984). Problem drinkers' goal choice and treatment outcome: A preliminary study. *Addictive Behaviors*, 9: 357-364.

Booth, P. G., Dale, B., Slade, P. D., and Dewey, M. E. (1992). A followup study of problem drinkers offered a goal choice option. *Journal of Studies on Alcohol* 53: 594-600.

Burns, D. D. (1989). *The Feeling Good Handbook*. New York; Plume.

Burweli, L. (1995). *Handbook of Psychiatric Drugs*. Fountain Valley, CA: Current Clinical Strategies Publishing.

Caddy, G. R., Addington, H. J., and Perkins, D. (1978) Individualized behavior therapy for alcoholics: A third year independent doubleblind followup. *Behavior Research and Therapy*, 16: 345-362.

Carey, K.B. and Carey, M.P. (1990). Enhancing the treatment attendance of mentally ill chemical abusers. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 21: 205-209.

Cloninger, C. R. (1987). Neurogenetic mechanisms in alcoholism. *Science*, 236: 410-416.

Cunningham, J. A., Sobell, L. C., Sobell, M. B., Agrawal, S., and Toneatto, T. (1993). Barriers to treatment: Why alcohol and drug abusers delay or never seek treatment. *Addictive Behaviors*, 18: 347-353.

Davies, D. L. (1962). Normal drinking in recovered alcoholic addicts. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 23: 94-104,

Ditman, K. S., Crawford, G. C., Forgy, E. W., Moskowitz, H., and MacAndrew, C. (1967). A controlled experiment on the use of court probation for drunk arrests. *American Journal of Psychiatry*, 124(2): 646-7.

Foy, D. W., Nunn, L. B., and Rychtarik, R. G. (1984). Broad spectrum treatment for chronic alcoholics: Effects of training controlled

drinking skills. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52: 218230.

Glatt, M. M. (1995). Comments on Sobell and Sobell's editorial "Controlled drinking after 25 years: how important was the great debate?" *Controlled drinking after a third of a century. Addiction*, 90: 11571160.

Glover, Edward G. (1928). *The Aetiology of Alcoholics in Proceedings of the Royal Society of Medicine*, vol. 27, pp. 13511355.

Graber, R. A., and Miller, W. R. (1988). Abstinence or controlled drinking goals for problem drinkers: A randomized clinical trial. *Psychology of Addictive Behaviors*, 2: 2033.

Heather, N., and Robertson, I. (1983). *Controlled Drinking*. Rev. ed. Cambridge: Cambridge University Press.

Heather, N. (1995). Brief intervention Strategies. In R. K. Hester and W. R. Miller (Eds.). *Handbook of Alcoholism Treatment Approaches; Effective Alternatives*. 2nd ed. (pp. 105/122). Boston: Allyn and Bacon.

Heather, N., Wodak, A., Nadelman, E., and O'Hare, P. (Eds.). (1993). *Psychoactive Drugs and Harm Reduction: From Faith to Science*. London: Whurr Publishers.

Helzer, J. E., Robins, L. N., Taylor, J. R., Carey, K., Miller, R. H., CombsOrme, T., and Farmer, A. (1985). The extent of longterm moderate drinking among alcoholics discharged from medical and psychiatric treatment facilities. *New England Journal of Medicine*, 312: 1678/1682.

Hester, R. K. and Miller, W. R. (Eds.) (1995). *Handbook of Alcoholism Treatment Approaches: Effective Alternatives*. 2Nd ed. Boston: Allyn and Bacon.

Institute of Medicine (1990). *Broadening the Base of Treatment for Alcoholic Problems*. Washington, DC: National Academy Press.

R. Janicak, P. G., Davis, J. M., Preskorn, S. H., and Ayd, F. J. (1993). *Principles and Practice of Psychopharmacotherapy*. Baltimore, MD: Williams and Wilkins.

Jellinek, Emil M. (1946). Phases in the drinking history of alcoholics. Analysis of a survey conducted by the official organ of

Alcoholics Anonymous. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 7: 1/88.

Kernberg, O. (1998). *Severe Personality Disorders: Psychotherapeutic Strategies*. New Haven: Yale University Press.

Keso, L., and Salaspuro, M. (1990). Inpatient treatment of employed alcoholics: A randomized critical trial of Hazeldentype traditional treatment. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 14: 584/589.

Khantzian, E. J. (1975). Self-selection and progressions in drug dependence. *Psychiatry Digest*, 10: 19/22.

Khantzian, E. J. (1985). The self medication hypothesis of addictive disorders. *American Journal of Psychiatry*, 142 (11): 1259/1264.

Khantzian, E. J. (1995). Alcoholics Anonymous—cult or corrective: A case study. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 12: 157/165.

Khantzian, E. J., and Mack, J. E. (1994). How AA works and why it is important for clinicians to understand. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 11, 77/92.

Kishline, A. (1994). *Moderate Drinking: The Moderation Management Guide for People Who Want to Reduce Their Drinking*, New York: Three Rivers Press.

Lazarus, A. A., and Lazarus, C. N. (1991). *Multi Modal Life History Inventory*. Champaign, IL: Research Press.

Marlatt, G. A., and Tapert, S. F. (1993). HarmReduction: Reducing the Risks of Addictive Behaviors. In J.S. Baer, G.A. Marlatt, and R.J. McMahon (Eds.). *Addicnve Behaviors Across the Life Span: Prevention, Treatment and Policy Issues* (pp. 243/273). Newbury Park, CA: Sage.

Marlatt, G. A., and Cordon, J. R. (Eds.). (1985). *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment ofAddictive Behaviors*. New York: Guilford Press.

Marlatt, G. A. (1985). Relapse prevention: Theoretical rational and overview of the model. In G. A. Marlatt and J. R. Cordon (Eds.). *Relapse Prevention*. New York: Guilford.

Miller, W. R., and Marlatt, G. A. (1984). *Manual for the Comprehensive Drinker Profile*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.

- Monti, P. M., Abrams, D. B., Kadden, R. M., and Cooney, N. (1989). *Treating Alcohol Dependence*. New York: Guilford.
- Monti, P. M., Rohsenow, D. J., Colby, S. M., and Abrams, D. B. (1995). Coping and social skills training. In R. K. Hester and W. R. Miller (Eds.), *Handbook of Alcoholism Treatment Approaches: Effective Alternatives*. 2nd ed. (pp. 221/241). Boston: Allyn and Bacon.
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (1999). [OnLine] Available: <http://silk.nih.gov/silk/niaaal/database/abdepl.txt>.
- Nordstrom, G., and Berglund, M. (1987). Aging and recovery from alcoholism. *British Journal of Psychiatry*, 151: 382/388.
- Nordstrom, G., and Berglund, M. (1987). A prospective study of successful longterm adjustment in alcohol dependence: Social drinking versus abstinence. *Journal of Studies on Alcohol*, 48: 95/103.
- Pendery, M. L., Maltzman, I. M., and West, L. J. (1982). Controlled drinking by alcoholics? New findings and a reevaluation of a major affirmative study. *Science*, 217: 169/175.
- Persons, J. B. (1989). *Cognitive Therapy in Practice: A Case Formulation Approach*, New York: Norton.
- Project MATCH Research Group (1997). Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH post-treatment drinking outcomes. *Journal of Studies on Alcohol*, 58: 7/29.
- Raistrick, D., Dunbar, G., and Davidson, R. (1983). Development of a questionnaire to measure alcohol dependence. *British Journal of Addiction*, 78: 89/95.
- Roizen, R. (1987). The great controlled drinking controversy. In M. Galanter (Ed.). *Recent Developments in Alcoholism*, vol. 5 (pp. 246/279). New York; Plenum.
- Rosenberg, H., and Davis, L.A. (1994). Acceptance of moderate drinking by alcohol treatment services in the United States. *Journal of Studies on Alcohol*, 55: 167/172.
- Rosenberg, H., Melville, J., Levell, D., and Hodge, J. E. (1992). A 10 year follow-up survey of acceptability of controlled drinking in Britain. *Journal of Studies on Alcohol* 53: 441/446.

- Rosenberg, H. (1993).** Prediction of controlled drinking by alcoholics and problem drinkers. *Psychological Bulletin*, 113: 129/139.
- Rotgers, R. (1998).** Using harm reduction in treating problem drinkers. In L. Van DeCreek (Ed.). *Innovations in Clinical Practice* (p. 16). Odessa Fla: Professional Resource Exchange.
- Rotgers, F. (1996).** Behavioral theory of substance abuse treatment: Bringing science to bear on practice. In F. Rotgers, D. S, Keller, and J. Morgenstern (Eds.). *Treating Substance Abuse: Theory and Technique* (pp. 174/201). New York: Guilford Press.
- Rothschild, D. (1995).** Working with addicts in private practice: Overcoming initial resistance. In A. Washton (Ed.). *Psychotherapy and Substance Abuse; A Practitioner's Handbook* (pp, 192/203). New York: Guilford Press.
- Rounsaville, B. (1992).** Types of alcoholics, I. Evidence for an empirically derived typology based on indicators of vulnerability and severity. *Archives of General Psychiatry*, 49: 599/608.
- Rychtarik, R. G., Foy, D. W., Scott, T., Lokey, L., and Prue, D, M. (1987).** Five-six year follow-up of broad-spectrum behavioral treatment for alcoholism: Effects of training controlled drinking skills. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55: 106/108.
- Sanchez-Craig, M. (1993).** *Saying When: How to Quit Drinking or Cut Down*. 2nd ed. Toronto: Addiction Research Foundation.
- Sanchez-Craig, M., Annis, H. M., Bornet, A. R., and MacDonald, K. R. (1984).** Random assignment to abstinence and controlled drinking: Evaluation of a cognitive behavioral program for problem drinkers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52: 390/403.
- Sanchez-Craig, M., and Lei, H. (1986).** Disadvantages to imposing the goal of abstinence on problem drinkers: An empirical study. *British Journal of Addiction*, 81: 505/512.
- Seltzer, M. L. (1971).** The Michigan Alcoholism Screening Test: The quest for a new diagnostic instrument. *American Journal of Psychiatry*, 127: 1653/1658.
- Sobell, M. B., and Sobell, L. C. (1995).** Controlled drinking after 25 years: How important was the great debate? *Addiction*, 90: 1149/1153.

- Sobell, M. B., Sobell, L. C., Bogardis, J., Leo, G. I., and Skinner, W. (1992). Problem drinkers' perceptions of whether treatment goals should be self-selected or therapist-selected. *Behavior Therapy*, 23: 43/52.
- Sobell, M. B., and Sobelli, L. C. (1973). Alcoholics treated by individualized behavior therapy; One year treatment outcome. *Behavior Research and Therapy*, 11: 599/618.
- Sobell, M. B., and Sobell, L. C. (1976). Second-year treatment outcome of alcoholics treated by individualized behavior therapy: Results. *Behavior Research and Therapy*, 14: 195/215.
- Sobell, L. C., and Sobell, M. B. (1992). Time line follow back: A technique for assessing self-reported alcohol consumption. In R. Z. Litten and J. P. Alien (Eds.). *Measuring Alcohol Consumption: Psychological and Biochemical Methods* (pp.41/72). Totowa, NJ: Humana Press.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (1999).** The treatment episode data set (TEDS): 1992/1997 national admissions to substance abuse treatment services. Rockville, MD: SAMHSA.
- Tatarsky, A. (1998). An integrative approach to harm reduction psychotherapy: A case of problem drinking secondary to depression. *In-Session: Psychotherapy in Practice*, 4: 9/24.
- United States Department of Health and Human Services. (1997).** Ninth special report to the U.S. congress on alcohol and health. National Institute of Health No. 97 4107.
- Wallace, B. C. (Ed.). (1992). *The Chemically Dependent; Phases of Treatment and Recovery*. New York: Brunner/Mazel.
- Young, J. E., Beck, A.T., and Weinberger, A. (1993). Depression. In D. Barlow (Ed.). *Clinical Handbook of Psychological Disorders*. 2nd ed. (pp. 240/277). New York: Guilford Press.
- Young, J. E. (1990). *Cognitive Therapy for Personality Disorders: A Schema-Focused Approach*. Sarasota, FL: Professional Resource Exchange.

LA CONFIANZA Y LA RELACIÓN TERAPÉUTICA COMO PIEDRAS ANGULARES DE UNA PSICOTERAPIA EXITOSA

Michael: Un Equilibrio Delicado

Por Gail Hammer

Hasta hace poco la visión predominante en los tratamientos tradicionales de drogas y alcohol consistía en enfatizar lo que los usuarios de drogas tienen en común, considerándolo como foco central del tratamiento. El tema predominante era el uso de drogas excesivo o autodestructivo. Las diferencias entre los usuarios de drogas se consideraban irrelevantes o, peor aún, se consideraban pequeñas distracciones de la tarea central, que era ayudar a las personas a dejar de usar drogas. El hecho de que una persona dijera que había usado drogas para aliviar su depresión por ser VIH positivo y que otra dijera que las drogas tal vez aplacaban sus tendencias homicidas o suicidas, sería considerado fuera de lugar. Las consideraciones individuales se interpretaban como formas de justificar el uso de drogas, y se tenían como algo irrelevante frente al desafío de dejarlas. Se consideraban evidencia de que el usuario de drogas deseaba parecer diferente al resto de los adictos, en lugar de aceptar que todos los adictos tienen un trastorno o enfermedad común que requiere el mismo tratamiento. El deseo de parecer especial o único se interpretaba como sintomático de la justificación para continuar consumiendo, en lugar de verse como un deseo serio de resolver problemas importantes y relevantes.

Con frecuencia escuchamos hablar sobre la grandiosidad del adicto, quien tiene un sentido del yo poco realista o sobredimensionado, una sensación de merecer un tratamiento especial. Esta idea se ha popularizado mediante un eslogan ampliamente utilizado

en la cultura de los programas terapéuticos: “Los adictos sufren la enfermedad de la singularidad terminal”.

Aunque estas ideas ciertamente tienen validez en el caso de algunos usuarios de drogas, surgen serios problemas cuando se asume que ellas, o las generalizaciones de cualquier tipo, se cumplen en todas las personas con problemas de drogas. Hacer presuposiciones sobre el uso de drogas de los clientes, antes de conocerlos, puede aumentar la postura autoritaria, pese a que en algunos casos éstas puedan ser acertadas. En muchos casos, esto lleva a malos entendidos que hacen que el cliente se sienta incomprendido o juzgado prematuramente.

El enfoque de tratamiento de “talla única” provocó años de luchas entre distintas facciones en el campo del tratamiento del uso de sustancias, sobre cuál enfoque era el más efectivo: la internación versus el tratamiento ambulatorio, tratamiento ambulatorio intensivo versus psicoterapia, tratamiento individual versus grupal, tratamiento sin drogas versus mantenimiento con metadona, abstinencia versus moderación, o grupos de de autoayuda con pares como AA versus tratamientos profesionales.

Este paradigma del tratamiento de “talla única” no es coherente con la extensa experiencia clínica y la evidencia científica (Peele, Bufe y Brodsky, 2000; Wallace, 1992). Aunque cada uno de estos tratamientos es útil para algunas personas, como lo demuestran las investigaciones citadas en el Capítulo 1, ninguno por sí solo puede ayudar a la mayoría de los usuarios de drogas y alcohol. Por ejemplo, un documento interno de AA (Alcohólicos Anónimos, sf) muestra que una de cada veinte personas que asisten a una reunión de AA se mantiene dentro del programa y logra resultados. El tratamiento ambulatorio intensivo se hizo popular como tratamiento preferencial a mediados de los 80 puesto que los muy apreciados tratamientos de internación no mostraban éxito suficiente que justificara su alto costo ante las compañías aseguradoras y otros proveedores de cobertura médica (Tatarsky y Washton, 1987). La moderación y otras estrategias de reducción de daños han comenzado a usarse y a explorarse más desde la década de los 90, dado que los enfoques

centrados únicamente en la abstinencia, en general han mostrado tener pobres tasas de éxito.

Las bajas tasas de éxito de los tratamientos de drogas y alcohol se usaron como evidencia para justificar la creencia popular de que los usuarios de drogas y alcohol son un grupo de personas difíciles de tratar en general. Se los considera malos candidatos para tratamiento u otras estrategias de cambio. El dedo acusador señalaba al usuario, y se suponía que el paciente era generalmente refractario al tratamiento, sin motivación, egoísta, manipulador y mentiroso. La conclusión que se sacaba de estos diagnósticos culpabilizadores era que el cliente necesitaba sufrir más o, según la jerga, debía “tocar fondo” antes de lograr la autenticidad necesaria para recibir ayuda de verdad.

En los últimos veinte años, un número cada vez mayor de personas de la cultura de programas terapéuticos así como también individuos astutos del público general, han comenzado a cuestionar estas ideas. Comenzamos a darnos cuenta de que la cultura de los programas terapéuticos culpaba al consumidor de los servicios y no se responsabilizaba de su propio aporte al fracaso. Comenzamos a examinar los supuestos y las limitaciones de los tratamientos ofrecidos.

Los supuestos básicos del enfoque tradicional están sesgados ideológicamente y no se apoyan en buenos estudios ni en la teoría, la experiencia clínica o el sentido común. Una serie de ideas frescas y prometedoras, generalmente bien justificadas por la investigación y la teoría, han surgido de esta reevaluación que, en su conjunto, apoya un modelo más exhaustivo para comprender y abordar todo el espectro del uso problemático de drogas. Estas nuevas ideas en general ponen de cabeza las generalizaciones. Sólo este paso lleva a un crecimiento de la sensibilidad frente a las necesidades del cliente, con lo que las posibilidades de alcanzar un cambio positivo se incrementan dramáticamente.

Este modelo alternativo se basa en el hecho de que los usuarios de drogas son un grupo muy variable de personas que requieren tener a su disposición múltiples opciones de tratamiento para maximizar así el éxito general (Marlatt, 1998). Mientras más personas se acer-

can a enfoques de tratamiento y a terapeutas dispuestos a apoyarlos donde esas personas están,— es decir, que cubren sus necesidades particulares y únicas,— mayor es el éxito que observamos. Este es el “calce correcto”, la clave para aumentar el éxito.

Como se ha visto en capítulos anteriores, las personas con problemas de drogas y alcohol presentan gran variedad en todas las dimensiones relevantes: frecuencia, intensidad y severidad del uso de drogas; significados personales de su uso; metas con respecto al uso de drogas y en otros aspectos de la vida; motivación para cambiar; vulnerabilidades emocionales y de personalidad y fortalezas de su contexto social. Por lo tanto, debiéramos pensar que la suposición alternativa que debiera guiarnos sea algo así como *muchos problemas = muchos tratamientos*, o podemos decir también que cada persona necesita una solución única que se adecúe a sus necesidades, fortalezas, metas y preferencias específicas (Miller y Rollnick, 1987; Prochaska y DiClemente, 1992).

Desde este punto de vista, es incorrecto preguntar qué tratamiento es el mejor. Una mejor pregunta podría ser: ¿Qué constituye el “calce correcto” para cada persona? Esta pregunta sugiere que la diversidad de tratamientos, y otras estrategias de cambio actualmente disponibles, son todas útiles para algunas personas; solamente tenemos que descubrir como calzar a las personas de mejor manera con el mejor tratamiento para ellas. ¿En qué consiste el calce correcto? ¿Por qué es tan importante este calce correcto? ¿Qué debe hacer una persona que necesita ayuda para encontrar ese tratamiento adecuado? ¿Cómo pueden los proveedores de tratamientos ayudar a las personas a encontrar el calce correcto?

¿EN QUÉ CONSISTE EL CALCE CORRECTO?

El calce correcto comienza con la experiencia del cliente de verse acogido por una persona preocupada y abierta a comprender completamente quién es, para luego crear juntos un plan de cambio que se adecúe a lo que está viviendo el individuo. Esto enfatiza tanto las cualidades personales del terapeuta como el enfoque del tratamiento.

Apuntamos a generar una experiencia en la que el cliente sienta que está en el lugar correcto y con la persona correcta, la más adecuada para colaborar con él en el proceso, muchas veces doloroso, difícil e incierto de realizar cambios personales importantes.

Encontrándose con los consumidores donde realmente están

Encontrarse con el cliente donde el/ella está ha sido siempre un principio central en el tratamiento de drogas y de todo tipo de tratamiento. Sin embargo, muchos terapeutas con formación tradicional no se han encontrado con el cliente donde éste está porque parten con una serie de supuestos previos acerca de la naturaleza del problema de drogas, de la persona y de lo que ella necesita en términos de metas y estrategias de tratamiento. Esto muchas veces nubla la visión del terapeuta, le impide llegar limpiamente a la persona y contribuye al fracaso del esfuerzo desde el mismo comienzo.

El desafío para los terapeutas es desprenderse de sus presuposiciones sobre el cliente para que ambos puedan embarcarse así en un proceso de descubrimiento que les permita conocer al cliente y a sí mismos a través de los ojos de un individuo nuevo. Esto requiere valentía por parte de los terapeutas, ya que deben abandonar el reflejo de buscar seguridad en una postura autoritaria. Deben llegar a la sesión con las manos vacías y con la mente de un principiante. Esta actitud incluye las presuposiciones sobre el uso de drogas, metas de uso de drogas, raza, género, nivel socioeconómico, personalidad, necesidades y recomendaciones de tratamiento. Luego, una evaluación colaborativa de las necesidades del cliente puede preparar el terreno para una alianza de trabajo positiva entre ambos. Esta colaboración posibilita que tanto el cliente como el terapeuta descubran juntos los problemas que hay que enfrentar y puede conducir a un proceso exploratorio conjunto y a una discusión co-creativa de las metas y las posibles estrategias para lograrlas.

Esta actitud por sí sola abre un nuevo mundo para los clientes que entran a sus sesiones, puesto que súbitamente cruzan una

especie de umbral que lleva a la transformación. En este espacio, se derrumban las tensiones superficiales entre el yo y el otro. En el mundo exterior estas tensiones superficiales se ven reforzadas por juicios y ordenamientos jerárquicos. Al decrecer la tensión superficial entre el yo y el otro, la ilusión de separación existente en el mundo exterior se suspende temporalmente, lo que convierte la consulta del terapeuta en un espacio seguro que conduce a la transformación. Esta actitud lleva también al progreso. El terapeuta llega a cada sesión como un principiante, manteniéndose abierto a los cambios en las necesidades del cliente que pueden producir cambios en el foco, la dirección, las metas y el enfoque de la terapia.

EL TRATAMIENTO ADECUADO

En términos del enfoque terapéutico, el calce correcto se refiere a una correspondencia entre el enfoque y el cliente en torno al mayor número de variables posibles.

Metas Personales Sobre El Uso De Drogas Y Otros Asuntos Vitales

Es importante descubrir por qué el cliente asiste a la terapia. Puede tomar un tiempo discernir los motivos y necesidades profundas que tiene para hacerlo, pero ello debe establecerse con claridad para que el cliente sienta que se le está recibiendo de manera radical y profunda. Si una persona llega a la terapia diciendo que le preocupa su uso de drogas y el terapeuta le dice “te voy a ayudar a parar”, es probable que la persona se sienta incomprendida y no ayudada; la persona nunca habló de dejar de usar drogas, sólo de que le preocupaba su uso. El cliente muchas veces quiere ayuda para aclarar la naturaleza del problema y necesita un enfoque que reconozca dicha meta. Por otra parte, si una persona se siente en gran peligro debido a su uso continuado de drogas y quiere dejarlas, y el terapeuta le dice: “Hablemos de eso”, es posible que la persona sienta que no se le

entrega seguridad, que no se lo comprende adecuadamente y que no se lo ayuda, dado que al parecer el terapeuta no reconoce la urgencia de su crisis vital. Para ambos el desafío es intentar de ver si un mal calce puede corregirse hablando sobre lo que no parece marchar bien. Cuando se aclaran las metas sobre el uso de drogas, -ya sea si el objetivo es parar, moderar el uso, usarlo con más seguridad o abstenerse completamente-, un tratamiento orientado a ayudar al cliente a conseguir su meta puede evaluar cuán realista es ésta. Teniendo una actitud flexible y respetuosa frente al proceso, el terapeuta y el cliente pueden cambiar el foco o pasar a un tratamiento diferente si emergen otras metas más adecuadas.

Sugiero una actitud experimental entre el cliente y el terapeuta, que evolucione a medida que se vayan persiguiendo las metas. De aparecer dificultades para conseguir las metas acordadas, el cliente y el terapeuta pueden explorar si estas dificultades indican la presencia de problemas adicionales que deben enfrentarse para alcanzar la meta, o si muestran que la meta es poco realista y deba ser considerada una nueva. La historia de Patt Denning sobre Diana, en el Capítulo 8 ilustra cómo puede surgir la necesidad de cambiar de meta durante la terapia a partir de las dificultades que aparecen en la persecución de la meta inicial. En el caso de Diana, ella no fue capaz de mantener su propia meta inicial de abstinencia, a pesar de tener éxito al comienzo. Al explorar la naturaleza de su vuelta a beber de forma problemática, Diana reconoció que su deseo de dejar de beber reflejaba el anhelo de ser una “niña buena” sometida a un crítico interno que representaba parcialmente a su madre crítica. Esta sumisión inevitablemente provocó una reacción de rebelión que Diana expresó bebiendo en exceso. Cuando el significado de la abstinencia sumisa y la rebelión reflejada en su beber en exceso se hizo patente para ella, entonces estuvo en condiciones de buscar con éxito el consumo moderado como meta para ella, lo que además le permitiría salir de la trampa sumisión/rebelión que la tenía presa.

Disposición para el Cambio, un Importante Sub-grupo de Metas

Uno de los nuevos constructos más importantes que han surgido durante este reciente período de reevaluación en el campo del tratamiento del uso de drogas es el de los “estadios motivacionales del cambio”, modelo desarrollado por Prochaska y DiClemente (1992). Se han propuesto constructos relacionados con este modelo en el campo del cambio conductual; sin embargo, este modelo identifica estadios del proceso de cambio conductual que incluyen un área tradicionalmente ignorada, la de la “preparación para el cambio”.

La preparación para el cambio comienza con el estadio de pre-contemplación. Este es el punto previo, antes de que se haya considerado hacer cambios, antes de que se identifiquen las dificultades asociadas con el comportamiento y el actual patrón de uso de drogas, antes de que haya cualquier razón para pensar en hacer cambios. En esta etapa, el individuo comienza a identificar y a enfocarse en las consecuencias negativas del uso de drogas o en cómo el uso de drogas lo impacta o le causa otros problemas.

Una vez que ha identificado los aspectos problemáticos del uso de drogas, la persona alcanza la motivación necesaria para pensar qué está mal y qué quiere hacer para resolverlo. La persona avanza ahora hacia el estadio de contemplación.

Cuando el problema ya ha sido bien identificado y se ha escogido una meta o una nueva dirección, se hace posible pensar en un plan. Esto se conoce como el estadio de preparación, en el que las personas se preparan para realizar el cambio. ¿Qué enfoque? ¿Con qué terapeuta? ¿Qué más debe sacarse del camino para que el individuo se sienta listo para comprometerse a actuar?

Cuando la persona está bien preparada para realizar el cambio, pasa al estadio de acción, en el que ejecuta su plan.

El estadio de mantenimiento se enfoca en identificar las cosas que posibilitarán mantener exitosamente el nuevo comportamiento. En este modelo, una recaída, o un regreso al comportamiento anterior, se considera una oportunidad de aprendizaje. ¿Qué fue lo

que no funcionó? ¿Qué fue lo que llevó a la recaída? Las respuestas a estas preguntas crean un nuevo foco en los más profundos problemas involucrados.

Encontrar el calce correcto también implica identificar a un terapeuta capaz de enfrentar el estadio de preparación con conciencia y sensibilidad respecto a la evolución de las necesidades de una persona única.

DURACIÓN E INTENSIDAD DEL TRATAMIENTO

He visto clientes por una única vez para una evaluación y entregué recomendaciones para el tratamiento que llevaron a cambios positivos, dramáticos y duraderos. He visto a algunos clientes varias veces a la semana, durante muchos años, antes de que fueran capaces de empezar a realizar visibles cambios de conducta en su consumo de drogas. Algunos lo han hecho extremadamente bien con psicoterapia una vez por semana con una duración de varios meses. Otros recayeron en variados y numerosos tratamientos, como en el caso de una persona que aceptó ingresar a un tratamiento residencial, seguido de un tratamiento ambulatorio intensivo de cinco días a la semana, acompañado de una psicoterapia de larga duración durante y después del tratamiento, recayendo continuamente durante siete años, antes de revertir finalmente un severo problema de drogas.

Estas experiencias me han convencido de que no existe un camino único con respecto a la longitud y la intensidad del tratamiento. Una regla basada en la experiencia es vaga en el mejor de los casos, pero es digna de consideración. La intensidad del tratamiento debiera corresponder a los siguientes factores: la severidad del problema con la droga en términos de intensidad y riesgo; la estructura personal de apoyo de la persona para efectuar cambios; y la severidad de los problemas emocionales, de personalidad, sociales y económicos que impactan en el proceso de cambio individual.

Sin embargo, otro factor que podría ser el más importante a considerar desde el principio, es lo que el cliente siente que es la intensidad adecuada. Esto aumentará la apertura de esa persona

al proceso. Si surgen problemas en la búsqueda del cambio, éstos pueden llevar a considerar si la intensidad del tratamiento debiera aumentarse o si pueden ser abordados en el encuadre actual.

VARIABLES PERSONALES, SOCIALES Y DEMOGRÁFICAS

En cuanto a los factores tales como la raza, el género, la orientación sexual, el estatus económico, etc., las preferencias del cliente y el sentimiento de seguridad parecen ser lo más importante. La importancia de estos aspectos para el consumidor debería ser parte de la planificación para determinar el tratamiento adecuado. Para algunas personas el compartir una o varias de las características con el terapeuta es muy importante, mientras que para otros no lo es. La historia que he elegido para ejemplificar este capítulo es “Michael: Un Equilibrio Delicado”, por Gail Hammer. Hammer utilizó un enfoque psicodinámico de reducción de daños en su trabajo con Michael.

Michael: Un Equilibrio Delicado

Por Gail Hammer

Michael me fue referido después de reunirse brevemente con una trabajadora social. Había acudido a nuestra agencia -una organización profesional para personas de la industria del entretenimiento-, en busca de ayuda financiera. El trabajador social había iniciado su asistencia un mes antes, pero necesitaba reunirse conmigo para continuar la ayuda, dado que yo sería su nueva encargada del caso. Michael era un afroamericano de 38 años, de piel clara, que usaba ropa provocativa y extravagante, la que insinuaba su orientación homosexual. Aunque su apariencia sugería una inclinación artística, su aspecto general era de pobreza. Había sido VIH positivo por casi una década antes de que se le diagnosticara SIDA. Fue un par de años después cuando buscó nuestra ayuda.

En el momento de su petición de apoyo, Michael no había sufrido aún de ninguna enfermedad oportunista, pero estaba extremadamente débil. Se fatigaba tan fácilmente que ya no podía trabajar, y debido a que su conteo de células-T estaba bajo 200, recibía mensualmente la cancelación de un seguro de Seguridad Social. Su atención médica estaba cubierta por Medicaid, y su vivienda estaba subsidiada y administrada por una agencia relacionada con el SIDA. El aspecto de Michael, su dependencia económica y su falta de educación superior contrastaban con una inteligencia inusual y una exquisita sensibilidad, que se apreciaban de inmediato en su forma de hablar, si uno dejaba a un lado los prejuicios.

Michael había sido un artista talentoso. Había ganado dinero suficiente en la industria del entretenimiento para ser elegible para la asistencia de nuestra agencia, pero su actuación en compañías del centro de la ciudad que apenas sobrevivían, lo había dejado sin ningún ahorro. Nuestra ayuda financiera, aunque precaria, le permitía hacer un viaje extra en el metro, ir al cine, instalar televisión por cable o comprar una que otra cosa, fuera de las cosas esenciales. Viviendo ya con la indignidad del SIDA, estos fondos lo protegían de algunas de las humillaciones de la pobreza. Desafortunadamente, esta asistencia pronto se convertiría en un problema para la agencia.

Poco después de que Michael llegara a la agencia, se identificó un problema con el uso de alcohol. La trabajadora social de Michael inadvertidamente se encontró con él en nuestra agencia, donde éste realizaba también trabajos voluntarios enviando correos electrónicos y organizando eventos sociales para los clientes con SIDA. Su comportamiento y su forma de hablar indicaban que había estado bebiendo. Ese mismo día, el director del programa de voluntariado había sentido el olor a alcohol en Michael y también había notado alteraciones en su comportamiento. Ni la trabajadora social ni el director del programa le habían mencionado sus impresiones.

Como Michael iba a ser derivado a mi cuidado al día siguiente, la agencia quería que abordara de inmediato su consumo de

alcohol. Me pidieron le informara que su ayuda financiera se encontraba en riesgo y debería ser evaluado por dependencia química. La meta era usar nuestra ayuda de manera coercitiva para obligar a Michael a seguir un programa de rehabilitación estructurado. Mantenerse sobrio era la regla, pero afortunadamente la flexibilidad en la estructura de la agencia permitía algunos ajustes.

No se presentó a su cita al día siguiente, ni tampoco llamó. Me di cuenta de que me sentía aliviada, porque me incomodaba enfocar su consumo de alcohol antes de tener la oportunidad de conocerlo y evaluar su situación. Estaba igualmente incómoda por insistir en la política de sobriedad inmediata cuando yo no sabía si era el tratamiento adecuado para este cliente. Claramente me resistía a hacer lo que se me había aconsejado. Con más tiempo para ponderar la situación, comencé a cuestionar mi propio juicio clínico y a preguntarme si mi incomodidad no era indicativa de mi propio temor o una necesidad de agradar.

Luego de varios días, se presentó finalmente en mi oficina; su visita fue sin previo aviso. Como se había planificado en la supervisión, la trabajadora social anterior se reunió con él y le mencionó el tema de su ingesta de alcohol. Luego, me llevó a la sala, y frente a Michael mencionó que habían hablado sobre el consumo de alcohol y que él había accedido a ser evaluado. Luego, ella abandonó la sala. Lo que había sido una atmósfera bastante cordial entre Michael y yo cambió repentinamente. La trabajadora social, también afroamericana, había mantenido una larga, amistosa (y provechosa) relación con Michael. El tono de su anuncio me había puesto en la posición de autoridad punitiva y su repentina partida dejó un vacío llenado sólo con mi diferencia y mi crueldad percibida.

Michael se comportó educadamente, pero sentí que estaba disimulando. Había una arista en su voz y su cuerpo despedía un leve olor a alcohol. Respondió mis preguntas, pero nunca inició una conversación. Su rostro no mostraba expresión alguna, excepto un leve destello de hostilidad. Hablamos de su relación

con la agencia y, sin ser sumiso, alabó a la agencia por haberle prestado ayuda. Dijo que le había ayudado a hacer muchas cosas que nunca había sido capaz de hacer. También se disculpó por haber perdido la sesión anterior.

Habló con certeza, pero se notaba enojado. A pesar de que no hablamos sobre su consumo de alcohol, su alusión y el elogio a la ayuda prestada por la agencia indicaron que estaba consciente de que esa ayuda podría estar en riesgo.

¿Qué sentía? Estaba muriendo; no existía combinación de medicinas que prolongaran su salud y que impidieran que su enfermedad empeorara. El SIDA era de una u otra forma, una sentencia de muerte. Se notaba en él un penetrante sentimiento de fracaso y desesperanza, que le era familiar, ya que había fallado una y otra vez, en satisfacer sus necesidades vitales. En retrospectiva, esa primera sesión debió ser extremadamente difícil para Michael, ya que los sentimientos de vulnerabilidad, miedo, fracaso, odio a sí mismo y enfado, inundaban su cuerpo y su mente.

Por supuesto, Michael se esforzó por no dejarme ver nada de esto. Sin embargo, no fue su habilidad para el engaño lo que mantuvo oculto sus sentimientos hacia mí, sino mi preocupación por el mandato que me había dado la agencia. Esto influyó en la forma como yo conducía la sesión, de acuerdo con mis necesidades en lugar de las suyas. No consideré cuan desvalorizado se debe haber sentido. En nuestra cultura, donde el alcohol es atractivo aunque condenado, la manifestación de su consumo era considerada una desgracia. Como lo supe más tarde, Michael fue sometido al ridículo y al desprecio durante toda su vida y estaba furioso con su propio fracaso y también con aquellos que le habían fallado. Se sintió menospreciado por su crítico padre, quien luego falleció; era invisible para una sociedad blanca y prejuiciada, había sido despreciado por la cultura afroamericana abiertamente homofóbica y por sus cercanos que exigían una masculinidad que no poseía, y había sido estigmatizado por el temor al SIDA en la década de los 80.

Pasando por alto todo esto, nuestra conversación giró en torno a su participación en nuestro programa de voluntariado y en el de otra agencia relacionada con el SIDA. Cuando discutimos sobre las formas en que podríamos trabajar juntos en el futuro, mencioné que podría ser de utilidad que yo me contactara con los otros trabajadores sociales que lo habían apoyado. En ese momento, Michael se mostró un poco más animado.

Dijo que eso le gustaría y que tal vez yo podría hacer que el trabajador social que le administraba su departamento le arreglara la puerta de entrada. En respuesta a mi expresión de confusión me explicó que la puerta se había roto y que sus repetidas solicitudes para que se la arreglaran habían fracasado. Me dijo que un amigo finalmente había clavado unos tablones en la puerta para que estuviera seguro, agregando que antes había tres cerraduras y ahora sólo una. Aún confundida, le hice más preguntas.

Se reveló una historia más compleja: El detector de humo de su departamento, que según Michael siempre se activaba, en especial cuando hacía calor, había comenzado a sonar durante la noche. El se había dormido olvidando apagar el horno y el calor había activado la alarma. Los bomberos llegaron a la escena. Tocaron el timbre y golpearon la puerta. Al no recibir respuesta, echaron abajo la puerta. Fue en ese momento cuando Michael se despertó, con un montón de hombres vestidos con enormes chaquetas de goma negra parados en el medio de su departamento. Contó la historia con más detalles esta vez, pero seguía estando incompleta. No demostraba verse afectado ni tuvo expresiones verbales de sentimientos de ningún tipo. La agencia, que subsidiaba y administraba su alojamiento, aparentemente se había negado a pagar las reparaciones ya que no había sido responsable del daño.

Pensé que Michael probablemente había estado bebiendo. Era probable que hubiese olvidado apagar el horno antes de caer en un estado de somnolencia inducido por el alcohol, del cual los bomberos no pudieron sacarlo. Pero lo que es más importante, me pregunté si él estaba tratando de alertarme de lo peligroso de

su situación, un peligro mucho mayor que la pérdida de dos de las cerraduras de su puerta. Dado lo que yo ya sabía, era posible que Michael hubiese estado bebiendo y que una próxima vez no volviera a ser tan afortunado. Eso me impulsó a enfocarme en su consumo de alcohol, pero deseché esos pensamientos por un momento y le dije que me ocuparía de la situación.

En ese entonces yo comenzaba mi carrera de Trabajadora Social y era inexperta en el tratamiento del uso de sustancias. De modo que, con la sesión a punto de terminar y un sentimiento de obligación hacia la agencia y mi supervisor, confronté su consumo de alcohol. El leve grito de ayuda que había percibido en su historia ahora había sido reemplazado por una firme postura: “No me digas qué hacer”. Estaba consciente de que bebía demasiado e indicó que quería cambiar todo eso, pero añadió que se le haría imposible debido a las festividades: Día de Acción de Gracias, Navidad, Año Nuevo y su cumpleaños, que sería pronto. Luego, de manera más asertiva, aseguró que su ingesta de alcohol no afectaba en forma alguna su salud. Inesperadamente, sacó un paquete de cigarrillos y lo dejó en la mesa, frente a nosotros. No había fumado nunca hasta los 28 años, dijo de una manera un tanto agitada. Un cálculo rápido me indicó que a los 28 años le habían diagnosticado el VIH. Me imaginé que ahora necesitaba fumarse un cigarrillo.

Estaba visiblemente perturbado. Su cuerpo estaba tenso y su rostro rojo de ira. Dijo que no quería que nadie le dijera qué hacer. Insistió que no quería ser parte de Alcohólicos Anónimos o de ningún otro programa, mientras sus ojos se llenaban de lágrimas, con actitud de determinación. Le dije que eso dependía de él, pero me contradijo diciendo que sabía que yo podía quitarle la ayuda financiera si no lo hacía. Le hice saber que esperaba no llegar a ese punto, pero que no podía prometerle nada. Mis palabras retumbaron tan huecas como las de un muñeco de ventríloquo y Michael, claramente, necesitaba huir de nuestro pequeño espacio sin ventanas. Me pidió permiso para ir al baño.

Mientras lo esperaba reflexioné sobre mis propios sentimientos y mi conducta. Yo no había reconocido su miedo o desconfianza, sólo la rabia. Todo lo cual yo lo habría percibido si no hubiese sido por el omnipresente *problema de consumo de alcohol* y mi propia preocupación por el mandato de la agencia. Cuando comenzaba a trabajar con alguien, mi meta era construir una relación cálida y de confianza, pero en esta ocasión no lo había hecho. Aunque hubiese sido difícil con un hombre tan reservado, yo le hubiese seguido la corriente y habría escuchado lo que para él era importante. Sentí que nuestra relación era poco franca. Me sentía muy incómoda con su rabia y cuestioné mi propia oposición a imponer la política de la agencia. ¿Me oponía para protegerme de su rabia? Estaba consciente de que no había tratado de averiguar lo que Michael sentía en ningún momento durante la sesión y, con certeza no había creado un ambiente seguro para él.

Sentí como si hubiésemos comenzado nuestro trabajo con propósitos opuestos y era necesario empezar todo de nuevo. Me preocupaba la tarea que me había sido asignada, y había sido tan poco sincera como él falso. No me había enfocado en sus preocupaciones, y él debió haberse sentido asustado y desprotegido. Había sido transferido de una principiante a otra, justo cuando se descubrió el tema de su consumo, y esta vez a una mujer blanca que tenía en sus manos su bienestar. Pude comprender su sensación de impotencia y de ira.

Dada la historia de Michael y su firme oposición a mantenerse sobrio, sentí que insistir en que ingresara a un programa de rehabilitación sería inútil. Podría perderlo si lo hacía. Terminaríamos en una lucha de poder sin resultados positivos. Y, lo más importante, a pesar de que a estas alturas yo sabía muy poco sobre mi cliente, lo que sí sabía era que sufría una enfermedad terminal cuyas implicancias físicas y emocionales debían ser consideradas al formular el plan de tratamiento. ¿Cómo podía pedirle que dejara de beber cuando esta petición podría ser perjudicial? Sentí que debía haber una mejor manera de ayudarlo.

Michael estaba más tranquilo cuando regresó a la sala de entrevista. Como su cita había sido breve y no programada, fijamos otra para fines de esa semana. Dijo que podía venir el fin de semana, pero que no podía quedarse por mucho tiempo porque tenía que servir en una cena para una importante recepción en la otra agencia donde era voluntario. Bromeó, con orgullo, que tal vez tendría que ir con esmoquin, pero aún se podía percibir la rabia en su rostro. Necesitaba imponer sus propias reglas. Parecía que se rebelaba contra mi autoridad y al mismo tiempo se protegía a sí mismo. Estaba claro que no quería dejar tiempo para la evaluación de su consumo de alcohol.

En la supervisión, confronté mis conflictivos sentimientos respecto a las políticas de la agencia y el tratamiento de Michael. Me dijeron que él era un manipulador astuto y que la rabia era su instrumento. ¿Significaba eso que no debía tratar de comprender lo que había tras su rabia? Además, mi supervisor rechazó el argumento de que había algo punitivo en la rígida política de abstinencia en el caso de Michael. Me dijo que no entendía cómo podía yo albergar ese tipo de pensamientos. Me sentí frustrada después de nuestra reunión, pero nunca tanto como me sentiría después de mi reunión con nuestro experto en dependencias químicas.

Con este miembro del equipo revisé una muy estricta evaluación y mandato que yo debía administrar. La evaluación preguntaba al cliente todos los aspectos de su vida y el uso de alcohol. Pensé en Michael, tan sensible y reservado y lo difícil que esto sería. Me indicaron que debía abarcar todos los puntos del cuestionario de tres páginas, y me advirtieron nuevamente que no debía dejarme manipular. Más aún, indirectamente se me dijo que si yo no podía confrontar abiertamente el tema principal, sería por debilidad mía y que con este fracaso finalmente yo le fallaría a mi cliente. El mensaje era que debía ser dura; tenía que vencer su resistencia y su negación. Ni el experto en dependencias ni mi supervisor parecían interesados en cómo era Michael. Me pareció que la persona con el *problema* era invisible

y que existía un solo modelo de tratamiento que se adecuaba a todos, y ese era el que debía aplicarse. Más tarde presenté el caso de Michael en el grupo de supervisión, donde encontré escaso apoyo y donde me las arreglé para ganarme una reputación de debilidad e incompetencia.

Luego de estas reuniones, comprendí que me oponía diametralmente a la política de la agencia y que me vería en la obligación de evadirla para ayudar a Michael. Tendría que utilizar mi entrenamiento clínico y mis instintos. Tendría que considerar la desconfianza natural de Michael hacia la autoridad, su menospreciado estatus de hombre afroamericano, gay con SIDA, su autoimagen negativa y las implicancias emocionales de su enfermedad. Ese día me dije que Michael no moriría debido a su uso de alcohol, y traté de desechar el mandato urgente de la agencia de presionarlo. Estaba segura de que Michael jamás ingresaría en un programa de 12-pasos, y por lo que había podido determinar, yo era la única persona de su entorno que podía entregarle el apoyo necesario; y yo quería poder hacerlo.

Aunque Michael esperaba ser evaluado cuando llegara a nuestra próxima sesión, partí desde cero, esta vez con la misión de construir una relación con él. Evalué su condición como si se tratara de un cliente nuevo. Tomé de su historial todo lo que consideré apropiado, pero dejé algunas preguntas para nuestras sesiones siguientes. Animé a Michael a hablar de lo que era importante para él. Si iba a ayudarlo, sentí que debía ganarme su confianza y comenzar a trabajar con él en sus propios términos. Necesitaba, asimismo, cuestionarlo específicamente acerca de su enfermedad -incluso comunicarle que ese aspecto había sido descuidado debido a su consumo de alcohol- pero dadas las circunstancias, sentí que su historia médica podía esperar una semana o dos.

La sesión fue difícil. Michael se mostró reticente, pero sí reveló algo sobre sí mismo, aunque nada sobre sus sentimientos. En un momento determinado planteé el tema de nuestra primera entrevista y le pregunté qué pensaba de ella. No tenía nada que

decirme. Le sugerí que quizás él tuviera la sensación de haber venido a buscar ayuda financiera y, en cambio, se había visto confrontado por su consumo de alcohol. Fue muy cuidadoso y, aunque noté nuevamente esa rabia en su rostro, me reiteró su oposición a los programas de tratamiento. Le dije que lo entendía y pensaba que podíamos trabajar en conjunto sin necesidad de un programa. Pareció asimilar la información en silencio, pero no ofreció nada más.

Intenté nuevamente abordar los sentimientos que habían surgido en nuestra primera sesión. Le pregunté si existía alguna otra dificultad. Como por ejemplo, si el hecho de que yo fuera blanca representaba algún problema. Le recordé que había sido derivado por una trabajadora social afroamericana, con quien había compartido una relación cálida.

Me dijo que no tenía ningún problema con las personas blancas, y tenía muchos amigos blancos, pero luego comenzó a describir las formas como los blancos podían ser engañosos.

Pensé que no me iba a facilitar las cosas, que no era el momento de explorar si pensaba que yo era falaz, así que lo dejé pasar. Ninguno de los dos llegamos a comprendernos, pero tuve la esperanza de que algo de mi genuino interés por él le llegara de alguna manera y que el espacio que compartíamos se hubiese vuelto más seguro.

En una de nuestras sesiones siguientes, evalué su situación médica. Hablamos sobre su salud, su atención médica, y la evolución de su enfermedad. Descubrí que era tratado por un problema hepático, a pesar de que él me había dicho que su consumo de alcohol no le había producido ninguna consecuencia física. No queriendo determinar el foco de su relato, guardé la información. Nuestra conversación giró hacia su vida cotidiana. Me contó que había vivido en un barrio controlado por narcotraficantes dominicanos lo que lo asustaba. Sin embargo, más que el miedo usual a los disparos o a los asaltos, Michael le temía al *machismo*. Me explicó que era difícil ser gay en aquel mundo. Cuando se mudó a ese barrio, no cambió su modo de vestir; tal vez hubiese

provocado él mismo la situación. Debido a su ropa excéntrica, casi un disfraz, que lo etiquetaba inmediatamente como gay, recibía nombres despreciativos y le lanzaban piedras cuando caminaba por la calle. Era incapaz o no estaba dispuesto a hablar sobre sus sentimientos cuando eso ocurría, pero expresó su rabia. Mi supervisor tenía algo de razón. Su rabia era una herramienta, pero la utilizaba para protegerse a sí mismo de sus dolorosos sentimientos más que para manipularme. También se protegía en formas más tangibles. Aunque manifestaba su rebelión vistiéndose con algún pañuelo o foulard llamativo, cuando salía del metro y se sentía en un ambiente amigable, cambiaba su forma de vestir. Me sentía esperanzada de que pudiera encontrar la forma de evitar daños y al mismo tiempo mantener su auto-respeto, y deseé que pudiera hacer lo mismo con su consumo de alcohol.

Nuestra discusión pasó luego al tema de su red de apoyo. A pesar de que me afirmaba lo contrario, me di cuenta de que estaba aislado. Las personas de su vida se limitaban a los doctores a quienes visitaba en el hospital como paciente pobre, y era poco probable que tuvieran el tiempo para escucharlo y comprender sus necesidades. Tenía poco contacto con las dos agencias que lo apoyaban y, tal vez, algún encuentro ocasional con un amigo. Decía que tenía amigos, pero en sus relatos nunca incluía a otras personas. Nunca mencionó que los amigos lo visitaran o viceversa. En la actualidad no tenía un amante ni una relación íntima. Sus días parecían llenarse con las visitas al médico, el trabajo voluntario y, lo más probable, bebiendo.

Tampoco tenía mucha familia de la cual hablar; su padre, su madre y un hermano habían muerto y no veía muy a menudo a su hermana porque ella vivía en el sur del país. El hermano que le quedaba era un cristiano fervoroso que no aprobaba su estilo de vida o su preferencia sexual. Apenas se hablaban. Conversaba principalmente con la hija de su hermana, con quien mantenía una relación más cercana. Cuando le pregunté si visitaría a algún familiar durante las festividades, simplemente dijo que no.

Conversar sobre las festividades me dio la oportunidad de traer a colación el tema del alcohol de una manera más sutil y de tratar de entender lo que significaba para él. Le recordé que me había dicho que le sería muy difícil beber menos durante las fiestas y le pregunté por qué. Me respondió que habría muchas reuniones donde se bebería mucho y que sería difícil resistirse en esos eventos sociales. Como no podía ser más específico sobre ninguna de esas fiestas o dónde pasaría el día de Acción de Gracias o la Navidad, sospeché que la mayor parte de esas fechas las pasaría en su casa, solo, y bebiendo. No lo mencionó, pero intuí que el alcohol borraba su soledad, especialmente acentuada en esa época del año. Finalmente le pregunté si percibía cuál era la utilidad que tenía para él el consumo de alcohol. Aún con cierta desconfianza, me dijo que le proporcionaba bienestar. Le pregunté con cuánta frecuencia lo necesitaba y, como había imaginado, me contó que bebía varios vasos de vodka en la noche cuando se encontraba solo en su casa.

Al retomar el tema de las festividades, le dije que entendía lo difícil que debía ser controlar su consumo en esas circunstancias pero ya que había expresado su deseo de beber menos, me preguntaba si podría hacerlo. Como si ya le hubiese dado vueltas a la idea, dijo que planeaba limitarse a beber sólo vino y cerveza y que eliminaría los “tragos fuertes”. Preferir bebidas con más bajo grado alcohólico parecía ser un comienzo razonable y, sin duda, mejor que beber vodka puro, ¿pero sería capaz de llevar a cabo su plan? Parecía estar satisfecho y seguro de sí mismo. Le hice saber que parecía una buena idea y que esperaba sinceramente que funcionara.

Sabía que necesitaba ver a Michael semanalmente, lo cual no era un procedimiento que se siguiera en esa agencia. Generalmente, veíamos a nuestros clientes según la necesidad. En los casos de asistencia mensual, el proceso era, a menudo, tan automático que no había necesidad en absoluto de ver a los clientes, se dejaba un cheque en la recepción. Pero me las arreglé para programar sesiones semanales con Michael, aparentando trabajar con él para

lograr que entrara a un programa de rehabilitación. Comencé su tratamiento como lo haría con cualquier otro cliente en terapia, mientras monitoreaba su consumo al mismo tiempo.

Inicialmente el camino tuvo altibajos. Michael vaciló entre la apertura y la hostilidad abierta. Un día, durante nuestra sesión matutina, justo cuando comenzaba a sentirme confiada en nuestro progreso –había empezado a moderar su consumo y estaba más comunicativo–, llegó con una camiseta sucia y apestando a alcohol. Su ropa a menudo era vieja, pero nunca sucia, rota o inapropiada. No estaba claro si había retomado patrones de consumo pasados o si necesitaba ponerme a prueba. O tal vez ambas cosas. ¿Lo juzgaría? ¿Trataría de cambiarlo? No hice ninguna de las dos. Le habían indicado qué hacer ya muchas veces, y salirse de los límites parecía ser algo que también le provocaba satisfacción. Solamente evalué cualquier peligro y esperé ver adónde nos llevarían las sesiones venideras.

Sorprendentemente, no hubo más pruebas ni desviaciones del programa. Michael se presentó limpio y sobrio a todo el resto de las sesiones. Incluso, en una de ellas me leyó algunos poemas que había escrito. Igual que el Michael con el que me reunía cada semana, los poemas eran una mezcla de tranquila reflexión y de rabia. Los sentimientos que no había podido expresar en nuestras sesiones se encontraban en su poesía, muchos de los cuales trataban sobre el racismo. Los poemas, la mayoría escritos durante su adultez, estaban bellamente escritos a mano y compilados en un cuaderno. Nunca me dio un poema para llevármelo a casa o quedármelo. Expresó que jamás le había dado sus poemas a nadie porque temía que se los robaran. Hablaba como si tuviera intención de publicarlos, aunque yo pensaba que él sabía que jamás lo haría. Tenía más que ver con el hecho de que dar algo tan íntimo era muy peligroso.

Compartir el mundo interior de Michael a través de su poesía fue un cambio radical en nuestro trabajo. Desde ese momento, el progreso se volvió más consistente, aunque lento. Acudía regularmente a las sesiones y siempre llegaba a la hora. En ellas

tratábamos diferentes temas, desde lo ocurrido en la semana –las visitas al médico, su trabajo de voluntariado, o su participación en alguna representación– hasta de su salud. Con menor frecuencia hablábamos sobre sus recuerdos de infancia, cuidadosamente guardados y, con menor frecuencia aún, sobre cómo lo había hecho sentir algún acontecimiento. Traté de mantener verdaderas nuestras sesiones, ponerme en su lugar y estar a su lado.

Debía ser muy cuidadosa en mi trabajo con Michael. Sentía que cualquier descuido de mi parte podría destruir el frágil equilibrio que habíamos alcanzado. Finalmente se dieron la confianza y el respeto mutuo necesarios para permitirle la autoridad suficiente para tomar decisiones sobre su propia vida, y de permitir que yo lo tratara. Si esto se hubiera puesto en riesgo habría sido muy perjudicial para su frágil percepción de sí mismo. Fue para mí un trabajo difícil, pero lo fue aún más para Michael. Sólo el hecho de venir a las sesiones mostraba una gran fortaleza, así como la moderación de su consumo de alcohol.

Michael demostró que una persona con consumo problemático de alcohol puede limitar su ingesta, pese a la visión contraria del consenso profesional. Bebía menos y sustituía el vodka por cerveza y vino. Con un sentimiento de orgullo poco disimulado, en cada sesión me entregaba la cuenta de alcohol de la semana. Fue capaz de moderar tan bien su consumo que dejó de ser tema. Nunca tuve motivos para pensar que había tenido una recaída y nunca volví a sentir en él olor a trago. Al contrario de la sesión en que se había presentado con una camiseta sucia, comenzó a prestar más atención a su ropa. Incluso comenzó a vestirse en forma más convencional. Debido a que ya no existía la amenaza de que le quitaran la ayuda financiera –pienso que en ese momento confiaba en mí respecto a ese tema–, el cambio en su apariencia fue, probablemente, una señal de que se sentía lo suficientemente seguro como para bajar sus defensas. Parecía que ya no necesitaba ser tan desafiante. Y al adaptarse un poco, lograba el respeto, el sentido de comunidad a través de su trabajo voluntario, y el apoyo que tanto ansiaba para tratar su enfermedad.

Al mismo tiempo, con el consentimiento de Michael me contacté con otros dos trabajadores sociales. Descubrí que el hombre con el que trabajaba en la agencia que subsidiaba su alojamiento estaba en rehabilitación y conocía toda la historia de consumo de alcohol de Michael. Compartimos nuestras sospechas sobre la noche de la alarma de incendio y nuestra preocupación general por Michael. Cuando comencé a hablar sobre su tratamiento estaba segura de que me enfrentaría a críticas, pero estaba equivocada. Aunque este trabajador social había sido “salvado” por un programa de 12 pasos, no era un defensor estricto de la idea de que la sobriedad fuera la única e inmediata meta del tratamiento. Tampoco creía que necesariamente fuera la forma apropiada de trabajar con Michael. Aunque su contacto con él era limitado, trabajaba con él casi en la misma forma como yo lo hacía; supervisaba su consumo lo mejor que podía, tratando de reducir el daño. Mi trabajo con este trabajador social se convirtió en una simple comparación de notas.

Lo que descubrí en la otra agencia donde Michael trabajaba como voluntario fue aún más interesante y útil. Esa agencia también había descubierto su tema del consumo de alcohol. De hecho, habían suspendido sus privilegios de voluntario ya que una noche se había presentado ebrio a servir la comida. Esto había sucedido justo antes de mi primera sesión con Michael, pero él nunca lo había mencionado. Le comuniqué mi preocupación a su encargado de caso, -que también se encontraba en rehabilitación-, que Michael podría llegar a un mayor aislamiento si no podía continuar con su voluntariado, y esto probablemente lo llevaría a consumir más alcohol. Le conté el progreso alcanzado por Michael en la reducción de su ingesta de alcohol. Me respondió que también había notado que Michael había cambiado para mejor.

Afortunadamente, en ese entonces esta agencia en particular experimentaba sus propios cambios. Se iba alejando de la idea de que la sobriedad era la única meta aceptable en el tratamiento de abuso de sustancias. Fue después cuando aprendí que el término para expresarlo era “reducción de daños”. El encargado del caso

de Michael y yo ideamos un plan, el cual esperábamos le permitiera a Michael volver a disfrutar de sus privilegios. Hacía poco se había formado un grupo de personas con SIDA y problemas de consumo de sustancias. La exigencia era la asistencia, no la abstinencia y el grupo se había creado por un tiempo limitado. Ambos comenzamos a animar a Michael para que asistiera a ese grupo, utilizando como estímulo la posible recuperación de su trabajo de voluntario. Después de asistir a algunas sesiones podría volver a servir la comida. A Michael le asustaba la idea de unirse a este grupo, aunque no lo admitiera. Era una persona reservada, con problemas de confianza y autoestima baja. Era probable que tuviera que compartir algunas experiencias con otras personas y exponerse a sí mismo. También tendría que seguir las reglas. Esto era algo que no hacía voluntariamente. Además, tendría que convencerse de que podía hacer algo para ayudarse a sí mismo. Ya que antes lo había visto hacerlo –en su barrio y con su consumo de alcohol– yo estaba optimista.

Ayudé a Michael a darse cuenta de la importancia de su trabajo como voluntario, de lo devastador que sería perderlo y de la necesidad de recuperarlo. También lo alenté a que hablara de sus temores respecto a unirse al grupo. En poco tiempo decidió arriesgarse y unirse al grupo. De la misma manera como había podido cambiar su forma de vestir para caminar seguro por las calles de su barrio, fue capaz de actuar en favor de sus mayores intereses en este nuevo grupo.

Hasta este momento yo había tenido la necesidad de confirmación del trabajo que estaba realizando con Michael, pero no la encontré. Había revisado la literatura y hablado con colegas, pero el mensaje era siempre el mismo: la sobriedad antes del tratamiento clínico. En ninguna parte había leído que alguien estuviera luchando con el problema como yo lo estaba haciendo. Continué haciéndolo. Seguí mis instintos y traté de confiar en el progreso que había visto con Michael, pero ahora mis contactos con sus trabajadores sociales finalmente me brindarían el apoyo que yo necesitaba.

Cuando Michael estuvo seguro de que no lo obligaría a seguir ningún tratamiento y que protegería sus pagos mensuales, comenzó a contarme su vida. En la primera parte de nuestro tratamiento él se presentaba como una persona sin pasado y un presente incierto. Al llegar a la mitad del proceso de tratamiento, comenzó a surgir la imagen de una persona sensible, un joven negro inusualmente brillante que crecía en el sur luchando contra sentimientos de inferioridad.

Michael describió su infancia en un pueblo sureño segregado y pequeño. Su padre murió cuando era joven y su madre trabajaba de empleada doméstica. Aunque debió ser pobre, la imagen que pintaba de su vecindario era de hogares muy modestos con jardines pequeños y bien cuidados y niños que jugaban en la calle. Tenía recuerdos felices y otros dolorosos. Pero lo que estaba más presente en sus relatos, aun cuando no pudiera expresarlo, era el sentimiento de soledad y tristeza. Todas sus historias mostraban a un niño pequeño que a menudo se sentía diferente y fuera de lugar, un niño pequeño que probablemente tenía una vida interior más rica y plena que su vida exterior.

Comenzó su educación en un colegio del vecindario sólo para negros, pero debido a su inteligencia pronto fue transferido a un programa para niños talentosos en una escuela de blancos. Allí recibió estímulo intelectual, pero se sentía muy aislado. Era el único niño negro que hablaba de sentirse solo, sin amigos y diferente. Recordaba sentirse así especialmente durante su adolescencia. No habló mucho sobre su orientación sexual, pero compartió recuerdos de muy tempranas experiencias sexuales con chicos de su vecindario, experiencias que nunca había compartido con otra persona.

La vida en su casa también había sido difícil. El padre de Michael era un alcohólico que a menudo llegaba ebrio y tambaleándose a la casa, a la vista de todo el que lo quisiera ver; era muy crítico de Michael y a menudo emocionalmente abusador. Afirmó amar a su padre, pero sin recibir mucho a cambio. También recordó sentirse avergonzado de él. No tuvo que sentirla

durante mucho tiempo. El padre murió de una enfermedad relacionada con el alcohol cuando Michael era aún joven, seguida muy de cerca por la muerte de su hermano mayor, por razones aparentemente similares. La madre de Michael era cariñosa y preocupada, pero también ella era la fuente de sentimientos de vergüenza, inferioridad y rabia. Una vez relató haber acompañado a su madre al trabajo cuando era pequeño y ver cómo se arrodillaba para limpiar los pisos de la casa de sus adinerados patrones blancos. Una vez más, fue muy doloroso para él verbalizar los sentimientos que esto le provocaba.

Al igual que su inteligencia, las habilidades artísticas de Michael fueron detectadas tempranamente. Al terminar el colegio, recibió una beca para estudiar arte. Sin embargo, a pesar de esas oportunidades, algo siempre se interponía en su camino al éxito. Como artista mal pagado aunque talentoso, se mantuvo en la periferia de la escena artística establecida, sin ganar el dinero que simbolizaba el éxito. Como resultado, continuó sintiéndose desvalorado, solo y desvinculado.

A lo largo de nuestro trabajo, Michael mantuvo su reserva. Nunca habló del pasado con algún nivel de detalle o alguna emoción. Probablemente los sentimientos eran demasiado dolorosos. Trabajamos juntos sólo por seis meses, y el hecho de que me hubiera dicho algo sobre sí mismo pareció un gran avance. Su negativo sentido sí mismo y la desconfianza en la gente hicieron que la vida emocionalmente conectada le fuera muy difícil.

Michael continuó moderando su consumo hasta el final. Le proporcioné un ambiente acogedor donde se sintió escuchado, comprendido y aceptado por ser quien era, y donde podía triunfar. Asistió fielmente a todas sus sesiones semanales. El apoyo que esto le brindó fue mucho mayor probablemente de lo que él podía admitir o yo reconocer en ese entonces. Aunque creo que nunca fue capaz de confiar en mí completamente, hubo breves momentos de afecto y cercanía donde casi pude medir el crecimiento de nuestra relación. Un avance importante se presentó luego de meses de trabajo en conjunto, cuando Michael

me dijo que quería hacer un viaje al Sur, a su hogar. Planeamos juntos una forma de ahorrar el dinero suficiente para comprar el pasaje de ida y vuelta en bus, cosa que hizo. Viajó a casa y regresó con un sentimiento de felicidad y realización. Sería la última vez que lo haría.

Fue difícil para Michael admitir que necesitaba a alguien, pero al fin fue capaz de expresarlo con esas palabras. Trabajamos mucho tiempo al final de nuestro tratamiento, ya que yo sabía que iba a dejar la agencia. Iba a ser transferido a su tercer y último trabajador social y yo era partícipe de esa elección. Quería asegurarme de que la elección se hiciera más cuidadosamente esta vez, de que la terapeuta continuara apoyando a Michael como yo lo había hecho y se quedara con él hasta el final, lo cual hizo.

Michael llegó con una camisa polo amarilla y pantalones convencionales para nuestra sesión final. Aun cuando prefería su atuendo extravagante y creativo, comprendí que esta nueva imagen no era para mí, sino para él. Creo que era importante para él exteriorizar lo mucho que había cambiado. Para mostrarme que su núcleo interno continuaba progresando, ese día trajo un último poema. Como siempre, me lo leyó. Era sobre un pequeño niño negro y sus sentimientos de amor y odio. Fue el más hermoso e íntimo de todos los poemas que me leyó.

Juntos, Michael y yo batallamos contra las políticas que hubiesen preferido levantar una pared impenetrable entre nosotros, privándolo del único apoyo consistente que tenía. Triunfó en ayudarse a sí mismo y ganó una importante batalla, lo que le permitió tener una mejor calidad de vida por el poco tiempo que le quedaba. Y yo aprendí una lección importante. Si hubiera cedido a las presiones de la agencia, no habría descubierto la persona que Michael era: habría visto solamente la *negación* y la *manipulación*. Pero en vez de enfocarlo como un *problema*, comencé mi trabajo con él desde cero, tratándolo como trataba a todos mis clientes. Trabajé en su favor, confié en él, lo acepté tal como era, lo escuché y trabajé su resistencia respecto al tratamiento.

Sé que Michael no habría aceptado un tratamiento de 12 pasos o cualquier otro programa de rehabilitación estructurado, pero incluso si lo hubiera hecho, creo que habría fracasado. El fracaso lo habría dañado no sólo físicamente, sino que habría sumado otro fracaso a su ya larga lista de fracasos de su vida. En su lugar, trabajando como lo hicimos, tuvo éxito. Trazó sus propias reglas, las cumplió y fue capaz de cuidar de sí mismo. Llevó este logro consigo hasta su muerte. Este enfoque de tratamiento no hubiera funcionado con cualquiera, pero sí funcionó con Michael. No puedo imaginar lo que hubiera sido del resto de su vida si no hubiera funcionado.

Comentario

Por Andrew Tatarsky

Lo que resalta al comienzo de esta historia es la declaración de Hammer de sentirse incómoda por tener que enfocar el consumo de alcohol de Michael antes de tener la oportunidad de llegar a conocerlo. Su instinto primario y su sentido de la manera apropiada de iniciar su trabajo con Michael iban en contra de la política de la agencia, lo que nubló inicialmente su buen juicio y casi descarriló el trabajo aún antes de comenzar.

La agencia le dio a Hammer un mandato o una directiva para tratar a Michael, lo que claramente era un ejemplo de un modelo de tratamiento de “talla única” que calza a todos como cura para el uso compulsivo de sustancias. El hecho de que el cliente tuviera problemas de consumo de alcohol era suficiente información para justificar una serie de supuestos generalmente negativos acerca de él, los que a su vez, eran usados para justificar el forzarlo a seguir una serie de recomendaciones de un tratamiento predeterminado.

Los supuestos dominan el ambiente de las agencias de ayuda social: que los consumidores son manipuladores y necesitan ser forzados; que el consumidor compulsivo de sustancias necesita un programa de rehabilitación estructurado; que la agencia sabe lo que el cliente necesita antes de discutirlo con él; que los usuarios de alcohol no

se benefician de la psicoterapia; que no se puede confiar en que los consumidores de sustancias digan la verdad y que no quieren ayuda.

Hammer describe cómo el mandato de la agencia impidió que ella pudiera ver a Michael tal como era en su primera reunión, e influyó en el modo como ella condujo la sesión de acuerdo a sus prioridades en vez de las de Michael. Esto casi sabotea su trabajo, porque dejó a Michael sintiéndose inseguro y enojado, en vez de seguro y con la confianza de estar frente a una persona que estaba realmente interesada en llegar a conocerlo y ayudarlo. Ella dice, “En ese entonces yo comenzaba mi carrera de trabajadora social y era inexperta en el tratamiento del uso de sustancias”. No es difícil imaginarse que la única razón por la que Michael regresó fue por la necesidad de recibir la ayuda financiera. ¿Si este no hubiese sido el caso y él sólo hubiera estado asistiendo para obtener consejería, habría regresado? ¿Lo habría hecho alguien?

Desafortunadamente, este es un ejemplo de lo que ocurre todo el tiempo en el campo del tratamiento de abuso de sustancias. Es fácil darse cuenta, gracias a la descripción de Hammer, de cuántos clientes se han sentido decepcionados y dejan de buscar tratamiento, como casi ocurre con Michael, justo en el momento en que están más abiertos a hacerlo, en la primera visita. Esto probablemente explica los motivos de la mayoría de los usuarios de sustancias que deciden no regresar por ayuda luego de una primera visita a un profesional.

Más allá de desmotivar a la gente, alejándola del tratamiento, lo que ya es muy malo, existe, una discutible consecuencia potencialmente más dañina aún que este enfoque prejuicioso y coercitivo. Refleja situaciones de relaciones tempranas significativas en las que las necesidades y sentimientos no se reconocieron ni se respondió a ellos en forma positiva. Debido a ello, se pueden precipitar reacciones similares a esas situaciones anteriores que parecen una confirmación de lo que uno concluyó a partir de la decepción, frustración y vergüenza de las experiencias anteriores. “Yo tenía razón en no esperar ayuda cuando la necesito”. “Realmente estoy solo en este mundo”. “No se puede confiar en la gente, en verdad no les importa, sólo persiguen sus propios intereses”. Michael tuvo suerte en este caso.

Luego de que Hammer examinara su primera sesión con él, se dio cuenta de que su preocupación por la política de la agencia le había impedido a ella establecer una relación de seguridad, confianza y mutua colaboración con él. Sabía que de insistir en la postura de sus supervisores perdería a Michael, y decidió oponerse a la recomendación y comenzar de cero, con los intereses de Michael en mente.

Esta valiente decisión de resistirse a seguir las políticas de la agencia y de llegar a conocer a Michael antes de decidir el curso a seguir con él, le permitieron encontrar el enfoque que calzaba con sus necesidades. También contribuyó a crear una fuerte alianza entre ellos y le permitió a Michael sentirse respetado y escuchado, con ofertas de ayuda que satisfacían sus necesidades más profundas. Esto derivó en la terapia que lo apoyó para alcanzar sus propias metas de moderar el consumo.

Hammer comenzó desde donde Michael se encontraba, creando una sensación de seguridad en la relación psicoterapéutica. Esto llevó a una firme alianza de trabajo entre ambos, concluyendo en un proceso terapéutico que ayudó a Michael a lograr sus metas.

Como en historias anteriores, los temas del coraje, la creatividad y las relaciones fueron ingredientes importantes en el éxito de esta psicoterapia.

Michael bebía porque lo hacía en busca de consuelo y lo ayudaba a sobrellevar su soledad, pero durante el curso de la terapia también bebió como un medio de probar la sinceridad de Hammer. ¿Continuaría ella su trabajo con él sin tratar de juzgarlo o controlarlo? En este caso, lo más importante que ella debía hacer era mantener su compromiso, no controlando o juzgando sino evaluando el peligro y expresando sus preocupaciones e intereses con respecto al significado del consumo de alcohol para Michael. Por lo que parece, ella aprobó el examen y no hubo más incidentes de consumo excesivo de alcohol.

La principal preocupación del terapeuta es tomar el pulso, un proceso de sintonización con las sutiles necesidades emocionales y vulnerabilidades del cliente. En esta historia, escuchamos cómo Hammer modificó su foco de atención buscando respetar la necesidad de Michael de sentir que tenía la autoridad para tomar sus propias

decisiones. A medida que recibía el respeto de su terapeuta, lo que para él fue una inusual experiencia humana, comenzó a sentirse respetado en su vida. Este cambio en su condición personal en relación a su medio, lo expresó cambiando su apariencia, dejando de lado el impulso desafiante de usar ropa estrafalaria, incluso en medio del peligro. La terapia correcta, en términos de sintonía terapéutica, de atención o sensibilidad, puede tener profundos beneficios terapéuticos que se reflejan a través de las formas de vida y los hábitos del cliente.

Referencias

- Marlatt, G.A. (Ed.). (1998). *Harm Reduction: Pragmatic Strategies for Managing High Risk Behaviors*. New York: Guilford Press.
- Miller, W. R. and Rollnick, S. (1991). *Motivational Interviewing: Preparing People to Change Addictive Behavior*. New York: Guilford Press.
- Peele, S., Bufe, C. and Brodsky, A. (2000). *Resisting 12-Step Coerción: How to Fight Forced Participation in AA, NA, or 12-Step Treatment*. Tucson, AZ: See Sharp Press.
- Prochaska, J. O. and DiClemente, C. C. (1992). Stages of change in the modification of problem behaviors. In L. M. Vernon, R. M. Eisler, and P. M. Miller (Eds.), *Progress in Behavioral Modification* (pp. 184-214). Sycamore, IL: Sycamore Press.
- Tatarsky, A. and Washton, A. (1987). Intensive Outpatient Treatment. In B.C. Wallace (Ed.) (1992), *The Chemically Dependent: Phases of Treatment and Recovery*. New York: Brunner/Mazel.
- Wallace, B. C. (Ed.). (1992). *The Chemically Dependent: Phases of Treatment and Recovery*. New York: Brunner/Mazel.

PROBLEMAS COMPLEJOS REQUIEREN SOLUCIONES COMPLEJAS

Donnie: Una Vida Aparte

Por Valerie Frankfeldt

Los problemas de consumo de sustancias en el contexto de graves dificultades emocionales, interpersonales y dificultades sociológicas requieren en general tratamientos sofisticados, complejos, intensos y de largo plazo. Este capítulo analiza la intensidad y complejidad de los problemas, asociados a menudo con graves dificultades de consumo de sustancias.

La complejidad de los problemas de consumo de sustancias y lo que contribuye a ellos son extremadamente subestimados en nuestra sociedad. Nuestra sociedad representa a menudo el uso de sustancias como una simple respuesta a la presión del grupo o el mal juicio. Es más fácil estigmatizar a los usuarios de sustancias con algunas frases hechas, que pensar profundamente acerca de los aspectos involucrados; nos imaginamos que el consumo de drogas se debe simplemente a la imagen que proyectan los medios de comunicación o a la falta de disciplina personal.

LA NEGACIÓN DEL SENTIDO Y LA COMPLEJIDAD

Las actitudes sociales prevalentes del actual paradigma sobre el uso de sustancias, reflejan o resumen la conducta adictiva. Nuestra actual política de drogas se centra en la sustancia y no en las raíces psico-espirituales y sociológicas que llevan a alterar la conciencia. Nos hemos olvidado de examinar la matriz completa emocional, interpersonal, y socioeconómica del usuario. Si el consumo de drogas

se puede aislar de esta matriz, entonces ninguno de estos complejos aspectos necesita ser tratado. Puede mantenerse el foco en el consumo de drogas, en la pregunta sobre su uso o no uso, y de este modo pueden evitarse todos los demás factores que contribuyen a la decisión de consumir. Del mismo modo, una relación adictiva es aquella en la cual se centra el deseo del individuo en el objeto de la adicción, ya sean drogas, comida, sexo, o dinero, como un intento de hacer frente a sentimientos y necesidades que nunca han sido plenamente reconocidos. El objeto adictivo es investido con el poder simbólico de curarlo todo. El foco de la adicción está en conseguir y obtener el objeto adictivo en lugar de hallar soluciones reales o satisfacciones de las necesidades que impulsan la búsqueda adictiva. En la investidura del objeto adictivo hay una negación de lo que son las necesidades reales, o bien, la existencia de algo interno muy equivocado que debe ser descubierto y abordado. La negación es una respuesta que protege al individuo de cierta ansiedad o amenaza, conjurada por la necesidad más profunda. El problema está en que dado que la droga, la fantasía o la solución simbólica de las necesidades negadas no son una solución real, las necesidades nunca se satisfacen y el usuario nunca queda satisfecho. Las necesidades se hacen más intensas, y frecuentemente, la búsqueda adictiva se intensifica.

SUBESTIMAR LA COMPLEJIDAD DE LOS PROBLEMAS DEL USO DE DROGAS ES UNA RECETA PARA EL FRACASO

La negación social de la complejidad de los asuntos que contribuyen a los usos de droga, parecen cumplir la misma función. Poner fuera de contexto todo el énfasis en la droga, permite una evasión de los aspectos amenazantes que no queremos enfrentar. El énfasis social imperante en la abstinencia como única cura es un síndrome similar. La campaña reduccionista “Simplemente di No” ha tenido repercusiones en nuestras actitudes sociales y en el tratamiento de los usuarios, en los métodos de tratamiento disponibles, en la aplicación punitiva de la abstinencia como cura masiva, y en los dominios de la normativa legal de las drogas.

Estas políticas y métodos ineficaces han contribuido a un insondable sufrimiento a escala masiva. La subestimación del problema da lugar a expectativas poco realistas, sostenidas tanto por los usuarios como por los no usuarios, sobre la naturaleza de estos problemas, el proceso de cambio, y qué es lo que se requiere para respaldar el cambio. Las expectativas poco realistas dan lugar a medidas inadecuadas que predisponen a los usuarios a fracasar y a culparse a sí mismos por el fracaso. Las expectativas poco realistas predisponen a las familias y amigos a sentirse irracionalmente decepcionados, frustrados, asustados y enojados con ellos mismos y con el usuario. Las expectativas poco realistas disponen a los gobiernos y a los legisladores a apoyar un tratamiento inadecuado y a culpar a los usuarios “que recaen” por no querer cambiar realmente, castigándolos con intervenciones penales, en lugar de proporcionarles apoyo para un tratamiento mejor y otras intervenciones en las condiciones sociales que contribuyen al sufrimiento que a menudo conduce al consumo de sustancias.

A menudo percibo estas actitudes en usuarios, amigos y familiares de los usuarios que me consultan en busca de ayuda. Tienden a frustrarse fácilmente porque el usuario no es capaz de detenerse con rapidez una vez que ha reconocido que hay un problema. Así como el usuario desea una solución rápida con la droga, así también todos parecemos querer una solución rápida cuando se trata de cambiar. Cuando los usuarios no cambian tan fácilmente como les gustaría, a menudo eso los lleva a enojarse consigo mismos, perdiendo las esperanzas de poder cambiar alguna vez. Esto, inevitablemente, intensifica el uso de sustancias. Familiares y amigos a menudo sienten excesivo temor e irán pensando que el usuario nunca podrá cambiar o realmente no quiere hacerlo.

Los legisladores respaldan programas inadecuados que carecen de fondos suficientes, con falta de personal, demasiado breves y con expectativas poco razonables respecto a la rapidez o la facilidad con la que los pacientes deberían ser capaces de hacer los cambios. Muchos programas expulsan a sus pacientes si no son capaces de dejar de consumir de inmediato, como si la amenaza de esta acción punitiva

aumentara la motivación para el cambio. Desafortunadamente en la mayoría de los casos esta estrategia no sirve y el usuario es deserrado del tratamiento por tener el problema que vino a remediar.

LOS MÚLTIPLES SIGNIFICADOS PERSONALES DE LAS DROGAS VARÍAN AMPLIAMENTE

De hecho, una de las cosas más importantes que he aprendido en mi carrera es que la naturaleza de los problemas de consumo de sustancias, y los significados y funciones que pueden tener para las personas, varían de manera tan amplia que es casi imposible hacer generalizaciones sobre las razones por las cuales la gente consume y desarrolla estos problemas. Las generalizaciones sobre los significados y las funciones específicas del uso de sustancias corren el riesgo de pasar por alto los roles únicos que desempeñan las sustancias en la vida de cada persona. He llegado a pensar en las sustancias como herramientas multipropósito que pueden ser utilizadas por casi todo el mundo para llevar a cabo una variedad de funciones diferentes. Así, para algunos el uso de sustancias es un asunto simple y claro abordado fácilmente a través de la educación y el buen juicio. Sin embargo, para otros las sustancias adoptan múltiples significados en el contexto de los problemas emocionales, interpersonales y socioeconómicos más complejos y severos.

Para estas personas, el proceso de cambio será difícil e incierto, y será necesario que el tratamiento sea sofisticado, largo e intensivo. Esta distinción puede no ser evidente desde el inicio.

Para este capítulo he elegido una historia que es un ejemplo de cuán complejos y severos pueden ser los temas que contribuyen al consumo de sustancias y el tipo de tratamiento que en generale se requiere en esta situación. “Una Vida Aparte” por Valerie Frankfeldt, es la historia de su trabajo de psicoterapia de seis años de duración con Donnie, un joven que era severamente dependiente de una variedad de drogas, incluyendo alcohol. Su uso de sustancias se entrelaza con severos problemas emocionales, de comunicación, y sociales que surgieron de una historia infantil plagada de un terrible

abuso sexual y físico, y negligencia. Al comienzo de la historia, nos enteramos de que la autora no lograba saber si Donnie era esquizofrénico, retrasado mental o severamente dependiente de drogas, y a menudo apenas podía entender lo que él decía.

La conmovedora historia muestra cómo el tipo adecuado de psicoterapia adaptado a las necesidades específicas del cliente, puede facilitar un cambio prácticamente inimaginable. Esto es un mensaje que puede ser inspirador para cualquier persona. En este caso, Frankfeldt tuvo el impulso de utilizar un enfoque de reducción de daños, a pesar de su entrenamiento previo en el tratamiento de solo abstinencia. Obtuvo las claves a partir de la naturaleza del paciente, ya que si hubiese insistido en solo abstinencia, la terapia de grupo o la atención institucionalizada habría alejado a su paciente del curso terapéutico y lo habría encaminado al desastre.

Valerie Frankfeldt utilizó una terapia basada en una integración del psicoanálisis moderno y la filosofía de los 12 pasos de Alcohólicos Anónimos. El psicoanálisis moderno es una escuela de trabajo psicoanalítico que fue desarrollada por Hyman Spontnitz (1985).

Donnie: Una Vida Aparte

Por Valerie R. L. Frankfeldt

Cuando abrí la puerta de mi oficina para saludar a mi nuevo paciente, Donnie, me encontré con un muchacho pequeño y delgado, quizás entre los 25 y los 30 años de edad, despeinado como un erizo y con necesidad de un corte de su sucio pelo rubio. No hizo contacto visual. Mi percepción inmediata fue la de una persona privada de derechos, alguien muy incómodo dentro de su propia piel. Cuando traté de descubrir qué lo había traído a terapia, no pude descifrar su lenguaje porque murmuraba incoherentemente en tonos profundos por debajo del rango audible. De hecho, parecía que apenas podía hablar. Al principio me pregunté si podía estar drogado.

En su balbuceo había un aura de violencia que me inquietó. Me sentí curiosa de inmediato; quise comprenderlo porque sentí que estaba a punto de revelarse una paradoja o un misterio. Estaba claro que se trataba de una persona que, aunque con gran necesidad de ayuda, no podía o no quería conectarse. Sentí el reto de la compleja tarea que nos esperaba. A medida que pasó el tiempo, quedó claro que quedé corta en mi estimación, ya que vacilé en diagnosticarlo como mentalmente retardado, esquizofrénico paranoide o en las garras de una depresión profunda. A la vista de lo que iba a suceder durante su tratamiento de 6 años, se justificaba mi ansiedad inicial.

Afortunadamente, Donnie estaba muy bien motivado y demostró estar dispuesto y ser capaz de asistir a la terapia más a menudo que a faltar. Su lenguaje era tan apagado y caótico que a menudo tenía que adivinar lo que podría estar diciendo. Declaró que usaba una variedad de drogas. Cuáles o en qué medida me era imposible decir. Sin embargo, parecía ser capaz de manejarse como paciente ambulatorio. Su adicción no requería hospitalización en ese momento. Al inicio del tratamiento aludió a algo inquietante, algo sobre unas personas que lo perseguían. Mi ansiedad creció: Parecía como que sus perseguidores podían ser traficantes peligrosos. Mi preocupación era doble: ¿era paranoico, o estaba en peligro físico real, o ambas cosas? No parecía ser una persona que pudiera manejarse si era atacado, incluso estando sobrio. Para protegerse, portaba un pesado cuchillo indio en la mochila. Debido a su aura de violencia, y a su impredecibilidad, le pedí que dejara la mochila (con el cuchillo) afuera de la puerta de mi oficina, lo que estuvo dispuesto a hacer.

Con el tiempo logré sonsacarle la siguiente información: Donnie era el menor de 4 hermanos nacidos de una madre soltera alcohólica en un deteriorado departamento en Queens, Nueva York. Nunca conoció a su padre ni supo nada sobre él. Cuando tenía 7 años, su madre, quien evidentemente no podía lidiar con las presiones de la pobreza y la crianza de sus hijos, entregó uno de los hermanos a un pariente, puso a Donnie y a otro

hermano en un orfanato y se quedó con el favorito en la casa. En el orfanato, Donnie fue una y otra vez atacado, golpeado y sodomizado por su hermano y otros niños. En la oscuridad de la noche los niños tomaban a Donnie por sorpresa después de que se quedaba dormido. Desde entonces, Donnie había sufrido problemas de sueño. No tenía protectores ni aliados. Su madre lo recogió de nuevo después de unos pocos años sólo para devolverlo al orfanato por otro año.

Un día de invierno lo recogió y le hizo saber que en adelante viviría con ella. En ese entonces ella tenía un amante que también abusó de él. Después que la madre y el “padrastró” se separaron, ella mandaba a Donnie a visitar al padrastró e inevitablemente era abusado sexualmente en esas ocasiones. Trató de huir para evitar las visitas, pero el padrastró siempre lograba encontrarlo. Cada vez que Donnie contaba el abuso a su madre, ella lo acusaba de mentir. Parecía que para ella era más importante sacarse al niño de encima que tomarlo en serio.

En alguna forma se las arregló para terminar la escuela secundaria. En el momento de su tratamiento vivía con un hermano y tenía un modesto trabajo de servicio en la oficina postal. Debido a su trauma del orfanato, Donnie podía dormir mejor durante el día. Su trabajo en la oficina postal era simple y estructurado y se sentía relativamente seguro y cómodo una vez que le asignaban su tarea. Podía realizar sus tareas en forma competente y, para crédito suyo, periódicamente recibía aumentos de sueldo.

Desde casi un año antes de comenzar su tratamiento trabajaba en la oficina de correos y vivía en un conjunto habitacional con dos hermanos. Cuando salía al trabajo cada noche, el mayor de los hermanos se inyectaba con amigos en el departamento de Donnie. Una noche éste regresó a la casa y encontró el cadáver de su hermano. Respondió al trauma encargándose de todos los trámites del funeral y pagando los gastos con todos los ahorros de su vida: US\$3.000. Los demás hermanos de Donnie también eran consumidores de sustancias. El mayor había hecho algo mejor con su vida. Tenía un trabajo lucrativo, estaba casado y tenía hijos.

Al comienzo del tratamiento trabajé con Donnie para que nos viéramos semanalmente. Dado su uso errático de sustancias y su necesidad de defenderse de la gente, yo sabía que no podía estar segura de que apareciera regularmente. Comencé a descubrir patrones en su uso de drogas a medida que detectaba interferencias y resistencias para presentarse a las citas. Era más probable que apareciera a mitad de semana que al inicio. El uso de drogas y alcohol era más severo los fines de semana. En días laborales bebía hasta 6 cajas de cerveza. La mayor parte del tiempo, el consumo de alcohol en días laborales no perjudicaba su funcionamiento. Los fines de semana no soportaba estar solo sin tener programado el tiempo. Eso no podía hacerlo solo y ciertamente no quería hacer nada que significara estar con gente. Hacía todo lo posible para evitar a la gente. Toleraba su trabajo porque en el turno nocturno estaba prácticamente solo.

Por un tiempo no podía comprender qué le impedía a Donnie cumplir sus sesiones de terapia. Su miedo a la gente y su cautela contribuían a estos silencios verbales. Ante todo, me tomó un buen tiempo seguir y comprender su forma de hablar. Los efectos psicológicos y neurológicos secundarios y su consumo de alcohol nublaban aún más su pensamiento. En vez de comunicarse verbalmente, Donnie utilizaba gestos y acciones impulsivas dentro y fuera de la consulta para tejer así su propio lenguaje. Debido a que no podía confiar en su habilidad para hablar o en mi capacidad para llegar a él con palabras simples, comencé a utilizar técnicas conductuales para lograr un impacto. Si no se presentaba en una sesión sin aviso previo de veinticuatro horas, no le concedía de inmediato la solicitud para una nueva cita. Primero le pedía que me llamara en un determinado momento para hacer la próxima cita y, si estaba en condiciones de cumplir, se la concedía. Si no me llamaba en el tiempo asignado sino en otro momento, le daba otra fecha para llamar pidiendo una nueva cita.

He descubierto que para tener éxito con un paciente impulsivo, uno debe enfrentar la impulsividad. Esta técnica disminuye la impulsividad orientada a la acción en los clientes que demuestran

sus sentimientos negativos en acciones más que con palabras. También abre la oportunidad para una mayor cooperación entre el cliente y el terapeuta, sin reforzar el comportamiento no cooperativo del pasado. Por último, pero muy importante, esto claramente salva al terapeuta del problema de las cadenas de múltiples citas no cumplidas.

Esperaba que al responder a las sesiones interrumpidas por Donnie (actos de impulsividad en el contexto de la terapia) y a las peticiones de nuevas citas, lenta, deliberada y estratégicamente, podría “entrenarlo” poco a poco para desarrollar más capacidad de planificación. Hago hincapié en la importancia de esta formación experiencial que ocurre en el tratamiento. Una vez que se establece una relación terapéutica, este tipo de entrenamiento ayuda al cliente a madurar. Luego él puede llevar este aprendizaje hacia el mundo exterior. Otros ejemplos del uso del tratamiento para lidiar directamente con la impulsividad son la exploración de cualquier acción en la sala de terapia, tales como cuando el paciente trae café, fuma, se levanta y se pasea, pide usar el teléfono del terapeuta y así sucesivamente. El objetivo es conseguir que el paciente ponga en palabras los sentimientos que motivaron la acción. Por ejemplo, si un paciente alcohólico (con quien tengo una buena relación de trabajo) trae café a la habitación, puedo preguntarle, “¿lo impulso yo a beber?”.

Donnie a menudo entregaba fuertes mensajes no verbales indicando que yo debía mantener una distancia personal. Por esta razón, me quedaba en silencio en las sesiones, salvo para interponer una o dos preguntas. Las preguntas solían ser de naturaleza informativa, sobre las personas o situaciones de su vida, más que formas de lidiar de cualquier modo con su estado interno. Escogí este enfoque para evitar la intrusión.

Dado que él no hacía ninguna pregunta, yo indagaba de tiempo en tiempo si debía o no hacer algo respecto a los problemas que él planteaba, como una manera de estar presente en su conciencia. Quería establecer gradualmente un sentido de compañerismo en esta persona terriblemente aislada, un hombre que sólo había

experimentado problemas y peligros en las manos de otros. Este enfoque fue útil porque le permitió a Donnie controlar nuestro espacio compartido. Él solo decidió el ritmo de las interacciones, en la medida en que las pudiera manejar cómodamente sin ninguna exigencia de relación por parte mía.

Sobre este punto, Unger (1978) ha escrito:

Conozco a terapeutas que les hablan mucho a los pacientes alcohólicos, pero de una manera que es apoyadora; responden preguntas, proporcionan una gran cantidad de información personal y ayudan al paciente con sus problemas. Esto parece hacer sentir cómodos momentáneamente a los pacientes, pero hace imposible el progreso a largo plazo y también ofrece un grado de intimidad que puede generar ansiedad en el paciente. Muchos alcohólicos informan un patrón de intensa interacción con las personas, sólo para quebrar las relaciones cuando éstas se hacen demasiado cercanas [p.165].

Creo que al mantener un perfil tan bajo le permití a Donnie comenzar a salir de su aislamiento protector, a verbalizar más y llegar a ser más comprensible y a la vez más abierto. Comenzó a revelar más información sobre sí mismo: sus reacciones hacia la vida, su consumo de alcohol, y sus sentimientos acerca del beber. Con el tiempo, el aire de peligro y la paranoia comenzaron a evaporarse, incluso su consumo de drogas, y las historias de renombrados narcotraficantes dejaron de estar presentes en el tratamiento.

Con mucho cuidado me acerqué a la idea de que Donnie asistiera a Alcohólicos Anónimos y no me sorprendí ante su respuesta inicial: cambiaba el tema. Planteé el tema de AA periódicamente durante uno a dos años antes de llegar a una respuesta directa. Eventualmente, a través de pequeñas revelaciones, explicó que tenía miedo de la gente; las personas eran peligrosas. Vivía a propósito la vida de un topo. Nunca había tenido un amigo o una cita. Dormía durante el día, mientras su hermano trabajaba, y se escabullía fuera de casa poco después del regreso de su hermano. Todo lo que podía hacer para evitar a la gente era un salvavidas

para él. Ir a AA era el equivalente emocional a volver a la pesadilla del orfanato. Era capaz de venir a las sesiones a reunirse conmigo -otro ser humano-, debido a que había sido referido a la clínica por un doctor (esto parecía otorgarle cierta credibilidad) y yo era la persona que hacía el trabajo. Era una situación formal que tenía estructura y propósito. Eso era aceptable.

Las primeras comunicaciones claras de Donnie abordaron sus sentimientos, extremadamente encontrados, sobre su consumo de alcohol. Ciertamente no quería considerar dejar de consumir, pero le estaba causando problemas importantes. Se sentía fuera de control; estaba consternado por lo que gastaba en alcohol, así como por la incertidumbre de cuánto tiempo se quedaría en un bar cuando había planeado estar en casa a una cierta hora. Odiaba el malestar físico de las consecuencias de beber, lo angustiaba la incertidumbre de cómo sería el lunes, si podría ir a trabajar y funcionar, si es que lo lograba. No podía planificar sesiones de terapia para los lunes porque podría no llegar.

Me impresionó profundamente la salvaje tensión entre su deseo de crecer y la fuerza de su adicción. Me sentía alternadamente protectora y exasperada. Dado que la bebida estaba tomando el control y empezando a contaminar tanto la semana como los fines de semana, nos centramos más en los incidentes que parecían estar precipitando el consumo. Comenzó a esforzarse por restringir su hábito. Estaba ya suficientemente comprometido con el tratamiento como para aceptar una regla de observar 24 horas de sobriedad antes de las sesiones. Aunque sentí que no debía insistir en que fuera a AA o a un programa de rehabilitación residencial de inmediato, sí observé que nuestro trabajo se estaba viendo gravemente comprometido por su consumo. Era evidente que cuando estaba con resaca o aún bajo su influencia, él no podía expresarse claramente y yo no había podido llegar a él.

Entendí que había llegado a ser virtualmente inútil para mí tratar de hacer terapia cuando Donnie estaba ebrio, porque eso era muy destructivo para nuestra comunicación. Tratando de mantener veinticuatro horas de abstinencia, Donnie utilizaba

todos los recursos que podía encontrar para cooperar. A menudo se sentía incapaz de hacerlo a pesar de que conscientemente lo deseaba. En el proceso, sí llevamos más trigo para el molino con respecto a su impotencia para controlar su consumo. Fue capaz, la mayoría de las veces, de lograr veinticuatro horas sin beber. Esto lo llevó a sentirse más optimista para intentar períodos de abstinencia más largos. La reducción de su consumo en torno a las sesiones también tuvo un efecto saludable, incrementando su habilidad para hablar, recordar y sentir.

A menudo, la vida toma un giro para peor cuando la gente comienza a reducir su consumo de alcohol. Anteriormente Donnie no había tenido conciencia de su fuerte deseo de morir. Un día llegó a nuestra sesión herido y mal vendado. Alguien en el bar le había quebrado una botella en la cabeza. No recordaba lo que había causado la pelea, pero tenía claro que el consumo había jugado en esto algún papel. Yo, por supuesto, me alarmé. ¡Podría haber quedado ciego, mutilado de por vida, o muerto!

En cualquier otro caso, habría empezado a trabajar para minar la resistencia del cliente para entrar en un programa de rehabilitación, pero con la historia de Donnie yo sabía que ese camino sería inútil. Redoblé mis esfuerzos por ingresarlo a AA.

Persistentemente exploré todas las razones que hacían atemorizante a AA, y todas las cosas que podrían mantenerlo alejado, con la esperanza de que pudiera llegar a AA antes de que su conducta autodestructiva acabara con su vida.

Estaba convencido de que la gente de AA no podría ayudarlo; él despreciaba la idea de que alcohólicos ayudaran a otros alcohólicos y estaba seguro de que lo maltratarían y le dirían qué hacer.

Hice hincapié en el hecho de que podría controlar su participación en la reunión. No tendría que sentarse con nadie, hablar con nadie, o dar su número de teléfono. No tendría que permanecer todo el tiempo, llegar a la hora, o esperar hasta el final para irse. Podría organizar su asistencia, de modo que estuviera seguro de sentirse cómodo. No tendría que hacer o decir nada.

No le tenía que gustar. No tendría que comprometerse a ir.

Todo lo que yo le estaba recomendando era que asistiera una vez aunque sólo fuera por 5 minutos. Para él, el aspecto más importante era la seguridad de que no tendría contacto personal con nadie. Llamó a AA y se informó de dónde eran las reuniones. Eso fue todo lo que pudo hacer por varios meses.

Durante un tiempo todas las reuniones en lugares cercanos, eran inconvenientes por alguna razón: a la hora equivocada, en lugar equivocado, demasiado cerca de casa (alguien podría verlo entrando), muy lejos de casa, y así sucesivamente. Sin embargo, ahora tenía una meta y se orientaba hacia una ubicación identificable. Esto hizo más real la idea a medida que continuábamos discutiendo los posibles peligros, molestias y sorpresas desagradables que acechaban detrás de las cuatro paredes de esa iglesia.

La discusión sobre sus fantasías de lo que la gente en AA podría hacerle, tuvo un efecto muy positivo en él antes de que pusiera un pie en una reunión. Esa discusión expuso sus miedos sobre la destructividad de las personas y de las relaciones. Esas auto-revelaciones coincidieron con un renovado coraje, motivación y curiosidad lo suficientemente fuertes como para postular a un trabajo en el turno de día. Tuvo éxito. Esto representó un enorme cambio interno: mostró que estaba listo, aunque marginalmente, para entrar en el mundo de las personas.

Para ese entonces, sorprendentemente para mí, Donnie demostró una gran inteligencia latente y la capacidad de aprender mediante la compra de un computador, instalarlo y aprender a usarlo. Esto no fue una tarea tan fácil en ese entonces, como lo es ahora. Ocurrió antes del tiempo en que los computadores fueran amigables y antes de que fueran comunes en el hogar. Previamente yo había pensado que Donnie parecía tener daño cerebral o ser retrasado, y ahora estaba trabajando con el sistema que se convertiría en Internet. En ese entonces no era conocida como la Internet y navegar por la carretera de la información era una actividad que sólo conocían los hackers más decididos.

A través de ese mundo, Donnie comenzó a relacionarse con las personas. Hizo amistades con gente de todo el país y, más

aún, comenzó una incursión en el mundo de la heterosexualidad. De hecho, se convirtió en uno de los pioneros anónimos del compusex al descubrir de esta manera el mundo de las mujeres. El computador sirvió como una transición segura desde el aislamiento total hasta la conexión a distancia con la raza humana. Posteriormente, Donnie fue a una fiesta celebrada en Nueva York para miembros de un grupo de interés especial y conoció por primera vez en persona a algunas de las mujeres con las que se comunicaba. Aunque aún era muy pronto para que esos contactos tuviesen consecuencias, el hecho de que fuera capaz de intentarlo aportó material suficiente para la terapia y representó un crecimiento tremendo.

Para mi asombro, Donnie me reveló en esa ocasión que por entonces estaba conversando con una joven en el trabajo. Su descripción tenía un tono distintivamente romántico. Durante dos años su activa vida social vía computador había estado acompañada e instruida por la terapia. Esta combinación de relación a distancia y la terapia, proporcionaron un puente hacia el mundo de las relaciones humanas. Donnie había aprendido lo suficiente a larga distancia para sostener sus conversaciones cara a cara en el lugar de trabajo, llegar a conocer a esa joven, tener citas y, hasta cierto punto, sus primeras actividades sexuales. Pronto descubrió que su nueva amiga estaba profundamente aproblemada, viviendo una vida caótica y peligrosa. Donnie se encontró asumiendo rápidamente el rol de cuidador. Parecía que estaba haciendo por ella lo que deseaba que alguien hubiera hecho por él, o bien simbólicamente estaba rescatando a sus hermanos y a su madre, como sintió que lo había hecho antes en su vida. Después de numerosas crisis, que obviamente él no podía resolverle a su amiga, abandonó la relación.

Las crisis personales de Donnie no se detuvieron. Hasta ese momento, rara vez hablaba sobre su hermano en casa. Luego comenzó a centrarse exclusivamente en sus preocupaciones por su hermano, que no se levantaba de la cama, trabajaba esporádicamente, y no se alimentaba o bañaba adecuadamente. Donnie

quería ayudarlo. Conversamos sobre qué medidas podría tomar. No logrando éxito en persuadir a su hermano de buscar ayuda psicológica.

El hombre parecía estar ahogándose en la depresión y no respondía a sus sugerencias. Donnie invirtió una cantidad de sesiones hablando sobre su desesperación por el deterioro de su hermano. Después de que finalmente consiguiera convencerlo de aceptar medicación y la situación continuara agravándose, Donnie se puso frenético. Un día llegó pálido a la terapia con la noticia de que la semana anterior, al regresar a casa, había encontrado a su hermano muerto, colgando de una cuerda.

El hecho de que Donnie no me llamara cuando esto sucedió, es indicativo de su aislamiento. Responsablemente hizo los arreglos del funeral y esperó su sesión de terapia. Planeaba utilizar todos sus ahorros, por segunda vez, para enterrar a su segundo hermano. Yo estaba horrorizada por el giro de los acontecimientos e indignada de que tuviese que sacrificarse por ese hermano, sin importar cuán culpable se sintiera. Cuestioné en profundidad su necesidad de agotar sus ahorros, pero fue en vano.

El segundo suicidio de un hermano en tres años no ayudó a Donnie a controlar su alcoholismo. Comenzó a instigar peleas en los bares. Fue detenido y encarcelado durante la noche. En una ocasión la policía lo llevó a una sala de urgencias.

Realmente necesitaba estar en un programa de rehabilitación, pero yo sabía que si yo le presentaba el ultimátum de ingresar a rehabilitación como condición para continuar nuestro tratamiento, se habría negado y terminado el tratamiento.

Era todavía demasiado fóbico a las personas como para entrar en un marco institucional. Sus amenazantes experiencias anteriores con instituciones que amenazaban su vida eran aún demasiado abrumadoras para sus pensamientos y sentimientos. Nuestro trabajo era su única cuerda de seguridad. La asistencia de Donnie a las sesiones había mejorado enormemente; habían pasado años desde una cita perdida hasta el día en que me llamó desde el hospital después de un accidente automovilístico

en estado de ebriedad. En ese momento me di cuenta de que si Donnie no podía expresar con palabras su deseo de muerte, tendría que hacerlo yo misma.

No creí que darle una interpretación, como decirle que era suicida, habría tenido mucho efecto; lo habría negado. Además, es posible que no le hubiese importado. Intenté un enfoque que esperaba tuviese más posibilidades de llegar a él emocionalmente. Me obligué a decir, en cada sesión, algo sobre mi certeza de que ahora se encontraba ante su última posibilidad. Comencé a preguntarle si yo tendría que escuchar las noticias sobre él por parte de la morgue. Mi tremenda ansiedad al principio del tratamiento no era nada comparada con la de ahora. No me avergüenzo de amenazar cuando pienso que puede ser útil, pero cada vez tuve la certeza de que una amenaza sería el toque final a cualquier posibilidad de su permanencia en tratamiento. Cuando le sometí a consideración la idea de la rehabilitación, no fue aceptable para él. Yo me preguntaba qué vendría primero, la recuperación o la muerte. Me sentía en suspenso cada vez que pensaba en él, cosa que era frecuente. Temía abrir la puerta y verlo sin saber con qué clase de daño me enfrentaría. Era una carrera contra el tiempo, contra la fuerza de muerte de Donnie, cada vez más poderosa.

Este lenguaje impactante y emocionalmente cargado sobre la rápida espiral de Donnie hacia la muerte, ayudó a quebrar su barrera de negación sobre la gravedad de su conducta suicida. Además de utilizar esa forma de confrontación, también recurrí a otra técnica menos ortodoxa: ¡Le gritaba! Él seguía relatando una y otra vez, con su monotonía habitual, su última borrache- ra diciendo que no tenía tiempo para ir a AA, y yo le gritaba: “¿Quieres decir que no tienes tiempo para Donnie Taylor?” o, “¿Estás ahí sentado diciéndome que no es tan terrible, siendo que la semana pasada me llamaste desde la cama de un hospital? ¿Qué será lo que sigue?”. He escrito en diversos lugares sobre la necesidad de que el terapeuta haga todos los esfuerzos posibles para cambiar las formas tradicionales de relacionarse con los

pacientes, cuando éstos se encuentran en ese nivel de negación y en camino derecho hacia la muerte (Levinson, 1986).

Trabajar en el campo de las adicciones me ha llevado a reflexionar sobre la naturaleza de lo que llamo la “fuerza de muerte”, llamada por Freud el “deseo de muerte” o “instinto de muerte”. Me pregunto qué será lo que obliga a algunas personas a cortejar a la muerte hasta que tienen éxito, en contraposición con aquellos que llegan justo a las puertas de la muerte sólo para tropezar con ella o para decidir conscientemente aceptar la ayuda y vivir. Creo que debe haber una confluencia de circunstancias que lo mueven a uno hacia una muerte prematura, lo que, después de todo, va en contra de la lucha natural por vivir. También creo que cualquier persona que logró haber sido concebida y sobrevivir a la gestación, está, por naturaleza, imbuida de un impulso hacia la vida.

Las personas que construyen su camino hacia la muerte más tarde en su vida, a menudo son los que crecieron en una atmósfera emocional conducente a la muerte: la percepción de uno mismo de no ser deseado por los padres, de ser el recipiente del deseo de muerte, consciente o inconsciente, de los padres, sin el alivio de los sentimientos de amor, aceptación y aprecio. Sumado a esto, el escenario debe estar montado de tal manera que el niño no tenga la capacidad de conversar sobre lo que él percibe que es verdadero, sea porque no ha logrado la suficiente separación de los padres como para poder ser objetivo y sólo puede atacarse a sí mismo, sea porque tal expresión sería inaceptable en la familia y debe ser reprimida, probablemente desembocando también en la auto-agresión.

En el caso de algunos adictos, y probablemente de otros que viven un estilo de vida inconscientemente suicida, debe existir también una ausencia de la capacidad, - que los padres deben inculcar,- de pensar, planear, fantasear, imaginar y hablar. En su lugar, el individuo, para aliviar la tensión, sólo sabe pasar a la acción inmediata. La acción no mediada por el pensamiento y la planificación tiende a ser destructiva. Es mucho más fácil y más rápido destruir que crear. La impulsividad destructiva tiende

a resultar en contra-agresión proveniente del medio ambiente, estableciendo un círculo vicioso de negatividad. Este es el problema central de la adicción: los esfuerzos para aliviar la tensión producen situaciones que causan aún mayor tensión, exigiendo una actividad desenfrenada para escapar del caos, la confusión y el aumento de problemas sin solución. En el caso de la adicción a sustancias químicas, no sólo está la dependencia psicológica, como se describió anteriormente, sino también la progresiva dependencia física, haciéndola completamente imposible de detener sin intervención médica. Entonces, el individuo que también ha crecido aislado y legítimamente desconfiado de la habilidad de los demás para servirle de ayuda, lo más probable es que no esté dispuesto y no sepa cómo obtener ayuda por sí mismo. Estos tres factores - las tempranas relaciones destructivas con cuidadores muy peligrosos, la impulsividad y finalmente la dependencia física de las drogas- predisponen al individuo a no tener más opción que apuntar hacia la muerte.

Donnie, a través de sus acciones estaba expresando poderosos deseos de poner un fin prematuro a su vida, y no pudo aprovechar lo suficiente su fuerza vital como para avanzar hacia la vida, aparte de venir a las sesiones. Viendo esto con claridad, usé mi propio deseo de que viviera para tratar de llegar a él. Esto pareció tener el efecto de movilizarlo, porque entonces puso los ojos en AA. Literalmente él mismo se dirigió al edificio, miró a través de la entrada y se marchó. Eso fue lo más que pudo hacer. Pero dar un paso en la dirección de AA produjo una reacción contra la atracción que la adicción tenía sobre él. Lentamente, a pasos pequeños, su consumo de alcohol y otras conductas auto-destructivas comenzaron a desaparecer. Le llevó un año entero pasar por fuera de la sala de AA hasta llegar a permitirse entrar a la sala de AA con firmeza. Describió su primera reacción a la bienvenida de un extraño. Dijo que había lanzado una mirada tan feroz, que el comité de bienvenida y todos los posibles candidatos de ese comité lo dejaron solo. Quería y necesitaba no interactuar con nadie durante el primer año.

Durante ese tiempo tuvo lugar otro evento útil. El único hermano que a Donnie le quedaba, el mejor adaptado, fue encarcelado por conducir ebrio y recibió el mensaje de AA mientras estaba en la cárcel. Entonces el hermano llevó a Donnie de vez en cuando a las reuniones y con su propio ejemplo ayudó a facilitar la navegación de Donnie en el programa. Creo que el deseo activo del hermano de que Donnie continuara viviendo fue un factor importante que contribuyó a su eventual éxito.

En el transcurso del año siguiente, el cuarto de tratamiento, Donnie avanzó de la periferia de la sala de AA hacia el frente. Gradualmente fue capaz de intercambiar números de teléfono con otras personas y usarlos. Su consumo continuaba, pero disminuyeron las crisis secundarias a su consumo. Solicitó y obtuvo puestos de mayor responsabilidad en el trabajo, incluso la atención de la ventanilla de servicio en la oficina de correos. Trabajar en la ventanilla de servicio requiere cierto grado de diplomacia, porque implica relacionarse con una variedad de personalidades. Esto fue una importante confirmación de su capacidad para funcionar en el mundo de las personas.

En este punto, avanzado ya nuestro trabajo conjunto, tuvo lugar un acontecimiento que fue particularmente revelador de la capacidad de Donnie para cuidar de sí mismo.

Donnie vino a una sesión durante una cegadora tormenta de nieve. Llevaba zapatillas deportivas empapadas en agua congelada. Le pregunté si lo había sorprendido la tormenta. Ese no era el problema. Parecía pensar que no había nada extraño en usar zapatillas deportivas con ese temporal; además, no tenía botas. Nunca se le ocurrió vestirse adecuadamente. El adecuado cuidado de sí mismo no estaba en su repertorio. Tenía frío y se sentía incómodo, y por eso se mostró receptivo a la idea de protegerse del mal tiempo. Dejado a sus propios medios, se trataba a sí mismo como un virtual huérfano de madre, lo que en verdad había sido. La educación que le brindé sobre cómo ser una buena madre consigo mismo era lo que necesitaba para empezar a cuidarse, ahora que ya no lo atraía la auto-destrucción.

Después de un año en AA Donnie encontró un patrocinador, una persona muy positiva que lo ayudó a continuar el proceso educativo y formativo. A fines de ese año, llegó a sentir repugnancia por su consumo de alcohol y tuvo bastante éxito con los períodos de abstinencia. En AA oyó hablar del Antabus y me pidió referencias de algún médico que pudiese prescribirle el fármaco. Encontró útil el Antabus. Se mantuvo sobrio durante ocho meses, cayendo sólo una vez de manera planificada. (Suspendió el Antabus y bebió durante mis vacaciones de agosto). La exploración de su conducta impulsiva (acting out) le permitió “hacerse cargo” de su ira y sus anhelos dependientes y expresarlos directamente a mí. Volvió al Antabus y se mantuvo sobrio. Después de seis meses de sobriedad, dejó el Antabus y se mantuvo sobrio.

Hacia el final del año de sobriedad, Donnie evaluó por sí mismo que estaba listo para concluir la terapia. Aunque fue difícil para mí decirle adiós, no me pareció mal su intento de probar sus alas en ese momento. Había sido un año ¡sin eventos! Estaba sobrio e hizo buenas conexiones en AA. Nos separamos después de cumplirse el primer aniversario de un año de sobriedad de Donnie.

Este hombre nunca dejó de sorprenderme. Transcurridos unos pocos años, recibí de Donnie un anuncio de su matrimonio. Después de otro año, recibí una nota y una foto de su ¡nuevo hijo! Estoy segura de que si alguien nos hubiera contado el resultado al principio de este tratamiento, ninguno de nosotros lo habría creído.

Epílogo

Este caso valida la utilidad de mantener el tratamiento durante largo tiempo, mientras el paciente continúa bebiendo. El concepto de reducción de daños no estaba de moda a mediados de los 80. Mi formación en el abuso de sustancias y las actitudes de las clínicas de alcoholismo en las que trabajé, me llevaron a

creer que yo fomentaba la adicción del paciente si continuaba trabajando con él mientras seguía bebiendo, durante varios meses y seguramente por más de un año (Levinson y Straussner, 1978). Sin embargo, la intensidad de la participación activa del paciente en el tratamiento, su creciente interés por dejar de beber (que evolucionó con el tiempo), y teniendo en mi mente como meta última entrenar al paciente para sentir y hablar, más que para actuar, me dio la fe de que valía la pena persistir en trabajar juntos.

Comentario

Por Andrew Tatarsky

Esta historia revela cómo una buena psicoterapia facilita los avances y cambios a largo plazo. Es otro ejemplo dramático de la necesidad de utilizar un enfoque gradual de reducción de daños para lograr el éxito. Frankfeldt tuvo que trabajar con Donnie por muchos años mientras él continuaba utilizando sustancias, con el propósito de sentar las bases de su relación que hizo posible para él dejar de consumir. Aquí el paciente fue capaz de participar con fuerza en la terapia mientras seguía bebiendo, abordando una diversidad de otros problemas. Una vez que se abordaron esos problemas, las medidas tendientes a la moderación surgieron en forma más natural. Frankfeldt sabía eso, a pesar de sus preocupaciones, la terapia hubiese fallado si hubiese insistido en la abstinencia o en un tratamiento institucionalizado.

LA IMPORTANCIA DE LA RELACIÓN TERAPÉUTICA

La historia revela cómo Frankfeldt siguió la guía de Donnie en el desarrollo de una relación adecuada. Su sensibilidad a las necesidades y claves de su naturaleza ayudó a dismantelar progresivamente las amenazas y peligros reales presentes en su vida y en su psiquis. Aprendemos sobre algunos de los elementos que ella utilizó para facilitar una relación en la que el paciente fue capaz de tener una

nueva experiencia de seguridad y apoyo. Ella consistentemente trabajó con Donnie desde donde él se encontraba, respetando sus necesidades de distancia personal y sus temores a la intimidad a través de la limitación de su propia auto-revelación, permitiéndole marcar el ritmo y la agenda de la relación, así como su uso de sustancias. El aumento de la comprensión de Frankfeldt de los múltiples significados y funciones que el alcohol tenía para Donnie, la ayudó a trabajar con él gradual y efectivamente. Su conocimiento de las vulnerabilidades de Donnie la alejó de su formación de solo abstinencia y atención institucionalizada, y la guió hacia un enfoque nuevo y efectivo.

TOMÁNDOSE TODO EL TIEMPO NECESARIO

Esta historia resume un tratamiento de seis años, demostrando que seis años fue el tiempo necesario para ayudar a este cliente a lograr su meta de sobriedad estable, así como otras dramáticas mejorías no previstas, en los ámbitos emocional, vocacional e interpersonal de su vida.

EL CORAJE PARA ROMPER LAS REGLAS Y RESPONDER A LA SINGULARIDAD DEL PACIENTE

Para Frankfeldt, la reducción de daños iba contra su formación original y contra las voces de las autoridades de la academia. Sin embargo, sabía que si insistía en la abstinencia de su paciente, él habría abandonado el tratamiento. Este nivel de autenticidad es claramente percibido por el paciente, quien encuentra así, tanto un refugio ante la estigmatización social, como un socio en un descubrimiento compartido y en el proceso de curación. Esto puede ser una poderosa semilla para la autoestima y la confianza en las relaciones y un antídoto contra el daño causado por experiencias traumáticas tempranas.

INTEGRANDO ENFOQUES

Aunque Frankfeldt se considera una psicoanalista moderna, también integra libre y creativamente estrategias cognitivas y conductuales

y otras no convencionales. Hace casi todo lo que cree que puede alentar un cambio positivo en Donnie; comparte con él sus auténticos temores y sentimientos, toma su pulso y espera el momento indicado para alentar su participación en AA. Frankfeldt utiliza comportamientos excéntricos, incluso llega a gritarle a Donnie, para romper las barreras de negación cuando su vida está en peligro. Esto está en línea con lo que los buenos terapeutas siempre intentan hacer. Jerome Levin y Ronna Weiss (1994) editaron un libro fundacional sobre el tema de la flexibilidad y variabilidad de la técnica sobre el abuso de sustancias. *La Dinámica y Tratamiento del Alcoholismo: Artículos Esenciales*, incluye documentos de los líderes teóricos de las adicciones desde la perspectiva psicoanalítica a través de la historia del psicoanálisis. Todos estos artículos sugieren la flexibilidad, una variedad de técnicas activas y el fomento de una verdadera relación donde el terapeuta/analista comparte sentimientos personales con el paciente.

INCENTIVANDO LA PARTICIPACIÓN EN ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS

Frankfeldt claramente pensó que AA sería un apoyo útil por diversas razones. Sin embargo, aceptó que los problemas de Donnie le impedían hacer uso de ese programa. En vez de abordar como problema su resistencia, explora su rechazo a asistir a AA, como una forma de identificar y abordar una amplia gama de temas y recuerdos que conjuraban obstáculos para la formación de relaciones humanas.

LA CURA HABLADA

Frankfeldt creó un espacio en la relación en el cual un hombre aislado y desorganizado pudo sentirse lo suficientemente seguro para aprender cómo identificar sus sentimientos y ponerlos en palabras. Sus conversaciones eventualmente desvanecieron un aura de amenaza que acompañaba su uso de drogas y la paranoia en la primera fase del tratamiento. Tratar de poner en palabras la experiencia personal puede clarificar y dar forma a sentimientos vagos y libre-flotantes,

proporcionando en esa forma al cliente y al terapeuta un objeto para la observación focalizada. Donnel Stern (1997) llama a ésto el proceso de formular o darle sentido a lo que previamente era una experiencia sin formular.

Referencias

Levin, Jerome D. and Weiss, Ronna H. (Eds.). (1994). *The Dynamics and Treatment of Alcoholism: Essential Papers*. Northvale, N.J.: Jason Aronson Inc.

Levinson, V. and Straussner, S. L. A. (1978). Social workers as “enablers” in the treatment of alcoholics. *Social Casework*, 59: 14-20.

Levinson, V. (1996). The alcoholic’s self-destructiveness and the therapist’s role in mobilizing survival energies. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 3(3): 23-35.

Spotnitz, Hyman (1985). *Modern Psychoanalysis of the Schizophrenic Patient*. New York: Human Sciences Press, Inc.

Unger, R. (1978). Sustaining transference in the treatment of alcoholism. *Modern Psychoanalysis*, 3(2): 155-172.

EL USO DE DROGAS COMO UN INTENTO DE HACER FRENTE

Gary: Una Transformación en el Self

Por Edward Khantzian

Las personas desarrollan problemas con las sustancias por muchas razones personalmente significativas para ellos. Comprender adecuadamente este principio encierra una de las más importantes claves para ayudar a las personas a corregir los aspectos problemáticos de su consumo de sustancias. Los intentos por encontrar una razón común única para todos los problemas de uso de sustancias, están condenados al fracaso ya que no le dan cabida a esta diversidad. Cada usuario tiene una relación única con la sustancia, que puede contener o encarnar numerosas funciones y significados personales. A menudo, pedirle a las personas que abandonen su consumo antes de haber clarificado estos significados, es percibido por los clientes como una negación de aspectos importantes para ellos que se expresan a través del consumo. Al no iniciar la relación terapéutica con el requisito de que el consumidor debe dejar de hacerlo, la reducción de daños abraza la idea de que el uso de drogas está atado a significados personales para el usuario. Una vez que se ha aclarado el significado del consumo de drogas se hace posible considerar qué metas son realistas para el usuario.

DESENTRAÑANDO EL DESEO DE CONSUMO

Las drogas pueden concebirse como herramientas multipropósito que pueden usarse de muchas maneras para abordar o expresar una variedad aparentemente infinita de significados.

Mientras terapeuta y cliente se apeguen a este principio, eso les da la fuerza para desentrañar el deseo de usar sustancias. Una vez retirada la envoltura, se hace posible desentrañar los múltiples significados que se expresan con ese deseo. Esto alienta al usuario a hacerse preguntas como las siguientes: “¿Qué es lo que mi consumo de sustancias significa para mí?” “¿Qué polaridades busco explorar a través del uso de esta sustancia?” “¿Para satisfacer qué función estoy usando esta sustancia?” “¿Está sirviendo el propósito para el cual la estoy usando?” “¿Está funcionando?” “¿Existe alguna estrategia o herramienta mejor para este propósito?” “¿Qué estoy tratando de decir mediante el uso de sustancias?”.

DESARROLLANDO LA CAPACIDAD DE CAMBIO

Esta perspectiva nos alienta también a desarrollar un grupo de cualidades, que considero requisitos esenciales para cambiar nuestro comportamiento y a nosotros mismos. Estas cualidades transformadoras incluyen una curiosidad que no juzga las conductas de uno mismo; una conciencia auto-reflexiva; una exploración de las razones personales para consumir; la preocupación por saber si uno está satisfaciendo las necesidades y deseos propios de la mejor manera posible; y la búsqueda de las necesidades, sentimientos, deseos y otros aspectos de uno mismo que se expresan a través del deseo de consumir.

Podríamos pensar que el desarrollo, el fortalecimiento o la focalización de estas cualidades o capacidades son parte del primer paso del proceso de cambios personales. De hecho existe una idea relativamente nueva, actualmente en evolución en los círculos de cambio conductual y crecimiento personal, que propone la necesidad de que suceda una serie de cosas en preparación de esos cambios, antes de que las personas puedan hacer esos cambios importantes en sí mismos. El Dr. William Miller de la Universidad de Nuevo México en Albuquerque, ha llamado a esto el estadio de preparación para el cambio (Miller and Rollnick, 1991). La falta de preparación adecuada es el principal factor que contribuye al fracaso de muchas personas bien intencionadas para realizar los cambios que se propo-

nen hacer, ya sea dejar de fumar, disminuir el consumo de alcohol, dejar la heroína o ir al gimnasio más seguido.

Una vez desarrolladas, esas cualidades transformativas antes descritas se convierten en un conjunto de habilidades o capacidades cognitivas que pueden usarse al servicio de la realización de muchos cambios personales. Yo agregaría a la visión de Miller que el desarrollo personal del testigo interno, el observador, el científico o el auto-trasformador, empieza a separar el ser de uno de las conductas de uno mismo. Comenzamos a ver que no somos nuestras conductas. Mientras uno cultiva una compasión que no juzga nuestros comportamientos y patrones, como testigo nos separamos de ellos y por lo tanto tenemos más facilidad para cambiarlos y manejarlos como materiales en nuestras manos.

EL SIGNIFICADO PERSONAL Y LA DIVERSIDAD DE USUARIOS

Esta visión nos permite también entender el hecho de que distintos tipos de personas con diversas fortalezas y debilidades personales usan sustancias por múltiples razones y de diversas maneras. En mi experiencia, los consumidores de sustancias que he conocido íntimamente como clientes, colegas y amigos, ha sido un grupo tan diverso como cualquier otro grupo de personas.

Esta toma de conciencia puede servir de correctivo para la tendencia de nuestra sociedad a aglutinar a todos los usuarios de sustancias en una categoría y luego argumentar cuál categoría es la correcta. Esta tendencia se refleja en el mundo profesional y académico, en la fracasada pero persistente búsqueda de la “personalidad adictiva” y en el debate en curso sobre cual teoría psicológica o sociológica es la correcta.

Estos esfuerzos parten del supuesto que hay un factor que predispone a la adicción. Se refleja también en las generalizaciones populares, mayormente descalificadoras que se hacen sobre los consumidores de sustancias. Los consumidores de sustancia son considerados débiles, sociópatas, egoístas, no confiables, infantiles,

rebeldes y artistas. El hecho es que, por lo que he observado, las personas que usan y abusan de sustancias tienen cada una de estas cualidades. Pero como grupo, los consumidores de sustancias son tan diversos como cualquier otro grupo.

¿Significa esto que no hay que hacer generalizaciones sobre el abuso de sustancias? Propondría que a menudo se usan las sustancias para conectarse más eficazmente con la matriz de la vida. Las causas de nuestra alienación de esta matriz son variadas y múltiples, así como lo son los complejos, conductas y compensaciones que surgen ante esa alienación. La alienación que lleva al consumo excesivo o compulsivo de drogas sin duda, empeora con la estigmatización social, las generalizaciones acerca de los adictos y las aversiones a ciertos estados del ser y de la conciencia. Las generalizaciones, los estereotipos y los métodos de cura masivos exacerbaban la alienación que las personas adictas buscan aliviar.

VULNERABILIDAD AL CONSUMO PROBLEMÁTICO DE DROGAS

Una pregunta más eficaz que la generalizada acerca de cuál es la causa de la adicción, debería ser la que interroga sobre los factores que constituyen vulnerabilidades para los problemas de drogas en pleno desarrollo.

El que estas vulnerabilidades conduzcan efectivamente al consumo problemático depende de muchos otros factores que pueden apoyar o trabajar en contra del uso o abuso de sustancias. Existe una variedad de factores -psicológicos, sociales, culturales, económicos y biológicos- que hacen a las personas más vulnerables al consumo excesivo. Una particular combinación e interacción entre los factores, que es única para cada persona, da lugar a que esa persona encuentre las sustancias irresistibles o no, y luego problemáticas o no. Estamos aprendiendo cada vez más en general sobre estos factores de vulnerabilidad. Sin embargo, un camino de salida al nudo del uso problemático para cada individuo puede encontrarse a través de una exploración personal que conduzca a identificar los factores para ese

individuo en particular. Por lo tanto, esto puede conducir a un plan personal para el cambio, que se ocupa de cada uno de esos factores de vulnerabilidad a medida que van surgiendo.

EL SIGNIFICADO PERSONAL Y LA TRADICIÓN PSICOANALÍTICA

La tradición psicoanalítica, que comienza con el fundador del psicoanálisis Sigmund Freud, se ha interesado particularmente en explorar el rol del significado en el uso y abuso de sustancias. Existen muchas ideas psicoanalíticas sobre el uso de sustancias; he encontrado algunas más útiles que otras. Para mí, lo que es más interesante del esfuerzo psicoanalítico es el proceso de investigación en cuanto opuesto a los resultados teóricos particulares de esa investigación. Las teorías que constituyen el cuerpo de la literatura psicoanalítica surgieron de exploraciones psicoanalíticas colaborativas entre clínicos y pacientes en análisis. Las ideas del psicoanálisis reflejan una profunda investigación de la vida interior de muchas personas que han participado en el proceso por más de un siglo.

Es probable que las ideas que surgieron de este esfuerzo hayan tenido algo de verdad para algunas personas. Del mismo modo, considero que ellas pueden o no ser útiles para aquellos que están tratando de comprenderse a sí mismos y a los demás. El proceso de descubrimiento personal entre cliente y clínico es un factor sanador que puede resultar socavado por las generalizaciones planteadas en el cuerpo de la literatura.

EL VALOR ADAPTATIVO DE LAS DROGAS: INTENTOS DE ENFRENTAMIENTO

En este capítulo exploraré el uso de drogas como un intento de hacer frente a una variedad de dificultades sociales y personales. A esto se le ha dado el nombre de “valor adaptativo” del uso de drogas. En capítulos posteriores discutiré otros posibles significados que puede tener el uso de sustancias.

Muchas de las ideas que discutiré aquí fueron planteadas inicialmente por uno de los principales contribuyentes a esta área, el Dr. Edward Khantzian de la Universidad de Harvard. También es autor de la historia que he seleccionado para ilustrar este capítulo, ya que muchos de los temas que trataré aquí quedan ilustrados en su historia. Junto con otros dos autores cuyo trabajo refleja esta tradición, Leon Wurmser (1978) y Henry Krystal (1999), tuvieron una influencia formativa en mi propio pensamiento, veinte años atrás. Sus ideas me ayudaron a desarrollar una perspectiva que me ha permitido tener muchas esperanzas sobre las posibilidades que tienen las personas para realizar cambios dramáticos y positivos en su uso de drogas y los temas personales relacionados con éste. Mi visión es que cuando se descubren o se reconocen esos significados personales, se hace posible considerar si existe una mejor manera de enfrentar las necesidades, sentimientos, deseos o fantasías que su consumo está expresando, por lo menos inicialmente si no a la larga.

El trabajo del Dr. Khantzian refleja muy bien la perspectiva general que ha informado gran parte del pensamiento psicoanalítico acerca de los problemas del uso de sustancias, particularmente en los últimos cuarenta años. Esta tendencia consiste en considerar que, por lo menos inicialmente si no a la larga, las personas consumen sustancias por razones adaptativas, es decir, como una manera de sobrellevar los desafíos externos y el estrés, o las dificultades internas.

La Hipótesis de la auto-selección

En la década de 1970, Khantzian (1975) observó que los consumidores de sustancias generalmente probaban distintas drogas y descubrían los efectos de la más atractiva. Más adelante observó que en general las personas parecen usar ciertas drogas para enfrentar, manejar o sedar ciertos estados emocionales. Observó que los individuos tienden a encontrar útiles a estimulantes como la cocaína y la anfetamina para lidiar con la depresión; la heroína

es particularmente efectiva para disipar la ira; la marihuana y los psicodélicos son útiles para manejar el aburrimiento y el alcohol y otras drogas relajantes como el Valium son buenas para lidiar con la ansiedad, el miedo y el estrés. Llamó a esta idea la hipótesis de la auto-selección.

La Hipótesis de la auto-medicación

Diez años después, Khantzian (1985) ofreció un modelo más general, la hipótesis de la auto-medicación. Este se ha vuelto uno de los principios básicos más ampliamente aceptados para entender el consumo de sustancias, consistente con las perspectivas cognitivo-conductuales, socio culturales y biológicas. Esencialmente esta idea plantea que la gente consume sustancias como un intento de enfrentar dificultades internas que no son capaces de resolver de otras maneras. En contraste con la visión inicial de que los usuarios de sustancias son simplemente malos, moralmente deficientes, o únicamente buscadores de emoción, -todas las cuales pueden ser verdaderas respecto a algunos consumidores-, esta idea enfatiza que las personas para quienes el consumo de sustancias se ha vuelto problemático, compulsivo y severo, están intentando lidiar con algún sufrimiento interno que no pueden sanar de otra manera.

Lo hermoso de esta idea es que reemplaza a las ideas iniciales descalificadoras de los consumidores de sustancias como individuos que no se preocupan de sí mismos ni de los demás, con la visión de que estas personas en realidad se cuidan a sí mismas, pero de una manera que finalmente en muchos casos no funciona. Esto lleva a la pregunta compasiva de qué es lo que está mal y como pueden esas personas cuidarse de lo que les duele. También responde a la pregunta habitualmente formulada, ¿por qué la gente continúa usando drogas cuando empiezan a experimentar consecuencias negativas derivadas de su uso? La respuesta es que la droga proporcionó, o todavía proporciona, alivio de algunas dificultades a pesar del dolor que pueda estar causando actualmente.

Sectores de vulnerabilidad

Uno de los desarrollos más recientes del trabajo de Khantzian es un refinamiento de la hipótesis de la auto-medicación. A través de su trabajo con un gran número de personas que luchan con problemas de drogas, ha identificado un conjunto de aspectos generales del funcionamiento psicológico que parece hacer a la gente especialmente vulnerable a la auto-medicación con drogas. Aquí se hace la conexión entre el significado personal que el uso de drogas tiene para las personas y los factores de la personalidad. En lugar de la idea inicial de una personalidad adictiva, esta teoría sugiere que hay muchos aspectos generales de la personalidad que hacen a un individuo más vulnerable a encontrar más atractivas las drogas. Los cuatro “sectores de vulnerabilidad” que identifica son los problemas con la autoestima, los problemas para relacionarse con otras personas, los problemas para manejar las emociones y las dificultades que tiene la gente en el cuidado de sí mismos. (Khantzian, 1990).

Esto me ha parecido útil como guía para pensar sobre lo que podrían ser las áreas de mayor vulnerabilidad para una determinada persona. Mientras estas áreas tiendan a traslaparse e interactuar entre sí las personas pueden encontrar que ellos resuenan (o hallan mayor eco) con algunas sustancias más que con otras.

A medida que vayan leyendo las historias de este libro, podrían hacerlo con una mirada que busque cuál de estos sectores parece estar más presente en el cliente de esa historia y cómo el tener conciencia de los sectores fue útil para el cliente en la realización de cambios positivos.

La historia que he elegido para este capítulo, el caso de Gary, está adaptada de un artículo más largo publicado por Khantzian, llamado “Alcohólicos Anónimos - Culto o Correctivo: Un estudio de caso” (1995). En el artículo usa la historia de Gary para ilustrar cuántos de los sectores psicológicos de vulnerabilidad contribuyeron al uso problemático de alcohol y drogas de Gary y, además, cómo la participación en un programa de 12 pasos en conjunto con la psicoterapia con Khantzian contribuyeron no sólo a que el sujeto

dejara las drogas sino también a cambiar en forma significativa las vulnerabilidades relacionadas con el tema. Aunque creo que la gente puede lograr cambios profundos con respecto al uso de drogas a través de una variedad de senderos, - como es evidente en la colección de historias de este libro- no creo que estos cambios serían estables ni duraderos a menos que también se traten los significados personales relacionados con el uso de drogas y los problemas íntimos conectados con ellos, como lo fueron en la historia de Gary. Aunque el tratamiento de Gary fue un tratamiento tradicional orientado a la abstinencia, lo veo también bajo el paraguas de la reducción de daños. Desde esta perspectiva, cuando el uso de droga del consumidor está fuera de control en forma tan significativa como para ser una amenaza para su vida o afectar la capacidad funcional del paciente, la recomendación de un tratamiento de abstinencia puede ser una buena reducción de daños, particularmente si el paciente está motivado y tiene la capacidad de usar ese tratamiento, como el cliente de esta historia.

Gary: Una Transformación en el Self

Por Edward J. Khantzian

Gary es un anestesista de 30 años, casado, buenmozo, intenso y decidido, cuya decisión de dedicarse a la medicina se pospuso inicialmente debido quizás a ciertos rasgos de personalidad, a una drogodependencia no reconocida y a dificultades económicas. A pesar de que finalmente se enrioló con su entrenamiento médico, quedó destrozado cuando su sueño de muchos años de convertirse en médico profesional fue abruptamente interrumpido en la mitad de su práctica, con el descubrimiento de su adicción al Fentanyl®, un opiáceo sintético de efecto corto y de acción inmediata usado como anestesia.

Al principio Gary reaccionó negando con vehemencia cualquier adicción o mal comportamiento y resistió la intervención que se le impuso. Sin embargo, una vez en tratamiento sus cua-

lidades de determinación aparecieron nuevamente y empezó a permitirse proseguir la recuperación en forma tan tenaz como prosiguió su carrera.

La actitud juvenil, atractiva y descomplicada de Gary lo hacía parecer bastante joven, en llamativo contraste con su presencia dominante y una manera de hablar precisa y articulada, que lo hacían parecer mayor y sabio. Gary tenía una altura promedio, un físico compacto y robusto sumado a un estilo imponente lo convertían en un personaje más formidable aún.

Considerando todo, era un hombre atractivo y admirable a pesar de que su identidad personal y profesional y su futuro estaban en duda porque el descubrimiento de su adicción lo había dejado consternado, cesante y sin licencia para ejercer.

Oí su voz en la máquina contestadora antes de verlo en persona. Había accedido a mi servicio de respuestas cuando llamó para pedir apoyo post-tratamiento. Lo habían dado de alta de un tratamiento residencial de 11 semanas alrededor de un mes atrás. Cuando le devolví su llamado, me saludó una voz animosa y sincera con el fanfarrón acento sureño de un cowboy pistolero: su saludo terminó con la advertencia “todos Uds. dejan mensaje,-sabes”.

Me descolocó el acento fanfarrón de la grabación y anticipé encontrarme con un tipo brabucón difícil de tratar, al fijar la cita para su evaluación. En cuanto nos conocimos en persona no volví a sentir ese rechazo; mi impresión fue y continuó siendo positiva y admirativa, como ya lo he descrito.

Desde el principio me pareció que su programa de recuperación funcionaba, en el sentido de que ya había iniciado un saludable proceso de auto-examen y auto-reflexión. Empezó la entrevista indicando que su entrada a los problemas de drogas y alcohol le permitió darse cuenta de que siempre había sido un “ávido buscador de estímulos atraído por el riesgo”. Se dio cuenta de que era “un adicto” antes de tocar un trago por primera vez. Luego, abruptamente pasó a describir otros aspectos de sí mismo, diciendo que había sido “bendecido” con una mente

hábil y una capacidad atlética que le permitieron destacar como estudiante y como atleta. Fue el primero de los 400 alumnos de su clase en la secundaria y un atleta en cuatro deportes. Su rápida y locuaz caracterización de sí mismo fue tan reveladora en una serie de notas al margen, como lo fue su impresionante lista de logros y actividades. Al describir su habilidad para entender a la gente y relacionarse socialmente, añadió en forma casual que “tenía un cuerpo y una mente hechos para los excesos”. En la Universidad se unió a una fraternidad donde beber y drogarse se hacía de manera dura y repetida, en la que encajó perfectamente, manteniéndose aún entre los mejores de la clase. Cuando se lo preguntaron, especuló que el alcohol y la marihuana, sustancias por las que tenía preferencia, aumentaban su estilo “extrovertido”. Cuando le pregunté si era fácil ser extrovertido, inmediatamente declaró que era un “niño serio”. Luego enfatizó que se emocionaba al alcanzar sus logros, le gustaba la atención que esto le producía, especialmente la excitación de ganar. Aún así nunca era suficiente y estaba siempre anticipando su próxima conquista.

Después de una fuerte experimentación en el uso de drogas y alcohol a lo largo del college y la escuela de pregrado, sumado a distintos excesos en su conducta que le hicieron ganar las etiquetas de “disidente” y “diamante en bruto”, Gary comenzó a disminuir su consumo de drogas al entrar a la escuela de medicina. Mirando hacia atrás, ahora se daba cuenta de que su estilo fuera de lo común y sus excesos ofendían a la gente y habían retrasado su aceptación en la escuela de medicina. Continuaba bebiendo en exceso, pero se limitaba a los eventos sociales donde eso era considerado aceptable.

Este patrón de relativa moderación, especialmente su disminución de las drogas, continuó hasta el inicio de su entrenamiento como residente, pero se volvió más limitado aún con un cambio de residencia; estaba demasiado ocupado como para buscar amigos y contactos y estos cambios interrumpieron su patrón anterior. Cuando Gary llegaba a la fase final de su programa de entrenamiento, aumentó la carga de trabajo, o estaba con turno

de llamada o se encontraba en la clínica, porque ésta contaba con poco personal. En un momento en que estaba totalmente inactivo físicamente y sufriendo síntomas de resfrío y gripe, dijo haber buscado Fentanyl. La droga le proporcionaba principalmente un antídoto adormecedor de la constante sensación de sentirse cansado, enfermo y solo.

En retrospectiva, se dio cuenta de que su hábito de recurrir a las drogas en ese período había ocurrido en un contexto en el que sentía que “nunca era feliz y no tenía las habilidades para buscar o pedir ayuda”. Sentía que su esposa estaba haciendo lo mejor que podía y que no podía recurrir a ella o alguna otra persona para que lo ayudara con su ansiedad relacionada con los próximos exámenes, la sensación de quedarse atrás en su volumen de trabajo, y su cansancio mental y emocional.

Esto es suficiente sobre mi encuentro inicial con Gary como paciente -sus fortalezas, sus vulnerabilidades, su personalidad, que le servían y lo definían- cualidades que en último término salieron a luz por el descubrimiento de su dependencia al Fentanyl. Esta introducción inicial a las fortalezas de Gary, no me preparó en absoluto para las formas únicas como él aplicaría estas fortalezas a los cambios profundos que empezaron a mostrarse dos meses después.

Estaba claro que el programa de 12 pasos le estaba sirviendo para contrarrestar su negación y sentido de invencibilidad, y a catalizar un extraordinario proceso de auto examen, admisión de vulnerabilidad y despertar emocional. Aprendió cómo acercarse a las personas y pedir ayuda. La sesión fue posterior a una reunión de cinco días con su esposa.

El descubrimiento de su dependencia al Fentanyl había coincidido con el hecho de que su esposa había recibido una oferta laboral en el Medio Oeste, donde estaba su hogar, que aceptó alentada por él. Ambos no habían estado juntos durante muchos meses al momento de su reunión. Él se había mentalizado para esta reunión con mucha aprensión, sabiendo que una razón para “no estar nunca feliz” era que había pasado mucho tiempo

sintiendo que su matrimonio había sido un error. Habían estado viviendo juntos cuando fue aceptado en la escuela de medicina. Fue ella quien sugirió el matrimonio en aquel momento, y él simplemente le siguió la corriente. En una sesión anterior a su visita con ella, Gary había entrado a discutir sobre la posibilidad de un divorcio.

En la sesión siguiente, cinco días después de la temida reunión con su esposa, Gary eligió definitivamente empezar con otro tema. Después de algunas amenidades sociales, empezó por contarme que se sentía físicamente adolorido, explicando que él y un amigo habían escalado hacía poco una de las más altas montañas de nuestra región. Había comentado que “es casi invierno allá arriba”, y ambos espontáneamente reconocimos que estaba característicamente y una vez más “cerca del límite”. Sin embargo, al avanzar el relato, parecía irse acercando a algo más y que su ascenso a la cumbre de la montaña era también una metáfora de otras transformaciones estaban teniendo lugar.

Después de clarificar que él y su amigo habían sido minuciosos en la planificación, el tiempo y la implementación de la seguridad en esa escalada, me di cuenta de que Gary estaba describiendo su crecimiento en precaución y auto cuidado. Describió la belleza y la “calidad casi espiritual” de la escalada. Fue entonces cuando siguió revisando la tensa, dolorosa, pero emocionalmente satisfactoria visita de su esposa. Gary dijo, “Hablamos y hablamos, incluso mis intenciones de pedir el divorcio. Compartí mi miedo más oscuro y peor: que nuestro matrimonio era un error”. Su esposa no estaba sorprendida, admitiendo que había pensado en el divorcio, y compartía sus propias aprensiones sobre su enfermedad adictiva, su recuperación y perspectivas futuras.

A pesar de que se sintió tranquilo y “liberado” por la reacción de su esposa, continuó revelando abiertamente cómo habían llorado juntos y habían continuado abriéndose a secretos que no habían compartido anteriormente.

“Como reparación” confesó antiguos secretos sobre dinero que había usado para drogas y dos relaciones fuera del matrimonio.

Cuando continuó su relato, quedé impresionado por su auto-reflexión, su apertura y su vulnerabilidad, y pensé que iba cambiando tan rápido como cualquiera durante la psicoterapia o fuera de ella. Recordé que hacía poco, en una llamada mía noté que el mensaje de su contestadora había cambiado. Era un mensaje común pidiendo el nombre, número telefónico y la mejor hora para devolver el llamado. Elegí comentar los cambios, incluso el de su máquina contestadora. Observé que no había rastro de fanfarronería, parecía menos defendido y más abierto. Dijo haberse preocupado y pensado mucho sobre la vergüenza, el arrepentimiento y lo que podría haber sucedido. Enfatizó el hecho de darse cuenta de que necesitaba conocer y hablar de sus propios sentimientos. Al hacerlo, se sintió realizado, lloró abiertamente e incluso sollozó.

Cuando le pregunté de dónde venían sus sentimientos, expresó estar arrepentido de no haber tenido nunca la capacidad de experimentar y expresar sus propios sentimientos. Esta incapacidad había impedido que hablara desde su corazón y que tomara decisiones auténticas. En parte, se refería a la decepción en su matrimonio, pero también a algo más. Dijo, “todo tiene que ver con el arrepentimiento por no ser abierto, por no ser una persona que siente, un ser humano”. Hizo referencia a haber esquivado los problemas en vez de enfrentarlos. Al enfrentar sus problemas y dar cabida a los sentimientos, se sintió mejor. Había visto claramente cómo los secretos y el no sentir lo limitaban. En la cima de la montaña se sintió tan libre espiritual y mentalmente como nunca antes lo había estado. No tenía miedo a mirar atrás, no tenía miedo de enfrentar claramente sus antiguas manipulaciones y condescendencias. Se había abierto a su familia y había sentido que ellos estaban allí, a su lado; y expresó la convicción de que la gente pensaba en él más que nunca antes y esto lo hizo sentirse jubiloso.

Subrayó lo bueno de “descargar” sus problemas con la familia, sus amigos y yo, y no sentirse ya más agobiado por la culpa.

He presentado el caso de Gary porque entrega ideas ilumina-

doras respecto de las fortalezas, vulnerabilidades y riesgos del uso compulsivo de sustancias. Y aún más importante, en lo que sigue revela también las fortalezas y beneficios de los programas de 12 pasos. Con muy poca inducción, entregó una descripción punto por punto de cómo su programa de recuperación había abordado adecuadamente sus incapacidades emocionales y relacionales, incluso sus deficiencias en la auto-estima y el auto-cuidado. El programa efectivamente responde y sirve como correctivo a su estilo de personalidad defensiva que le había impedido ser y transformarse en una persona a sus anchas, satisfecha, y satisfactoria.

Después de revisar el resto de esta sesión, en la cual él da cuenta de esta transformación, revisaré y me extenderé sobre aquello que está alterado en la persona (o la personalidad) de los pacientes dependientes de sustancias; y lo que creo que son algunos de los elementos cruciales de los programas de recuperación efectivos, que brindan experiencias correctivas a la persona o al “yo” dañado que sufre estas enfermedades.

Le dije: “Parece que tu programa ha tenido en ti un efecto transformador”. Señaló que cuando entró por primera vez a Alcohólicos Anónimos, le dijo a su consejero que sentía que ya no era posible llegar más abajo en su descenso profesional y personal. La pronta réplica del consejero le dio a entender que: “No por completo, todavía te quedaban dos metros para seguir cayendo”. El consejero había comentado su bravuconería, cómo Gary no había experimentado sentimientos durante largo tiempo. Gary destacó el contraste entre esta conversación al comienzo de su recuperación y el presente, dijo: “Ahora lloro por centavos y lo siento natural”. Reflexionó que el programa era su última oportunidad, aludiendo a una de las indicaciones del programa: “Pruébalo durante 60 días, y si no te gusta te devolveremos tu desdicha entera”. El observó que el programa le había entregado “una chispa de un sentido del yo”.

Explicó con detalles que la rehabilitación lo había ayudado a poner las cosas en la forma de “Yo/nosotros, en primera persona”,

ayudándolo a pedir lo que necesitaba y a expresar lo que sentía. Dijo, “Me di cuenta de que no era tan mal tipo, ahí en el fondo con todas mis nefastas consecuencias, sin trabajo ni licencia para ejercer y con un probable divorcio. Desde el comienzo de AA tengo más cuidado del que nunca antes había tenido, y también relaciones más significativas”. Le pedí que ahondara un poco más. Explicó que ahora tenía la habilidad de expresar sus secretos y de encontrar que: “soy mejor de lo que creía”. Continuó con la descripción, dijo que su familia, sus amigos y su esposa lo abrazaban. Ahora sentía que podía llamar a la gente que temía, su jefe de servicio, el director del Programa de Salud de los Médicos, y sus colegas. Una vez cara a cara con las autoridades, se dio cuenta de que ellos querían su compañía, por ejemplo para la cena de las festividades que se aproximaban.

Al acercarse el final de la hora, reflexioné algo más en voz alta sobre sus transformaciones y le pedí que me dejara usar su experiencia para ayudar a otros a apreciar cómo AA ayuda a las personas a cambiar y corregir sus vulnerabilidades. Estuvo de acuerdo en forma sencilla y generosa. Conversamos sobre las diferencias entre la abstinencia y la sobriedad. El programa funciona más allá del establecimiento de la abstinencia; funciona porque establece firmemente la sobriedad mediante la evaluación y modificación de las vulnerabilidades que implican las emociones, las relaciones, la auto-estima y el auto-cuidado. Agregué que sus esfuerzos y el trabajo durante esas últimas semanas y meses lo habían llevado a la cima de la montaña en otra forma, literal y figurativamente. Describió la exquisita sincronización de la suspensión de su trabajo, y cómo las cosas funcionan; en este caso, cómo el tiempo libre alejado del trabajo había coincidido con la visita de su esposa, dándoles a ambos el espacio para estar juntos y dedicarse a su relación, uno de sus mayores problemas. Concluyó la hora con el siguiente pensamiento “las coincidencias son la forma como Dios mantiene su anonimato”.

Comentario

Por Andrew Tatarsky

En esta historia podemos ver cómo Gary usaba drogas y alcohol para corregir problemas en los cuatro sectores de vulnerabilidad sobre los que Khantzian ha escrito. Él es un hombre que sufría serios problemas de auto-estima. Los enmascaró e intentó compensarlos desarrollando una fachada social de “arrogancia, pavoneo y contradependencia”, dando a entender que se sentía muy bien consigo mismo y no necesitaba nada de nadie. También intentó compensar su deficiente sentido del “yo” probándose a sí mismo y a otros que era mejor de lo que él pensaba, corriendo tremendos riesgos personales y haciendo que sus logros y conquistas fuesen más importantes que cualquier otra cosa. Que este exterior confiado era sólo una fachada quedó confirmado por el hecho de que la “satisfacción” que obtenía al ganar era de corta duración y nunca suficiente. Su insaciable necesidad de atención y de demostrar seguridad nunca estaban satisfechas.

Tempranamente, usó el alcohol y la marihuana para “mejorar” su fachada social. Estas sustancias lo apuntalaron en su presentación ante el mundo. Esto le funcionó a lo largo de la universidad y los estudios de postgrado. Cuando ingresó a la escuela de medicina se volvió algo más moderado en su uso de alcohol y droga. Khantzian dice, “debido a que había cambiado su posición, estaba muy ocupado y tenía pocos amigos o contactos para persistir en su anterior patrón de conducta”. Es un buen ejemplo de cómo las vulnerabilidades personales de las que he hablado no explican por sí mismas el uso de la droga. Cuando la vida social y profesional de Gary no toleró el uso excesivo de droga y realmente entró en conflicto con éste, su uso se volvió más moderado. Sin embargo, su auto-estima y otras vulnerabilidades personales lo hicieron volver a consumir durante una crisis cuando concluía su práctica en anestesiología.

Hacia el final de su entrenamiento tuvo una carga adicional de trabajo, estaba más horas de turno en el hospital, físicamente inactivo y se sentía cada vez más cansado, enfermo, solitario e infeliz. También estaba ansioso por sus próximos exámenes y sentía que no

estaba cumpliendo con lo que se le exigía. Dijo que “no tenía las habilidades para pedir ayuda” y empezó a usar Fentanyl, un poderoso analgésico como la heroína, para adormecer el dolor. Aquí vemos los cuatro sectores de vulnerabilidad de Khantzian conspirando para hacerlo volver al consumo de drogas, en un esfuerzo por soportar el intenso sufrimiento. Las exigentes circunstancias que enfrentaba Gary crearon un conjunto de sentimientos dolorosos que no estaba preparado para enfrentar. Sus problemas con respecto a su autocuidado sin duda contribuyeron para empezar a que se metiera en esa situación: por ejemplo, aceptar tomar más trabajo del que podía manejar y estar físicamente inactivo. Tampoco tenía los recursos para lidiar efectivamente con lo mal que se sentía; y, mirando hacia atrás, después de algún tiempo en tratamiento, tuvo la capacidad de reconocer que “nunca había sido capaz de experimentar y expresar sus propios sentimientos”. Esto refleja algo de la complejidad de lo que experimenta mucha gente con problemas para manejar sentimientos. Para muchas personas los sentimientos están relacionados tanto con su identificación como con saber qué hacer con ellos, una vez que han sido identificados. Los problemas de autoestima de Gary contribuyeron a que se sintiera ansioso, avergonzado y abrumado por su carga laboral. Los problemas de relación con otras personas se expresaban en su inhabilidad para acercarse a otros y pedir ayuda. Esta combinación de rasgos de personalidad que interactuaban con sus circunstancias extremas, lo volvieron vulnerable a considerar la droga como la forma más deseable para tratar de cuidarse a sí mismo. La droga le permitió sentirse algo mejor para continuar sin tener que pedir ayuda. Como lo había hecho en la universidad, usó la droga en un esfuerzo por mantener la fachada de ser una persona capaz de manejar las cosas y de continuar dando a los demás una buena impresión cuando en realidad por dentro se sentía terrible. Como es habitual, cuando las personas se vuelcan hacia las drogas para este tipo de ayuda, aunque la droga en cierta forma lo ayudó, también lo alejó aún más de la ayuda que realmente necesitaba y contribuyó a que se sintiera peor. Esto es parte del círculo vicioso inherente a los problemas de uso de droga.

La historia de Gary muestra también que su habilidad para mantenerse lejos de las drogas, se relacionaba con lo bien que podía identificar y atender los problemas personales relacionados con su problema de drogas, en el tratamiento. En este caso, el tratamiento fue la combinación de un programa de rehabilitación residencial basado en los 12 pasos, seguido por la psicoterapia individual con Khantzian y la asistencia a reuniones de 12 pasos.

En su historia, Khantzian enfatiza el poder de la comunidad y el grupo en la rehabilitación y las reuniones de 12 pasos para ayudar a Gary a enfrentar los problemas personales relacionados con su adicción. Como muchas personas con problemas de drogas, la vergüenza y el miedo por la forma como los demás reaccionarían ante él si se descubriera su problema con las drogas y sus dificultades personales, lo llevaron a ocultar lo que estaba pasando. Paradójicamente, esto lo dejó solo con sus atemorizantes fantasías y lo aisló de la posibilidad de obtener de otras personas retroalimentación real sobre sí mismo. Una vez en tratamiento, expuesto y sin ninguna razón para esconderse, pudo abrirse a los demás y descubrir que no era la persona terrible que creyó ser ante los ojos de los demás. De hecho, las personas le tenían compasión y podían ver sus buenas cualidades que ni siquiera él era capaz de ver. Esas experiencias con sus pares, sólo disponibles en tratamientos grupales o en situaciones de autoayuda, pueden comenzar a contrarrestar los problemas de autoestima de larga data y los malos sentimientos adicionales sobre uno mismo que generalmente acompañan al uso excesivo de drogas. Pueden ser el núcleo de un nuevo y más positivo sentido de sí mismo, que puede contrarrestar la vergüenza y la desesperanza e inspirar un compromiso con el cambio en todas las áreas de nuestra vida.

Gary también tuvo sesiones con Khantzian para procesar y darle sentido a las experiencias que iba teniendo en sus reuniones de autoayuda. En el proceso de relatar a Khantzian la historia de los importantes descubrimientos que iba haciendo sobre sí mismo, Gary llegó a formularlas en palabras que más adelante podría integrar. Lo hizo en la presencia de un muy conocido y respetado especialista en abuso de sustancias, que claramente se preocupaba, lo respetaba,

le agradaba y lo apoyaba en los cambios que iba haciendo. Aunque Khantzian no se atribuye el crédito de la historia, creo que éstas son algunas de las formas intangibles como el terapeuta ayuda al cliente a hacer los cambios por los cuales está trabajando. El terapeuta es también una persona y generalmente está investido de mucho poder simbólico por el cliente, alguien que descubre en el cliente todas las cualidades que más lo avergüenzan. Si a pesar de todo Khantzian pudo seguir preocupándose y respetando a Gary, esto también podía ayudarlo a corregir los sentimientos negativos que Gary tenía sobre sí mismo. Aquí nuevamente vemos la importancia de los sentimientos personales del terapeuta hacia el cliente en apoyo de su crecimiento y cambio.

Para Gary esta combinación de los elementos del tratamiento fue el calce correcto y creó las condiciones de seguridad necesarias para que iniciara un proceso que lo llevaría a un cambio profundo, en un tiempo relativamente corto. La mayoría de los cambios que hemos leído parecieron ocurrir en torno al sexto mes del tratamiento de Gary. He tenido muchos clientes como él, y sé que éste no es siempre el caso. El presentaba una combinación particular de factores personales y externos que apoyaron este rápido progreso. En primer lugar, es un hombre con muchas fortalezas que le permitieron funcionar a un nivel muy alto durante muchos años, a pesar de sus dificultades personales. También estaban en juego sus logros: un matrimonio, una carrera y una imagen pública que era muy importante para él. Estos riesgos, sin duda, lo ayudaron a motivarse para movilizar muchas de esas fortalezas al trabajar su problema de drogas y otros temas. Sus vulnerabilidades personales también apoyaron esos esfuerzos en una forma muy interesante. Una vez que su adicción salió a la luz, su intensa necesidad de aprobación por los demás y su intenso deseo de tener éxito, se volvieron apoyos adicionales a sus esfuerzos durante el tratamiento. Finalmente, su uso de sustancias no había sido continuo durante un largo período de tiempo. En consecuencia, había demostrado anteriormente la capacidad de retomar el camino cuando era necesario. Cómo estos cambios permanecieron en él a lo largo del tiempo es algo que no sabemos.

LA IMPORTANCIA DE ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS

Khantzian le da mucho crédito al compromiso de Gary en el programa de 12 pasos. Sobre eso tengo mi propio punto de vista. He conocido clientes, colegas, miembros de la familia y amigos que, como Gary, han encontrado que AA y otros programas de 12 pasos son sistemas de apoyo salvadores para tratar problemas de drogas y alcohol y temas personales relacionados. AA comenzó en 1930 en un momento en que las personas con problemas de drogas eran severamente estigmatizadas por profesionales y no profesionales y para los cuales había –si es que los había– muy pocos buenos tratamientos disponibles. A lo largo de la historia, se ha formado una gran comunidad internacional de redes de ayuda, donde las personas pueden unirse cuando comienzan a asistir a las reuniones. En la mayoría de las comunidades hay reuniones gratuitas durante el día, donde las personas pueden ir en busca de apoyo, estructura y ayuda concreta para mantenerse lejos de las drogas y el alcohol, si eso es lo que buscan. También existe un programa estructurado con recomendaciones específicas, –los Doce Pasos–, para saber cómo pueden lograr y mantener la abstinencia. Además, hay una gran cantidad de conocimientos no oficiales sobre la forma de “permanecer limpio y sobrio” que la gente puede aprovechar. Por estas razones, AA cuenta con un grupo de características muy poderosas para ofrecer a los usuarios de drogas y alcohol, que tienen “el deseo de detener el uso”.

Se ha escrito tanto desde muchos puntos de vista teóricos diferentes sobre la eficacia de AA, que pareciera que AA puede ser todo para todos. Las personas desarrollan problemas viviendo en grupos, familias, grupos de pares y comunidades grandes, y para algunas esos problemas humanos se solucionan mejor en grupos que posibilitan la sanación.

Khantzian dice que AA tiene una efectividad particular para ayudar a las personas a que asistan y persistan, ya que es capaz de crear “condiciones de interdependencia, seguridad y comodidad”. Creo que esto se da por muchas de las características que discutí anteriormente.

LA NECESIDAD DE UNA ALTERNATIVA A ALCOHÓLICOS ANÓNIMOS

Sin embargo, hay muchas personas que no encuentran atrayente a AA; algunos estudios declaran que ellos son la mayoría de los que sufren problemas de alcohol y drogas. Esto puede ser por muchas razones. Dos razones prominentes frecuentemente repetidas por personas que rechazan AA, son el énfasis sobre la aceptación de un poder superior y la necesidad de admitir la impotencia ante el alcohol, como prerrequisito para mantener la sobriedad. Estas, creo, son ideas que las personas pueden interpretar y encontrar útiles de muy diversas formas. Alcohólicos Anónimos respalda esta interpretación personal en declaraciones como “Toma lo que necesites y deja el resto” y “Puedes hacer de tu poder superior cualquier cosa que quieras”. Quienes sienten que ya no controlan su uso de drogas y no saben cómo cambiar esta situación, pueden encontrar tranquilizador saber que no tienen que resolverlo por sí solos y que hay un poder superior en la comunidad de personas de los programas de 12 pasos, al que pueden acudir en busca de apoyo.

No obstante, hay muchas personas para quienes AA simplemente no es atractivo y necesitan algo más. Sin criticar a AA, podemos reconocer sencillamente que las personas con problemas de sustancias son un grupo enormemente diverso que difieren en muchos aspectos: cuyas metas, filosofía, disposición para el cambio y preferencias, son muy diferentes.

Como mi buen amigo, el Dr. Michler Bishop dijo una vez en una conferencia: “Algunos preferimos comida china, otros mejicana y otros italiana. ¿Por qué deberíamos suponer que todos van a preferir el mismo programa de auto-ayuda?”. Afortunadamente, en los últimos años ha habido una proliferación de programas de autoayuda para personas con distintos intereses, metas y preferencias. La Recuperación Inteligente (Smart Recovery) es un programa de autoayuda alternativo para personas en busca de la abstinencia de drogas y alcohol. Este programa enfoca los problemas de drogas y alcohol en términos cognitivo-conductuales más explícitos, como

hábitos malos o desadaptados que las personas pueden cambiar a través del aprendizaje de un conjunto de habilidades para modificar activamente estos comportamientos. Puede resultar muy atractivo para quienes tienen problemas con la idea de la impotencia de los AA, porque afirma que las personas sí tienen el poder de realizar cambios en sí mismo, y trata de incentivar en ellas ese poder. Un programa alternativo de auto-ayuda para personas que consideran la moderación en el consumo de droga como una opción a seguir, es el Manejo de la Moderación (Moderation Management) (MM) (Kishline, 1994). MM apunta, por lo general, a aquel bebedor cuyo consumo de alcohol se ha vuelto problemático, pero no seriamente incapacitante, el llamado “bebedor problema”.

Aun cuando ésta suele ser un área gris, son bienvenidos todos los que buscan la moderación. El programa apunta a apoyar a las personas a descubrir si ésta es una meta realista para ellos y respalda la moderación estable y la abstinencia como resultados para quienes asisten a las reuniones. Ese estímulo y apoyo para explorar seriamente esta pregunta, es lo que realmente diferencia a MM de los otros programas de auto-ayuda. Se basa en muchas de las ideas conductistas de la Recuperación Inteligente (Smart Recovery), y también incentiva la exploración de los significados y funciones que las drogas han tenido para las personas. Ambos programas ofrecen muchos de los beneficios no específicos de AA: comunidad, estructura, apoyo de pares y consejería, aunque a una escala mucho menor. En gran medida son programas aún en proceso de desarrollo, con los defectos y beneficios que puedan tener para las más diversas personas.

Referencias

- Khantzian, E. J., Halliday, K. S., and McAuliffe, W. E. (1990).** *Addiction and the Vulnerable Self: Modified Dynamic Group Therapy for Substance Abusers.* New York: Guilford Press.
- Khantzian, E. J., and Mack, J. E. (1989).** Alcoholics Anonymous and contemporary psychodynamic theory. In M. Galanter (Ed.).

Recent Developments in Alcoholism. Vol. 7 (pp. 67-89). New York: Plenum.

Krystal, Henry (1977). Self and Object Representations in Alcoholism and other Drug Dependence; Implications for Therapy in Psychodynamics of Drug Dependence. Research Monograph 12, pp. 88-100. National Institute of Drug Abuse.

Miller, W. R. and Rollnick, S. (1991). Motivational Interviewing: Preparing People to Change Addictive Behavior. New York: Guilford Press.

Wurmser, L. (1978). The Hidden Dimension: Psychodynamics in Compulsive Drug Use. Northvale, NJ: Jason Aronson Inc.

EL IMPACTO DEL TRAUMA

Sally: Una Cura Dinámica

Por Jerome David Levin

Como hemos visto, los múltiples significados que el uso de drogas tiene para las personas, reflejan problemas personales que hemos llamado vulnerabilidades de la personalidad. Para algunas personas, como Gary en el Capítulo 6, reconocer el rol que juegan las drogas ante estas vulnerabilidades es la clave para encontrar otras formas de abordar esos problemas más efectivamente y sin drogas. Una parte importante de este trabajo se centra en interrumpir la conexión entre estas vulnerabilidades y el deseo de consumir drogas, con el fin de encontrar otras soluciones a estos problemas. Por ejemplo, con respecto a la autoestima, uno podría observar cómo nos hablamos a nosotros mismos y cuál es el sistema de enjuiciamiento que usamos que, inevitablemente, nos lleva a sentir que no somos capaces. Más que usar las drogas como un soporte que nos ayuda a sobrellevar estos estándares irreales, o a lidiar con el dolor de tener que vivir intentando satisfacerlos, un individuo podría modificar estos estándares para que reflejen un conjunto de expectativas más realistas y compasivas. En el ámbito de los sentimientos, de las relaciones interpersonales y del auto-cuidado, uno puede hacer un inventario de las habilidades de las que carecemos y trabajar para desarrollarlas. Aprender a relajarse cuando estamos tensos, ser más asertivos en el trabajo y no aceptar más de lo que podemos manejar, conocer nuestros límites y cuándo tomar descansos para no sobreexigirnos, son todos ejemplos de un buen manejo de las habilidades de auto-cuidado que pueden reducir el deseo de consumir drogas, ya que ofrecen una mejor manera de enfrentar estas necesidades.

EL ROL DE LAS RELACIONES EN LA INFANCIA

No obstante, todas estas vulnerabilidades se aprendieron o formaron de alguna manera en las relaciones que tuvimos en nuestra infancia con nuestros padres y otras personas significativas: hermanos, profesores, compañeros y el clero. Para algunos esas vulnerabilidades son cicatrices de serias negligencias traumáticas o de abusos, sean verbales, físicas o sexuales. En mi trabajo he descubierto que, en general, mientras más difícil es la historia de la infancia, mayor es la necesidad de que esa historia sea examinada durante el curso del trabajo sobre el consumo de drogas del cliente y sus vulnerabilidades asociadas.

Al trabajar en las vulnerabilidades de la personalidad, a menudo descubrimos que es necesario volver a trabajar las creencias y las relaciones con otras personas, internalizadas en nuestros años formativos. Por ejemplo, reclamar el derecho y el poder que tenemos de cuidarnos por nosotros mismos, puede ser como quitarle ese poder a un padre que lo poseía, quien en efecto decía: “Me necesitas para cuidarte porque tú no eres capaz de hacerlo por ti mismo”. Es posible que el proceso de cambio desentierre sugerencias negativas e hirientes, evidentes o encubiertas, como ésta hecha por un padre. En este proceso comenzamos a entender que nuestros padres estaban equivocados y que psíquicamente tenemos miedo de enfrentar las amargas consecuencias de probar que estaban equivocados. Este reconocimiento va seguido por sentimientos subsiguientes más manejables, pero aun así difíciles, de desilusión, culpa y pesar.

Un buen ejemplo, es la experiencia de un hombre de 28 años que he estado viendo en psicoterapia por cerca de un año. Fue criado por unos padres que siempre le parecieron que estaban fuera, trabajando o viajando. Sabían poco sobre su vida interior y escasamente le proporcionaron alguna estructura que le sirviera de guía. Creció sintiéndose solo, a la deriva en el mundo sin una brújula, y con un profundo sentimiento de que no le importaba ni a sus padres ni a nadie. Se convenció a una edad muy temprana de que él debió haber sido culpable, es decir, que él no valía ni el tiempo ni la atención de

sus padres. Esta negligencia le infundió ira, la que “naturalmente” dirigió contra sí mismo, porque concluyó que el abandono de sus padres se debió a su ausencia de valor. Estos sentimientos tomaron, con frecuencia, la forma de un deseo activo de suicidarse. Esta combinación de sentimientos de desvalorización y odio a sí mismo estuvo presente en su vida hasta que descubrió la marihuana y otras drogas, que le brindaron algún alivio ayudándolo a sentirse esperanzado por primera vez.

Acudió en busca de ayuda por su uso de droga cuando empezó a ver que, a pesar de que ésta disminuía el dolor de su auto-desprecio y su desesperación, no resolvía esos sentimientos. Al trabajar para lograr superar su tendencia a dirigir el odio a sí mismo, se hizo evidente que su auto-desprecio había sido su modo de identificarse o de estar de acuerdo con sus padres, debido a su necesidad infantil de considerarlos como personas en las que realmente podía confiar. Sin este sentimiento de seguridad, su niñez podría haber llegado a ser aterrizante. Desafiar el odio que sentía por sí mismo implicaba realmente considerar su abandono como algo malo. Esto lo puso en contacto con un dolor profundo y poderoso que nunca se había permitido sentir. Por otra parte, eso también le permitió tener una mejor aceptación y compasión de sí mismo, localizando el núcleo de una fuerte y saludable autoestima.

CUANDO LAS EXPERIENCIAS SE VUELVEN TRAUMÁTICAS

Todos hemos experimentado algún nivel de sufrimiento en el curso normal de la vida, y muchos de esos eventos son una parte necesaria de nuestro crecimiento y desarrollo. Sin embargo, los eventos son traumáticos cuando son tan dolorosos, amenazantes o intensos que son más de lo que el individuo está psicológicamente equipado para manejar. Los abusos físicos o sexuales son experiencias traumáticas comunes en las historias de individuos con problemas de uso de sustancias. El trauma también puede surgir de vínculos relacionales menos obvios, tal como la relación con un otro significativo que le exige al niño cumplir sus deseos y suprimir aspectos

vitales que lo hacen único, mientras se le castiga sus transgresiones avergonzándolo o quitándole el amor. Más que con los actos físicos en sí mismos, el trauma está relacionado con el intenso e irreconciliable conflicto que el niño experimenta al sentirse inseguro, dañado, violado e ignorado por una persona de la cual el niño es emocional y físicamente dependiente. La intensidad de los sentimientos asociados crea una fuerte ansiedad que sobrepasa la capacidad propia de procesar o manejar la situación. Esto puede llevar a la víctima a recurrir a medidas extremas de auto-protección con el fin de manejar el conflicto y la ansiedad, tales como la disociación o mantener activamente aparte de la conciencia aspectos conflictivos o contradictorios de uno mismo o de otras personas importantes (Kernberg, 1984). Estas medidas defensivas generan un amplio rango de sentimientos, estados psicológicos, conductas y actitudes que contribuyen a los factores de vulnerabilidad que pueden llevar a desear el consumo de drogas.

En términos de las dificultades en el manejo de los sentimientos, los traumas pueden con frecuencia dejar a las personas llenas de aflicción, rabia, ansiedad, soledad, desesperación, tensión, auto-desprecio, infelicidad, depresión, miedo y desconfianza, a menudo con escaso sentido del por qué. Los sentimientos en general tienen una cualidad física global, vaga y desorganizadora que hace difícil saber qué puede hacer uno para lograr sentirse mejor. Esto es, en parte, porque las memorias de los eventos traumáticos a menudo no están disponibles, ya sea porque nunca fueron grabadas o fueron olvidadas como una forma de tratar de lidiar con el dolor. Así, los sentimientos continúan existiendo sin estar conectados con los eventos que los causaron. Estos sentimientos pueden también haber sido provocados por eventos del presente que tienen alguna relación con el trauma anterior. Debido a que este nivel de sentimiento claramente no se justifica, puede dejar al individuo confundido y avergonzado.

Las drogas a menudo se usan en un intento de sentirse mejor cuando nada parece funcionar. Son una forma de enfrentar lo que parece imposible de manejar, una forma de sentir diferente, de no sentir o de apartar a la mente del sentimiento.

Los sentimientos sobre uno mismo y los demás pueden reflejar mensajes directos e indirectos recibidos en el contexto de esas experiencias tempranas, o la forma en que la mente del niño intentó darles sentido. Por ejemplo, un niño abusado podría pensar “Si mi padre me golpea debe significar que merezco ser golpeado”. Un niño abandonado podría creer que “Como nunca supe cuándo sería atendido o ignorado por mis padres, que siempre estaban trabajando, bebiendo o peleando, nunca podré contar con que otros estén junto a mí, consistentemente disponibles, y no necesitaré depender de nadie ni nada”.

Los problemas de autoestima a menudo son el resultado de traumas por distintas razones. Las víctimas de trauma se sienten de alguna forma responsables. Piensan que debieron haber hecho algo para merecer aquello, o son culpables porque no hicieron nada para evitarlo. Las personas pueden sentirse mal consigo mismas porque tienen esos sentimientos malos que no pueden entender ni hacer nada para arreglarlos, excepto consumir drogas, las que realmente no son una solución.

Los problemas interpersonales pueden terminar en trauma de muchas maneras. Las personas pueden temer o suponer que un evento traumático ocurrido en el pasado vuelva a ocurrir: “Dado que las personas más importantes para mí me fallaron, ¿por qué debería volver a confiar en alguien, alguna vez?” Las víctimas de trauma también pueden sentirse atemorizadas de dejar que otros se acerquen a ellos, porque se avergüenzan de sus historias y temen cómo los demás puedan considerarlos si descubren lo que pasó. Ya que las relaciones actuales pueden provocar esos intensos sentimientos del trauma pasado, entonces el pasado puede hacer del presente una experiencia tormentosa y muy difícil para las víctimas y los demás. Las personas pueden consumir drogas para calmar esos sentimientos destructivos con el fin de intentar proteger la relación.

Los problemas de auto-cuidado pueden reflejar una despreocupación general por uno mismo debida a esos otros temas. Además pueden reflejar, paradójicamente, otras formas con que las víctimas de trauma intentan protegerse. Los abrumadores estados emocionales

resultantes del trauma, pueden sobrellevarse, recurriendo a formas extremas de auto-protección, tales como congelar o embotar la propia capacidad de sentir, pensando más que sintiendo o actuando en vez de sentir. Todas esas respuestas nos apartan de las respuestas sensitivas naturales para la vida, tales como el temor en las situaciones peligrosas. Sin estas respuestas afectivas naturales para la vida, las personas no tendrían guías en las que confiar para ejercer el cuidado apropiado en esas situaciones. Esto puede llevar a un individuo a encontrarse en situaciones terribles, sin saber cómo llegar a ello, o corriendo excesivos riesgos sin realmente estar consciente de los mismos. Estas formas de enfrentamiento pueden también dejar a las personas sintiéndose muertos, sin vida, confundidos sobre quiénes son, impulsivos, compulsivos y obsesivos, todo unido a una escasa sensación del por qué.

LA TENDENCIA A REPETIR TRAUMAS TEMPRANOS EN EL PRESENTE

Otro proceso que puede impactar en todas las vulnerabilidades como resultado de experiencias conflictivas o traumáticas tempranas, es la tendencia a repetir viejos patrones en el sentido de acercarse a situaciones negativas que en alguna forma recuerdan situaciones anteriores. Esto es lo que Freud inicialmente llamó la compulsión de la repetición (Freud, 1919). Un ejemplo común es aquel en el que la gente se encuentra involucrada con diferentes parejas que tienen las mismas características perturbadoras, como la mujer que continúa saliendo con hombres a quienes no les importa lo que ella piensa o el hombre que sigue saliendo con mujeres que resultan ser muy críticas y controladoras. Lo más extraño para estos sujetos es que esas personas comparten esa característica perturbadora con el padre de sexo opuesto. Los intereses sexuales inusuales pueden también reflejar este proceso. El abuso atemorizante o vergonzoso experimentado cuando niño puede crear, en años posteriores, una carga sexual. Este patrón puede tener como resultado que la persona sienta repetidamente el mismo conjunto de emociones desquiciantes

experimentadas en la infancia en la relación con uno de sus padres. Esto deja a la persona vulnerable al consumo de drogas como una forma de manejar ese trauma repetitivo. Las drogas pueden utilizarse para llevar a personas significativas en la vida actual a actuar de formas que son extrañamente similares a la forma como personas del pasado lo hicieron en sus vidas. Por ejemplo, repetidas ingestas excesivas de alcohol pueden provocar que una pareja amorosa se vuelva furiosa y físicamente abusiva. Esa escena recapitula la experiencia temprana de haber sido golpeado y humillado por un padre fuera de control.

¿Cómo podemos entender esta tendencia a la repetición? Parece reflejar una característica humana común, que consiste en tratar de revivir situaciones complicadas, en un esfuerzo por dominarlas. Esto sin duda está operando en un mayor interés cotidiano en cosas atemorizantes, como las montañas rusas y las películas de terror. Si podemos crear una situación similar a alguna vivida tempranamente y en la cual fuimos la víctima, pero esta vez la repetimos por opción propia y sobrevivimos, entonces podemos tener la sensación de deshacer el daño provocado originalmente.

El consumo riesgoso de drogas puede servir también para este propósito.

HISTORIAS DE TRAUMAS Y LOS DESAFÍOS DEL CAMBIO

Para las personas que han experimentado infancias difíciles, la naturaleza de los problemas personales conectados al consumo de drogas y los significados que las drogas tienen para ellos son, típicamente, más complicados que para las personas cuyas infancias no fueron tan dolorosas. El camino hacia un cambio exitoso es típicamente, más largo y desafiante para los primeros.

Uno de los mayores escenarios para el fracaso puede ser el hecho de que una persona subestime la dificultad, la complejidad y el tiempo que puede tomar cumplir sus metas. Esto puede llevar a la conclusión injustificada de que el cambio no es posible y generar dudas sobre la seriedad de sus intenciones. Es como prepararse para trepar una montaña muy alta, esperando llegar a la cima en la tarde,

sin ningún mapa, ni equipo adecuado, ni plan apropiado. Esto habitualmente lleva a las personas a perder las esperanzas y a abandonar el proyecto recién comenzado. El problema puede agravarse por el hecho de tener una familia preocupada y bien intencionada, amigos y profesionales, que comparten la misma idea errada acerca de cuán exigente y prolongado puede llegar a ser el proceso.

A menudo, las creencias y los sentimientos son tan tenaces y se encuentran tan bien escondidos como fuertes y profundamente sepultadas puedan estar las experiencias tempranas. Esto crea la ilusión de resistencia. Para algunos, el descubrir las raíces de los sentimientos y creencias actuales en las experiencias tempranas de su pasado, puede ayudar a aliviar los pesares en el presente. El trabajo puede implicar ver la conexión entre el sentido que tiene el consumo de droga y las vulnerabilidades personales, para luego hacer la conexión entre estas vulnerabilidades y sus raíces tempranas. Algunas veces estas conexiones son fáciles y rápidas de hacer. Para muchas personas, sin embargo, el proceso de descubrir estas conexiones es más gradual.

Mis clientes frecuentemente me preguntan: “¿Es necesario mirar al pasado y explorar mi infancia con el fin de lograr estos cambios que deseo para mi vida hoy?” Mi respuesta es: “Ya veremos”. Dado que cada uno de nosotros es único, las necesidades y las direcciones necesarias para el cambio sólo pueden ser descubiertas con el tiempo.

Sugiero lo que he denominado un enfoque en dos frentes para lograr el cambio. El primer frente es un foco activo y directo en el comportamiento que se quiere cambiar. El segundo, en la medida que sea necesario, es poner el foco en los sentimientos y experiencias relacionados con el pasado, que parecen expresar, conducir o clausurar esas creencias, sentimientos y conductas. Por lo tanto, los individuos deben investigar su pasado, si lo creen necesario. Esto no sólo puede apoyar el proceso de cambio, también puede rendir otros beneficios.

EL VALOR DE DESCUBRIR EL PASADO EN EL PRESENTE

Descubrir el pasado en el presente es una forma de encontrar el

sentido en lo que parece no tenerlo. Darle sentido a nuestra experiencia puede cambiarla y le dará contexto, haciéndola más coherente y, por consiguiente, más aceptable y manejable. Si los individuos saben que sus sentimientos y acciones pueden no tener sentido en términos del presente, pero sí en términos del pasado, esto puede ayudar a disminuir la sensación de confusión y vergüenza frecuentemente asociada a esos sentimientos. Además puede ayudar a lograr una mayor compasión y aceptación de uno mismo y sus “dificultades”.

Ver que los propios sentimientos toman sentido en el contexto de las relaciones pasadas, puede conducir también a una reevaluación del pasado en términos de lo que uno sabe ahora. Esto puede conducir a nuevas conclusiones sobre el pasado que tienen importancia para el presente. Consideremos por ejemplo, el descubrimiento de George de que su inhabilidad para sentir placer por cualquiera de sus logros era un reflejo de las expectativas extremadamente críticas y perfeccionistas que sus padres tenían de él. Al considerar esto en la terapia, él fue capaz de ver que su incapacidad para sentirse satisfecho con sus logros no era un reflejo de sus defectos, sino un reflejo del perfeccionismo de sus padres. Este perfeccionismo hizo imposible que ellos se sintieran satisfechos consigo mismos, por lo que miraban los logros de George en un esfuerzo por compensar su propia sensación de fracaso. Esta serie de conexiones ayudó a que George empezara a sentirse mejor sin esperar ser tan perfecto, a tener mayor comprensión y compasión por sus padres, a relajarse ante las críticas que otros le hacían, especialmente aquellos que tenían un criterio de perfección distinto al suyo.

La historia que he elegido para ilustrar este tema es “Sally: Una Cura Dinámica”, por Jerome David Levin. Sally vino a la terapia para trabajar una amplia gama de problemas, consecuencia de una infancia severamente traumatizada, relacionada con el alcoholismo de sus padres. Su problema de abuso de drogas y su relación con el trauma infantil no se reveló hasta algún tiempo después de avanzada la psicoterapia. La historia nos da un buen ejemplo de cómo los traumas tempranos pueden afectar nuestras vidas emocionales y aumentar nuestras vulnerabilidades al uso compulsivo de drogas.

Muestra lo complejo y desafiante que la psicoterapia puede ser para el cliente y el terapeuta, y presenta algunos de los ingredientes necesarios para el éxito.

Sally: Una Cura Dinámica

Por Jerome David Levin

Sally fue la paciente más aterrorizada que jamás he tratado. De aspecto cadavérico, se encogía en la sala de espera, apoyada contra la muralla como si esperara ser absorbida por ella. Las manos torcidas, las palmas contra la muralla, esta mujer de apariencia casi anoréxica irradiaba terror. Mi oficina estaba sobre la sala de espera. Cuando la llamé, ella subió la escalera de medio lado, con el fin de mantener la espalda contra la muralla, sin relajarse (si es que moverse desde el terror a la tensión y la ansiedad se puede llamar relajarse) hasta que entró en la oficina y cerré la puerta. En la treintena, era potencialmente atractiva si llegaba a reducir dramáticamente sus niveles de tensión y aumentara 10 kilos, pero su angustia no la hacía más atractiva que un animal asustado. No sólo sus movimientos y lenguaje corporal, sino también sus ojos, irradiaban miedo. Aun cuando no la describiría como frágil, su tensión era tan grande que temía que pudiera quebrarse, incluso hacerse pedazos. No lo quiero decir metafóricamente, sino concretamente - corporalmente. Tomó un tiempo antes de que la base de su miedo –sus secretos culpables y el terror a su padre alcohólico y abusivo- fueran evidentes. Cuando se sentaba rígida en el sofá, la tensión en la habitación era palpable. Me ponía ansioso. Pensé que no sería capaz de ser muy útil para ella, a menos que pudiera reducir mis niveles de ansiedad, pero esto se mostró esquivo; yo no podía hacerlo. Era como si el terror fuese contagioso. Quizás yo también creía que su padre me mataría. Pienso que también percibí la infinita ira detrás de su miedo, y eso también me aterrorizaba.

Los niveles de ansiedad de Sally eran tan altos que le era casi imposible hablar. Se sentaba rígidamente, no temblaba realmente aun cuando su cuerpo amenazaba con hacerlo y decía muy poco. Sus primeras comunicaciones tenían poco sentido. Me contó una historia incompresible de triángulos, cuadrados y círculos que evidentemente tenían un significado especial, quizás mágico, para ella. Traté, como pude, de entender ese significado, pero no lo logré. ¿Tenían algún tipo de simbolismo sexual? Los triángulos podrían representar tanto los genitales masculinos (el pene y los dos testículos) y femeninos (vello púbico, los dos senos y la vagina). ¿El círculo - los senos? ¿Y el cuadrado? Este tipo de análisis era un camino sin salida. No llegó a ninguna parte. Eventualmente se hizo más claro que las formas geométricas representaban modos de confinamiento, de estar prisionera dentro de ellas, pero por el momento parecían representar el mundo mágico de un esquizofrénico. ¿Era mi paciente esquizofrénica? Comencé a pensar que sí. Estaba desempleada, sumamente preocupada por sus finanzas y luchando por encontrar un trabajo. Era capaz de hablar de esto con dificultad. También me enteré de que era casada, pero no de mucho más.

Logramos llegar a un contrato en el que se acordaron el tiempo y los honorarios. Aceptó ir a sesiones dos veces por semana; aceptó también decir lo que se le viniera a la mente. Los honorarios serían pagados por el seguro de su esposo; sus circunstancias hacían que el tratamiento fuese imposible sin ese pago por parte de un tercero.

El terror y el diálogo vacilante fueron nuestra forma de reunirnos durante un tiempo, hasta que Sally preguntó: “¿Me puedo sentar en el suelo?” agregando, “Me siento más cómoda allí”. Sin realmente pensarlo, asentí, y ella se sentó en el suelo. En retrospectiva, me pregunto qué era lo que yo intentaba hacer. Con casi cualquier otro paciente, habría “analizado” su petición. “Dime más sobre esto de querer sentarte en el suelo”. “¿Qué es lo que sentarte en el suelo te trae a la mente?” “¿Me pregunto por qué me pides eso ahora?” Creo que asentí sin pensarlo porque

deseaba una reducción de la tensión casi a cualquier precio. Deseaba que el impasse terminara. Ella necesitaba tener el control de algo, y el lugar donde se sentara era algo que podía controlar. Aun cuando yo estaba procediendo a partir de una intuición inconsciente, es verdad que el haber analizado su petición, podría haber aumentado la distancia entre nosotros, además de reducir su autoestima e incrementar su temor. Mientras más practico, menos hablo. Si no estorbo, la mayoría de los pacientes se curan a sí mismos. Sally inmediatamente se cambió al suelo. Una vez allí, me miró implorando, y con la primera manifestación de calidez que tuve de ella, me preguntó: “¿Me acompañas aquí?” Sin detectar seducción alguna en su petición, lo hice. Nos sentamos en silencio durante largo rato; ya no estaba aterrorizada. Entonces dijo: “Solía sentarme así con mi mamá, comiendo las galletas que cocinábamos juntas o sólo jugando”. Después de esto la terapia, hasta entonces congelada, explotó.

UNA DE-REPRESIÓN TRAUMÁTICA

Lo que siguió fue la recuperación más rápida de imágenes, sentimientos y pensamientos reprimidos que he presenciado jamás. Una serie de recuerdos hasta entonces inaccesibles, inundó a la paciente. El primer recuerdo se refería al abuso físico recibido de parte de su madre - lanzándola contra una muralla. Este abuso aparentemente fue episódico y raro. La forma en que se hizo consciente fue interesante. Sally fue a un quiropráctico quien descubrió que tenía el coxis fracturado. La había tratado amablemente y ella había desarrollado un fuerte apego hacia él. Su amabilidad le había recordado el lado cálido de su madre, y cuando me senté en el suelo con ella, la relación con su quiropráctico, que representaba los buenos aspectos de la relación con su madre, fue transferida a mí.

Al sentirse segura y firmemente sujeta por su “madre buena”, ella fue capaz de tolerar los recuerdos de su “madre mala”. La recuperación del recuerdo de haber estado entremedio de sus

padres, su padre lanzándola a un lado y su madre lanzándola contra la pared, la desestructuraba. (¿La lanzó su padre a un lado cuando ella se interpuso en sus avances sexuales hacia su madre, o en medio de un asalto físico contra su madre?) Paralizada por el terror, se puso histérica. La hostilidad de su padre no era novedad, pero la de su madre sí. Noticias devastadoras. Un niño necesita un padre con el que se pueda sentir seguro, si éste falta, el niño usa el mejor material disponible para crear uno.

Fue como si una recreación inconsciente de su relación con su “madre buena”, provocada por nuestro “hacer galletas en el suelo”, le brindara la seguridad y protección necesarias para vivenciar los aspectos malos de la relación con su madre. Esta seguridad adquirida conmigo y la de-represión que permitió, se vieron facilitadas por las experiencias positivas de Sally con su quiropráctico; la cercanía lograda con él me fue traspasada incluso antes de que cruzara mi puerta. Sin esto, habría estado demasiado asustada de entrar al tratamiento psicológico.

El quiropráctico tuvo otro impacto en la recuperación del trauma reprimido por Sally. Le dijo que sus rayos X mostraban una vieja fractura del coxis. ¿Había sido lastimada? Esta información -la existencia de una fractura- se volvió fundamental en la seguridad de su relación conmigo. Estábamos tranquilamente sentados en el suelo cuando el rostro de Sally palideció; el contacto pareció haberse roto mientras ella se retiraba a su mundo interior. Luego comenzó a gritar; el grito fue breve, seguido por un prolongado y entrecortado llanto persecutorio. No dije nada. Su sollozo convulsivo continuaba. Calmándose gradualmente, lloró hasta que quedó exhausta. Las lágrimas comenzaron a disminuir y luego cesaron. Luego de un rato, Sally dijo: “Ella rompió mi espalda”. Durante la semana siguiente, Sally recordó cómo su madre, en medio de una furia incontrolable la había tomado y estrellado contra la muralla. Tenía alrededor de 5 años cuando eso ocurrió. El recuerdo fue devastador. Mamá había sido la figura parental estable y cariñosa, mientras que Papá, ebrio todas las noches, había sido frío, despreocupado, hostil, retraído

y algunas veces violento. La amenaza de la pérdida de su madre como la figura parental amorosa y estable, era casi insoportable. ¿Era el coxis fracturado la pantalla de un recuerdo de muchos acontecimientos parecidos? Una pantalla de recuerdos, es un recuerdo que oculta tanto como lo que revela. Freud sugirió que las pantallas de recuerdos debían ser analizadas de la misma forma que un sueño, con el paciente asociando libremente sobre cada uno de sus elementos. La memoria de Sally no parecía ser una pantalla de abusos múltiples. La madre de la infancia de Sally, niñez temprana y latencia, había sido extraordinariamente cariñosa en un hogar de permanente hostilidad y violentas discusiones. Ese amor había sido interrumpido por un pequeño número de brutalidades. (Se puso al descubierto una colección de episodios similares, muy separados en el tiempo).

Conociendo muy poco de su historia, aún no me enteraba del consumo problemático de alcohol de sus padres. Luego de tres semanas en que ella pasó de la incredulidad al convencimiento total de que su adorada madre la había maltratado, Sally dejó de hablar sobre los abusos de su madre y comenzó a hablar del consumo de alcohol de sus padres. Se acordaba perfectamente de gran parte de eso, y comenzó a relatar cómo su padre, que siempre estaba trabajando y que utilizaba su estatus de “buen proveedor” como justificación para hacer lo que le viniera en gana, bebía todas las noches. El “lo manejaba muy bien”, lo que significa que raramente arrastraba las palabras o se tambaleaba. Lo que hacía era gritar y pelear, prácticamente siempre. Absolutamente egocéntrico, el padre no podía tolerar no salirse con la suya. Cuando no lograba dominar, vociferaba. La memoria de Sally del estatus “básico” del hogar de su infancia era la pelea entre sus padres: fuerte, vulgar, ocasionalmente física y siempre aterradora.

El terror que mostró en la sala de espera, tratando de desaparecer a través de la muralla, era el terror con el que había vivido noche tras noche como niña pequeña. El intento de desaparecer era una recreación de sus intentos anteriores de desaparecer,

era su manera de enfrentar la situación. Ella literalmente se escondía en el closet o bajo la cama; ya mayor se escondía en los bosques que había detrás de su casa. Las peleas constantes significaban un constante terror. A veces la madre interponía a Sally “literalmente frecuente y metafóricamente constante”, entre ella misma (la madre) y el padre. Sally era el mono-en-el-medio⁶ de la venganza. El que su madre la usara como escudo fue totalmente reprimido hasta que esos episodios reflataron en la de-represión traumática durante la terapia. Éstos, también, fueron desilusionantemente traumáticos. Sally era lanzada de un lugar a otro – empujada lejos por su padre y a veces arrojada a través de la habitación. Aunque de manera no totalmente explícita, estaba claro que la madre usaba a Sally para protegerse del sexo. Sally casi literalmente era penetrada por su padre mientras él embestia a su madre. “¿Cómo pudo mi madre hacer eso? Yo pensaba que me adoraba”, decía Sally entre mil formas distintas de sollozos. Los niños necesitan idealizar a sus padres y, como claramente su padre no era idealizable, Sally dirigió su admiración hacia su madre. La desilusión es inevitable y normal; una desilusión no-traumática y gradual. Pero esto no era posible para Sally. Su visión de Mamá, la entrañable cocinera, no era compatible con la ocasión en que la lanzó contra la pared con tanta fuerza que le fracturó el coxis, ni con la ocasión en que la interpuso entre ella y su iracundo padre.

Cuando lanzaba a Sally enfrente de Mamá, Papá no era violento físicamente. Su actitud era más bien de burla, rechazo, hostilidad y rabia apenas reprimidas. Despreciaba a las “niñas”. Su hermano mayor, a pesar de recibir un trato que difícilmente podría calificarse como bueno, era más aceptado y más tarde fue enviado a la universidad. El mayor de los muchos daños que se le hicieron a Sally fue no enviarla al colegio. Su padre no creía en la educación de las niñas. Pensaba que era un desperdicio porque al final terminaban casándose de todas maneras. Por supuesto,

⁶ Juego consistente en que una persona se ubica en el medio de un grupo y debe atrapar una pelota, que el resto hace circular, evitando que este “mono” la atrape. En Chile se denomina jugar “al tontito” (Nota del Traductor).

el hecho de que esta mujer tan inteligente fuera agresivamente privada de recibir una educación, tuvo consecuencias para su sobrevivencia, que afectaron su capacidad de generar ingresos y su habilidad para dirigir su verdadera voluntad hacia un trabajo significativo y satisfactorio. Esta situación fue más allá del daño psicológico ya indeleble que le había causado el hecho de que su padre la considerara insignificante.

Aparte de las peleas sexualizadas entre sus padres, hubo otras instancias de brutalidad física. Cuando Sally trataba de desaparecer, a veces le daban pataletas. Su rabia necesitaba alguna forma de escape. A los 4 años de edad, tuvo una pataleta muy prolongada y sumamente intensa. Su padre se acercó, le bajó los calzones, la puso sobre sus rodillas y la golpeó con un cinturón. Su recuerdo consciente era que la experiencia había sido humillante y que la había hecho enfurecerse. Sin embargo, siendo adulta, a veces sentía que las nalgadas la excitaban mucho. Este era uno de sus secretos más culpables. Además de aquello que era un secreto para sí misma (lo reprimido), Sally tenía una serie de recuerdos culpables que no compartía con nadie. El placer que sentía con las nalgadas eróticas era uno de ellos. Sally se ruborizó cuando finalmente me lo contó. Se avergonzaba del placer que sentía al recibir nalgadas. Esta vergüenza tenía tres partes: parecía perversa; había ocurrido por primera vez en medio de lo que ella consideraba una relación vergonzosa; y por sobre todo, la idea de que las primeras nalgadas que le había propinado su odiado padre hubieran sido sexualmente estimulantes, le parecía repugnante y violentamente inaceptable.

Sally trataba de separar de su padre el placer que le causaban las nalgadas eróticas, diciendo que un enrojecimiento de la piel de su trasero era físicamente estimulante y no tenía ningún significado psicológico. Yo le comenté que sus pataletas eran estados de alta excitación que llegaban a una resolución, una especie de clímax debido a las palmadas, que no habían sido tan dolorosas como para que el dolor superara la estimulación cutánea placentera que ellas le causaban. Que le bajaran los

calzones, que su padre le pusiera atención, la excitación sexual de éste y su propia excitación, eran todos elementos que fijaron en su mente esta experiencia; así, al revivirla en su adultez experimentaba un placer intenso y sumamente culpable. Luego Sally añadió: “Mi padre tenía una erección cuando me golpeaba. Creo que puedo recordar que la sentía. Por eso él se detenía”. Yo dije, “Se detenía porque llegaba al orgasmo”. Le sugerí que no había sido accidental que experimentara, por primera vez, esa forma de erotismo durante una relación con un hombre que se parecía a su padre en muchos aspectos.

Ahora volvemos al uso de alcohol de los padres de Sally. Con el paso de los años, las peleas entre ellos se intensificaron. El alcoholismo del padre era estable, en el sentido de que continuaba bebiendo de la misma manera, con los mismos efectos de hosquedad, rabia apenas contenida y desprecio. Solía repetir que nunca había querido tener hijos y que éstos eran una carga de la que estaba ansioso por deshacerse. Cuando Sally iba entrando en la adolescencia, su madre comenzó a beber mucho. No bebía bien. A diferencia de su padre, se tambaleaba, vomitaba, no podía hablar claramente y se humillaba en público. Su consumo de alcohol aceleró su muerte prematura, debido a una serie de derrames cerebrales. Sus padres finalmente se separaron y se divorciaron cuando ella estaba finalizando su adolescencia. Cuando entró a tratamiento, su padre se estaba muriendo de cirrosis hepática.

El relato de Sally sobre el alcoholismo de su madre me dio la oportunidad de ofrecerle una posible explicación de su conducta inusual y cruel, una reconstrucción que le permitió recuperar algo de autoestima y fue vital para su rehabilitación. Le dije “Tu madre debe haber estado bebiendo, o tal vez ebria, cuando te lanzó contra la pared y cuando te interpuso entre ella y tu iracundo padre”. Tú recuerdas que su alcoholismo se desarrolló durante tu adolescencia, pero es muy poco probable que ella hubiese comenzado a beber en ese momento. Se fue cuesta abajo demasiado rápido. Es mucho más probable pensar que bebió episódicamente durante años y que eso la avergonzaba, porque

de otro modo no podría haber bebido en la forma que lo hacía y al mismo tiempo criticar a tu padre por su forma de beber. Debe haber bebido en secreto y estando ebria fue que te metió en su pelea con tu padre y te rompió el coxis”.

“¿De verdad crees eso?”, preguntó patéticamente, suplicante, tan fuerte era su necesidad de encontrarle un sentido al comportamiento de su madre y de sentirse amada por ella. “Sí”, dije. “No lo puedo asegurar, pero calza, tiene sentido. ¿Por qué otra razón actuaría así tu madre tan amorosa, que usualmente te protegía de tu padre?”. El alivio de Sally fue enorme. Era el alcoholismo de su madre, no su odio, lo que la dañaba.

Durante ese período de de-represión, el comportamiento y la actitud de Sally se alterarían en forma abrupta y total. En un momento estaba conectada conmigo, en el suelo de la consulta, pero al minuto siguiente se “iba”, congelándose de terror o pasando a una rabia fría, distante e inmóvil (no experimentada como rabia) que me recordaba a los pacientes catatónicos con los que me encontré durante mis días en el hospital psiquiátrico. Sus rabias totalmente frías eran perturbadoras. Me ponía tenso cuando ella entraba en esos estados, a veces por razones que no podía identificar, y a veces como respuesta a alguna pequeña perturbación en nuestra relación -como podía ser que sonara el teléfono, que yo llegara dos minutos tarde o que hubiera una aparente falta de empatía de mi parte. Estos distanciamientos, con sus características psicóticas, me hacían temer. Me preocupaba que Sally no saliera de ellos porque estaban demasiado cerca de la psicosis y el retroceso a veces es irreversible. Esos momentos también me hacían enojar, porque no me gusta que me interrumpan. Cuando ella hablaba, hablaba sobre el suicidio.

Yo no quería que Sally se suicidara. Tampoco quería que anduviera cojeando por la vida, aterrada y medio muerta. La terapia es un asunto serio y a veces peligroso. Todos los terapeutas asumen riesgos y se exponen a daños emocionales. Si nunca están al límite es porque no están haciendo bien su trabajo. Por otra parte, no

proteger a los pacientes hasta el límite de nuestras capacidades es inexcusable. ¿Qué debía hacer con Sally? ¿Hospitalizarla? No, si podía evitarlo. El daño que la hospitalización le produciría a su autoestima sería profundo, y ella lo habría experimentado como una violación de la frágil confianza que habíamos establecido. Naturalmente, yo habría preferido perder el caso antes que perder a la paciente, pero ¡maldición! no quería perder el caso. Estaban pasando cosas y Sally podría llegar lejos si lograba sobrevivir a la violencia de la de-represión traumática. Por lo tanto, decidí no presionar para que la hospitalizaran en ese momento. Fue una decisión que me hizo perder muchas horas de sueño.

La pregunta del diagnóstico, que yo había preferido no hacer, reapareció. ¿Era Sally psicótica? ¿Sus estados de tipo catatónico eran algo más que repeticiones asociadas a mi persona, de su rabia contra los eventos traumáticos de su niñez y su deseo de escapar de ellos? Resolví que probablemente no era psicótica, y que la intensidad de sus reacciones a perturbaciones “menores” en nuestras relaciones, eran reflejo de su intensa necesidad de que todo mi ser y toda mi atención y comprensión se enfocaran en ella, para sentir en esa forma la seguridad necesaria para hacer el trabajo que estaba haciendo. Finalmente, reaccionó en la forma como lo hizo en gran medida porque cualquier falla de mi parte significaba que yo no podría protegerla de la venganza de su padre, que consistiría en asesinarla. Si no era psicótica, ¿entonces qué? Por largo tiempo, pensé que yo estaba tratando un trastorno de personalidad múltiple. Dado que los cambios en su forma de ser eran tan rápidos y totales, consideré consultar a un especialista en personalidades múltiples. Su diagnóstico externo indicó un trastorno distímico, lo que tenía mucho sentido.

Justo cuando las cosas parecían estar calmándose, a Sally la golpeó otra ola de de-represión, según parecía, esta vez de abuso sexual por parte de su padre. Esto fue posible sólo después que yo interpretara el violento comportamiento de su madre hacia ella como una manifestación temprana de su alcoholismo crónico, lo que la ayudó a sentirse nuevamente amada y protegida por su

madre. El interludio de relativa serenidad, que vino luego de esa interpretación, fue sin duda una buena noticia para mí, sentimiento que seguramente ella también compartía. Sin embargo, este interludio fue breve y volvió el terror extremo de Sally. Pasó varias sesiones rígida y distante. Había poca comunicación, y yo no lograba hacer contacto con ella. En la cuarta de estas sesiones, me preocupaba que Sally pudiera estar entrando en una psicosis, pero en ese momento comenzó a llorar en forma compulsiva y prolongada. Cuando lloraba de ese modo, que yo ya había visto, su cara reflejaba todo el dolor de un niño con el corazón roto. Mientras las lágrimas caían, el triángulo formado por sus ojos y la nariz parecía irse comprimiendo hacia adentro, hasta que su rostro se dividía en dos planos, como una caja de cartón aplastada. Al principio pensé que mi impresión visual era una alucinación, y hasta cierto punto lo era, pero ahora creo que su musculatura efectivamente cambiaba su fisonomía. Luego de unos 15 minutos, comenzó a hablar entre sollozos, y su cara recobró su forma normal.

“Él me rajó; me va a matar por contártelo. Cuando tenía 3, 4 y 5 años, mi Madre trabajaba como mesera en las noches, y él me cuidaba. Odiaba hacerlo, porque cuidar niños era un trabajo de mujeres. Cuando me llevaba a dormir, se acostaba a mi lado y me abrazaba con fuerza. Al principio me gustaba que me abrazara; me hacía sentir segura, pero después me abrazaba demasiado fuerte, muy fuerte. Me dolía y me asustaba. Se restregaba contra mí y yo sentía algo duro. Supongo que él llegaba al orgasmo; tal vez a mí me gustaba un poco. No sé”. (Más llanto convulsivo, durante el cual Sally otra vez se recogía muy dentro de sí misma). “Una vez... una vez... una vez”. (Silencio). “Una vez...” le recordé. “Ay, me dolió, me dolió. Me rajó. Había sangre. Me sacó los calzones y los botó a la basura, y le dijo a mi madre que los había mojado. Creo que eso fue lo que pasó. Sé que se restregó; no estoy segura de lo demás... ay, me dolió”.

Durante el mes siguiente, el terror de Sally llegó a su apogeo. Su petrificación contra (y dentro de) los muros de mi sala de

espera, se hizo continua a no ser que estuviera sentada en el suelo de mi consulta. Movía la cabeza rápidamente, buscando el peligro.

Le dije que pensaba que los eventos que recordaba eran reales, que efectivamente habían ocurrido. ¿Podía estar seguro? No. Pero este es un problema que ha incomodado al psicoanálisis desde el comienzo. ¿Eran verdaderas las confesiones sobre seducción infantil de las histéricas de Freud? (Seducción es una palabra extraña para referirse a lo que a veces es una violación y que siempre involucra una diferencia de poder extrema, lo que dice algo sobre la necesidad de los antiguos teóricos de la adultez de exculpar a los adultos acerca de la sexualidad infantil). ¿O eran fantasías? ¿Verdad histórica o verdad narrativa? Aunque el propio Freud abandonó su teoría de la seducción, nunca negó que los adultos abusaran sexualmente de los niños y que dicho abuso es traumático y etiológicamente poderoso para la formación de neurosis.

Por otra parte, hoy en día existe una atmósfera casi histérica en la cual todo afecto físico expresado por un adulto hacia un niña pequeña es sospechoso. No deseo contribuir a esa histeria, por lo que no hago ningún juicio general sobre la veracidad de las acusaciones de abuso sexual emitidas por niños o por adultos, recordando su niñez. Sin embargo, tiendo a creerles a mis pacientes, al menos si no hay evidencia que indique lo contrario. En el caso de Sally, su padre bebía mucho todas las noches y seguramente estaba casi ebrio cuando la “cuidaba”; además, sabemos que el abuso sexual está altamente correlacionado con el alcoholismo. El padre de Sally estaba constantemente furioso porque su esposa era “fría”, y Sally estaba involucrada en sus violentas peleas sobre sus exigencias sexuales. Además, el modo en que Sally “recordaba” esta “seducción” y la emocionalidad que acompañaba al recuerdo, sólo tenía sentido si éste iba asociado a un evento real. La única explicación alternativa posible era que Sally estuviera loca, y/o que el padre que recordaba fuera una proyección de su propia rabia patológica. ¿Podía yo creer eso? De ninguna manera. Yo estaba ahí, y la lucha de Sally para *no* recordar era, al menos, igual de poderosa que los afectos que acompañaban su recuerdo.

Concluí que Sally no estaba loca, pero me preocupaba que estuviera volviéndose loca. Tal vez, simplemente no podía soportar la idea de que sus padres la hubieran querido tan poco como para que ambos la atacaran violentamente. Y lo que era más preocupante, seguía convencida de que su padre, ahora viejo, gravemente enfermo y a más de 3000 kilómetros de distancia, iba a matarla en mi sala de espera. Eso sí parecía casi psicótico. Le pregunté si la había amenazado con matarla si ella “hablaba”. Yo estaba convencido de que lo había hecho, pero ella no podía recordar ninguna amenaza de ese tipo, sólo que él siempre le había causado terror. Traté de tranquilizarla, pero no tuve éxito, y yo me preguntaba si sería una necesidad de castigo lo que estaba alimentando su miedo delirante, si es que era delirante. ¿Sería capaz de venir al norte y matarla si sabía que lo había “traicionado”? ¿Tenía ella que morir porque había sentido algo de placer cuando su padre se frotaba contra sus genitales? ¿Tenía algún otro secreto culpable (consciente o inconsciente)? Pronto lo averiguaría. Ella mostraba una diferenciación pobre. Durante el primer año de tratamiento relataba incidentes en los que, según mi interpretación, ella perdía su identidad al relacionarse con conocidos casuales cuyas desdichas la hacían sentirse sobrepasada. Era como si se convirtiera en ellos, especialmente cuando compartían con ella un gran dolor. ¿Era la falta de límites claros entre ella y los demás algo que contribuía a su terror? Le pregunté si creía que su padre podía leer sus pensamientos. Respondió “No sé”. Que yo le dijera que él no podía hacerlo no sirvió de nada. Pero confesar su “secreto culpable” sí sirvió.

Al igual que muchos hijos adultos de padres alcohólicos, Sally se había casado con un alcohólico. En los primeros años de su matrimonio, él se emborrachaba todos los días, frecuentemente se encontraba sin trabajo y era totalmente irresponsable. En cierto modo, había bajado de categoría: su padre, al menos, trabajaba de manera consistente. Pero también había subido de categoría, como veremos. Freud describió “el encuentro de un objeto como un reencuentro”, lo que quiere decir que los humanos tienden a

desea casarse con una mujer (o un hombre) “igual” a la muchacha (o muchacho) que se casó con su papá (mamá). Si la relación con los padres fue problemática y dolorosa, el deseo inconsciente de repetirla es fuerte. Hank no solamente era alcohólico, lo que hacía más complejo para Sally “el encuentro de un objeto como reencuentro”, pues éste consistía en reencontrar a su padre y a su madre “buena”, a la vez. Sally y Hank reeditaban las peleas de sus padres. Finalmente ella se distanció emocionalmente y amenazó con divorciarse si él no dejaba de beber.

En ese tiempo ella trabajaba para un médico como una especie de asistente en múltiples funciones y como enfermera sin entrenamiento. Exteriormente él se veía tan distinto a su padre como era posible, era un profesional educado y no bebía. No hace falta decir que ella se convirtió en su amante. Él también estaba infelizmente casado. (Como alguien dijera una vez, los clichés son clichés porque son verdaderos). Sally se hizo amiga de su esposa y pronto llegó a ser el “mono-en- el-medio”, igual que en su infancia. Más aún, Steven resultó ser un tirano dominante que usaba la diferencia de poder entre ellos (empleador-empleado, clase media alta-clase trabajadora) para explotarla sexualmente y de otras maneras. Le exigía largas jornadas de trabajo y una devoción total. Pero Steven sí le dio algo a cambio: le enseñó mucho sobre medicina. Para Sally, herida dolorosamente por su falta de educación, esta relación era, entre otras cosas, un intento de remediar su pasado. Subía su autoestima y le daba estatus, ya fuera de manera indirecta o directa.

Steven, más allá de sus defectos de carácter, era un maestro en su profesión, y a Sally eso le encantaba. Al comienzo sus relaciones sexuales habían sido mutuas y muy gratificantes. Luego Hank dejó de beber para salvar su matrimonio y Sally se acercó a él. El Hank sobrio era notablemente distinto al Hank bebedor: amoroso, considerado y responsable. Ella dejó de desear tener sexo con su empleador. Él la presionaba sin tregua, menospreciándola y denigrándola (“¿Quién más te daría trabajo?”) y ella habitualmente cedía. Cuando no lo hacía, la

metía en una sala de observación vacía y le empujaba la cabeza hacia su pene. Cuando ella tragaba su semen, lo que para ella era placentero y sexualmente estimulante a pesar de sí misma, él le espetaba: “Eso fue asqueroso. Sólo las putas se tragan el semen”. Ella terminó odiándolo, pero no podía cortar la relación. Ahora que ella estaba enamorada de su esposo, su culpa se desbordó. Finalmente renunció a su trabajo, pero la culpa nunca la abandonó. Su culpa se exacerbó a causa de su ingenuidad y falta de precaución, al aceptar ir de paseo con su pedicuro, que la violó. Amenazó con matarla si contaba algo y su miedo hacia él se sumó a su ya gran miedo a su padre. Siguió almorzando con el médico, su ex-empleador, odiando la situación pero sin comprender por qué.

Confesar su aventura y hablar sobre la violación disminuyó, hasta cierto punto, su terror que nacía, en parte, del miedo a terminar confesándole todo a su marido; contármelo a mí obvió esa necesidad y eliminó ese componente de su terror. Sally no relacionaba a Steven con su padre. Yo hice la asociación por ella, diciendo: “Cuando tu padre te forzó y te rompió la vulva, no tenías alternativa. Estabas impotente. Cuando encontraste a Steven, que como tu empleador era una especie de padre y que, como tu padre, era dominante, egocéntrico y despiadado, inconscientemente repetiste la relación con tu padre, pero escogiéndola en vez de que se te la impusiera. Al hacerlo, fuiste activa -hiciste algo en lugar de que te lo hicieran-, para no sentirte así tan impotente. Tu relación con Steven fue un intento de dominar un trauma por repetición”. Eso fue lo más largo que dije en meses. Comprendió de inmediato mi interpretación y su respuesta a ella fue profundamente emocional. Ni su terror ni su culpa la abandonaron, pero disminuyó la intensidad de ambos sentimientos.

A la siguiente sesión, ella llegó con una gran bolsa de papel y con el rostro ruborizado. “¿Puedo mostrarte algo?” Asentí con la cabeza. Fuera o no una persona con personalidades múltiples o una psicótica, yo había llegado a confiar en el impulso de

Sally por alcanzar la salud, y dejé que este impulso guiara el tratamiento. Después de todo, ella había abierto temas cuando se sentó en el suelo de mi consulta, había forjado una relación conmigo para permitirse experimentar e integrar sus traumas de la infancia y me había contado un secreto destructivo que temía terminar contárselo a su esposo. De la bolsa de papel salió Charlie, un osito de peluche grande y obviamente muy querido. Sally, que se veía como una niña de 2 años, acurrucaba a Charlie. Por fin se sentía segura.

Charlie y la relación de Sally con él, era un acto creativo o una ilusión, si se prefiere, pero una ilusión que funcionaba para ella. Ella se había proporcionado un objeto confiable, que la amaba y cuidaba y que podía ser cuidado y amado. Estaba haciendo como adulto en tratamiento lo que no había podido hacer por sí misma cuando niña. Pocos de mis pacientes han tenido el don de Sally para curarse de forma creativa y restitutiva permitiéndose ser una niña una vez más. Pasamos muchas sesiones hablando sobre su relación con Charlie. No le ofrecí ninguna interpretación. Fue durante ese período relativamente sereno de nuestro trabajo conjunto, cuando Sally me reveló otras fuentes de su fuerza - su amor por la naturaleza y su lectura de Norman Vincent Peale.

Dejamos de “hacer terapia” y conversamos sobre caminatas, senderos en el bosque, las montañas y la forma como el pensamiento positivo había impedido que se suicidara durante los episodios de sumisión a las exigencias sexuales de Steven. ¿Debí haber analizado en vez de haber compartido? De ninguna manera. No se debe quitar nada antes de poder reemplazarlo. Las relaciones triangulares en el psicoanálisis, usualmente no involucran a un paciente, a un terapeuta y a un osito de peluche, pero este triángulo específico dio frutos. ¿Disfruté la regresión con Sally? Sí la disfruté. ¿No es peligrosa esa regresión por parte del terapeuta? Claro que lo es, pero la terapia es asunto peligroso. El truco es tener una visión binocular; al mismo tiempo regresar y no regresar. Decidí arriesgarme a ser demasiado tolerante con la regresión terapéutica de mi paciente, antes de arriesgarme a

tomar distancia de ella e infligirle una herida a su autoestima haciéndola sentir tonta.

Charlie permitió la siguiente y vital “confesión” de Sally. De repente, ella dijo “No sé cómo decirte esto, pero soy adicta a las anfetaminas. Me las da el Dr. X., el que está a cargo de mi dieta. Si engordo, me voy a matar. No aguanto estar gorda. Una vez dejé de tomarlas, pero me deprimí tanto que casi me suicidé. Nunca he querido vivir y temo que si las dejo me voy a suicidar”.

El miedo al suicidio de Sally era muy real. Quedé atónito. No debería haberme sorprendido. Tantos adultos hijos de alcohólicos se vuelven adictos al alcohol o se casan con alcohólicos, que ese comportamiento es predecible. La adicción a otras drogas o a actividades compulsivas también es extremadamente común entre los hijos adultos de alcohólicos, pero sin embargo yo no había logrado ver la adicción de Sally. Mirando hacia atrás, pude notar que su tensión extrema, su rigidez corporal, el miedo, la anorexia, la ansiedad desbocada y la ideación casi psicótica, más allá de sus determinantes psicodinámicos, eran características patognomónicas de una adicción a las anfetaminas. Soy especialista en adicciones y debería haberlo percibido. El diagnóstico de Sally se iba aclarando. Era una hija adulta de alcohólicos y además era dependiente de las anfetaminas.

Una vez me contó que había fumado mucha marihuana en el pasado y que a veces bebía mucho, pero minimizaba estas situaciones ubicándolas en un pasado distante. Se sentía avergonzada no sólo por su adicción, sino también por haberme “mentado” al minimizar y omitir su adicción.

Las anfetaminas, una “madre buena” psicodinámicamente hablando y un antidepresivo farmacológicamente hablando, parecían ser algo sin lo cual no podría vivir. Pero tampoco podía vivir con ellas, ya no más: la culpa, la vergüenza y el odio a sí misma eran demasiado grandes. Por eso fue que “confesó” su adicción.

Aquí estaba la pieza que faltaba del terror de Sally. Su necesidad de ser castigada por la culpa que sentía, debido a su adicción, era proyectada convenientemente en un padre demasiado

aterrador. Por supuesto, él la mataría; merecía que la mataran. Su uso de pastillas y, como se reveló durante la terapia, su uso de más que un poco de marihuana, contribuyeron a su poca capacidad para distinguir la fantasía de la realidad objetiva y a su tendencia a perder su identidad al sobreidentificarse con otras personas. “No puedo vivir con ella pero tampoco puedo vivir sin ella” es el punto terminal de todas las adicciones. Siempre es un punto peligroso. El suicidio es una salida ideal para todo adicto que ha llegado a este punto, y Sally llevaba largo tiempo mostrando tendencias suicidas. Nuevamente consideré la hospitalización, pero finalmente la deseché. En su lugar, la mantuve hablando de su vergüenza, de su necesidad de mentir y evadir, de su constante miedo a que su marido se enterara, de su necesidad de jugar juegos de azar para ganar dinero para sus suministros y de su miedo a que el Dr. Bienestar⁷ le cortara el suministro. Muchas veces trató de limitar su consumo, pero siempre fracasó. Mientras más hablábamos de drogas, más quería dejarlas, pero no podía hacerlo: su miedo era demasiado grande. Después conversamos sobre un programa de rehabilitación, pero se negó rotundamente a la idea. Hank se daría cuenta de que lo había estado engañando sobre su uso de drogas si entraba a rehabilitación. A diferencia de un alcohólico en una etapa paralela de su “enfermedad”, su salud física no estaba en riesgo inmediato, ni tampoco se estaba deteriorando farmacológicamente por el impacto de su consumo de drogas hasta el punto de echar por la borda los resultados de la terapia y de imposibilitar el logro de una relación significativa. Su consumo era estable. Durante varios meses, estuvimos en un (aparente) impasse.

UNA PETICIÓN CREATIVAMENTE CURATIVA

Entonces Sally hizo otro de sus movimientos creativamente curativos. Llegó a la sesión más asustada de lo que yo la había visto en un largo tiempo. Con labios temblorosos y voz vacilante, preguntó “¿Puedo rezar?”. Quedé muy sorprendido, pero

⁷ Se refiere a la denominación Dr. Feelgood en inglés, para aludir a la persona que trafica sustancias (Nota del Traductor)

creo que no lo demostré. Asentí con la cabeza. Hablando en voz baja, pero cada vez más firme comenzó a rezar: “Cuando dos personas se reúnen en Mi Nombre” (lo que me hizo sentir vagamente incómodo, porque no soy ni cristiano ni creyente) y luego le pidió a Dios que “ayudara al Dr. Levin para que me ayude a dejar las anfetaminas”. Con su último “Amén”, casi lloré. Esa oración fue lo que se ha llamado un “enunciado performativo”, un uso del lenguaje que no tiene la intención de denotar, connotar o transmitir emoción, sino que apunta a ser efectivo. Este tipo de discurso es una acción. La petición de Sally fue claramente auto-cumplida. El acto de pedirle a Dios que me ayudara a ayudarla la liberó, aunque no totalmente, de su miedo paralizante. También fue un compromiso a un profundo nivel emocional y psíquico para dejar las drogas. Supe en ese momento que ella pronto estaría libre de las drogas. Esta fue su “rendición”, el momento en que admitió que los dos no teníamos poder sobre su adicción. Para que su enunciado performativo fuera eficaz, yo también debía rendirme —debía admitir mi impotencia y convertirme así en participante de su ritual santificador y habilitador. Fue algo que nos hizo sentir humildes, lo que fue bueno. Si al rendirse ella renunciaba a una grandiosa ilusión de control para transferir dicho control a un objeto idealizado (es decir, a algo o alguien que experimentamos como totalmente bueno y todopoderoso), -Dios-, entonces yo también renunciaba a parte de mi grandiosidad y transfería mi ilusión de control a un objeto idealizado— las fuerzas anabólicas del universo manifiestas en el proceso terapéutico. Fue un momento sanador para ambos.

Pero aún no estábamos fuera de peligro. Traté de enviarla a un asesor psiquiátrico para determinar cuántas anfetaminas consumía y proponer un programa seguro de retiro de la droga. Sally se resistió a esta derivación, porque no quería contarle a nadie más sobre su adicción. Finalmente le mandé sus pastillas al asesor, que las identificó y planificó un programa de desintoxicación sin verla en persona. Me enojé por esta situación, pero ella no cedía.

Afortunadamente, seguimos el programa y Sally empezó a disminuir su consumo. Todo iba bien hasta que nos acercamos a la zona cero. En ese punto, ella entró en pánico y subió su dosis. Muchas veces nos subimos a ese “carrusel”. En ese momento yo hacía muchos análisis e interpretaciones. Le mencioné todos los significados de su adicción que yo era capaz de reconocer, empezando por su identificación inconsciente con la adicción de su padre y de su madre, de las cuales ella no había estado al tanto, hasta llegar al rol de las anfetaminas como un objeto idealizado y mágico que la calmaría, la satisfaría, la haría adelgazar y le subiría el ánimo. Le dije que, a diferencia de lo que ella esperaba, “sin drogas” se sentiría mejor, subiría su autoestima y disminuiría su odio a sí misma. Mi actitud era muy activa y didáctica y me mantuve muy firme en mi idea de que las cosas sólo podían mejorar si ella dejaba las drogas. Finalmente esto dio resultado, pero terminó sintiéndose desolada, desnuda, más vulnerable que nunca, después de que le hube ratificado que se sentiría mejor sin drogas. Se enojó conmigo todo lo que era capaz de enojarse. Varias veces la insté a ir a reuniones de Narcóticos Anónimos (NA). Se resistió pero finalmente accedió. Sally nunca se convirtió en miembro totalmente comprometido del movimiento de 12 pasos (llamado así por los Doce Pasos de Recuperación de AA), pero su participación intermitente y bastante tibia fueron una ayuda significativa. Redujo su vergüenza y disminuyó su aislamiento social.

Sally lidiaba con su miedo a la gente adoptando una actitud arrogante y despreciativa, lo que la mantenía socialmente aislada. Por cierto, su miedo a que la gente “supiera” que era adicta y adúltera, empeoraba las cosas. Afortunadamente, ninguna de esas dos características eran ya tan relevantes, y NA le entregó una primera experiencia de socialización en un ambiente libre de alcohol y drogas.

Ella todavía estaba demasiado afectada por sus problemas y se esforzaba demasiado por dejar atrás la depresión como para socializar fuera de NA, pero ya se había plantado la semilla y su

actitud hacia los demás se volvió menos despreciativa socialmente. Un año más tarde comenzaría a almorzar con sus compañeros de trabajo y empezaría a generar lazos de amistad con las mujeres, pero eso aún estaba por venir. Por ahora, sólo nos tenía a Hank y a mí.

Psicoterapéuticamente hablando, “curar” una adicción siempre implica una transferencia desde depender de alguna sustancia (lo que aparentemente es mucho más seguro) hacia depender de la gente. Las relaciones curan. En esto radican tanto la oportunidad como el problema. Sally dependía de mí de manera tan agobiante (para ambos) que al menor distanciamiento de mi parte (por ejemplo, llegar unos minutos tarde) la hacía entrar en pánico, y respondía a lo percibido como un daño al núcleo del self con una rabia intensa, castigándome con distanciamientos de tipo catatónico (que eran también una forma de autoprotección), amenazas suicidas (no experimentadas como amenazas) y llamadas frenéticas a todas horas del día y de la noche. Yo comprendía su desesperación, pero me sentía enrabiado y controlado. Durante largo tiempo no mencioné la agresividad subyacente a gran parte de este comportamiento. Ella no habría comprendido una interpretación como aquella. En su lugar, puse límites para ayudarme a funcionar, pero fuera de eso seguí siendo tolerante y empático con su necesidad de aferrarse, controlar y posicionarse. Ese comportamiento disminuyó lentamente. Pero lo que causaba aún más problemas era que Sally vivía con miedo de que yo me fuera, lo que inevitablemente ocurriría.

En este punto reapareció el miedo a su padre. Entonces la urgí y la animé a expresar su rabia contra él. Como temía una represalia mortal, hacerlo era muy difícil para ella. Sin embargo, para ese entonces nuestro lazo era tan fuerte (a pesar de todo lo limitante y exasperante que a veces me pudiera parecer) que fue capaz de enfrentar esa tarea.

Su manera más característica de reducir la ansiedad, generada por la rabia que sentía contra su padre, era dirigirla contra sí misma. Yo intervenía activamente cuando se atacaba a sí misma. Durante una orgía especialmente virulenta de odio a sí misma

en la que insistía en que “no valía nada” le dije “No eres tú la que no vale nada, sino tu padre”. Eso destrabó todo. Una vez que comenzó, su rabia contra él explotó como un volcán, pero su miedo no se redujo. Oscilaba radicalmente entre el deseo de matarlo y el de suicidarse. Le hice ver esa confusión. Me preguntó si debía llamarlo y expresar sus sentimientos. La neutralidad técnica habría sido desastrosa. Ella necesitaba experimentar y expresar activamente su rabia contra su padre y no morir. La animé decididamente. La neutralidad técnica se refiere no sólo a la no intervención del analista en la vida del paciente, sino también a su neutralidad con respecto a aspectos conflictivos de la mente del paciente, debiendo buscar un punto equidistante entre sus necesidades y sus deseos, las consideraciones de la vida real y su conciencia. Es una técnica extraordinariamente poderosa y eficaz si se utiliza apropiadamente. Sin embargo, esta no era la situación adecuada.

Después de varias semanas de decir “lo haré” y “no puedo” (confrontar al Padre), Sally llegó un día y me dijo: “Lo llamé por teléfono y le dije que ojalá se le cayera la verga, y corté”. Le di la mano. Sally realmente esperaba ser asesinada, pero mientras más tiempo pasaba y no ocurría nada, menos miedo sentía. Varios meses después, su padre murió. Su muerte fue una liberación para ella. Probablemente por primera vez en su vida Sally no estaba aterrada. Lo que ella temía puede haber sido un recuerdo, pero la muerte del correlato objetivo de ese recuerdo lo sacó de su lugar y, por así decirlo, lo expulsó. No se sentía culpable, o al menos yo no pude detectarlo (y lo exploré en ella). De lo único que se arrepentía era de no haber estado en su entierro, porque así habría estado absolutamente segura de que se había ido. Me pregunté si de haber asistido al funeral no le habría clavado una estaca en el corazón.

Los importantes hechos que siguieron al fin del consumo de anfetaminas de Sally fueron en su mayor parte adaptativos. Sin embargo, ciertamente experimentó una “depresión post-abstinencia”. Dejar de consumir anfetaminas es peligroso debido a la

depresión por rebote. Tales depresiones pueden llevar al suicidio y muchas veces lo hacen, por lo que estuve disponible la mayor cantidad de tiempo posible durante ese período. Cualesquiera fueran los determinantes no farmacológicos, psicológicos y emocionales de su conducta, en ese momento estaba fuertemente impulsada por su psicofarmacología, y su deseo de “aferrarse” era como el de quien se aferra a un bote salvavidas para no ahogarse. En otras palabras, era necesario y restitutivo.

EL PODER LIBERADOR DEL ODIO

Si el amor y el perdón pueden liberar y curar, también puede hacerlo el odio. No le damos al odio el lugar que se merece en la restauración del yo. El odio de Sally contra su padre, un odio bien merecido, recordado, experimentado y expresado, era la fuerza más potente que guió y permitió su recuperación. Digo deliberadamente “odio” y no “rabia”, porque era odio de verdad. Los terapeutas, que generalmente se identifican a sí mismos con los ángeles, suelen sentirse incómodos con el odio, especialmente con el odio hacia los padres. Éste va en contra de nuestra autoimagen profesional de sanadores y restauradores de la armonía. Algunas cosas no pueden y no debieran arreglarse y algunas familias y algunos padres son tóxicos. Debemos ayudar a que nuestros pacientes los odien, y usar dicho odio para establecer su propia identidad. Los límites de Sally se reafirmaron una vez que su padre internalizado dejó de atormentarla. Por supuesto, dejar las anfetaminas también la ayudó a diferenciarse. Las pastillas, las que literalmente internalizaba y consumía, simbolizaban una madre todopoderosa y amorosa y, a la vez un padre odiado y odioso - era más seguro que las pastillas estuvieran dentro que fuera de ella, pero, como su padre, la atormentaban y la perseguían. Parte de su miedo de dejar las pastillas era que él, que ya no estaba adentro simbólicamente, sería aún más peligroso estando fuera. Le hablé de todo eso cuando aún luchaba por lograr la abstinencia y le advertí que sufriría una depresión de rebote, -una crisis de

rebote- que sería neuroquímica, intensamente dolorosa, pero acotada y sin un significado emocional ni simbólico.

Luego de un prolongado trabajo sobre estos temas, todo salió bien hasta que se acercó la fecha de mis vacaciones. Sally tuvo una regresión hasta una cuasi psicosis. Sus llamadas telefónicas se hicieron más frecuentes y cada vez más difíciles de controlar. Para ese entonces yo las consideraba invasivas e intolerables. La voz de Sally transmitía la misma distancia que expresaba su rostro durante sus retiradas cuasi catatónicas. Glacial, muerta y astral eran algunos de los adjetivos que se me venían a la mente cuando escuchaba su voz durante esas llamadas. Parecía ser otra persona. ¿Era entonces víctima de un trastorno de personalidad múltiple que la hacía dividirse en varios yo, tal vez para impedir una fragmentación total cuando su ansiedad llegaba a niveles de pánico? Amenazaba constantemente, aunque no lo experimentaba como amenaza, volver con sus viejas amigas las anfetaminas. Mi inminente abandono (es decir, mis vacaciones) amenazaba con dar el golpe final a su autoestima, la destrucción de su yo. Se protegía de esa amenaza alejándose, no estando ahí y con rabia fría, asesina. Su rabia fácilmente podía volverse fatal. Estaba completamente seguro de que Sally era capaz de suicidarse como forma máxima de no estar ahí, de evitar la aniquilación y castigarme por abandonarla. Ojo por ojo, diente por diente. Yo la estaba abandonando y ella me abandonaría a mí. Esta vez decidí que la hospitalización sería una condición para continuar el tratamiento, si las cosas no cambiaban antes de que yo me fuera. En este punto, sugerí que había agresión y rabia latentes en sus frenéticas llamadas y su ideación suicida. Ella no podía oír eso, aunque mucho más tarde sí pudo y fue capaz de usarlo. Volví a empatizar con su terror. Enfaticé que ella se *sentiría como si* quedara destrozada, pero que eso no iba a suceder. Funcionó. Sally preguntó, con menos rabia pero todavía con desesperación “¿Cómo puedo sobrevivir a tus vacaciones?” Había hecho otro de sus descubrimientos creativamente curativos. Preguntó “¿Puedo venir y sentarme en la sala de espera (que era compartida

y accesible) durante el tiempo en que normalmente tenemos nuestras sesiones?” Me sentí aliviado al pensar que no sería necesario enviarla al hospital, lo que habría sido demoledor para ella. Espontáneamente le seguí el juego y le dije: “Te voy a dar las llaves de mi oficina, para que puedas entrar y sentarte en el lugar de siempre a la hora en que siempre nos reunimos”. Tenía ahora su lugar seguro, y el terror de la aniquilación se convirtió en una forma más normal de ansiedad ante la separación.

La seguridad de saber que podría quedarse en mi oficina estabilizó a Sally. Y tuvo un sueño cuyas asociaciones la llevaron a uno de los eventos más traumáticos de su vida. Estrictamente, esto no había estado reprimido, pero nunca había surgido y Sally no lo relacionaba con su pánico actual. Cuando tenía 12 años su madre, para entonces con un alcoholismo avanzado, gritó “Ya no los aguanto más, cabros culiados. Me voy”. Y se fue. Se subió a su cacharro y desapareció. No regresó en varias semanas, y sólo entonces regresó porque no pudo arreglárselas por sí misma. Sally estaba devastada. Había quedado abandonada, al borde de la adolescencia y a merced de su padre, un borracho obsesionado con el sexo. Las semanas en las que su madre no estuvo fueron un infierno para ella. Toda la seguridad física y emocional, por escasa que hubiera sido, se desvaneció. No ocurrió nada dramático durante la ausencia de su madre y nunca se habló del incidente. La vida, dentro de lo posible, lentamente volvió al *status quo*, pero las cosas nunca volvieron a ser las mismas para Sally. Esa fue la segunda falla traumática de su Madre. Un coxis y un corazón roto -extraños legados de una madre buena. El significado primario de mi partida empezaba a aclararse. Yo, como su Madre, la estaba abandonando para dejarla a merced de su Padre, quien la mataría en forma horrible, mutilándola sexualmente, si no se suicidaba antes.

Habíamos hecho una abertura en la muralla. El distanciamiento congelado y furioso de Sally desapareció. Ello dio paso a la tristeza, el miedo, la rabia y la furia. Recalqué la conexión

transferencial entre estos sentimientos y sus relaciones con sus padres. Una y otra vez, la llevé de vuelta a su Madre, haciéndole ver que yo no era su Madre (que en su transferencia casi psicótica, es decir, el vivenciarme como su madre no sólo en la fantasía sino en la realidad, no siempre era claro para ella) y que su Padre estaba muerto. Hicimos grandes avances antes de que me fuera. A medida que se acercaba la fecha de mi partida el miedo de Sally, como era de esperarse, volvió a crecer. Insistí en que viera a un terapeuta de reemplazo, además de que viniera a sentarse en mi oficina. Accedió oponiendo apenas resistencia, lo que me sorprendió. Las vacaciones subsiguientes fueron casi igual de traumáticas para ella, pero gradualmente se fueron haciendo cada vez menos problemáticas, con el pasar de los años Sally fue mejorando sostenidamente. Le tomó varios años llegar a sentirse totalmente cómoda sin anfetaminas ni marihuana. Conocía pocas personas que no bebieran ni consumieran drogas, pero como disminuyó su desprecio defensivo hacia las personas, su ansiedad social se suavizó y logró generar nuevos vínculos. (Su desprecio defensivo a las personas era en realidad miedo al rechazo y miedo a consumir y perder su identidad al fusionarse emocionalmente con los otros. A medida que se fue haciendo más independiente, creció su autoestima y decayó su nivel de ansiedad).

El no tener un trabajo significativo o gratificante era un malestar continuo para Sally, una fuente de dolor constante en relación con el cual yo no podía hacer mucho para aliviarla, más allá de empatizar con ella. Sally llegó a tener una mayor comprensión de su padre: “No lo perdono, pero ahora lo entiendo más. Él nunca quiso tener hijos y por eso estaba resentido con nosotros. Si hay vida después de la muerte, tal vez su castigo podría ser que me ayudara ahora. Me lo debe, y yo me lo merezco”. También llegó a experimentar mayor rabia y más abierta hacia su madre. Trabajó mucho con su pena, lo que dio frutos. Su rabia parecía separarla de su madre, y su lazo conmigo le daba la seguridad para hacerlo. Se estaba volviendo cada vez más independiente.

Se acercaba la fecha de mis siguientes vacaciones. Como era habitual Sally se alteró, pero esta vez estaba más nerviosa que aterrada. Justo antes de que me fuera, dijo “Te voy a echar de menos”. Eso no era transferencia. Era algo propio de una relación “real”. Le dije, “Me vas a echar de menos porque tú eres tú, y yo soy yo, y a ti te gusta estar conmigo, pero yo voy a estar lejos. Tú solías pensar que dejarías de existir si yo me iba, porque tú no podrías ser, a menos que fueras parte de mí. Ahora estás segura en tu propia identidad, como demuestra tu interés cada vez mayor en las actividades intelectuales, las caminatas y los paseos en bicicleta. Y ya no me necesitas en la misma forma. Que me echés de menos no tiene nada que ver con tu madre, tiene que ver con nosotros”.

“Tú solías confundirte con tu madre. No estabas segura de qué eras tú y qué era ella, pero mientras más hablamos sobre su muerte y tus sentimientos con respecto a su muerte, y sobre aquella ocasión en que ella se fue, menos confusión tuviste sobre quién eres tú y quién era ella. Sabías perfectamente bien que tu Madre no eras tú, en el sentido de que ambas tenían su propio cuerpo y eran personas distintas, pero en tu mente tenías imágenes de ti y de tu madre que eran borrosas, confusas y mezcladas. Ahora esas imágenes están claramente señaladas en tu mente. Cuando te alteres mucho, puede que vuelvan a ponerse borrosas, pero cuando eso ocurra yo te lo haré ver. Sin embargo, has llegado a un nuevo espacio, a una nueva forma de ser y ese logro es tuyo, indeleblemente tuyo. Sólo cuando te separaste de tu madre en tu mente y en tu corazón, cuando finalmente sentiste su pérdida, cuando la experimentaste como una persona completa, buena y mala, con amor y odio dentro de sí, disponible y no disponible para ti, sólo en ese momento pudiste convertirte en una persona completa, hecha de amor y de odio, que se une y se separa, feliz y triste, temerosa y segura. Sólo después de que tu duelo te permitiera experimentar a tu madre como una persona completa y distinta de ti, como alguien que se había ido para siempre y que siempre sería parte

tuya, pero que no se confundía contigo, sólo entonces lograste experimentarte a ti misma como una persona separada completa, con todos los sentimientos que tienes sobre la separación y la completitud. Sólo entonces pudiste experimentarme como una persona completa y distinta de ti, estando y no estando, enfocándome en ti y teniendo mis propias necesidades; alguien magníficamente capaz de ayudarte, pero que con frecuencia mostraba imperfecciones y a veces era inadecuado. Eres tú, la Sally separada, individuada y completa la que me va a echar de menos como un terapeuta separado, individuado y cansado. Yo también te voy a echar de menos, pero no tanto como para no pasarlo excelente”.

Sally lloró un poco, pero no tenía miedo. “Me molesta mucho que te vayas, pero espero que lo pases bien. Tú sabes a lo que me refiero”. Yo lo sabía, y se lo dije.

Comentario

Por Andrew Tatarsky

La historia de Sally comienza con una escalofriante descripción del impacto paralizante que el abuso físico y sexual en su primera infancia seguía causándole treinta años después. Cuando acudió a pedir ayuda, inicialmente apenas era capaz de entrar a la oficina de Levin porque estaba demasiado “aterrada”, y sus palabras eran tan confusas que él no lograba entenderla. Levin nos entrega una narración valiente y honesta del terror y la confusión que sentía dentro de sí, y de la forma como trabajó para contener y entender esos sentimientos y su propia incertidumbre de tal modo que pudiera ayudar a Sally. En esta forma Levin nos hace entrever la manera como suelen comenzar las psicoterapias que finalmente alcanzan el éxito, con personas que han sufrido dificultades serias en la niñez, además de mostrarnos por qué el trabajo puede ser tan desafiante para el cliente y el terapeuta.

Luego Sally hace una petición bastante inusual: “¿Puedo sentarme en el suelo?” Luego le pidió a Levin que se sentara con ella

y él lo hizo. Esto permitió que la terapia despegara: “Ya no estaba aterrada... la terapia explotó”.

Este es uno de esos momentos mágicos que ocurren en las buenas terapias. Cliente y terapeuta interactuando espontáneamente, dos personas que trabajan en conjunto para crear las condiciones de confianza y colaboración necesarias para avanzar en el abordaje de temas complejos que se avecinan. La historia traumática de la clienta le imposibilitó explicar con palabras a qué le temía y qué necesitaba para progresar; apenas podía comunicarse. Sin embargo, logró hallar una forma de poner a prueba a Levin. ¿Sería capaz de responder a lo que ella necesitaba, incluso si era incapaz de decirle el porqué? ¿Tendría suficiente respeto por ella? ¿Sería lo suficientemente sensible y preocupado para no avergonzarla, al negarse o al analizar sus motivos?

Levin nos entrega una maravillosa demostración del arte de la buena psicoterapia. Por mucho que exista un gran cuerpo de ideas sobre cómo entender el sufrimiento de las personas y cómo apoyar su cambio y su crecimiento, sigue existiendo mucha incertidumbre que le exige al terapeuta actuar espontáneamente, haciendo caso a su intuición y respondiendo como persona, no como quien sigue un manual. Son estos momentos, más que cualquier otra cosa, los que pueden comunicar que el terapeuta está dispuesto y es capaz de respetar y responder con sensibilidad a las necesidades del cliente en una forma que crea la sensación de que proseguir es seguro.

Para todos nosotros, más aún cuando existen traumas en nuestro pasado, es necesario saber y sentir que estamos en un lugar seguro, antes de revelar a otros lo que más nos asusta o nos avergüenza. Este tema se repite en muchas de las historias de este libro: encontrar el calce correcto que cree la sensación de seguridad. Los clientes necesitan cosas específicas de su terapeuta que los ayuden a saber que ellos están suficientemente seguros para avanzar.

Esto se relaciona con otro tema importante subrayado por la historia de Sally. El cliente es quien finalmente está a cargo de la dirección y del flujo de la terapia. Levin fue siguiendo las indicaciones de Sally. Ella decidió qué era lo que necesitaba de él, es decir, que

se sentara en el suelo con ella. Ella decidió cuándo se sentía lista para hablar de ciertos temas como su aventura amorosa, su historia de abuso y su uso de drogas. Levin respetó su necesidad de determinar cuándo estaba lista para hablar sobre esos temas. El creyó en su “capacidad de curarse a sí misma”. Los buenos terapeutas saben que el cliente les dirá qué es lo que necesitan. Si un cliente no obtiene lo que necesita de un terapeuta, eventualmente el cliente lo abandonará (con justa razón) y buscará otro que sea capaz de hacer lo que sea necesario.

Me pareció que la terapia fue avanzando en fases que fueron revelando cada vez más tanto a Sally como a su terapeuta. Así es como la terapia es realmente, un proceso de descubrimiento tanto para el cliente como para el terapeuta. Ninguno de los dos puede conocer el resultado final, porque hay mucho que se desconoce al comienzo del camino. Los temas que Sally trajo inicialmente a la terapia llevaron a una exploración de su historia de abuso. Esto, a su vez, llevó a una exploración de su uso de drogas. La secuencia a través de la cual se fueron enfrentando los temas siguió una lógica interna que no podía haber tomado otro rumbo.

El uso de drogas de Sally es especialmente notable, por varias razones. Primero, debe mencionarse que en la terapia ocurrieron muchas cosas valiosas, antes de que Sally siquiera mencionara el uso de drogas, aún cuando las usaba a diario. En mi opinión, circula una idea peligrosa y desinformada según la cual las personas no pueden beneficiarse de la terapia si están usando drogas activamente. Más aún, se dice que las personas no pueden procesar la información revelada durante la terapia, si están usando drogas, y que deben enfocarse en detener su uso y estar “limpios” antes de entrar a terapia. Como podemos ver en el caso de Sally, era necesario que trabajara mucho y fue capaz de hacerlo en la terapia antes de sentirse lista para hablar con Levin sobre su uso de drogas. Se podría decir que su uso de drogas le permitió hacer ese trabajo indispensable. Necesitaba un enfoque de reducción de daños que aceptara su uso activo de drogas como una de las condiciones de su terapia. Si el terapeuta le hubiera realizado un examen de drogas, habría descubierto su uso

activo de sustancias y le hubiera pedido que parara. En ese caso, es difícil imaginar que hubiese sido capaz de seguir en terapia.

Esto se relaciona con otro aspecto relevante de su uso de drogas. Por diversas razones, Sally creía que necesitaba sus drogas para seguir viviendo. Las drogas la cuidaban como una “madre buena”, contrarrestaban su peligrosa depresión suicida y la ayudaban a mantenerse delgada cuando sentía que no podría vivir consigo misma si subía de peso. Ello era un reflejo de su intenso odio a sí misma. Necesitaba tener fe suficiente en su terapia con Levin (“la relación cura”, como dice Levin) y de visualizar la posibilidad de ser capaz de sobrevivir sin drogas, antes de poder revelar su uso en la terapia. Como dice Levin, no se le debe quitar nada de valor al cliente antes de que esté disponible algo mejor para reemplazar una compensación que ha sido útil por largo tiempo. Si Levin hubiera tratado de forzarla a hablar sobre su uso de drogas antes de que estuviera lista, ¿acaso ella no habría experimentado la situación como otra forma de abuso? Sentía que necesitaba las anfetaminas para seguir viviendo. Si Levin hubiera insistido en quitárselas, ella bien podría haberlo percibido como un enemigo para su supervivencia. Esto habría ralentizado considerablemente el proceso terapéutico. Ella pudo haber visto en Levin falta de conciencia, de sensibilidad, de comprensión y de compasión por sus necesidades y sus límites, lo que le habría recordado los abusos y la negligencia de sus padres. ¿Fue acaso que la relación con Levin le proporcionó una experiencia de seguridad y satisfacción que nunca había tenido y, por lo tanto, le entregó una razón verdadera para sentirse esperanzada con respecto a las relaciones en su vida fuera de la sala de terapia? Esta es una de las maneras más poderosas en las que la relación terapéutica produce la sanación.

La relación terapéutica también ayudó a Sally a sentirse suficientemente segura como para enfrentar finalmente el intenso odio que sentía hacia su padre, un odio que no había reconocido del todo, debido al terror y la culpa que sentía y que se había vuelto contra sí misma. Sentir y expresar esos sentimientos hacia su padre y tener la experiencia directa de que su padre no la había asesinado, la liberó

en gran medida del miedo y la culpa que la habían atormentado desde su niñez. Esto nos demuestra el poder liberador del odio. Ese acto la ayudó a sentirse mejor consigo misma (autoestima), a tener más seguridad en sus relaciones, a ver con mayor claridad sus sentimientos y sentirse más cómoda con ellos y a aumentar su capacidad de cuidarse a sí misma.

Referencias

- Freud, S. (1919). The Uncanny. The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud. Vol. 17 (pp. 219-252). London: Hogarth Press.
- Khantzian, E. J., and Mack, J. E. (1989). Alcoholics Anonymous and contemporary psychodynamic theory. In M. Galanter (Ed.), Recent Developments in Alcoholism. Vol. 7 (pp. 67-89). New York: Plenum.

EL USO DE DROGAS COMO REBELIÓN CONTRA LA VOZ CRÍTICA INTERIOR

Diana: El Miedo a los Sentimientos y el Amor al Vino

Por Patt Denning

LA VOZ CRÍTICA Y EL FALSO YO

El uso de sustancias puede expresar una rebelión contra una voz crítica interior, conocida por algunos especialistas como el “crítico interior”. Esta voz dice: “No eres bueno tal como eres y no tienes permiso para expresar tus verdaderos sentimientos o para ser tú mismo en el mundo si quieres ser amado o vivir seguro”. Esta voz existe en alguna medida en todos nosotros, ya sea que nos revelemos contra ella con drogas o no.

Esa voz puede reconocerse como la impronta paterna o materna durante la niñez temprana, o una voz propia que ha aceptado la autoridad, las reglas y el poder de los padres. La voz exige cumplimiento o sumisión y amenaza: “Si no te escondes, si no le mientes al mundo ni le muestras lo que quiere ver, si no eres bueno, nadie te va a querer y serás rechazado, despreciado, abandonado o asesinado”.

La universalidad de esta voz se arraiga en el poder y la autoridad de los padres sobre nosotros cuando niños. Aceptamos su autoridad porque necesitamos su amor y sus cuidados, y porque tenemos que creer en algún modelo que nos muestre cómo vivir en el mundo con seguridad. Sin padres o sin adultos que estructuraran nuestras vidas, nos habríamos hallado en un mundo caótico y aterrador. Así, por deferencia a nuestro instinto de supervivencia, aprendimos a suprimir, esconder y negar nuestros verdaderos sentimientos, deseos y necesidades, considerados inaceptables. Creamos un “falso” yo

para consumo público. El psicoanalista británico Winnicott (1965) afirmó que es un desarrollo inevitable en la socialización humana.

La personalidad falsa puede arreglárselas muy bien, logrando gran seguridad y éxito en la vida. Sin embargo, pagamos un precio por mantener a este personaje. Al cumplir con esa voz, creemos en sus afirmaciones de que no somos buenos y que nadie nos va a amar si nos expresamos con honestidad en el mundo. El potencial para desarrollar experiencias directas, sentimientos auténticos y posibilidades nuevas se oscurece y se perturba. El hecho de que nos adaptemos a esa voz, cumplamos con ella y fabriquemos una imagen artificial de éxito, oculta una inquietante sensación de falta de valor, vergüenza y miedo a ser descubiertos. La voz castiga las transgresiones avergonzándonos y haciéndonos sentir culpa. Este castigo se expresa mediante el odio y la crítica contra nosotros mismos, lo cual crea culpa, ansiedad y depresión. “¿Por qué dijiste eso, idiota?” “¡Ahora sí que lo echaste todo a perder! ¡Nunca vas a aprender, y te mereces todo el rechazo y el castigo que recibas por expresar tus sentimientos sin pensar!”.

DESCONEXIÓN DE LAS NECESIDADES INTERNAS

Muchas personas descubren que es más fácil jugar el juego con éxito, si evitan que esos sentimientos verdaderos repten hacia su conciencia. La conformidad exitosa al servicio de la sobrevivencia es intercambiada por una conexión en los niveles más profundos de nuestras carencias y necesidades. Algunas personas logran sobrevivir congelando su capacidad de sentir, adormeciéndose por medio de la tensión y la constricción de su cuerpo. Otros lo logran creando una especie de separación o escisión entre su experiencia mental consciente de sí mismos, la personalidad falsa y el cuerpo pleno de sentimientos que se experimenta como “no yo” o “yo malo”, según la propuesta de Harry Stack Sullivan (1953). El primer enfoque deja a las personas sintiéndose mecánicas, adormecidas, muertas, desconectadas e irreales, mientras que el segundo las hace experimentar sus sentimientos como confusos, atemorizantes, vagos, amenazantes, etc. El yo que siente se

convierte en una amenaza, en lugar de ser lo que es, una fuente de información esencial e importante para saber quiénes somos y qué necesitamos para vivir una vida satisfactoria y saludable.

Algunos individuos continúan sintiendo y entendiendo sus sentimientos, pero en la medida en que aceptan la voz crítica interior tienden a desconfiar y criticar sus sentimientos y a asumir que hay en ellos algo malo. “Soy demasiado sensible”. “Estoy loco”. “Soy malo”.

Nuestras vidas inevitablemente reflejan ese debilitamiento de nuestra fuerza vital, cuando finalmente nos damos cuenta de que la vida que llevamos se ha construido en base a los deseos de otros, en vez de los nuestros. En nuestras relaciones nos volvemos cada vez más conscientes de que no estamos recibiendo algo que necesitamos, aunque nos esforzamos mucho por satisfacer a los demás.

Finalmente, aunque tal vez no sepamos por qué, algunos cada vez nos sentimos menos capaces de tolerar esa situación. Nos sentimos tensos, enojados, pero incapaces de expresarlo; queremos escapar.

Mientras nos vamos identificando con esta voz crítica y sometiéndonos a sus demandas o amenazas, ¿dónde está la rebelión? Aquí es donde esto se pone interesante.

LA ESCISIÓN INTERIOR

Mientras nuestra parte dominante, pública y consciente puede aceptar la voz crítica, otra parte de nosotros la que siente, necesita y desea, se siente cada vez más frustrada, infeliz, sin amor y furiosa; anhela liberarse de la tiranía de esa voz. Muchas personas conocen muy bien esta experiencia interior escindida como una lucha entre “el yo bueno” y el “yo malo”, el ángel y el demonio. Conocen ese anhelo de ser libres por medio de frases como “quiero ser malo” o “tengo que liberarme”. Puesto que estas necesidades y deseos ocultos se han ubicado en la categoría de lo malo e indigno de amor, por definición no pueden expresarse abierta y cómodamente, pero sí pueden ser expresados en “mala forma”, es decir, socialmente inaceptables.

LA REBELIÓN

Para muchas personas, las drogas pueden la parte oculta, que siente, que tiene carencias y es mala, o bien crear la experiencia de liberarla a través de la fantasía. Otto Fenichel (1945) dijo que “el superego (su término para referirse al crítico interior) es aquella parte de la personalidad que se disuelve en alcohol”. El uso de drogas puede constituir una rebelión en contra de la voz crítica y una experiencia de motín y autoliberación, la experiencia temporal de ser fiel a aquellas partes del self que han sido enterradas.

A veces la rebelión es simbólica y otras veces es muy real.

Puesto que el uso de drogas está prohibido, así como el consumo excesivo de alcohol, el acto de usar una droga o tomar un trago de más es una forma simbólica de resistirse a la autoridad, la autoridad de esa voz que dice que debes seguir las reglas de los demás para estar seguros y ser amados. Es un acto de rebelión simbólica que expresa el hecho de que esa voz no me controla completamente. Esta rebelión a menudo se realiza en privado, tan profunda es la creencia de que liberar aspectos escondidos nos costará todo lo que tenemos: “Mientras yo juego a ser lo que tú dices que debo ser en público, en privado soy libre y lo suficientemente poderoso para hacer lo que quiero”. La naturaleza prohibida del uso de drogas es lo que la hace disponible para este propósito.

Este proceso también puede expresarse en relación con los demás en la siguiente forma. Si puedo “poner” la voz crítica en ti, imaginando y asumiendo que tú crees lo que la voz crítica cree, puedo entonces experimentarte como alguien que no me acepta como yo soy. Tú eres el que está tratando de controlarme, y yo puedo “desafiarte” como si fueras la proyección de mi voz usando las drogas como expresión de mi libertad ante tu control.

En estas estrategias, el uso de drogas se convierte en el símbolo de la rebelión.

Es posible lograr una rebelión real en la siguiente forma. Si la voz me dice que mis sentimientos están mal y que deberían esconderse e ignorarse, el uso de una droga como el alcohol, que acalla

esa voz y me ayuda a reconectarme con mis verdaderos sentimientos y necesidades, es un acto revolucionario de autoafirmación. Si una droga puede ayudarme a calmar el miedo que siento de expresarme libremente con otras personas, usar una droga es un medio para desafiar la autoridad de esa voz y para reafirmar esas partes mías que he mantenido ocultas. Podría ayudar a liberarme en el mundo, para ser yo mismo. Esto explica que haya personas “agradables” que se transforman en “ebrios enojados”, o la persona tímida que se vuelve asertiva al beber alcohol. Explica también la creatividad liberada por la marihuana y otras transformaciones similares causadas por el uso de drogas.

Entonces, ¿hay algún problema con usar drogas para acallar al crítico interno?

No necesariamente, pero frecuentemente sí lo hay.

LA LIBERACIÓN MEDIANTE EL USO DE DROGAS

El impulso de alterar la propia conciencia es tan antiguo como la cultura humana y es parte de incontables pasatiempos. Para muchos individuos las drogas son tan deseables y atractivas porque llevan a la experiencia poco común de poder conectarse más plenamente con sentimientos y necesidades que se encuentran marginados (Krystal, 1977). Las drogas se usan para explorar el área existente entre las polaridades de la total auto-limitación y la total auto-expresión, entre el amor y el odio a sí mismo, entre el caos y el orden, el egoísmo y la generosidad, y la emocionalidad y el estoicismo. Las drogas han servido como llaves o iniciadoras de las primeras experiencias de los aspectos auténticos y ocultos del yo. Las personas se enamoran de las drogas porque bajo su influencia se abren temporalmente a la posibilidad de ser más libres, de sentir más plenamente y de aceptar las partes de sí mismas que antes habían despreciado. Esta experiencia de abierta libertad con los demás, desarma y desactiva temporalmente las fatídicas advertencias del crítico interior. Muchas veces las personas llegan a esa conducta de uso impulsadas por una necesidad de aprender y explorar, de acercarse a quiénes son. Gene-

ralmente las empuja un profundo anhelo de sanarse. Se embarcan en esa expedición para hallar un potencial valor terapéutico, para darse ánimos en su búsqueda de la posibilidad de generar cambios duraderos o para llegar a fronteras inexploradas. Sin embargo, esas experiencias positivas también pueden producir problemas serios.

LA VENGANZA DEL CRÍTICO INTERIOR

El problema con esos actos de rebeldía es que a menudo no producen una verdadera liberación. La voz crítica se puede adormecer, pero finalmente despierta. La liberación temporal no enseña al crítico que el nuevo comportamiento es aceptable. Muchas veces el nuevo comportamiento es todavía crudo, infantil, falto de preparación, no integrado y peligroso; no es aceptable para los estándares de la sociedad. No vivimos en una sociedad que entregue una estructura segura a este tipo de exploración; no encontramos una forma segura de reingresar al mundo de la sobriedad. Después del despertar, el crítico retoma con creces su lugar de poder y dominación, con una venganza que lleva a intensos sentimientos de remordimiento, auto-odio, vergüenza y culpa, en ocasiones con intensidad suicida y fervientes nuevos compromisos de ser bueno; es decir, una vez más a renunciar y devaluar esos aspectos del yo prohibidos por la voz crítica.

LIBERACIÓN Y PÉRDIDA DEL CONTROL

Existe otro efecto secundario común y potencialmente peligroso en el uso de drogas para rebelarse en esta forma. Una vez que los aspectos negados del yo salen de su prisión, pueden no querer regresar voluntariamente a ella. Puesto que las drogas han sido la llave hacia la libertad, el modo de mantenerse libre es seguir usándolas. Esto puede llevar al consumo compulsivo o a largos períodos de consumo desenfrenado, la llamada “pérdida de control”. Mientras más dure el consumo desenfrenado, mayor es la amenaza potencial para otros aspectos de la vida de la persona que requieren atención. La salud, el dinero, el trabajo y las relaciones se vuelven asuntos secundarios a la

exploración de este nuevo estado. Esa dinámica explica el ciclo infinito de consumo desenfrenado seguido de abstinencia, que caracteriza a muchos consumidores excesivos de drogas. La rebelión sigue a la sumisión, seguida por la rebelión, seguida por la sumisión, *ad nauseam*.

REFORZANDO LAS AFIRMACIONES DEL CRÍTICO

Esos actos de rebeldía pueden conducir a reforzar las afirmaciones del crítico interior. Después de todo, el crítico puede decir “Mira lo que pasa cuando dejas que salgan esas necesidades, ¡se vuelven locas!” “¡Realmente eres un bebé irresponsable, inútil, repugnante y bueno para nada, que no puede cuidarse a sí mismo! ¡Sólo piensas en ti mismo!” Podríamos incluso considerar que elegir drogarse o beber de manera autodestructiva es tanto una forma de manifestar un deseo de libertad y auto-expresión como de aceptar las afirmaciones del crítico de que nuestros sentimientos más profundos son inaceptables y deben esconderse. Este es un ejemplo de una idea psicoanalítica clásica: una buena forma de resolver un conflicto entre dos ideas o sentimientos contradictorios es crear una solución (que puede llamarse “síntoma”) que encarna ambas partes del conflicto al mismo tiempo (Freud, 1896). Esto resuelve el conflicto de un modo que lo mantiene vivo y que no lleva a un cambio real. Los usuarios acostumbrados a este ciclo se preguntan por qué siguen estando en el mismo lugar cuando al mismo tiempo se sienten impulsados a cambiar.

El usuario inserto en esta relación con el consumo está peligrosamente atado. La rebelión que lleva a la pérdida de control seguida de auto-odio y abstinencia, y aceptando los juicios, las demandas y amenazas de un crítico interior devaluador, son dos opciones inestables e indeseables. ¿De qué forma se puede salir de este nudo ciego?

LA PSICOTERAPIA DE REDUCCIÓN DE DAÑOS Y EL CAMINO FUERA DEL ATASCADERO

La forma de escapar de este nudo ciego es dejar de jugar el juego de sometimiento/rebelión. Para hacerlo, uno debe tomar conciencia

de cómo se desarrolla el proceso y mirarlo compasivamente con distancia. En el espacio psicoterapéutico, el cliente y el psicoterapeuta pueden actuar en conjunto para establecer conexiones entre el impulso de usar drogas y esos distintos factores. Como se mencionó anteriormente, a menudo antes de que sea posible trabajar en hacer cambios en uno mismo, es necesario desarrollar la capacidad de observarse más a fondo.

La reducción de daños acepta que puede ser necesario trabajar mucho en esta fase antes de pasar a considerar qué hacer con nuestro uso de drogas. La reducción de daños también acepta que muchos usuarios activos de drogas pueden y deben entrar a terapia, mientras continúan usando drogas, durante la fase de desarrollo de las capacidades necesarias para realizar los cambios. El terapeuta apoya el desarrollo o fortalecimiento de la parte del cliente que puede observar su propia experiencia y reflexionar sobre ella. A medida que el cliente desarrolla esta capacidad, se hace posible observar desapasionadamente con curiosidad y compasión la voz crítica y el impulso rebelde.

Cuando el cliente logra reconocer la voz del crítico interior y ver las adaptaciones que ha hecho a sus exigencias, la sumisión a través del falso yo público que satisface a los demás y la rebelión contra el crítico y el falso yo mediante el uso excesivo de drogas, se hace posible reformular su relación con el crítico. En la medida en que el cliente toma conciencia de estos elementos significativos –los sentimientos, necesidades, deseos y anhelos que dan cuerpo al deseo de usar droga– se abre la posibilidad de tomar decisiones diferentes en relación con esos deseos y sentimientos.

La postura de reducción de daños de no hacer presuposiciones sobre el uso de drogas y de no tomar partido en la batalla interna del cliente entre usar y no usar, es particularmente útil para forjar una alianza con la parte observadora del cliente. El terapeuta se mantiene alejado del conflicto entre el crítico y el aspecto rebelde, invitando así al cliente a seguir su ejemplo y a observarlo desde afuera, para comprender así más plenamente de qué se trata el conflicto.

Esto dificulta también que el cliente llegue a imaginar que el aspecto crítico está en el terapeuta, lo que mantendría su deseo de uso/rebelión y lo haría sentirse en conflicto con el terapeuta. Puesto que el psicoterapeuta de reducción de daños no toma una posición *a priori* sobre el uso de drogas del cliente, puede cuestionarse más fácilmente la fantasía de que está alineado con el crítico.

Terapeuta y cliente pueden entonces examinar en conjunto el valor de las demandas del crítico interior, considerando cuán realistas y prácticas han resultado ser para los fines de la supervivencia. Pueden explorar los orígenes de esas voces. Pueden considerarlas significativas en el contexto de la niñez temprana, pero no necesariamente en el contexto presente.

Puede ser útil instar al cliente a tener un diálogo interior con el crítico y a expresar qué es lo que realmente cree sobre las demandas de éste. En esta forma, empieza a formarse en la experiencia interior del cliente un punto de vista alternativo o modificado. Esto puede ir seguido de la experimentación. Se pueden probar nuevas formas de relación con los demás, que cuestionen las demandas del crítico. Si el cliente quiere ser muy cauteloso, se debe comenzar poco a poco en situaciones donde el riesgo no sea muy grande. Por ejemplo, si el crítico del cliente le ha estado diciendo que no puede estar en desacuerdo con un amigo en forma segura, porque el amigo lo encontrará inaceptable (como antes lo hicieran sus padres), es posible buscar un área de desacuerdo de bajo riesgo, como cuando se escoge una película o un restaurante, tomando una posición contraria para ver cómo reacciona el amigo. La conciencia y la convicción de que el crítico está equivocado pueden todavía no ser suficientes para hacer cambiar de opinión al crítico. Puede ser necesario experimentar en diversas ocasiones algo nuevo que suavice o elimine las demandas del crítico sobre estos temas. Los pequeños éxitos y las voces de auto-afirmación basadas en evidencia empírica producen mayor confianza y seguridad.

La relación terapéutica es otro campo en el cual este trabajo puede también avanzar de inmediato. Hasta cierto punto, los clientes inevitablemente traen a la relación con el terapeuta sus expectativas

interpersonales y sus adaptaciones, basadas en las demandas de su crítico interior. Éstas pueden identificarse en las fantasías y las expectativas que el cliente tiene con respecto al terapeuta. A medida que éstas se identifican y se asocian con el crítico y sus primeros mensajes en la niñez, entonces se hace posible considerar e intentar formas nuevas de relación con el terapeuta.

Existen otras formas de desactivar el reflejo de auto-castigo y rebelión. El terapeuta podría observar cómo se hace notar por primera vez el impulso a rebelarse mediante el uso de drogas. ¿Qué lo antecede? ¿Qué pensamientos, eventos, o sensaciones corporales están presentes en el primer momento al tomar conciencia del impulso? Desenvuelve ese impulso de rebelión a través del uso de drogas. Desenreda qué sentimientos, deseos y necesidades están siendo expresados con ese impulso. ¿Qué dice el impulso? ¿Qué palabras o sentimientos transmite? Una manera auto-afirmante de rebelarse contra el crítico interior es buscar directamente en la propia vida formas de expresar esas partes de uno mismo en lugar de hacerlo por medio del uso de drogas. Pueden utilizarse las experiencias exitosas para modificar las creencias del crítico.

Para develar estos impulsos, uno debe desarrollar también la habilidad o capacidad de detener la acción, sopesar el impulso, desarmarlo o meterse en él. Algunas personas son capaces de identificar sus sentimientos y deseos ocultos, en tanto que otros han perdido el contacto con ellos. La práctica de sopesar un impulso en lugar de actuar de acuerdo con él, abre la capacidad de hacer este trabajo y la posibilidad de lograr un cambio conductual radical. Estas capacidades y habilidades pueden aprenderse. Diversas personas las llaman “habilidades de autogestión”, “habilidades del yo”, “inteligencia emocional” o “darse cuenta”, e implican estar conscientes sin ser arrastrados por la avalancha constante de nuestras experiencias sensoriales, emocionales y mentales. Ser capaz de sopesar o tolerar la propia experiencia permite considerar formas alternativas de relacionarse con estas experiencias.

En la siguiente historia, “*Diana: el miedo a los sentimientos y el amor al vino*”, Patt Denning describe la lucha de Diana contra un

duro crítico interior, mediada por 20 años de abuso de alcohol. Patt Denning compara la anterior psicoterapia de Diana, que duró diez años y logró resultados menos visibles, con el enfoque de reducción de daños de Patt y Diana en conjunto, el cual enfrentó los problemas profundos y centrales de ella, antes de lograr cambios significativos. La historia muestra cómo la abstinencia no era para Diana una meta realista, porque la experimentaba como un sometimiento al crítico que gatillaba su rebelión por medio del uso excesivo de alcohol. La búsqueda de la moderación le permitió a Diana sentirse liberada de esa atadura y al mando de su vida, lo que contribuyó a que lograra un resultado exitoso.

Diana: El Miedo a los Sentimientos y el Amor al Vino Por Patt Denning

La historia de Diana y su tratamiento delinean tanto los principios como el proceso de realizar una psicoterapia con clientes que tienen problemas de drogas o alcohol. Diana comenzó su tratamiento en 1992, en una época en la que yo aún me encontraba formulando mis ideas sobre enfoques alternativos e intentaba guiarme por perspectivas tanto cognitivo-conductuales como psicodinámicas. Los súbitos cambios de énfasis, estilo y proceso que se observan en esta historia reflejan los cambios que tuve que hacer para ajustarme a las necesidades de Diana. Desde entonces, he logrado expresar claramente mis opiniones y sintetizar un nuevo modelo de tratamiento. Esta narración de su terapia está intercalada con los propios comentarios y perspectivas de Diana, los cuales ayudan al lector a entender cómo es posible tener éxito utilizando un enfoque alternativo para enfrentar las adicciones.

INGRESO AL TRATAMIENTO

Diana había pasado recientemente su cumpleaños número

45 y estaba cada vez más preocupada por el proceso de envejecimiento. Con una carrera exitosa, pero “con mala suerte en el amor”, había estado en psicoterapia en forma intermitente durante diez años. Lo más preocupante era que había estado bebiendo en exceso por más de veinte años. Su terapeuta había visto mi anuncio en una revista nacional sobre tratamiento de adicciones que ofrecía alternativas al trabajo tradicional de los 12 pasos. La relación terapéutica debe haber estado marcada por una creciente sensación de desesperanza, porque Diana aceptó por voluntad propia que su terapeuta la derivara a mi consulta.

Diana: Cualquier persona que termina buscando una forma de escapar de las conductas adictivas ha llegado a un punto donde es obvio que las cosas no pueden seguir así. Yo llegué a este punto luego de tres meses de beber más de lo que acostumbraba. Las alarmas iban sonando muy fuerte como para seguir ignorándolas. Tres meses antes mi gata había muerto atropellada, lo que me gatilló una depresión que no podía superar. Empecé a cuestionarme por qué no podía dejar atrás su muerte, y me parecía evidente que tenía que ver con el hecho de vivir sola y estar sola la mayor parte del tiempo. Mi gata había sido mi única amiga íntima. ¿Por qué siempre estaba sola?

Diana llegó bien vestida y actuando como la mujer de negocios poderosa y competente que es. Sin muchas formalidades anunció que era alcohólica y dijo firmemente “Odio a Alcohólicos Anónimos”. Con vehemencia pasó lista a una serie de razones para enfatizar su postura de que Alcohólicos Anónimos era inútil para ella. Le dije que había venido al lugar correcto para recibir tratamiento, porque yo no exigía usar el método de AA y estaba de acuerdo con muchas de sus críticas. Satisfecha, dijo “qué bueno”, y comenzó a contarme su historia.

Diana: Llegué donde la Dra. Patt Denning luego de veinte años de abusar del alcohol, y con la esperanza de que hubiera un camino distinto al de AA para enfrentar finalmente mi problema. Varios años antes había probado AA por unos seis meses y nunca “me pescó”. ¡A veces la alienación que sentía en esas reuniones —los eslóganes, las confesiones sensibleras y las charlas interminables sobre los 12 pa-

... me llevaban a beber apenas me iba! No me sorprendió leer, poco antes de venir donde la Dra. Denning, que sólo el cinco por ciento de los alcohólicos del país tiene éxito a largo plazo con el método de AA. Seguí buscando otra salida. Más de una vez la idea de la psicoterapia tradicional me había parecido promisorias, y cuando escuché que la Dra. Denning se especializaba en alternativas de tratamiento para el consumo de alcohol, entre otras cosas, la llamé.

El patrón de consumo de Diana se había mantenido estable por gran parte de los últimos veinte años. Cuando bebía socialmente lo hacía con moderación, no más de dos vasos de vino; decía que “odiaba ver mujeres borrachas”. Sin embargo, cuando estaba sola el patrón era distinto. Luego de un largo día de trabajo, solía pasar por una tienda especializada en vinos y comprar una botella de Cabernet caro. Cuando llegaba a su casa, comenzaba a beber todavía con su ropa de trabajo, encendía la televisión y seguía bebiendo hasta quedarse dormida en el sillón. Despertaba a la mañana siguiente sintiéndose humillada y algo asustada, pero rápidamente hacía ejercicio, se daba una ducha y comenzaba otro largo día, dejando de lado cualquier pensamiento o sentimiento sobre su consumo de alcohol. Diana no siempre tenía la intención de beberse la botella completa, pero bebía con un propósito: con frecuencia para premiarse por un día difícil en el trabajo, a veces para calmar sus sentimientos heridos por una relación, y siempre por el placer del sabor de un buen vino. Nadie sabía que tenía un problema con la bebida.

Diana: Todo mi uso problemático de alcohol ha ocurrido cuando estoy sola. Mi gran preocupación por lo que piensen los demás me ha limitado a tomar sólo dos tragos en situaciones sociales. Cuando estoy en compañía de personas interesantes, tengo cosas mucho mejores que hacer que emborracharme. Es cuando he estado sola en mi casa que me he metido en problemas.

Se describió a sí misma como “genéticamente predispuesta” al alcoholismo debido a su ascendencia escandinava, a pesar de no tener familiares alcohólicos. Su madre pasó por un breve período de consumo de alcohol luego de divorciarse del padre

de Diana, pero dejó de hacerlo porque se dio cuenta de que no podía controlar la cantidad que consumía. Diana recuerda que su primera experiencia con el alcohol ocurrió en un cruceo cuando tenía 15 años y probó un fino cognac francés. Estaba maravillada por la calidez del cognac y se sintió en paz, reconfortada y amada. Esta positiva reacción inicial la primera vez que se bebe, predice muchas veces quiénes desarrollarán problemas con el alcohol. Diana no comenzó a beber sino hasta que cumplió 22 años, pero rápidamente desarrolló un patrón de consumo descontrolado.

Diana: Comencé a beber excesivamente casi de inmediato y casi siempre sola; nunca fui capaz de detenerme después de haber tomado el primer sorbo. Esos fueron días de exploración: probé licores, vinos fortificados, ginebra y otros licores fuertes. Todo eso me encantó. Pero no pasó mucho tiempo hasta que comencé a despertar con resaca en la mañana pensando NO MÁS TRAGO. Mi resolución matutina de no beber siempre se desvanecía ese mismo día después del trabajo. Se ha dicho que muchas personas que abusan del alcohol niegan su adicción durante gran parte de su vida, o incluso durante toda su vida. Este no era mi caso. Supe casi desde el principio que me gustaba demasiado. No podía parar, pero sabía que algún día lo tendría que hacer. Pero continué postergando ese día.

Muchas personas comienzan su tratamiento por problemas de alcohol y drogas con una clara reticencia. Diana mostró muy poca renuencia, declarando tranquilamente que tenía que “dejar de beber”. Cuando le sugerí que eso podría ser un poco difícil para ella, respondió con una actitud pragmática diciendo “bueno, pongámonos a trabajar en eso”. Le pregunté por las razones para querer dejar de beber y me corrigió diciéndome que no era que quisiera hacerlo, sino que tenía que hacerlo. Recientemente la habían arrestado por manejar en estado de ebriedad y estaba muy preocupada por el peligro que eso suponía y por su falta de juicio. También estaba consciente de sentirse lenta en las mañanas y menos capaz de concentrarse en las reuniones o cuando debía planificar proyectos que requerían mucho detalle. También

estaba asustada por el cambio en su apariencia después de beber demasiado. Decía que sus ojos se se le hinchaban y afirmó que estaba envejeciendo demasiado rápido. Creía firmemente que no encontraría a un hombre para una relación seria si no era joven, delgada y femenina tanto en apariencia como en actitud. En silencio, supuse que tenía que ocultar su evidente inteligencia y competencia para lograr esa feminidad y concluí que debía reemplazar su personaje público por otro muy diferente, cuando se hallaba en compañía de algún hombre después del trabajo.

EL DESARROLLO DE UN NUEVO MODELO DE TRATAMIENTO PARA LAS ADICCIONES

Antes de empezar a ver a Diana, yo había pasado veinte años trabajando en el sector público como psicoterapeuta y administradora de programas de salud mental comunitaria. También en ese tiempo tenía una pequeña consulta privada, especializada en desórdenes del ánimo y en trastorno límite de la personalidad. Cuando comencé a ver a Diana en mi consulta privada, acababa de tomar la decisión de renunciar a mi puesto de directora de una clínica psiquiátrica para pacientes ambulatorios, en parte debido a mi frustración por un financiamiento cada vez menor y en parte por un deseo de abocarme a proyectos más creativos. Había trabajado directamente con adultos seriamente perturbados y además había supervisado cientos de otros casos. El tratamiento de muchos de esos pacientes se complicaba por su uso de drogas o alcohol. Luego de años de derivar a esos pacientes a reuniones de 12 pasos o a programas de tratamientos de drogas, me sentía insatisfecha con los resultados: muy pocos dejaban de beber o de usar drogas. Muchos de los que permanecían en Alcohólicos Anónimos o Narcóticos Anónimos dejaban de tomar sus medicamentos psiquiátricos en un equivocado intento de mantenerse “limpios y sobrios”. Otros entraban y salían del tratamiento, ganándose así una reputación de ser pacientes difíciles. Un doble diagnóstico era considerado “un doble problema”.

Cuando intenté trabajar con los consejeros de los centros de tratamiento de drogas, experimenté poca cooperación y mucha hostilidad. No estaba dispuesta a considerar que los problemas de mis clientes se relacionaban principalmente con las drogas, y los consejeros no habían recibido formación sobre los principios de la salud mental. Tomando en cuenta que pertenecíamos a mundos diferentes y que teníamos distintas percepciones, estilos y reglas de tratamiento, comencé a desarrollar la idea de “culturas proveedoras” para dar cuenta de este fenómeno. Los profesionales clínicos de la salud mental y los especialistas en dependencia química eran, y siguen siendo, formados para ver al paciente de maneras muy diferentes. Como en la parábola de los ciegos que examinan a un elefante, nosotros sólo podíamos describir lo que habíamos aprendido a través de nuestra experiencia parcial y fragmentada. La formación y la experiencia supervisada de cada uno nos moldearon para pertenecer a una cultura proveedora específica, que cuidaba su propio campo profesional. Existen muchos ejemplos de estas diferencias. Una tiene que ver con nuestras diferentes evaluaciones de un cliente que no está seguro de tener que abstenerse por completo de usar drogas. Mientras yo pensaba que tales consideraciones eran indicio de una ambivalencia normal, los expertos en dependencia química rutinariamente calificaban la duda del cliente como negación.

Consciente de este dilema y consciente de mi propia cultura proveedora, decidí prepararme para pensar de un modo más holístico sobre las personas con problemas de alcohol y drogas. Los estudios que revisé y mi creciente experiencia clínica ampliaron mi esfera de competencia, pero hasta ahora, no ha cambiado, hasta cierto punto, mi postura psicológica básica frente a estos problemas. Aún creo que todos los problemas de drogas serios se encuentran entrelazados con dificultades emocionales significativas y que operan en un clima social de estigmatización. La idea predominante de la adicción como enfermedad, todavía me parece un ejemplo de una buena metáfora que se ha echado a perder – una concretización de lo que alguna vez fue una analogía

útil para explicar los misterios de la adicción, a un cliente, a un profesional clínico o a un público asustado por el daño causado por el uso de drogas fuera de control. Ni los estudios empíricos ni los resultados de los tratamientos respaldan una teoría tan simplista, pero el modelo de enfermedad se ha convertido en el principal sustento teórico del tratamiento por uso de alcohol y drogas en los EEUU (Alexander, 1987).

Una de mis especialidades está en el área de la psicofarmacología, el estudio de los tipos de fármacos empleados para tratar ciertas condiciones psiquiátricas. Amplié esta base de conocimiento incluyendo las así llamadas “drogas de abuso, y logré con los años unir la fisiología con la psicología para iniciar un enfoque de tratamiento holístico al que llamo “*Alternativas Para El Tratamiento De Las Adicciones*”.

Diana fue una de las primeras pacientes en mi consulta privada que presentaba un abuso significativo del alcohol, pero que también mantenía un alto nivel de funcionamiento. Estaba más acostumbrada a ver pacientes cuya capacidad de funcionar estaba claramente afectada por el uso de alcohol y que ya habían sufrido pérdidas significativas en relación con éste. Estaba consciente de que el mundo está lleno de “Dianas” y que ella me enseñaría mucho sobre los patrones más secretos y menos evidentemente destructivos de la adicción al alcohol.

Hablando con su anterior terapeuta, me dejó con la impresión de que él principalmente había tratado de apoyar su tambaleante autoestima, en especial en su relación con los hombres. Parecía confuso y frustrado por la falta de avances en esa materia y preocupado por su continuo consumo de alcohol. Le parecía que Diana luchaba desesperadamente contra una profunda soledad mediante el exceso de trabajo, una relación obsesiva con un hombre y, cuando se encontraba sola, bebiendo. En su opinión, Diana no se permitía sentir ninguna de esas necesidades y seguía adelante a una velocidad febril para ganarles a sus sentimientos.

Me era difícil evaluar su tratamiento porque, aunque ambos habíamos sido formados como psicoterapeutas, pertenecíamos a

culturas proveedoras diferentes. Mi orientación es psicodinámica y, más recientemente, cognitiva, mientras que él parecía haber recibido una formación de estilo más humanista. Usaba palabras como “autoestima”, “vergüenza” y “auto-actualización”, mientras yo tendía a usar palabras como “problemas centrales”, “déficits” y “fortalezas del yo”. Una vez más me sorprendían las diferencias entre los proveedores de salud mental y por nuestra incapacidad para traducir las metodologías particulares de nuestras culturas proveedoras. Obstáculos como éstos dificultan la planificación de un tratamiento efectivo para un cliente. Al no tener verdadera evidencia que indicara lo contrario, tuve que suponer que la terapia anterior efectivamente había revelado problemas de los que Diana ahora estaba consciente, y que podíamos aprovechar esa experiencia en nuestro trabajo actual.

Diana: Mis relaciones con los hombres durante los últimos diez años fueron intermitentes, monógamas y en serie. Todas terminaron porque yo había perdido interés en el tipo. Luego fui al lugar menos apropiado de todos. Conocí a un hombre y me enamoré profundamente de él: un hombre casado carismático, exitoso y completamente inelegible. Pasé diez años esperando que dejara a su esposa. Nunca lo hizo. Al comienzo de la relación empecé a ver a un psicoterapeuta “new-age” y seguí viéndolo mientras duró esa aventura. Su principal objetivo era ayudarme a ver que no había esperanzas de que yo y Matt termináramos juntos; él nunca se divorciaría de su esposa. Nunca pude aceptar esa idea y seguí esperando, sufriendo y bebiendo —y viendo a mi terapeuta semanalmente. Nunca hablamos en detalle sobre mi niñez.

EL “CALCE” TERAPÉUTICO

Las primeras impresiones me influyen de manera significativa. He notado que mi reacción inicial a un cliente potencial, no solamente tiñe el tratamiento sino que a menudo predice el resultado. También debo tener cuidado cuando conozco a alguien que, a pesar de ser de mi mismo género, estrato social y raza, me

parece “distinto a mí” de alguna manera. Tiendo a sentirme un poco perdida e incapaz de contar con mi intuición para guiar las etapas iniciales del tratamiento y debo confiar en prácticas y técnicas estandarizadas hasta que logro resolver esa extraña sensación de alienación.

Mi reacción inicial con respecto a Diana fue sentir que éramos personas extremadamente distintas a pesar de ser profesionales de edades similares. El estilo de Diana y su actitud pragmática parecían no dejar mucho espacio para la interacción personal entre nosotras. Me sentí en gran parte como una doctora a la que se la consultaba sobre un problema específico. No existía la sensación de que fuéramos un equipo dedicado a conocerla mejor y a buscar juntas soluciones a sus problemas. Esta impresión era tan fuerte que se impuso a mi interés habitual en el proceso interactivo de la psicoterapia y me llevó a aplicar un enfoque complementario y pragmático al problema que ella me presentaba, el abuso del alcohol. En esta forma creé artificialmente un “calce correcto” aún cuando no sentía realmente que existiera.

ETAPAS INICIALES DEL TRATAMIENTO: LA EVALUACIÓN

Diana estaba deseosa de enfocarse en formas específicas de dejar de beber. Expresaba su frustración consigo misma pero también mostraba convicción. Tenía cierta conciencia de que bebía cuando se sentía mal, pero la confundía su patrón de consumo cuando al parecer nada iba mal. Le pedí que completara una prueba formal de evaluación, el Inventario sobre el uso de alcohol [Alcohol Use Inventory] (Horn, Wanberg & Foster, 1986), para comprender mejor su consumo. Esta prueba es única entre los métodos de evaluación preventiva de alcohol y drogas, dado que entrega puntajes de acuerdo a escalas que reflejan diversas dimensiones del uso de alcohol de una persona. El AUI considera los estilos de consumo alcohólico (gregario, solitario, compulsivo), los beneficios percibidos (mejora del ánimo, sociabilidad, concentración) y las consecuencias negativas

(resaca, trastornos en actividades vitales importantes). El perfil resultante le permite al terapeuta desarrollar una visión más sofisticada del consumo del cliente que la que podría formarse usando solamente datos de las entrevistas.

Esta prueba mostraría luego su utilidad ayudando a que Diana captara cómo el alcohol afectaba su vida. Sus resultados fueron en su mayor parte los que yo había esperado. Ella no es una bebedora gregaria. Bebe más o menos a diario y siente que el alcohol mejora su ánimo y le permite olvidar sus problemas, especialmente con sus parejas. Muestra signos de dependencia moderada del alcohol y algunos síntomas de resaca alarmantes. En concordancia con su auto-informe, no muestra un descenso en su funcionamiento profesional como resultado del uso de alcohol, pero sí posterga las labores de la casa y el pago de sus cuentas. Está muy preocupada por su consumo de alcohol, y lo considera como un problema que debe enfrentar. Sin embargo, sorprende ver que el AUI haya mostrado también que era extremadamente reacia a aceptar ayuda, a pesar de su conciencia del problema. Esta contradicción se convirtió en un tema central de la terapia. En la tercera o cuarta sesión, cuando le pregunté sobre esta parte de la prueba, me contestó muy honestamente diciendo “no dejo que nadie me diga qué hacer”. Esta afirmación abrió el tema de su niñez y del origen de su feroz independencia.

HISTORIA FAMILIAR

Diana fue una niña muy precoz e independiente. Tenía poca paciencia con los otros niños, sus juguetes y sus juegos. No era una niña “regalona” y prefería tener poco contacto con los demás. Tenía un temperamento bastante asertivo y controlador. Su madre se sentía muy perturbada por la personalidad de Diana y consideraba que esas características eran poco femeninas y demasiado cercanas a la forma de ser de su padre. Solía criticar y controlar las acciones, el lenguaje y las actividades de Diana, prediciendo que ningún hombre se casaría con ella porque se

parecía demasiado a su padre. Tanto Diana como su madre eran sumamente críticas del padre, a quien Diana describe como excéntrico y distante, diciendo “hay algo que le falta; hay algunas partes de humanidad que no tiene”. A los 17 años, Diana tuvo un respiro con el divorcio de sus padres. Su madre se volvió a casar varios años después y aún está con este esposo. Ella describe a su madre como controladora y exigente, pero a la vez dulce y dice que su actual marido “la adora”.

Sus hermanos mellizos nacieron cuando Diana tenía 3 años y recuerda esta etapa como traumática para ella. Estaba consciente de que su madre había traspasado su atención y amor a los “principitos”, como ella los llamaba. A pesar de esta pérdida, Diana siguió idolatrando a su madre y se esforzaba por comportarse como una pequeña “dama”. Pero sin importar cuán buena fuera, siempre se sintió una niña mala, consciente de sus sentimientos de enojo y de su naturaleza poco sociable.

Diana: Ya en los comienzos de mi vida, sabía que yo era egoísta, de mal carácter y demasiado inteligente para ser considerada suficientemente femenina para atraer a un marido. Mi madre me entregó esta información cuando estaba creciendo. Ella estaba decidida a que yo no me pareciera a mi padre, también egoísta y de mal carácter y probablemente se le pasó la mano con su enseñanza. Claramente amaba más a mis hermanos pequeños porque se parecían a ella. Creyendo que era intrínsecamente incapaz de ser amada, me dediqué a buscar logros, convirtiéndome en una excelente estudiante y destacando en arte y música. Al mismo tiempo aprendí a controlar mi mal genio, mi egoísmo y mi inteligencia. Me volví alegre, generosa, educada y entusiasta a los ojos del mundo. Nunca más perdí los estribos después de los 10 años. No me rebelé ni di problemas cuando era adolescente, porque esas cosas simplemente no se toleraban. En resumen, aprendí a negar y a temer todos los sentimientos negativos. También me convertí en una comedora compulsiva, tragándome todos esos sentimientos negativos y pasándolos con alcohol.

La descripción de su niñez indica que el calce con su madre era menos que óptimo (¿un caso similar al calce inicial conmigo?).

Diana era una niña de voluntad fuerte que necesitaba que la dirigieran con amor, pero a la vez dándole mucha independencia. Su madre consideraba la personalidad de Diana como un defecto crucial y era implacable en sus intentos por modificarla. Actualmente, su madre parece ser bastante egoísta, narcisista y cada vez más histriónica en sus intentos por controlar a la Diana adulta del modo como lo hacía cuando era niña.

A Diana le iba bien en el colegio y mostraba una clara inteligencia tanto para las ciencias como para las artes. Ella se considera una persona apasionada que absorbe todo lo que hay en el mundo y que tiene sentimientos intensamente positivos o negativos sobre las cosas, nunca neutrales. Estudió música y arte, pero terminó obteniendo un título de arquitectura, disciplina que para ella tiene una parte de ingeniería y otra de arte. Ha tenido su propia oficina de diseño durante los últimos diez años y es bastante exitosa.

Tuvo un matrimonio breve y turbulento en su tercer año de universidad. Después de crecer en un pueblo pequeño en Minnesota, escogió una universidad tradicional y privada para exponerse a un mundo de personas e ideas más atractivas. Allí conoció a su marido y se casaron después de unos meses. Él abusaba físicamente de Diana, y siguió con él durante dos años aterradores antes de abandonarlo. Desde entonces no ha tenido una relación estable.

Diana: Me casé con mi amor de la universidad, que era tan mal genio y egoísta como mi padre, y resultó también ser abusivo. La brillantez puede a veces ocultar una enfermedad mental, y mi esposo probablemente entraría en esa categoría. Sin embargo, mi crianza me había dejado en un estado de inconsciencia sobre mis verdaderos sentimientos hacia él. Me casé con un hombre al que realmente no amaba, pero me convencí de lo contrario. Inevitablemente, dos años y medio después nuestro matrimonio terminó abruptamente en divorcio. Para ese entonces ya había desarrollado mi gusto por la ginebra y el jerez (;nunca juntos!), pero aún no comenzaba a abusar del alcohol. Luego vino el divorcio. Fue traumático. Pero a pesar de que luchaba

contra pensamientos suicidas y una estima extremadamente baja, recuerdo claramente haber pensado "¡Ahora puedo beber!".

INTERVENCIONES COGNITIVO-CONDUCTUALES

A medida que avanzaba el tratamiento, Diana expresaba su entusiasmo por la posibilidad de lograr un enfoque claro y pautas específicas para controlar su uso de alcohol. Había decidido que quería dejar de beber, pero admitiendo que, en realidad, preferiría poder beber socialmente. Sin embargo, no estaba lista para explorar esa ambivalencia, de modo que comencé a ayudarla a alcanzar y mantener la abstinencia. Opté por un enfoque cognitivo-conductual por dos razones: Diana ya había tenido diez años de psicoterapia orientada al insight, y yo suponía que en ese momento muchos de sus problemas psicológicos ya habían sido descubiertos y explorados. El hecho de que esta psicoterapia no la ayudara a dejar de beber no era inusual. Es casi imposible lograr un cambio en un patrón adictivo sin prestar atención específica a dicho patrón en la terapia. En segundo lugar, la presentación pragmática de Diana indicaba que respondería a intervenciones concretas que le permitieran ver resultados rápidos, positivos o negativos. Su resistencia a que le dijeran qué hacer me quedó dando vueltas en la cabeza mientras formulaba tareas específicas para que las realizara. Ella tendría que comprender mis razones y estar de acuerdo con mis sugerencias: ¡Diana no iba a seguir mis indicaciones con una fe ciega!

El primer paso para generar estrategias es asegurarse de que el cliente está plenamente consciente de ambos deseos, tanto el de beber como el de dejar de beber. Con demasiada frecuencia, las personas hacen una lista de sus razones para dejar de beber, cuando están sufriendo las consecuencias negativas de un episodio reciente de consumo, pero reprimen esas razones a medida que el episodio se desvanece en el tiempo y las asociaciones positivas vuelven a hacerse conscientes. Desarrollar un Balance Decisional [Decisional Balance], o un Balance Motivacional [Motivational

Balance] (Miller and Rollnick, 1991, Prochaska and DiClemente, 1992) permite al cliente hacer una lista que incluye tanto las consecuencias positivas como las negativas de su decisión de dejar de beber (o dejar el uso de cualquier sustancia). Fue sencillo persuadir a Diana de que este ejercicio valía la pena, y produjo un interesante perfil que le pedí que llevara siempre consigo:

DEJAR DE BEBER

Pros:

No se me hincharán los ojos.

No envejeceré tan rápido y los hombres me considerarán atractiva.

Podré pensar con más claridad en el trabajo.

Podré pagar mis cuentas a tiempo.

Podré pasar más tiempo promocionando mi trabajo.

Tendré tiempo para mi música.

Contras:

Estaré sola.

Estaré irritable y mal genio y ningún hombre me querrá.

A ella la estimulaba haberse dado cuenta de que para dejar de beber sí tenía razones que le pertenecían, es decir, no derivadas de una persona u organización externa y punitiva, que es como ella consideraba a Alcohólicos Anónimos. Me preocupaba que su apariencia y el problema del envejecimiento fueran una fuerza primaria de motivación, pero este no era el momento para recordarle que, como todos nosotros, iba a envejecer y se iba a arrugar si tenía la suerte de vivir mucho. Ya habría tiempo para que ese tema emergiera una y otra vez y para que yo pudiera elegir el momento de enfrentar y explorar sus miedos y prejuicios. En el corto plazo, este Balance Decisional se convertiría en una herramienta fundamental para que Diana lidiara con sus deseos de beber.

La mayoría de los bebedores altamente funcionales en su trabajo tienen momentos críticos durante el día, o ciertos días

de la semana, cuando es más probable que comiencen a beber. Estos momentos constituyen desencadenantes psico-fisiológicos del craving por beber alcohol que llevan a la incapacidad de evaluar objetivamente el peligro. La persona es incapaz de buscar mecanismos de afrontamiento para resistir esos deseos. En el caso de Diana los períodos críticos fueron fáciles de establecer, porque rara vez pensaba en beber durante su jornada de trabajo. De acuerdo con su descripción, cuando iba manejando hacia su casa, automáticamente se dirigía a su tienda de vinos favorita. A veces, al salir de la oficina, estaba consciente de sentir que merecía una recompensa por un día de trabajo arduo. Nunca se cuestionaba si debía beber o no. Su decisión matutina de no volver a beber había desaparecido.

Le pedí que me indicara todos los pasos desde que salía de su oficina hasta que llegaba a su casa con una botella. A medida que describía cada segmento del viaje, le ofrecí una regla que podría imponerse a sí misma. La regla primaria era: *deja de hacer lo que estás haciendo y lee tu hoja de balance decisional*.

Este patrón alternativo de comportamiento tenía por objeto detener los procesos automáticos que la llevaban a que terminara en su casa bebiendo. Descompusimos su patrón acostumbrado para enfocarlo como una serie de pasos, cada uno de los cuales podía ser interrumpido aplicando la regla básica de detenerse y leer la hoja de balance: salir de la oficina, tomar su ruta preferida, estacionarse en la tienda de vinos, elegir una botella, pagarla, seguir el camino a su casa, abrir la botella, tomar el primer sorbo y continuar bebiendo. Ella Se sentía segura de poder detenerse hasta el punto en que debía pagar la botella. Creía que una vez que llegaba a esa parte del proceso, estaba condenada a irse a su casa y beber sin control. Empezamos a enfocarnos en las etapas iniciales, contando en su motivación y confianza para aumentar sus posibilidades de éxito.

ÉXITOS INICIALES

Diana rápidamente usó esta estrategia para evitar beber. Casi

desde el primer día logró no ir a la tienda de vinos, aunque en ocasiones llegó a estacionarse allí. Sin embargo siguió su regla de detener el auto y leer su hoja de balance decisional. Esto la ayudaba en dos formas: le recordaba que en realidad sí tenía razones por las que no quería beber y le imponía una demora que le permitía aplicar otros mecanismos de afrontamiento. Estos últimos, a su vez, entregaban pistas sobre sus dinámicas internas. Para detener su conducta, a veces se reprochaba por ser inmadura. Otras veces se recordaba a sí misma que realmente quería ir al gimnasio o a su casa para tocar el piano. Otras veces simplemente se decía que podía beber en cualquier momento que quisiera; hoy simplemente no era el momento. Diana alternaba entre la autocrítica, asustarse de los estragos del envejecimiento por el alcohol, y la confianza de que podía manejar el problema. Consideraba que todas esas estrategias eran valiosas. Yo estaba impresionada con la cantidad de odio a sí misma que Diana podía usar a su favor. Sin embargo, también esperaba nerviosamente que dirigiera esos sentimientos en su contra, desbaratando así sus intentos de cuidarse mejor.

En los meses siguientes Diana continuó mejorando. Rara vez bebía después del trabajo o los fines de semana. Cuando lo hacía, podía ver claramente cómo se permitía violar su decisión. Me decía que podía escuchar dentro de su cabeza una voz que le decía: “¿Quién crees que eres? ¡No puedes decirme qué hacer!” Ella me miraba avergonzada cuando relataba estos incidentes. Se disculpaba por su “mal comportamiento” y se regañaba a sí misma por ser tan inmadura. Parecía preocupada porque podría estar rebelándose en mi contra, y se sorprendió cuando le pregunté “¿Con quién estás hablando ahora?” Pestañeó un par de veces y dijo “Bueno, con mi madre”.

Diana: Ya desde el comienzo de la terapia me di cuenta de un patrón especialmente dominante en mi conducta de consumo. Pasaba varios días sin beber y luego le contaba este logro a Patt en la sesión siguiente. Casi inmediatamente después de que las palabras salían de mi boca, comenzaba a oler y saborear un vaso de vino. Después

me detenía en una tienda de licores en el camino entre la consulta y mi casa, compraba una botella, y me descarrilaba. Era como cuando aparece una pequeña nube en el horizonte en un día claro, que una hora más tarde se transforma en otro día de lluvia.

Este patrón no aparecía sólo algunas veces, sino siempre. Era como si al salir de mi boca las palabras que hablaban de mis avances, hubiera otra voz dentro de mí que decía “¿Así que crees que eres muy inteligente? Bueno, creo que sé exactamente lo que eres, y no te vas a escapar. Vamos a tomar esta noche, así que anda acostubrándote”.

¿De quién era esta voz? Siempre lograba dominarme y seguía sorprendiéndome por el poder que ejercía sobre mis decisiones. No tenía libertad de elección en esa situación, y siempre me rendía a su exigencia de beber hasta perder el conocimiento. En incontables ocasiones me despertaba a las 2 a.m., veía la carta de ajuste en la televisión, la apagaba y me arrastraba a la cama para pasar otra noche en vela.

En la terapia se hizo evidente que esta voz era casi con certeza la de mi madre. Ella me había hablado muchas veces en la misma forma en mi primera niñez, siempre intentando controlar mi comportamiento y moldearme para que fuera lo que ella pensaba que yo debía ser. El mensaje era : “Eres igual que tu padre cuando (haces eso) (dices eso) (pones esa cara)”. Según todos los estándares objetivos mi padre era de verdad un imbécil, y pronto se convirtió en un símbolo para mí de todo lo que era malo y no merecía ser amado. El hecho de que me dijeran continuamente que era igual a él, me enseñó a controlar la expresión de todos y cada uno de mis sentimientos negativos. Simplemente quedaban enterrados, pero por supuesto no se podían eliminar.

Diana nunca se había visualizado como una rebelde en su etapa adulta, aunque muchas veces había sentido deseos de rebelarse cuando era bastante joven. Su rabia ante el hecho de ser controlada quedó sepultada a una edad muy temprana y ni siquiera salió a la superficie durante su adolescencia. Sólo ahora, cuando se sentía desesperada por controlar su conducta destructiva, fue cuando emergió ese conflicto que amenazaba con desbaratar su tratamiento. Al restringir mi foco, casi perdí la oportunidad de ayudarla a lidiar con él.

EVENTOS VITALES DURANTE ESTE LAPSO

Durante los primeros meses de tratamiento, intenté enfocar las sesiones en la conducta de consumo de Diana y en sus esfuerzos por mantener la abstinencia. Tuve la tentación de considerar que cualquier otro tema sería algo que nos distraería del trabajo que teníamos que realizar. Diana frecuentemente se refería a temas de trabajo o de su anterior relación con Matt, quien aún la llamaba en ocasiones. No fue sino hasta que ella conoció a otro hombre, Mark, cuando me di cuenta de que ella *no* había logrado revelar dinámicas psicológicas significativas en su anterior terapia. Diana estaba comenzando a mostrar conductas y sentimientos que desbaratarían esta nueva relación; asimismo, el foco tan específico que yo había definido amenazaba el tratamiento.

Diana: Seis meses después de empezar la terapia un regalo llegó a mi vida. Se llamaba Mark. Lo había conocido el otoño anterior, cuando todavía mantenía la relación con Matt. Lo encontré físicamente atractivo, pero demasiado rígido y arrogante como para que me interesara. Además, mi amiga Mary estaba saliendo con él, así que dejé de pensar en eso.

No era completamente cierto que Diana hubiera dejado de pensar en Mark. De hecho ella era una invitada frecuente a las fiestas de su amiga Mary. Cuando me contó que había iniciado una relación con él, que tendría que mantenerse en secreto, decidí era necesario redirigir la terapia para ayudarle a ver la forma como sus deseos y conflictos subyacentes estaban afectando sus relaciones. Iba a ser difícil cambiar el foco del tratamiento desde el alcohol hacia las relaciones y pensé que sería aún más difícil confrontar a Diana para que exteriorizara sentimientos de los que apenas ella estaba consciente.

Diana: Hubo un par de revelaciones fuertes en las que Patt insistió. El que yo "conociera" a Mark no era un accidente, sino algo planeado. Yo había decidido vengarme de una amiga no muy buena que había estado interesada en él, seduciéndolo para que se alejara de ella. No tenía ninguna intención de contarle esto a Mary, pero el deseo de

venganza me llevó a decidir hacerlo, como en broma. El hecho de que terminara enamorándome de él fue toda una sorpresa para mí.

Después de escuchar a Diana contarme su plan de venganza, me di cuenta de que en este caso no estaba inconsciente de sus sentimientos de enojo hacia su amiga. Reveló, de hecho, un largo patrón de menosprecio por parte de Mary por el cual no había protestado. Le era difícil admitir que había tenido la intención de herir a Mary con sus acciones. Diana experimentaba una especie de culpa que era más auto-odio que sentir empatía por la otra persona. Luego de discutirlo largamente en la terapia, ella llegó a considerar que su comportamiento había sido motivado por sentimientos de rabia que era su responsabilidad expresar, pero que no lo había hecho. Su extrema dificultad para reconocer sus sentimientos negativos, sin odiarse a sí misma y para expresarlos asertivamente, se convirtió en un tema central en la terapia desde ese momento en adelante.

CAMBIANDO EL FOCO DEL ALCOHOL A LAS RELACIONES

Menos de seis meses después de iniciada la terapia, me di cuenta de que mi intento de separar el alcohol del resto de la vida de Diana le había proporcionado un breve período de éxito, seguido de recaídas confusas para ambas. Su capacidad inicial para usar estrategias conductuales a fin de controlar su comportamiento automático de consumo, se había deteriorado hasta el punto de llegar a beber casi con la misma frecuencia que antes de la terapia. Su relación con Mark iba muy bien, y a ella le preocupaban ciertos temas que salían a la luz durante el tiempo que pasaban juntos. Tenía la rígida creencia de que cualquier muestra de emociones negativas no era propia de una dama y que eso haría que él se alejara. También recordaba las enseñanzas de su madre sobre las relaciones con los hombres: nunca les digas la verdad sobre ti. Me parecía claro que a Diana le resultaban abrumadoras las presiones derivadas de ocultar sus verdaderos sentimientos y de tener intimidad con un hombre por

primera vez en su vida mientras trataba de controlar su consumo de alcohol. A pesar de sus recaídas, decidí redirigir el énfasis de la terapia hacia la importancia de enfrentar directamente con Mark sus sentimientos.

Diana: Afortunadamente para nosotros, yo también estaba viendo a Patt. Varias veces le conté algo menos que atractivo sobre mí misma y que sentía que yo debía ocultarle a Mark. Su respuesta fue siempre la misma: debía hacer lo más difícil, tenía que contarle cualquier cosa que estuviera tratando de esconder. Otra de las imperfecciones que finalmente reconocí frente a él fue que yo bebía demasiado. Esto no pareció ser un problema para él. Sin embargo, a mí me siguió atormentando. Pasaba cuatro noches a la semana con él, bebiendo dos o tres vasos de vino durante la cena. Las otras tres noches las pasaba sola, bebiendo una botella cada noche, igual como lo había hecho durante años. A pesar de todo, estaba bebiendo mucho menos que durante la mayor parte de mi adultez.

Diana, de hecho, había regresado a un estilo de consumo previo. También hablaba con ambivalencia sobre su deseo de llegar a la abstinencia, expresando más de una vez que quería ser una bebedora social. Consideraba que los dos vasos que bebía cuando estaba con Mark eran una indicación de que ella podía ser “normal”. El hecho de que Mark fuera un bebedor regular, aunque moderado, y que no entendiera realmente que el alcohol era un problema serio para ella, le hacía difícil llegar a tomar una decisión. En lugar de enfrascarme en una lucha con ella sobre beber con moderación versus la abstinencia, decidí ayudarla a hacer lo que ella considerara lo mejor. Desde entonces, esta postura se ha convertido en la piedra angular de mi trabajo con las personas que sufren de adicciones. En aquel momento, sin embargo, era como saltar de un acantilado, abandonar el protocolo estándar de tratamiento y reemplazarlo por un experimento que implicaba el autocontrol y las libertades individuales.

El primer paso de esta fase del tratamiento fue lograr que Diana expresara con claridad un objetivo claro sobre su consumo de alcohol. Estas conversaciones invariablemente nos llevaban

a su temor de envejecer prematuramente y de perder atractivo sexual para Mark si continuaba bebiendo. Le preocupaba subir de peso y perder su interés. La batalla interna implantada por su madre se desarrollaba ahora en el centro de su vida. Su pregunta era si podía ser ella misma (quienquiera que fuera) o si debía seguir ocultándose y mintiendo para ser amada.

Diana: Después de estar en terapia con la Dra. Denning, puedo mirar hacia atrás y darme cuenta de que mi aventura de diez años con Matt fue la relación más íntima que podía manejar en ese momento. Siempre le daba lo mejor de mí a Matt, nunca mostraba rabia ni pedía nada significativo. ¿Qué tan difícil es ser encantadora dos horas a la semana? Traté de ser la mejor Diana posible. Nunca peleábamos. Yo capitulaba de inmediato. Pensaba que así debían ser las cosas. Pelear era poco femenino y ningún hombre querría casarse con una mujer que peleara (persistía la enseñanza de mi madre).

A pesar de su relación en tiempo real con Mark, Matt seguía tratando de persuadirla para que recomenzaran su aventura. Cada vez que se frustraba con Mark, la tentación era casi irresistible. Matt era todo lo que Mark no era: encantador al instante, ingenioso y totalmente no disponible. Durante una sesión en la que hablábamos de su padre, Diana me contó que cuando niña siempre fantaseaba con que era hija de Clark Gable o Cary Grant, hombres de personalidad normal, no como su excéntrico padre. Le pregunté si Matt era eso para ella. Diana, se daba cuenta de que su apego a Matt estaba motivado principalmente por su deseo de tener un padre maravilloso que regresara a la ciudad después de un viaje de negocios y que la tratara como a una reina. Esta idea fue como un rayo que cayó sobre ella. Diana dejó atrás su obsesión con Matt y no se ha vuelto a sentir tentada por sus flirteos. Desde ese momento, ella ha reaccionado característicamente en la misma forma durante el tratamiento. Una vez que hubo develado los sentimientos o motivaciones que la ayudaron a entenderse a sí misma, se liberó para actuar en formas que le habían causado miedo en el pasado.

Diana: Durante los siguientes meses de terapia, revisamos mi niñez, mi juventud, mi matrimonio y los años siguientes. Me di cuenta de por qué temía y evitaba la verdadera intimidad. Mi convicción más profunda era que, después de todo era cierto que me parecía a mi padre – mi madre tenía razón. Lo que más temía era enamorarme de alguien que pronto descubriría que yo –igual que mi padre– era mal genio y egoísta y sin sentido del humor y que yo era una persona con quien no se divertía. Desde mi punto de vista, él no podría aceptarme tal como yo era. Por el contrario, me rechazaría y con eso me enviaría a un lugar aún más oscuro. En varias ocasiones tuve la agradable sorpresa de ver que Mark aún me amaba a pesar de haber escuchado cómo era mi yo real y haber tenido que soportar mis cambios de ánimo. No debería haberme sorprendido tanto. Después de todo, yo estaba al tanto de sus imperfecciones y aún lo amaba, entonces ¿por qué no debería él hacer lo mismo? Ahora la intimidad era posible para mí.

Diana siguió conociendo más sobre sus miedos a la intimidad y haciéndole muchas otras “confesiones” a Mark. Comenzó a ver claras asociaciones entre su rabia y su consumo de alcohol. Sin embargo continuó bebiendo. Pasaba por períodos en los que bebía un par de vasos de vino sólo cuando estaba con Mark y se abstenía el resto del tiempo. Así era como quería estar. Las ocasiones en que bebía sin control y en solitario siempre eran desencadenadas por algún evento que la enojaba y/o humillaba. Al día siguiente podía identificar fácilmente el origen de sus sentimientos, en medio de una terrible resaca, y se sorprendía de poder seguir permaneciendo oculta de sí misma. Su capacidad de reflexión durante las crisis emocionales no mejoró con rapidez, y las veces en que bebía demasiado, aunque no eran tan frecuentes, aún eran problemáticas.

EL ÚLTIMO ESLABÓN: LA EXPERIENCIA DE LOS AFECTOS

Diana: Me di cuenta de que reconocer mi éxito en el control de mi consumo de alcohol no era lo único que podía llevarme a beber descontroladamente. Más común era que sucediera algo malo durante el día,

lo que me causaba un sentimiento negativo que tenía que controlar antes que se me escapara. Podía ser estrés por el trabajo, enojo con Mark por algo que él había hecho, rabia por cualquier cosa, o pena por escuchar algo que me rompía el corazón. Todo eso aparecía de vez en cuando, pero no tenía idea de su existencia en el momento en que ocurrían. Simplemente me las bebía y al día siguiente (con resaca) pensaba qué era lo que me había hecho beber sin control. Siempre había una razón, y aprendí a identificarla sin importar cuál fuera, aunque siempre un día más tarde. Con la terapia aprendí a identificar esos factores desencadenantes, hasta que finalmente llegué a un punto en que pude reconocerlos y dejarlos salir antes de conseguir a una botella. Comprendí que eran sólo sentimientos, malos pero tolerables, y normales en ciertas circunstancias.

La dificultad de Diana para reconocer sus sentimientos es típica de las personas con problemas de alcohol o drogas. De hecho, los problemas con la experiencia afectiva son a menudo el problema terapéutico más evidente, una vez que se han dejado de lado las conductas de uso de drogas o alcohol (Morgenstern y Leeds, 1993). Existen cuatro problemas típicos asociados con la experiencia afectiva: reconocer, modular, expresar y aceptar (tolerar) diversos estados de los sentimientos. En los casos más serios, la persona sufre de una especie de alexitimia y es incapaz de expresar con palabras sus estados afectivos, los que experimenta más como sensaciones corporales que como verdaderas emociones. Sin embargo, ése no era el problema de Diana. Una vez que se activaban, muchas veces en la agonía de la resaca, sus sentimientos cobraban vida para ella. Diana era capaz de expresar con claridad sus sentimientos con una intensidad sorprendente para alguien que parecía tan poco consciente de su vida interior.

La modulación del afecto tampoco era un problema para Diana, aunque estaba profundamente preocupada porque sus sentimientos eran “demasiado intensos”. De hecho, mostraba sentimientos claros intensamente experimentados, siempre adecuados a la situación. Sin embargo, Diana tenía graves dificultades para expresar y aceptar sus sentimientos, especialmente

los de rabia, de decepción y odio. También se sentía incómoda con los sentimientos más tiernos de amor y preocupación. El comportamiento de Diana reflejaba estos déficits. En situaciones profesionales solía evitar enfrentarse asertivamente con los clientes e intentaba ganar puntos mediante halagos y muestras de conformidad. A veces no lograba su objetivo actuando de un modo tan indirecto, con lo que el proyecto se veía afectado. Sin embargo, lo más frecuente era que sus interacciones de negocios estuvieran marcadas por una actitud de cooperación y de competitividad modulada.

Era principalmente en estas relaciones personales e íntimas donde su problema con el afecto le traía dificultades. En estas relaciones interpersonales, en especial con los hombres, Diana consistentemente ocultaba sus verdaderos sentimientos, obediendo las advertencias de su madre de no ser demasiado franca con ningún hombre. Rara vez expresaba sus propios deseos, y elogiaba a la otra persona por ser inteligente, sensible, etc., mientras ideaba formas indirectas de obtener lo que quería. Esta pasividad invariablemente le causaba sentimientos de rabia, decepción y repulsión con respecto a la relación. Después, anhelaba huir antes de tener que hablarle directamente a la otra persona. Frecuentemente corría a beber para calmarse o diluir sus sentimientos de rabia.

Su relación actual con Mark le proporcionaba un excelente campo de pruebas para nuevas conductas. Mark le entregaba estabilidad, tolerancia y ecuanimidad emocional, lo que demostraría ser esencial para que llegara a sentirse suficientemente segura como para expresar las necesidades y los sentimientos que la asustaban. A menudo le sugerí compartir con Mark alguna necesidad específica y la ayudé a escoger las palabras para pedir lo que quería. Otras veces la empujé a aceptar su rabia causada por algo que él hubiera hecho. Frecuentemente me miraba con miedo y decía “¿Puedo *decir* eso?”. Diana no tenía ideas ni modelos sobre la forma como dos personas podían comunicarse y negociar una vida en común. Había pasado su vida ocultando

sus sentimientos, negando toda necesidad de dependencia y cuidado. El costo para ella fue enorme en términos de aislamiento emocional y dependencia del alcohol. Con Mark, ha aprendido expresar sus puntos de vista y a permitirse la libertad de sentir y expresar un amplio rango de necesidades y sentimientos. Es una persona intensa, totalmente opuesta a Mark, quien, aunque la acepta, muestra muy poco de sí mismo.

Diana finalmente llegó a aceptar la idea de que su vida había estado regida por una especie de dualismo. Su verdadero yo era una mezcla de la niña que por un lado necesitaba afecto y que por otro era independiente. En sus relaciones suprimía sus necesidades y terminaba sintiéndose sola. Trataba de apaciguar su espíritu independiente con un suave velo de pasividad mientras acumulaba toda la rabia y el resentimiento. No podía ser ella misma por miedo a ser como su padre, y no podía ser hija de su madre porque tenía un empuje y una independencia ausentes en ella. Diana continuó trabajando en estos problemas y siguió luchando con su uso de alcohol como una defensa ante la expresión de los sentimientos.

Diana: Durante gran parte de la terapia sentí una continua ambivalencia ante la idea de dejar de beber completamente. Patt me había hecho escribir una lista de los pros y los contras de seguir bebiendo, y otra de los beneficios y pérdidas de dejar de beber. Me mantuve sin beber en forma intermitente, muchas veces dejé de hacerlo pero recaí, aunque siempre tuve ese objetivo en mente. Siempre estuve casi lista para casi dejar de beber pero parecía que no podía dar el salto y tomar la decisión permanente. Tuve la esperanza de abstenerme durante un año y luego volver a beber en forma controlada y moderada. Patt me impulsó a dejar de beber por un año. Después de tres meses de abstinencia caí en una profunda depresión. Había esperado sentirme mejor sin trago, pero en realidad me sentí peor. En ese tiempo, recuerdo haber pensado que si me iba a sentir así el resto de mi vida, no estaba segura de querer seguir estando aquí. A Patt no le costó mucho convencerme de que era hora de que tomara algunos medicamentos.

La ocurrencia de un episodio depresivo mayor no es rara en mujeres que han pasado toda su vida bebiendo. A pesar de que el alcohol es un depresor del sistema nervioso central, muchas veces tiene importantes efectos antidepresivos en las mujeres. El alcohol interactúa tanto con el sistema estrogénico como con el dopaminérgico en formas que recién hoy están siendo estudiadas. En la práctica clínica no es inusual ver mujeres que desarrollan síntomas depresivos luego de períodos de abstinencia. No se sabe si la razón es que se habían estado medicando por una depresión preexistente, o que el alcohol había creado cambios en esos sistemas con el paso del tiempo. Sin embargo, una vez que se declara un síndrome depresivo pleno, se debe buscar un alivio rápido para evitar una recaída. Derivé a Diana a mi consultor psiquiátrico para que le realizara una evaluación de medicamentos, sugiriéndole que probara el Wellbutrin, un antidepresivo con efectos dopaminérgicos. He notado que este medicamento entrega un alivio significativo a las mujeres con problemas de alcohol.

Diana: Tanto Patt como el Dr. P. me advirtieron que los medicamentos podrían no tener ningún efecto. En mi caso los resultados fueron bastante dramáticos, y mucho más rápidos de lo que esperaba. En pocos días ya me sentía mejor que en cualquier otro momento de mi vida, lo que me hizo preguntarme si no habría estado un poco deprimida desde que era niña. Estaba volviendo a ser más como mi verdadero yo. Fue como si una parte de mí hubiese estado enterrada todos estos años, fuera de mi alcance. A veces parecía que había llegado hasta donde estaba con una mano amarrada detrás de la espalda. ¡Ahora las dos estaban libres!

Los medicamentos le permitieron a Diana enfrentar sus problemas frontalmente, con rapidez y determinación. Su consumo de alcohol bajó drásticamente y comenzó a hablar sobre el papel del alcohol en su vida. Logró aceptar que disfrutaba bebiendo y que se resistía a dejar de hacerlo. Antes, cuando reconocía su gusto por el vino, ese reconocimiento contenía el odio a sí misma que reservaba para su yo más oculto.

Diana: Creo que la razón de no poder dar el salto permanente fue que ello suponía entrar en combate; implícita en él estaba la idea de un yo dualista en el que triunfaba la conciencia sobre la inconsciencia, la fuerza de voluntad sobre la anarquía y el bien sobre el mal. Me di cuenta de que este combate, de hecho, era la continuación de lo que había aprendido en mi infancia temprana sobre la negación de todos los sentimientos negativos. Solo después de estar plenamente consciente de todo lo que soy, de aceptarlo y finalmente llegar a estar completa, pude cambiar mi consumo de alcohol en forma permanente.

Diana exploró el significado del alcohol en su vida, logrando estar más cómoda con la idea de que no tenía que dejar de beber completamente para ser una niña buena y que beber moderadamente no la hacía una niña mala. Continúa luchando contra el impulso de reaccionar pasivamente en ciertas situaciones y recibe la recompensa de una relación más cercana con Mark y mayor éxito en su oficina. No siempre le resulta fácil beber sólo uno o dos vasos (su nueva regla). La combinación de reacciones emocionales y psicológicas que la hacen vulnerable a los efectos del alcohol es probable que la acompañe siempre. Diana y yo tuvimos una intensa última interacción que, al parecer, solidificó su resolución de controlar su consumo porque deseaba cuidar la buena vida que finalmente había creado.

Diana: El cambio final ocurrió cuando le dije a Patt que iba a dejar de beber por un tiempo para "cuidar mi apariencia". Inmediatamente me enfrentó, diciéndome que esa razón no era suficientemente buena y que estaba destinada a fallar, tal como yo estaba destinada a envejecer algún día. Esto me disgustó y me enojó mucho. Me fui a mi casa y esa noche me emborraché como nunca. Como no había estado bebiendo mucho, la resaca fue terrible. Pensé qué era lo que me había llevado a beber en esa forma y por qué quería dejar de beber. Di un paso hacia atrás y me alejé lo más que pude para mirar mi vida y mi consumo de alcohol desde afuera. El resto de mi vida está todo lo bien que puede estar. El trabajo, el amor, la música, todo está en su lugar. Emborracharme sola porque tengo sentimientos negativos es algo que no tiene lugar en esta vida. Ya no quiero seguir estando tan sola.

Diana mostró mucha fuerza y honestidad en su lucha con el alcohol. Como muchas personas con problemas de alcohol o drogas, fue capaz de comprometerse con el tratamiento y de realizar cambios significativos, incluso en medio de un proceso adictivo en curso. Mi aceptación de su ambivalencia y de toda la gama de sentimientos y necesidades contrarrestó una niñez de restricciones y críticas. A ella se le permitió definir su propio éxito. Nos convertimos en un equipo terapéutico, siempre defendiendo su derecho a ser la persona que ella descubriera ser.

Diana: Cuando llegué a la consulta de Patt, mi meta era convertirme en una bebedora social moderada. Muchas, muchas sesiones más tarde, me he convertido en todo lo que fue necesario para lograr ese objetivo, y gané un yo completo en ese proceso. Beber a solas era un síntoma, una forma de afrontar la adversidad, porque era la única forma que yo conocía –la mitad de un yo no puede hacer algo más que eso.

Comentario

Por Andrew Tatarsky

Diana vino en busca de ayuda por un problema con el alcohol que se había arrastrado por veinte años y que había sido incapaz de resolver con éxito en los diez años que duró una psicoterapia anterior. Cuando consultó a Patt inicialmente, “anunció que era alcohólica” y dijo que no quería dejar de beber a pesar de que sabía que “tenía que hacerlo”.

A medida que avanza su historia, vemos cómo su consumo de alcohol se relacionaba en múltiples formas con sus problemas con un duro crítico interior.

Había crecido con una madre muy crítica que la controlaba y un padre egoísta, distante y de mal carácter. Idealizando a su madre, trató de obtener su atención “actuando como una pequeña dama”. Esto suponía controlar y suprimir las necesidades, atributos y sentimientos que eran inaceptables para su madre. Enterró su inteligencia, su rebeldía, sus necesidades y su rabia, hasta llegar finalmente a perder contacto con esos sentimientos, mientras pensaba en secreto

que era la niña “mala e iracunda” que había internalizado a causa de las voces de su madre. Aquí es posible ver cómo el verdadero yo es negado por las voces de la madre y se mantiene oculto bajo una personalidad falsa errónea y constantemente percibida como maldad secreta por el crítico interior.

A medida que Diana fue creciendo, comenzó a “tragarse sus sentimientos (con comida) y a pasarlos con alcohol”. Aquí, comer y beber en exceso eran una forma de sumisión a las exigencias de su madre, representada en su vida interior por la voz crítica interna. Suprimió sus sentimientos y se controló bebiendo para complacer simbólicamente a su madre.

Su consumo excesivo de alcohol expresaba también su deseo de rebelarse contra su madre y su crítico interior, porque bebía para obtener placer y para olvidarse de ser una niña buena y demasiado perfecta; al mismo tiempo, expresaba su rabia por haber sido controlada cuando era niña. Beber le permitía dejar de ser la damita buena que siempre trataba de complacer a su madre/crítico. Eso le permitía pensar sobre sus propias necesidades y sentimientos prohibidos, que eran egoístas a los ojos de su madre/crítico. Podía liberarse temporalmente de la tiranía de la voz interior, acallándola con alcohol. Su consumo excesivo era simultánea y paradójicamente una rebelión contra el control del crítico y una forma de auto-castigo que reflejaba la venganza del crítico.

El impulso de liberarse del control del crítico interior coexiste con el impulso de aceptar el auto-castigo del crítico. Éste es el nudo ciego auto-destructivo o solución negociada mediante el uso compulsivo de sustancias.

LA TERAPIA

La primera fase de la terapia con Patt se enfocó en apoyar la meta inicial de Diana, la abstinencia, sugiriéndole diversas técnicas cognitivo-conductuales que incluían la “hoja de balance decisional” y una estrategia para aplicarla con el fin de interrumpir su patrón descontrolado de consumo nocturno.

Esas técnicas ayudan a aclarar los sentimientos conflictivos en torno al impulso de usar alguna droga, apoyando el desarrollo de habilidades de observación de los pensamientos, sentimientos, conductas y circunstancias externas que fomentan ese impulso. Uno aprende a “sopesar” el impulso, a interrumpir la naturaleza “automática” del hábito y a considerar otras opciones. Estos son los puestos en juego en el cambio consciente de la conducta.

Patt basó sus estrategias iniciales en adecuarlas al estilo de personalidad “pragmática” de Diana y en su rebelión contra la autoridad. Más tarde vimos cómo el deseo inicial de Diana de dejar de beber era una forma de sumisión ante las exigencias del crítico. La disposición de Patt a adecuar su enfoque a las necesidades de Diana permitió que juntas formaran una alianza en la terapia, ingrediente esencial para lograr un resultado exitoso. Esto les permitió descubrir juntas que las dificultades de Diana para dejar de beber eran complejas y que era necesaria una exploración más exhaustiva del significado personal de su consumo, lo cual es un prerrequisito para el cambio.

Este cambio en el enfoque terapéutico se debió a que, tras su éxito inicial en la mantención de la abstinencia durante seis meses, ella volvió a su patrón de consumo original. En lugar de considerar la situación como un fracaso, Patt y Diana la interpretaron como una sugerencia para repensar su meta con respecto al alcohol y para cambiar y profundizar el enfoque de la terapia.

Una vez más y, como en otras historias, vemos cómo el terapeuta intenta llegar al cliente en el lugar donde éste se encuentra, con el fin de poder establecer la alianza.

He descubierto que muchos clientes, como Diana, se dan cuenta de que no es suficiente el enfoque cognitivo, conductual, de auto-gestión y desarrollo de habilidades. Es necesario profundizar en el significado del uso de sustancias. Un enfoque integrativo combina el desarrollo de habilidades, enfoque cognitivo-conductual, con la búsqueda de las raíces psico-espirituales del problema, enfoque psicodinámico del uso de sustancias. Para muchas personas, el enfoque cognitivo-conductual puede preparar el terreno para la búsqueda del significado. A medida que establecemos metas y aprendemos

las habilidades necesarias para alcanzarlas, vemos más claramente que puede haber fuerzas (dinámicas) que nos impiden alcanzar los objetivos.

La meta primaria de Diana era la abstinencia, la cual evolucionó hasta convertirse en su meta final que era beber de forma estable y moderada. Fue la voz del crítico interior de Diana la que inicialmente le exigió abstenerse totalmente del vino, y no la voz de su voluntad auténtica y verdadera. Su dificultad para lograr la abstinencia radicaba en que esa exigencia no podía ser impuesta por su crítico interior, contra quien ella se revelaba continuamente. No podía terminar por someterse a los deseos de su crítico interior, por el contrario, debía hallar su voluntad verdadera y su alineamiento con esa voluntad, para crear las condiciones que le permitieran lograr la plenitud y la salud bebiendo moderadamente.

Su forma de salir del problema de sumisión/rebelión fue permitirse apuntar al objetivo de beber con moderación y control. Después de permitirse hacer eso, consiguió alcanzar y mantener un consumo estable y moderado. Este cambio pareció permitirle identificar sus propias metas y encontrar la motivación y la fuerza necesarias para ejercer su capacidad de cuidar mejor de sí misma limitando su consumo. Este éxito apoya la comprensión de que su consumo excesivo reflejaba una rebelión simbólica contra el crítico interior.

Referencias

Alexander, B. K. (1987). The disease and adaptive models of addiction: A framework evaluation. *Journal of Drug Issues*, 17(1): 47-66.

Fenichel, Otto. (1945), Dynamics of addiction. In *The Psychoanalytic Theory of Neurosis*, pp. 375-380. New York: W. W. Norton and Company, Inc.

Freud, S. (1896). Further Remarks on Neuropsychoses of Defense. *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, V-III, p. 170, pp. 162-185. London: The Hogarth Press.

- Horn, J. L., Wanberg, K. W., and Foster, F. M. (1987).** Guide to the Alcohol Use Inventory. Minneapolis: National Computer Systems.
- Krystal, Henry (1977).** Self and Object Representations in Alcoholism and Other Drug Dependence: Implications for Therapy in Psychodynamics of Drug Dependence. Research Monograph 12, pp. 88-100. National Institute of Drug Abuse.
- Morganstern, J. and Leeds, J. (1993).** Contemporary psycho-analytic theories of substance abuse: A disorder in search of a paradigm. *Psychotherapy*, 30(2), pp. 194-206.
- Prochaska, J. O., Di Clemente, C. C., and Norcross, J. C. (1992).** In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47: 1102-1114.
- Sullivan, H. S. (1953).** *Conceptions of Modern Psychiatry*, New York: W. W. Norton and Company.
- Winnicott, D. W. (1965).** *The Maturation Process and the Facilitating Environment* New York: International Universities Press.

EL PODER CURATIVO DE LOS GRUPOS Y LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA RESIDENCIAL

Sra. E.: Un Estudio del Éxito y de la Transformación Mutua

Por Barbara Wallace

Desde finales del siglo XIX, el tratamiento residencial ha sido una de las modalidades más recomendadas para remediar los trastornos del uso de sustancias. Muchos profesionales y legos creen firmemente que el tratamiento residencial es necesario en la mayor parte de los casos de adicción, al menos en las fases iniciales del tratamiento, cuando el foco está puesto en la desintoxicación y el establecimiento de la abstinencia de drogas y alcohol. Esta postura se describe en el artículo “El alcoholismo como suicidio crónico”, escrito por el psicoanalista Karl Meninger en 1938. Afirma, “la mayoría de las personas adictas al alcohol ya están demasiado ‘intoxicadas’, demasiado alejadas del principio de realidad, para ser tratadas ... en circunstancias ordinarias ... En otras palabras, deben ser tratadas en un ambiente especialmente adaptado, lo que para efectos prácticos significa que deben ser recluidas donde no tengan acceso al alcohol” (p. 97).

Esta era una posición dominante hasta fines de la década de 1980, cuando las preocupaciones financieras sobre el alto costo del tratamiento residencial llevaron a una profunda reevaluación de su eficiencia. Dicha reevaluación reveló esencialmente que el tratamiento residencial no lograba un porcentaje de efectividad que justificara considerarlo la mejor práctica disponible para personas con problemas de adicción. Estos hallazgos reavivaron el interés en las opciones de tratamiento ambulatorio.

Cuando nació el programa de tratamiento ambulatorio intensivo, existía un nuevo interés en las terapias individuales y en grupo practicadas en modalidad ambulatoria. Creo que hay múltiples y convincentes razones para considerar el tratamiento ambulatorio como el más apropiado y efectivo para la mayoría de los usuarios de sustancias. En pocas palabras, el tratamiento ambulatorio le da al paciente la oportunidad de enfrentar situaciones desafiantes y sentimientos asociados provocados por el ambiente en el que ocurre el uso.

Sin embargo, el tratamiento residencial continúa siendo una opción importante, que en ocasiones, puede salvar la vida a los miembros de aquel grupo de usuarios de sustancias que, por distintas razones, no han logrado un uso efectivo del tratamiento ambulatorio, de los grupos de auto-ayuda o del tratamiento individual.

La era moderna del tratamiento residencial para usuarios de sustancias comenzó en la década de 1960 con el desarrollo de las comunidades terapéuticas residenciales de largo plazo (CT), que nacieron y fueron modeladas de acuerdo a Synanon. Synanon fue la primera comunidad terapéutica residencial y sirvió de modelo para las comunidades terapéuticas modernas como Daytop Village, Phoenix House y Project Return. El programa fue fundado por Charles Dederich a comienzos de la década de 1960 para tratar a adictos a la heroína, no aceptados en ese tiempo en las reuniones de Alcohólicos Anónimos. Synanon empleaba intensos y agresivos grupos de encuentro dirigidos por graduados del programa, con reglas estrictas y dura disciplina, con objeto de enseñar a los residentes a manejar constructivamente sus sentimientos y a funcionar sin drogas en la sociedad. Desde entonces, la comunidad terapéutica residencial ha sido una de las modalidades de tratamiento más interesantes, poderosas y controvertidas para los usuarios de sustancias. Muchas de las comunidades creadas en la década de 1960 aún gozan de buena salud, incluyendo Phoenix House, Daytop Village, Project Return y Oddessey House.

Las comunidades terapéuticas han tenido una historia controvertida, en gran parte debido a su fama de usar la confrontación y

la humillación como partes de su enfoque terapéutico. Se creía que era necesario para romper las fuertes defensas de auto-protección del adicto. Las defensas se consideran formas de protección ante los sentimientos de dolor emocional. También se presume que esas defensas bloquean la capacidad del participante de recibir ayuda de los demás y de aprender formas distintas y más efectivas de cuidarse a sí mismo.

En parte, esta misma fortaleza de las CT puede haber contribuido a su estilo tan confrontacional. La comunidad terapéutica surgió en un momento en el cual había muy pocas alternativas de tratamiento profesional para personas con problemas de uso de sustancias. Al igual que Alcohólicos Anónimos, fue originalmente desarrollada por ex-adictos sobre la base de un modelo de pares. Su fortaleza consiste en que muchos usuarios se sienten menos estigmatizados y más comprendidos inmediatamente por otras personas que han experimentado problemas similares a los suyos. Esto puede ser un gran aporte para crear la sensación de seguridad necesaria para iniciar el cambio. Sin embargo, también tienden a restablecerse los problemas no resueltos del ex-usuario, lo que puede confundir y nublar el proceso terapéutico. Muchas personas que desarrollan problemas con sustancias tienen críticos interiores duros. Esta conciencia o superego duro y punitivo se expresa frecuentemente como una falta de compasión por sí mismo y una tendencia a enojarse con uno mismo al no poder cumplir las propias expectativas. Esto también puede redirigirse hacia aquellos que no cumplen las expectativas. Es probable que una resolución incompleta de este crítico interior duro y punitivo, en muchos de los fundadores del movimiento de comunidades terapéuticas, haya llevado a institucionalizar la confrontación dura como enfoque de tratamiento.

En psicoterapia la confrontación consiste en mostrarle a una persona algo sobre sí misma que ignora. Aunque puede ser un elemento necesario para ayudarlas a verse más claramente a sí mismas, puede ser también algo muy difícil de recibir cuando se transmite sin empatía. No cabe duda de que a lo largo de los años, a muchos participantes de comunidades terapéuticas este enfoque les sirvió

para conseguir dramáticos avances personales que les permitieron abandonar esa dura coraza de defensas auto-protectoras, pero a la vez auto-limitantes. Sin embargo, muchos otros sintieron que la experiencia era abusiva. Algunos se quedaban en la comunidad pero los hería el proceso, otros desarrollaban defensas más fuertes contra los ataques y se iban sin resolver sus problemas más profundos, mientras que otros, en actos de auto-afirmación, dejaban la CT para protegerse a sí mismos. El problema no era el enfoque en sí mismo, sino el hecho de que tendía a ser aplicado en una forma hasta cierto punto indiscriminada, sin prestar suficiente atención a las diferencias emocionales existentes al interior del variado grupo de personas con problemas de uso de sustancias.

A lo largo de los años las comunidades terapéuticas han madurado, incorporando en general en su enfoque un mayor nivel de profesionalismo. Se les presta mayor atención a las características individuales de los participantes en cuanto a sus necesidades y vulnerabilidades emocionales, y se comprende mejor quién puede ser un buen candidato para la CT. En los inicios del tratamiento de drogas, las comunidades terapéuticas eran la única alternativa, pero hoy la situación es otra.

En la comunidad terapéutica el participante es apartado de su rutina normal y ubicado en un ambiente altamente estructurado en el que casi todos los aspectos de su vida son reglamentados y examinados por la comunidad. Al participante se le ofrece la filosofía de vida de la CT: un conjunto de reglas, condiciones y consecuencias claras que gobiernan su vida diaria, además de un conjunto de roles asignados dentro de la comunidad. También existen terapias frecuentes e intensivas para grupos y comunidades grandes, diseñadas para procesar todos los problemas que deben enfrentar los participantes mientras luchan para mantenerse libres de drogas y para adaptarse a la vida en la comunidad. La CT está diseñada para ser un microcosmos del mundo real. Al tener que esforzarse para desenvolverse con éxito al interior de la comunidad terapéutica, el participante recibe también la oportunidad de prepararse para el mundo real. Este esfuerzo se hace con una amplia gama de formas de apoyo.

Además de ayudar al participante a aprender cómo afrontar efectivamente sus dificultades sin necesidad de usar drogas, la comunidad terapéutica apunta también a enfrentar los distintos problemas emocionales, actitudinales y de personalidad relacionados con el uso. Esto incluye aprender a manejar los sentimientos, a cambiar las actitudes y conductas problemáticas, particularmente aquellas que interfieren en la satisfacción de las necesidades en las relaciones, y a desarrollar una mayor habilidad para tolerar la frustración y controlar los impulsos.

Históricamente la estadía típica en una comunidad terapéutica iba de dieciocho a veinticuatro meses, con un período ambulatorio posterior. Hoy en día, el tratamiento en una CT es en general mucho más breve y va de tres meses a un año, aunque todavía pueden encontrarse tratamientos a más largo plazo. Los tratamientos más cortos se han convertido en la modalidad más popular porque son más económicos, más atractivos para las personas en busca de tratamiento y con igual efectividad estadística que los tratamientos más largos de antaño.

El valor de la comunidad terapéutica se basa en el poder de sanación de los grupos y la comunidad. Así como las familias y comunidades en las que crecimos contribuyeron a nuestra infelicidad en nuestros años formativos, al no satisfacer nuestras necesidades, los grupos curativos tienen la capacidad de reparar este daño al ofrecer resultados nuevos y positivos como alternativas a los traumas del pasado.

Una vez que el participante ha cumplido con los criterios de éxito de la comunidad adaptándose a la vida diaria y resolviendo sus problemas personales relacionados con el abuso de sustancias, entra en una fase del tratamiento diseñada para facilitar la transición de regreso al mundo exterior.

Las comunidades terapéuticas son en general una buena opción para personas cuyo uso de sustancias se ha tornado seriamente problemático y que no serían capaces de beneficiarse con tratamientos ambulatorios menos intensivos. Aquellos que se benefician más con las CT son los usuarios frecuentes de sustancias con hábitos intensi-

vos, compulsivos o descontrolados, que se han desarrollado durante períodos tan largos que llegan a entrelazarse con sus patrones de vida. Las personas cuyo uso de sustancias y problemas asociados han debilitado las bases de su vida, encuentran el apoyo del que han carecido en la familia, los amigos, el trabajo, el hogar o en la estructura básica de sus vidas.

Como se ilustra en la historia relatada por Barbara Wallace en este capítulo, muchos de los participantes en comunidades terapéuticas son personas que han experimentado traumas severos ya sea en su infancia o en un contexto más reciente de uso de sustancias. En estos casos, el uso de sustancias y las actividades asociadas a éste muchas veces se emplean para mantener a raya el dolor y los recuerdos relacionados con el trauma. Es probable que la seguridad, la estructura y el apoyo de una CT tengan la capacidad única de generar condiciones para que el usuario se sienta suficientemente protegido, pudiendo así comenzar el arduo y doloroso proceso de sanar esos traumas. Esto se explora con mayor detalle en mi comentario posterior a la historia de Wallace.

La historia incluida en este capítulo ilustra cómo el enfoque propio de las comunidades terapéuticas puede transformar la vida de las personas. El caso de la Sra. E., narrado por Barbara Wallace, muestra la máxima expresión de una CT contemporánea. La Sra. E. es una mujer con una infancia marcada por severos abusos sexuales y físicos que precedieron a su adicción de diez años al crack. Los tratamientos ambulatorios no lograron ayudarla antes de que la corte finalmente la enviara a Damon House, una CT en la ciudad de Nueva York en la que la Dra. Wallace se desempeñaba como psicóloga. Wallace se refiere a cómo ella y la CT emplearon una poderosa combinación de empatía y confrontación en el enfoque terapéutico que ayudó a que la Sra. E. hiciera cambios profundos y duraderos en sí misma. Sus logros incluyeron la capacidad de relacionarse honesta y auténticamente con los demás y su sanarse del severo dolor emocional que había cargado debido al abuso traumático que sufriera cuando niña. Con el continuo apoyo terapéutico de Wallace, estos cambios le permitieron mantener la abstinencia

de drogas durante más de siete años durante el transcurso de esta historia.

Este relato describe el poder de la sanación basada en la comunidad. Es también un vívido retrato de la profundidad de la desesperanza y del sufrimiento traumático que muchas veces se encuentran detrás del uso compulsivo de sustancias, además de constituir una muestra del increíble potencial de cambio que puede entregar el enfoque terapéutico correcto. En mi comentario exploro algunos de los ingredientes importantes que contribuyeron al éxito en el caso de la Sra. E.

Sra. E.: Un Estudio del Éxito y de la Transformación Mutua

Por Barbara C. Wallace

INTRODUCCIÓN

¿Cómo es que una mujer afroamericana de 30 años, madre de dos hijos adolescentes, puede hoy enorgullecerse de sus más de ocho años de abstinencia de sustancias químicas, luego de sobrevivir a la epidemia del crack en la ciudad de Nueva York? Los ingredientes del éxito en el caso de la Sra. E. incluyen múltiples variables personales que ella introdujo para su propia recuperación, factores terapéuticos que yo proporcioné como psicóloga y factores sistémicos relacionados con sus interacciones con diversas instituciones de la ciudad de Nueva York. Los factores personales de la Sra. E. incluyen su férrea determinación, su perseverancia e instinto de supervivencia, además de su apertura y confianza en el proceso terapéutico.

Simplemente, cuando llegó el momento de ser valiente, abrirse y confiar, ella lo hizo. Los factores terapéuticos, con los que contribuí, incluyen mi uso de las técnicas de resolución del trauma y de prevención de recaídas, descritas en otras publicaciones (Wallace, 1992, 1995, 1996), a medida que éstas evolucionaron

durante los tres años en que trabajé semanalmente con mujeres como la Sra. E., en intensas sesiones grupales de tres horas en una comunidad terapéutica residencial. Los factores sistémicos incluyen la forma en que la Sra. E. fue obligada a interactuar con la Oficina de Bienestar Infantil y la corte de familia de la ciudad de Nueva York, siendo luego obligada a recibir tratamiento tanto ambulatorio como en una comunidad terapéutica, además de la disponibilidad real de la comunidad de tratamiento y de la red de grupos de 12 pasos de la ciudad de Nueva York. Más allá de la combinación de los múltiples factores personales, terapéuticos y sistémicos, debo reconocer también los factores intangibles que tuvieron un papel importante en su éxito. La sincronía o las coincidencias significativas de acuerdo a la definición de Carl Jung, y la espiritualidad según se articula en la red de apoyo y la comunidad de tratamiento de 12 pasos de la ciudad de Nueva York, también deben ser reconocidas como ingredientes claves. Esta compleja mezcla de ingredientes y el proceso de sanación y la transformación que produjeron en la vida de la Sra. E., parecen estar directamente asociados con el hecho de que haya vivido siete años de su vida como una madre que se abstuvo de las sustancias químicas de abuso. Esta combinación de ingredientes me cambió a mí también como clínica, lo que sugiere un proceso de transformación mutua.

Los detalles de la transformación de la Sra. E. constituyen el núcleo de esta historia. Mi transformación, como mujer afroamericana que había estudiado a Sigmund Freud y a Carl Jung, incluyó descubrir cómo ser una “matrona”, una fuente práctica de apoyo y asistencia durante el proceso de sanar las heridas del alma y el proceso milagroso de dar a luz un nuevo yo. Me convertí en un yo que combinaba raíces provenientes de la lectura de Freud y Jung con otras raíces que sugerían una tradición africana de cuidado matriarcal.

Este estudio de caso me entrega una oportunidad única de contar la historia de la Sra. E. luego de haber sido testigo del milagroso nacimiento de su nuevo yo libre de drogas. Su historia

entrega también una visión general de los procesos terapéuticos a los que estuvo expuesta, la manera como su pasado fue emergiendo durante el tratamiento, el manejo de sus síntomas dentro de una comunidad terapéutica residencial y mi relación continua con la Sra. E. durante varios años a través de mi consulta privada y otras vías. En el proceso, el relato no sólo se referirá a la combinación de los distintos ingredientes que tuvieron un papel en la exitosa mantención de su abstinencia durante siete años, sino también a la naturaleza y dimensiones de nuestra transformación mutua como cliente y como terapeuta.

EL PROCESO TERAPÉUTICO EN LA CIUDAD DE NUEVA YORK

En 1990, el abuelo de la Sra. E. se puso en contacto con la Oficina de Bienestar Infantil debido a su preocupación por sus bisnietos, un niño y una niña en edad de lactancia en ese tiempo. La Sra. E. tenía una causa anterior por sospechas de abuso físico contra sus hijos y vivía en una hospedería de beneficencia. En esa hospedería se descubrió que estaba atrapada en un círculo vicioso: fumaba crack y luego su proveedor le retenía la tarjeta de identificación hasta el “día de pago”, lo que le permitía fumar todo el mes “a crédito”. El proveedor sabía que podría acompañar a la Sra. E. el primer día del mes y recibir gran parte de su cheque como pago por su consumo mensual de crack. Cuando el abuelo inició una segunda investigación en su contra por negligencia, la Sra. E. ingresó a la maquinaria del sistema de la ciudad de Nueva York, siendo enviada a recibir tratamiento ambulatorio por su dependencia del crack. Terminó yendo a catorce clínicas ambulatorias distintas, sin éxito. Finalmente, se la conminó a ingresar a una comunidad terapéutica residencial durante nueve meses, período en el que sus hijos quedarían temporalmente a cargo de su madre.

Ingresó a la comunidad terapéutica residencial Damon House of Nueva York Inc. en diciembre de 1990. Mi labor como

asesora psicológica a tiempo parcial en esa institución había comenzado en enero de 1990. El director ejecutivo esperaba que yo pudiera tratar las historias de abuso sexual y de otros tipos que superaban a las consejeras, muchas de las cuales tenían el mismo historial de abuso sexual. Para cuando la Sra. E. entró al tratamiento en 1990, en el grupo de mujeres con las que me reunía durante tres horas a la semana, ya teníamos bastante claro qué era lo que estábamos haciendo. Nuestro proceso terapéutico fue evolucionando a través del tiempo hasta llegar a su singular forma mediante la colaboración y el diálogo entre nosotras (ver Wallace, 1992). A la Sra. E. se le había ordenado permanecer en tratamiento hasta septiembre de 1991, pero decidió quedarse en la CT, donde estuvo hasta que su tratamiento concluyó debido a una crisis en la institución. Esto llevó a la súbita salida de la Sra. E. a comienzos de marzo de 1992. Hubo acusaciones de que ella se había relacionado amorosamente con un compañero, además de mantener tensas interacciones con otra cliente de la institución, con la cual trabajé y sobre quien escribí en otro estudio de caso (ver Sra. U. en Wallace, 1993). La Sra. E. experimentó de este modo sus quince meses de tratamiento en una comunidad terapéutica residencial.

De aquí que un componente del éxito que emerge muy temprano en esta historia, sea la forma en que los clientes, obligados a recibir tratamiento por las cortes de familia o el sistema de justicia criminal, en general se adaptan bien al tratamiento en las comunidades terapéuticas residenciales. El proceso de cambio conductual experimentado por la Sra. E. le trajo muchos dividendos; además, el proceso de cambio conductual sostenido en el tiempo se va reforzando continuamente. Por lo tanto, no es de sorprender que cuando finalmente llegó septiembre de 1991, la fecha que la Sra. E. había esperado tener la libertad de dejar el tratamiento, ella expresara su compromiso de continuar siendo tratada en el programa.

Si consideramos la epidemia de consumo de crack que se extendió entre mediados de la década de 1980 y principios de

la de 1990, se observa fácilmente una explosión en la cantidad de niños enviados a recibir cuidado adoptivo. Una década después del punto más alto de la epidemia de consumo de crack, abundan las historias de niños que habían sido arrebatados a clientes y más tarde ubicados en situaciones abusivas, despojados aparentemente de sus derechos parentales sobre los hijos, sin notificación adecuada de lo que ocurría. Sin embargo, por extraño que pueda parecerle a algunos, la maquinaria del sistema aparece merecedora de reconocimiento por haber jugado un rol en la exitosa recuperación de la Sra. E.

EL MANEJO DE LOS SÍNTOMAS EN UNA COMUNIDAD TERAPÉUTICA

Nunca olvidaré el día en que conocí a la Sra. E., el primer día que asistió al grupo en Damon House. La sala aparece luminosa en mi mente, como un día cálido de primavera aunque era invierno, como promesa aparente de cosas positivas y llenas de esperanzas. En su primer día en el grupo, la Sra. E. se sentó en el círculo a mi derecha, a cierta distancia en la espaciosa sala en la que nos reuníamos. Estaba bien arreglada y parecía tener una excelente disposición. Era además muy educada y femenina, pero a la vez muy fuerte y dura. Alguien que parecía capaz de sobrevivir en la calle. Hablaba fuerte y enfáticamente, casi gritando. Los detalles de lo que decía importaban menos que su impulso para transmitir en voz alta su presencia en el grupo. Además, parecía estar enviando un mensaje al resto de las mujeres del grupo y de toda la residencia: por su fuerza, evidente nadie debía desafiarla. Parecía capaz no sólo de defenderse sino también de atacar preventivamente con mucha efectividad.

Al comienzo, recibió la típica psicoeducación entregada en general por otras mujeres del grupo siguiendo mis instrucciones sobre lo que implicaba el grupo. Durante este proceso se mencionaba que todos los miembros venían de familias disfuncionales en alguna forma, luego de lo cual cada persona especificaba

las características de su historia de abuso y trauma. La Sra. E. habló fuerte y claro sobre algunos aspectos de su pasado, pero sin mostrar emoción alguna a medida que escupía los datos.

LA PRIMERA INTERPRETACIÓN: UN ESTÍMULO PARA LA TRANSFORMACIÓN

Después de tres meses en el grupo en los que estuvo expuesta a mucha psicoeducación sobre las familias disfuncionales y el trauma, y conversó con otras participantes que estaban experimentando su proceso terapéutico, se generó una interpretación sólo para la Sra. E. Esta primera interpretación se enfocó en lo que era evidente sobre ella desde su primer día en el grupo, dada su franca y poderosa presencia y su fuerza. La primera interpretación o nota informativa diseñada para estimular su comprensión de la posición auto-defensiva que empleaba principalmente, fue la siguiente: “Pareces ser muy dura y fuerte por fuera, como una roca, pero me pregunto qué es lo que ocurre adentro”. Luego de darle un tiempo para escuchar con atención y reflexionar, se le entregó un complemento de dicha interpretación: “Eres como una roca con parlantes. Me pregunto qué dolor llevas por dentro”. De hecho, parecía tener unos parlantes de 100 watts con los que transmitía sus palabras, sentada como una enorme roca.

En otras ocasiones, en las semanas siguientes durante su cuarto y quinto mes en el grupo, momento en que su posición auto-defensiva estaba aún en pleno funcionamiento, se le repitió una breve versión codificada de la interpretación, la que a veces se le transmitía con humor. La forma codificada de la interpretación era la siguiente: “Eres dura como una roca con parlantes”. Consciente de la interpretación completa, con el tiempo la Sra. E. logró comprender sombriamente lo que yo trataba de decirle, llegando a reflexionar en voz alta diciendo “Llevo mi dolor adentro”. Con esto, el grupo pasaba a otros temas.

Respetando siempre el uso de una posición auto-defensiva por parte del cliente, tuve que hacerme una pregunta: “¿Llegará un

momento en que ella podrá hablar de su dolor, sentirlo y procesarlo, desahogándose con el grupo?”. Al no conocer la respuesta y sentirme a veces fatigada (sensación que compartíamos tanto ella como yo y las demás participantes del grupo) por su uso excesivo de dicha postura auto-defensiva dura como una roca, me apoyé en una versión codificada de la interpretación para transmitirle implícitamente un mensaje: “Hay otras que quieren compartir hoy, y tú no pareces preparada para hacerlo. Tenemos que avanzar y dejar que las que estén listas para procesar su dolor puedan ocupar su tiempo en el grupo”, reconociendo de este modo el gran tamaño del grupo, con un número de participantes que iba de quince a veinticinco mujeres. Este sutil mensaje nos permitió avanzar para entregarles atención y tiempo a esas participantes. Pero antes de proseguir, compartimos un brevísimo momento de profundo respeto por lo que ella estaba logrando al rendirse a su dolor, aunque fuera por un momento, y declarar que sí experimentaba su dolor. Hubo muchos momentos en que se sentó y pudo tolerar algunos instantes de “debilidad”, en los que carecía de la arrogancia y bravuconería que caracterizaban su postura auto-defensiva favorita. Mientras tanto, mientras permitíamos que otras participantes hicieran uso del grupo, ella fue testigo de la forma en que otras servían de modelo para hablar genuinamente de sus sentimientos y cómo yo me abría a ellas y las ayudaba a procesar su dolor.

Esta primera interpretación clave en la primavera de 1991 obviamente había tenido un eco profundo en la Sra. E. y también en mí. Los meses de primavera sirvieron, metafóricamente, como un tiempo de nuevo crecimiento para ella, que eventualmente dio paso a la explosión típica del follaje primaveral al llegar a su pleno florecimiento. Sin embargo, en su caso, lo que vino después de estos meses de crecimiento fue un severo trastorno por estrés post-traumático en el verano de 1991. Este trastorno por estrés post-traumático reflejaba la realidad de haber experimentado un trauma en el pasado que la hacía temer por su vida y la llevaba a sentir que la muerte era una posibilidad real. Involucraba sín-

tomas como ansiedad, pesadillas y flashbacks en el momento de su trauma. También la llevaba a aislarse frecuentemente debido a su aparente incapacidad para experimentar sentimientos de ternura y amor. Frecuentemente podía explotar de rabia, en ocasiones volverse muy irritable y mostrarse bastante deprimida.

Sin embargo, con respecto a esta interpretación, creo que en general demostró ser una oportuna interpretación de su esencial actitud auto-protectora, en un ambiente grupal seguro en una comunidad terapéutica residencial, lo cual llevó a una gradual desaparición de la barrera que la rodeaba.

Otro elemento clave en su tratamiento pudo haber sido también el hecho de que yo me dirigiera a una miembro madura del grupo, la Sra. S. que llevaba ya un año de participación en él, y a quien le pedí que le contara a la Sra. E. cómo lidiábamos con las historias de trauma y cómo valorábamos la meta de sanarnos de traumas pasados dentro del proceso grupal. La Sra. S. describió lo que habían tenido que vivir otras participantes, incluso ella misma. Y tal vez lo más importante fue que terminó sus palabras diciendo: “Confía en ella. Usa el grupo”. La Sra. S. también experimentó esto (como me diría más tarde) como una petición mía de acercarse a la Sra. E. y estar disponible para ella, creando una conexión. Era como si yo las hubiera “juntado” o “reunido” como hermanas en la casa. Increíblemente, a la Sra. S. no solo le tocó este primer rol de iniciar a la Sra. E. en el proceso de confiar en el proceso terapéutico del grupo, sino también una función central en otro breve momento sincrónico que veremos más adelante.

Luego que la Sra. S. la invitara y la estimulara amablemente a hacerlo, la Sra. E. se permitió abrirse al proceso grupal; comenzó a confiar en sus hermanas de residencia y también en mí. Mudó la dura caparazón que la había protegido en su pasado de “roca” y sus parlantes de 100 watts, por el apoyo de la red de seguridad creada por las mujeres del grupo. Esta red de seguridad de la que dependía, también incluía mi constante apoyo empático, además de la estructura de la comunidad terapéutica residencial.

Al renunciar a su cubierta protectora, la Sra. E. entró en un pozo de dolor, o más bien un profundo y vasto lago de dolor, descubriendo que no se ahogaba en él. Además, al renunciar al sistema de parlantes, descubrió su propia voz interior, incluyendo la de una niña traumatizada y torturada que hablaba en forma clara y resonante sobre su dolor y sufrimiento y que además le daba una voz al niño que había sufrido con ella, su hermano que estaba entonces en la cárcel.

Sin embargo, también le dio voz a lo que era casi un dolor colectivo, que abarcaba el dolor de otras mujeres del grupo que quizás nunca sobrevivieron a la magnitud de lo que la Sra. E. había conocido y nunca tuvieron la capacidad de levantarse con la fuerza con que lo hizo la Sra. E., con su bien ensayada y pétrea posición de autoprotección. Era como si parte de su personalidad, que se había formado y desarrollado basada en la posición defensiva de ser “una roca con parlantes” que había empleado por largo tiempo, también le hubiera servido para darle verdadera fuerza. De hecho, esto puede ser la esencia de lo que significa que alguien sea “la calle” en su actitud y conducta: reconocer las cualidades positivas inherentes que son claves para sobrevivir y adaptarse a situaciones que están lejos de ser ideales. Su ego esencialmente fuerte e intacto, marcado por su precoz habilidad para observar cuidadosamente a los adultos a su alrededor cuando era niña, y su capacidad para sobrevivir, por su propio bien y el de su hermano, emergieron durante el proceso grupal y en los momentos de resolución del trauma, permitiéndole una excelente auto-observación y una eficiente expresión de las imágenes que se le venían a la mente como síntomas principales de su trastorno por estrés post-traumático. La Sra. E. pasó literalmente un par de meses trabajando en la comunidad terapéutica mientras sufría de un trastorno por estrés post-traumático evidente. Pese a ello, logró usar con éxito la reunión de tres horas con el grupo para procesar sus recuerdos recurrentes, sus pesadillas y flashbacks de traumas y tortura.

LA SRA. E. NOS REPRESENTA A TODAS

La función de la Sra. E. dentro del grupo se volvió muy significativa cuando aceptó el proceso del tratamiento. Ella se convirtió en el prototipo de lo que implica el trabajo en grupo de resolución de traumas. Para mí, esta sigue siendo una profunda verdad luego de haber consultado a todos los que han estado conmigo en mis grupos, mi consulta privada y los grupos Tavistok. Los grupos Tavistok son un modelo bastante inusual para aprender sobre los procesos grupales, puesto que implican actividades en grupos grandes y pequeños en los que un asesor entrega retroalimentación impersonal a todos sobre la conducta del grupo como un todo. El impacto de lo que la Sra. E. logró en su trabajo grupal se extendió a mi propia participación como profesional en dichos grupos. Casi en broma, en una conferencia sobre Tavistok para grupos grandes realizada un fin de semana de la primavera de 1993, comenté lo que había aprendido de la Sra. E. sobre los procesos grupales. Lo hice porque el tema de la conferencia había pasado a las historias personales de trauma, violencia, violación y abuso infantil que iban emergiendo en varios miembros del grupo. En voz alta y poéticamente hice la siguiente declaración: “Soy una roca con parlantes. Pero luego entro a un lago de dolor. Descubro que puedo flotar, procesar mi dolor, y nadar hasta el otro lado”. Esta declaración tuvo un poderoso impacto sobre el resto del numeroso grupo en que me hallaba. Así, en algún nivel, la transformación de la Sra. E. y la interpretación final completa de lo que había vivido me habían impactado profundamente y enseñado mucho como persona, llevándome también a desencadenar un proceso en otros grupos.

Esta mujer afroamericana que había llegado hasta el segundo año de la escuela primaria, y que en Harlem había sufrido traumas y torturas de una crudeza casi inverosímil, emerge como una heroína de enormes proporciones si medimos el poder de la posición de alguien que es un modelo de rol sobre cómo procesar completamente el propio dolor, para cruzar al otro lado con una

voz personal capaz de articular claramente donde se ha estado y experimentando sentimientos genuinos durante el proceso. Muchos de los adultos blancos de clase media y alta presentes en la conferencia de Tavistok seguían hablando con ambigüedad, intelectualizando y racionalizando sus palabras, incluso durante el trabajo en grupos pequeños, incapaces de entrar al lago de dolor y de apartar sus parlantes para desencadenar el proceso de conexión con su voz interior, voz del ser humano interno abusado y traumatizado. En el trabajo dentro de un grupo pequeño en la conferencia, una mujer blanca con los ojos llorosos me agradeció por haberla estimulado a conectarse con su trauma por abuso sexual y a comenzar a procesarlo, cuando lo que yo había hecho derivaba en gran parte de lo aprendido con la Sra. E. En ese grupo procesé el dolor de haber tenido un profesor guía en mis estudios de postgrado, que me abandonó súbitamente, haciéndome sentir simbólicamente violada en público y violentamente abusada. La Sra. E. es un ejemplo en varios niveles de una amplia gama de traumas de diverso tipo, ya que modela la capacidad de confiar, de abrirse y procesar completamente el dolor. Tanto en blancos de clase media y con doctorados (como la mayoría de los participantes de Tavistok) como en afroamericanos pobres con estudios primarios incompletos, esta historia de éxito muestra algunos rasgos universales de procesamiento del dolor.

La fuerza de las hermanas africanas que sobrevivieron a la travesía intermedia y los horrores de la esclavitud parece ser la misma que le permitió a la Sra. E. entrar a su lago de dolor con inusual valentía. Esa fuerza también me hizo reunirme con el grupo cada viernes para guiar un proceso terapéutico de resolución de trauma que muchas veces me dejaba fatigada el viernes por la noche y me llenaba la cabeza con las horribles imágenes de las confesiones de esa semana. También fui yo la Sra. E. muchas de esas tardes. Con frecuencia me costaba encontrar amigos que tuvieran la fuerza suficiente para escuchar lo que yo había escuchado, a pesar de que necesitaba desahogarme, compartir y sanarme a mí misma para volver a entrar al grupo el viernes

siguiente. Tenía que ser lo suficientemente fuerte para “escuchar con empatía” y regresar cada semana. No tenía que vivirlo, sólo revivirlo con las mujeres en un estado de empatía. El sentarse en una sala llena junto a un grupo de quince a veinticinco mujeres, donde hasta ocho podían estar entrando al mismo tiempo nuevamente a su lago de dolor asociado con el abuso sexual y físico, el alcoholismo de los padres o la violencia doméstica, parecía ser algo sobre lo cual ni Freud ni Jung habían escrito. Daba la impresión de que la fuerza de los ancestros africanos que habían sobrevivido a tanto más horror, sostenía e impulsaba el proceso grupal, mientras yo, sentada allí como una benigna madre africana apenas adecuada, hacía de matrona para ayudar a otras hermanas de color durante el doloroso nacimiento de un nuevo yo.

LOS DETALLES DE UNA NIÑEZ DOLOROSA

Más allá de las floridas metáforas, los detalles concretos son esenciales para transmitir la naturaleza del dolor que la Sra. E. procesaba en el grupo. Contó que había pasado hambre en una casa en la que sus padres, alcohólicos y adictos a la heroína, la descuidaban. En algún momento, su madre salió de escena y los fines de semana se volvieron días en los que era torturada a manos de su padre. Ella recordaba cómo su padre castigaba a su hermano levantándolo y lanzándolo una y otra vez contra el suelo, lo que también había experimentado en carne propia. Describía cómo la cara de su hermano quedaba hinchada y desfigurada luego de los golpes del padre. Y luego seguía la tortura de ser violada y penetrada por el padre todos los fines de semana, cuando era una niña pequeña. Recuerda que su padre la “rajaba” al penetrarla y que después la llevaba al hospital para que la suturaran. Ahí, los profesionales de urgencia aceptaban las mentiras que él la hacía ensayar antes con él. Más extraño e increíble aún es que esos profesionales creyeran las mismas mentiras la semana siguiente, cuando llegaban a misma sala de

urgencias, porque su padre le había abierto los puntos durante su violación ritual de los fines de semana.

El significado y la magnitud de los secretos guardados por los niños sobrevivientes al abuso también se manifiesta claramente en su historia. Ella relató que, siendo niña pequeña, sólo le contaba su secreto a otra niña de su barrio. Ambas eran abusadas sexualmente por sus padres. Con voz clara, con ecos de un acento sureño de segunda generación y llena de pasión, mientras un hilo de lágrimas caía por sus mejillas, dijo: “yo guardaba su secreto y ella guardaba el mío”. Esta verdad recorrió la sala y todas en el grupo sentimos su dolor y el horror de aquello a lo cual había sobrevivido de un modo milagroso. La Sra. E. continuó el relato sobre cómo un día a esa otra niñita la encontraron muerta en el callejón con el útero sobre el pecho. La realidad de la muerte con la que su padre regularmente la amenazaba terminó por consolidar su silencio, un silencio roto por primera vez en la santidad de nuestro círculo de hermanas.

Viviendo entre fines de semana de tortura, sólo iba a la escuela a buscar comida para ella y su hermano. Fue expulsada del sistema de escuelas públicas de Nueva York en segundo año de primaria por robar dinero del bolso de su profesora, porque lo necesitaba para comprar comida para ella y su hermano. Antes de su expulsión, la escuela tenía poco que ofrecerle aparte de comida, ya que algunos niños la molestaban por su apariencia y falta de aseo personal derivados de la severa negligencia que sufría en su hogar.

LA SRA. E. COMO UN MODELO DEL ROL DE PROCESAMIENTO PROFUNDO DEL DOLOR

Las formas más severas de negligencia, abuso físico, sexual, verbal y emocional y de violencia doméstica y callejera parecen haber sido parte integral de toda la existencia de la Sra. E. La profundidad, la índole, la duración y la variedad de su trauma parecen haberle producido un lago de dolor suficiente, con carac-

terísticas que la convierten en la figura ideal con la que “todos” pueden identificarse.

Ella procesó completamente su dolor y sus lágrimas cayeron como lluvia durante esa primavera y verano de 1991, sirviendo de modelo de cómo procesar el más profundo dolor y los más horribles recuerdos traumáticos. En la sala cundió una amorosa empatía y un respeto profundo por ella mientras compartía su historia y se reunía con el grupo semana tras semana para seguir revelando y compartiendo su dolor y sus síntomas. Esto llevó a un proceso colectivo y común en el que las demás mujeres se abrían al resto y compartían su dolor. Lo que la Sra. E. compartía con el grupo servía para desencadenar los recuerdos enterrados en otras sobrevivientes a una violación, que comenzaron a abrirse a las demás y a compartir. Por ejemplo, un día a fines de la primavera de 1991, sentada en el círculo a mi izquierda, contra la pared y a cierta distancia mía, contó cómo le había dolido el estómago (útero) durante toda la semana. Simplemente hizo este comentario mientras procesaba su dolor y compartía sus recuerdos. Otra mujer del grupo, la misma Sra. U. (Wallace, 1993) que mencioné antes, comenzó a moverse en la silla. Le pregunté: “Sra. U., ¿Qué le sucede en este momento? ¿Qué siente?”. Habló después de este estímulo y explicó que podía sentir manos de hombres tocándole todo el cuerpo. Siendo ya adulta, un grupo de hombres la había secuestrado metiéndola en una camioneta para luego violarla. Esto lo explicó brevemente al grupo, uniéndose al proceso de resolución de traumas. De repente me llegó el turno de entregar algo de psico-educación sobre el hecho de que tenemos memorias corporales y que ambas mujeres estaban experimentando recuerdos almacenados en sus cuerpos.

Lo que las revelaciones de la Sra. E. habían gatillado en otras mujeres generó también meses de trabajo grupal productivo para ellas. Al hundirse en su lago de dolor, sentada y sollozando profundamente con todo el cuerpo mientras hablaba de lo que le había ocurrido, otras mujeres aprendieron el proceso de resolución del trauma. Siguiéron su ejemplo. Como se había activado

el material que cada una llevaba profundamente enterrado en su inconsciente, éste pudo salir a la superficie de sus lagos interiores de dolor, quedando así disponibles para su procesamiento consciente a plena luz del día. En otro momento, en el verano de 1991, la Sra. E. compartió con el grupo un sueño en el que estaba desnuda en la cama con su padre: un recuerdo verdadero que le había entregado su inconsciente. La Sra. J., sobreviviente de una violación a los 18 años, le preguntó: “¿te gustó?” Era el momento de entregar psicoeducación sobre el hecho de identificarse con el agresor. Cuando una persona es abusada, observa el comportamiento del agresor y tiende a memorizar detalles de ese comportamiento. Irónicamente, a pesar de haber quedado traumatizada por un agresor, la persona que se ha identificado con él automática e inconscientemente, puede más tarde realizar una imitación casi perfecta de aquel acto de agresión. Alguien que se ha identificado con su agresor tiene la capacidad de repetir el comportamiento, esta vez como agresor de otra persona. Es como si alguien que se identifica con su agresor pudiera cambiar de rol e interpretar el papel de agresor poniendo a otra persona como víctima. La rápida entrega de este fragmento de psicoeducación nos permitió evitar en el grupo un conflicto potencialmente cargado de ira y violencia. A las participantes se les hizo recordar algunos elementos del trauma de la Sra. J., con lo que comprendieron la raíz de su pregunta. La Sra. J. había sido violada a los 18 años por alguien que esperaba que su madre saliera del departamento, luego tocó el timbre y la apuntó con la pistola cuando ella abrió la puerta. Ese mismo día, en la estación de policía un sargento le preguntó: “¿Te gustó?” Esto deja en claro que la Sra. J. se había involucrado en una reversión de roles (Wallace, 1996), a través de la cual había tomado el papel del policía, revelando así su identificación con el agresor y poniendo a la Sra. E. en el rol de la víctima que ella misma había interpretado antes en la estación de policía. Por lo tanto, el material que la Sra. E. trajo al grupo sirvió para desencadenar en las otras mujeres recuerdos que luego compartían con el grupo

y, además, para activar sus posturas adaptativas de afrontamiento y las de auto-protección, tales como la reversión de roles que la Sra. J. había demostrado con su pregunta. Esto deja claro el poder de los recuerdos y los síntomas de la Sra. E. para recuperar material que estaba enterrado en lo más profundo del resto de las participantes del grupo. En esta forma, con frecuencia tuvimos que realizar breves segmentos de psicoeducación para explicar qué les iba sucediendo a otras participantes luego de haber sido llevadas a responder de diversas maneras. A veces tuvimos que tratar simultánea y/o consecutivamente el dolor de participantes individuales del grupo, ayudándolas a resolver y trabajar sus recuerdos y síntomas traumáticos. Dadas estas circunstancias, había buenas razones para que muchos viernes por la tarde yo me viera sobrepasada por los diversos recuerdos de traumas.

De hecho, la Sra. E. cubrió una amplia gama de traumas durante sus quince meses en el grupo. Otros de sus traumas fueron presenciar violencia doméstica extrema entre su madre y su padrastro, en la infancia y la adolescencia, violentas confrontaciones físicas, peleas con su madre en la adolescencia y adultez temprana, golpear a otra mujer impulsada por su madre por lo que debió pasar un año en la cárcel, el asesinato del padre de su hija y un período de vida en situación de calle cuando un familiar mayor se aprovechó de ella ofreciéndole dinero y alojamiento temporal a cambio de mantener con él relaciones sexuales incestuosas.

MÁS ALLÁ DE LA ORDEN JUDICIAL: CONTINUANDO EL TRATAMIENTO

Con su arduo trabajo grupal y siendo un modelo para el trabajo de resolución del trauma, en septiembre de 1991 la Sra. E. completó exitosamente el período de nueve meses en la comunidad terapéutica, que le había exigido la corte. Para entonces, ya se había estabilizado considerablemente y había procesado completamente los recuerdos traumáticos emergidos durante la

primavera y el verano. El otoño de 1991 le trajo estabilidad y logros. El juez dictaminó que por encontrarse libre de drogas, la Sra. E. podía recuperar a sus hijos siempre y cuando tuviera una vivienda adecuada. En los meses de otoño en la comunidad terapéutica, la Sra. E. tuvo que enfrentar las consideraciones prácticas de esta decisión en su vida. Hablaba sobre su fundada preocupación sobre la forma como su madre estaba cuidando a sus hijos y de la voluntad del juez de devolvérselos. Luchaba contra los temores relacionados con reasumir su rol de madre, y la ansiedad que le causaba vivir sin la seguridad que le proporcionaba el recinto del tratamiento.

Considerando sus dudas sobre la forma como su madre cuidaba a sus hijos, la Sra. E. también debía esmerarse para no repetir nunca las violentas peleas con ella que se habían vuelto comunes en los últimos años. No estaba de acuerdo con las técnicas de crianza de su madre, o más bien con la inexistencia de éstas, y se desesperaba por la posibilidad de que su hijo hubiera sido golpeado hasta llegar a perder sangre en la orina. Sin embargo, sabía que debía controlar su ira y lo que le decía a su madre sobre sus sospechas de que golpeaba a sus hijos. Había aprendido lo que se había convertido en un mantra para las participantes del grupo que normalmente tenían dificultades para regular sus impulsos agresivos: “La violencia no es una alternativa”. Si lo aceptaba, debía alejarse de la casa de su madre en sus visitas para ver a sus hijos, especialmente en las ocasiones en que se sentía insatisfecha con sus ropas o su apariencia, a pesar de la lucha con su ambivalencia sobre cuándo dejar la comunidad terapéutica y retomar su rol de madre.

RECONOCIENDO EL ÉXITO CON UNA ODA EN LA CEREMONIA DE GRADUACIÓN DE 1991

A fines del otoño de 1991 en medio de su posible salida para hacerse cargo de sus hijos, se planificó una ceremonia de graduación en Damon House. Aprovechando la oportunidad de decir

algunas palabras en la graduación, que incluía a muchas de las integrantes del grupo de los viernes, decidí leer un poema escrito en honor a la Sra. E. y que además serviría como un mensaje de graduación ideal para todas las integrantes de la CT que se iban. El poema concluía explicando el modo como la Sra. E. representaba a “todas” las mujeres que añoran y a la vez temen la meta de reunirse en familia con sus hijos. El poema era un poderoso recordatorio para todas las graduadas de lo que habían aprendido en la “casa” donde habían vivido y recibido tratamiento, además de un aviso para estar preparadas ante cualquier prueba futura, aprovechando el nuevo conocimiento y las herramientas que habían recibido en el tratamiento.

Ese otoño de 1992 tuve que hacerme una serie de preguntas: “¿Será apropiado compartir con la Sra.E, este poema (escrito en un momento privado en el que una profunda emoción me dejó con los ojos llenos de lágrimas frente al computador) con la Sra. E. y con el público en general? ¿Sería apropiado poner a esta clienta a nivel de símbolo para todas las demás? ¿No estaré estimulando en exceso a la clienta con mi propia expresión de sentimientos a través del poema?”. Me tomé mi tiempo para decidir si sería apropiado compartir el poema con ella y, más aún, con todos los asistentes a la graduación de la CT. Pero cuando revisé el poema, noté que era un medio para expresar percepciones genuinas y válidas sobre el proceso terapéutico grupal, además de un modo de validar lo que de hecho había sido un esfuerzo extraordinario de su parte para progresar en el tratamiento. El poema dice así:

Nuestro orgullo y amor por la Sra. E.

Con orgullo y amor contemplamos a la Sra. E., amiga querida, cuando su tiempo en este grupo de mujeres llega a su fin, porque por decisión de un juez ella, libre de drogas y con sus hijos se reunirá para una nueva vida. Ella está aquí ante nosotros para luchar por su decisión, ella, esta mujer libre ya de drogas, que encarna todo lo bello de la

mujer Afroamericana.

Un amor magnífico y un alma tan profunda emanan de ella con tanta suavidad y tanta audacia.

Sus manos abrazan a sus hermanas con tanto amor aunque deba confrontarlas con o sin delicadeza.

La preocupa recurrir de nuevo al abuso con sus hijos porque toda su vida ha padecido una experiencia de excesos.

La violación a manos de su padre hasta la tortura física, la adicción de su madre, el abandono, el hambre más intensa.

Ella y su hermano yendo a la escuela buscando el alimento, temiendo los días feriados sin comida, -sin nada bueno, sólo la violencia en el hogar, más violaciones y un temor intenso

donde la revelación de esa secreta tortura la llevaría a la muerte.

¿Cuántas veces puede un alma sufrir todo abuso imaginable?

¿Por qué la violencia como solución de uso común del día a día?

¿Puede un alma torturada y herida soñar con transformar su vida?

¿Podemos cambiar la profecía apocalíptica a la que esas almas están destinadas?

Ese espacio mental donde la esperanza no existe o es siempre pequeña

con guiones que repiten una y otra vez los dramas de disfunción familiar -un conjunto aprendido de instrucciones funestas.

Instrucciones para que cada nueva generación sienta siempre el dolor

en ese punto en el que elegimos el camino de lo antiguo, lo conocido, lo de siempre

e ignoramos el que nos guía a un juego nuevo y trascendente.

El juego y el guión nuevos de los que hablo permiten

la expresión libre de una creatividad que todos debemos buscar.

Esta energía creativa permite que se exprese el divino poten-

cial interior.

Y así ganamos, por fin, nuestro lugar en el reino de los cielos en la tierra.

En este estado de gracia rompemos fácilmente los ciclos del dolor.

Y dejamos atrás la violencia, las compulsiones y las enfermedades químicas.

La Sra. E., sentada con nosotros en el grupo, ha procesado por completo su dolor.

Ha llorado tan intensamente que sus lágrimas han caído como lluvia.

Su cuerpo ha sollozado y se ha sacudido con una fuerza tan sombría

que los abismos de dolor se convirtieron en un gran recurso para su grupo.

Porque sus hermanas la observaron y sintieron este poderoso proceso de sanación.

Y sus hermanas comenzaron a sentir que en este rol de testigos aprendían el camino que las llevaría a su propia sanación interior

y, aunque asustadas, trataron de abrirse aún más para limpiarse también ellas y curar las heridas de sus almas y soñar con esa maravillosa meta de reunir a sus familias.

Esperaban con ansias el día en que ellas también pudieran hablar con orgullo

sobre la escuela, el tratamiento posterior y su hogar con los niños.

Sra. E., con amor y un torrente de fe la despedimos al volver a su familia

al iniciar esta carrera, libre ya de las drogas.

Recuerde que sus guías son los sentimientos, su voz interior y sus instintos.

Recuerde las lecciones de la “casa” que aprendió aquí, entre nosotras.

Recuerde cómo fue usted la fuerza, la brújula y la delicada

correctora de sus pares, con las que siempre tendrá una conexión.

Hoy, que presenciamos su ascenso por una escala con peldaños de oro,

recuerde que todos los errores siempre tienen remedio.

Sólo pida apoyo y aprenda cómo pasar la prueba siguiente, porque siempre habrá otra, -después de un breve descanso- oportunidades para crecer y aprender siempre más antes de alcanzar una y otra vez

ese don supremo de ser acunadas en los brazos de Dios

y conoceremos la ascensión suprema cuando nos reunamos

con Aquel que tanto nos amó, aunque estábamos tiradas por ahí,

violadas, golpeadas y abandonadas, a un paso de la muerte.

Entonces, Sra. E., salga hacia el mundo cambiando el miedo antiguo con la fe nueva.

Y nunca olvide el mágico proceso de este grupo que todas compartimos.

Pero, cuando le damos nuestro animoso adiós recuerde una sola cosa.

¡Nuestro intenso orgullo y amor por usted, Sra. E., hace cantar nuestros corazones!

Un poema para la Sra. E., que encarna en cada una de nosotras los sueños

y los temores de la meta de llegar a reunirnos con nuestros hijos.

Escrito por Barbara Wallace, 28 de septiembre de 1991

Dado que gran parte de la historia de la Sra. E. alcanza un nivel colectivo, me sentí cómoda con la decisión de entregarle una copia del poema y de leerlo en voz alta en la ceremonia de graduación. Nunca he lamentado esa decisión. Sus experiencias me parecieron dignas de una oda en tributo a una mujer afroamericana que había llegado a grandes alturas, desde el día en que esperaba en una sala de urgencias junto a su padre, luego

de ser violada. Su ascenso también simbolizaba lo que todas las personas en la graduación habían logrado al salir de la dependencia química, lo que sugería el impacto colectivo de la oda.

La oda ha evolucionado hasta convertirse en herramienta con fines prácticos, como orientación al integrarse al tipo de proceso grupal que compartimos en Damon House. Al ser una oda colectiva sobre el proceso de transformación que podría ocurrir en el grupo, este poema se incluye en un cuaderno de trabajo como introducción al proceso terapéutico (Wallace, 1996). Se ha sugerido que el poema facilita que las personas estén conscientes de los siguientes elementos que guían el trabajo grupal:

- 1) Cuando hemos sufrido abusos físicos, verbales o sexuales, debemos admitir como riesgo propio el convertirnos en abusadores físicos, verbales o sexuales de otras personas. Esto puede ser impactante y causarnos miedo;
- 2) Cuando hemos experimentado violencia y abuso, lo aprendido nos lleva a pensar que la violencia y el abuso son formas normales de resolver problemas;
- 3) Debido a nuestro trauma es posible llegar a tener ideas negativas sobre nosotros mismos y lo que pudiéramos llegar a hacer. Nuestros pensamientos son como una profecía apocalíptica o una expectativa negativa que, inconscientemente, podemos tratar de cumplir;
- 4) Cargamos en nuestro interior guiones familiares negativos para repetir en la familia los dramas de disfunción. Inconscientemente los seguimos. Nuestros hijos y cada una de las generaciones siguientes pueden experimentar el mismo abuso;
- 5) Tenemos esperanza porque podemos romper los antiguos patrones y crear historias nuevas, guiones nuevos, conductas, nuevos pensamientos y nuevas expectativas sobre nosotros mismos;
- 6) A medida que creamos nuevas conductas y nuevos patrones para relacionarnos con nuestras parejas e hijos y creamos nuevos patrones de relación con los demás dentro del gru-

po, nos estamos acercando a nuestro máximo potencial o potencial divino;

- 7) Alcanzamos nuestro máximo potencial siguiendo el ejemplo de la Sra. E. en el poema. Tal vez tengamos que procesar completamente nuestro dolor. Tal vez notemos que al recorrer ese dolor estamos recorriendo un camino que lleva a la sanación.

RECONOCIENDO LA TRANSFORMACIÓN EN LA CLIENTA Y EN LA TERAPEUTA

Con respecto a mi propia transformación personal, mi poesía tuvo también una importante función en mi vida personal en aquel tiempo. Escribir poesía fue un vehículo que me permitió ser un ser humano mucho más integrado, capaz de procesar y sentir completamente la magnitud del trauma que las mujeres del grupo habían compartido fuera del contexto terapéutico del grupo, además de mi propio dolor. Así como la Sra. E. nos había mostrado cómo sentir en plenitud las emociones del dolor, me permití expresar mis respuestas emocionales e intelectuales al hecho de entrar en estados prolongados de empatía, con mujeres que se encontraban sufriendo un profundo dolor y que habían sobrevivido a sus traumas. Cuando me fallaban los amigos capaces de tolerar que yo les contara lo que había escuchado en el grupo, la poesía me permitía curarme del estrés producido por el intenso trabajo de resolución de traumas.

Mi intelecto y formación profesional, que me inculcaron cuidadosamente todas las “reglas” de la conducta ética, me convirtieron en cierto modo en una roca ensimismada que transmitía las cosas correctas que debía decir una terapeuta. Me pareció importante que mi transformación personal incluyera evidencia de mi propio “enternecimiento” emocional. Así, la lectura en público de mi poema reveló cuan profundamente yo había experimentado ciertas emociones, transmitiendo mis percepciones mezcladas con intensos sentimientos mediante la expresión

poética. Además, demostré que entendía la situación hasta el punto de poder articular en un poema la experiencia del abuso y el proceso de sanación.

En paralelo a mi propia transformación, la de la Sra. E. continuó su marcha más allá de la graduación en el otoño de 1991. El agua de sus lágrimas, corriendo y fluyendo contra la roca, logró desgastar sus bordes afilados y la suavizaron como parte de su transformación. De forma similar, las lágrimas que caían regularmente cuando en privado yo escribía poesía, me ayudaron a desgastar el ensimismamiento “rocoso” de mi yo intelectual desarrollado en exceso, que había memorizado las reglas de conducta ética y los principios de Freud y Jung. Ella terminó siendo menos calle, más completa y emocionalmente disponible. Yo me volví más completa, más humana y equilibrada, llegando a sentirme arraigada en la postura de una matriarca africana que había alimentado a docenas de mujeres y servía como matrona cuando daban a luz a nuevos yo mediante el proceso grupal. Al parecer, mi propia iniciación en el grupo como matrona tuvo alguna importancia, lo que quedó codificado en mi poesía. De hecho, docenas de mujeres se transformaron a través del proceso grupal. Las mujeres que habían procesado su dolor y su trauma en grupo podían comparar su funcionamiento con el de sus pares superiores en la residencia, que no participaban en el grupo, sintiéndose libres de diversos síntomas posibles de identificar en estas compañeras demasiado ocupadas yendo a la escuela como para asistir a las sesiones grupales de los viernes.

Diciendo las palabras “Estoy tan orgullosa de ustedes”, yo era la madre Tierra que reflejaba con empatía el crecimiento de las mujeres que, como la Sra. E., habían pasado por el grupo y se habían transformado. Era el brillo de mis ojos, como el de una simbólica matriarca africana, lo que reparaba los daños causados por otros cuidadores y fomentaba un saludable narcisismo, orgullo, autoestima y amor por su propia persona entre las participantes del grupo.

En 1992, cuando la Sra. E. completaba un año en tratamiento y comenzaba a prepararse para su segunda primavera, reinaba en ella la calma de una nueva estabilidad en su persona. No es de sorprender que además resultara bastante atractiva para muchos hombres que también se encontraban en recuperación en la comunidad. La Sra. E. admitió sentirse atraída por uno en particular, con el que conversaba. No me sorprendió que, además de la discusión que tuvo con otra mujer, la Sra. U., la acusación de que tenía una relación romántica con un hombre dentro de la institución causara su súbita expulsión en marzo de 1992. Sin embargo, para ese entonces sus síntomas ya habían desaparecido, puesto que los había manejado con éxito gracias a sus quince meses de participación en el grupo femenino y por medio de la estructura general de la CT.

SINCRONICIDAD: CONTINUANDO LA RELACIÓN EN MI CONSULTA PRIVADA

Un martes por la tarde, durante la segunda semana de marzo de 1992, tuve una sesión terapéutica individual con la Sra. S. quien, de acuerdo a lo planificado, iba saliendo de Damon House para vivir independientemente como clienta en período de reinserción. La Sra. S. recibía psicoterapia (pagando un valor simbólico) en mi consulta privada, al igual que varias otras mujeres que ya no estaban residiendo en Damon House. Esta era la misma Sra. S. a quien yo le había solicitado explicar la resolución del trauma a la Sra. E., y que terminó diciéndole lo siguiente: “Confía en ella. Usa el grupo”. Estando ya en la fase de reinserción del tratamiento, la Sra. S. seguía conectada con sus muchas hermanas de la casa, quienes, según me dijo, le habían contado que el viernes anterior la Sra. U. y la Sra. E. habían tenido una confrontación y que a la Sra. E. le habían pedido que dejara el tratamiento. Continué mi sesión con la Sra. S. sintiéndome sumamente urgida y preocupada. Inmediatamente después de la sesión llamé a la CT y hablé con un consejero. Le pregunté

por la Sra. E. Poco después de haber empezado nuestra conversación, nos interrumpieron y me dejaron con tono de espera. El consejero me informó que la Sra. E. estaba en la otra línea porque quería consultar si podría ir a recoger su ropa. Le pedí al consejero que le diera el número de mi consulta privada y que le dijera que quería verla ahí. La Sra. E. me llamó y programé una cita con ella. Me senté en mi escritorio sacudiendo la cabeza, incrédula de haber experimentado ese momento sincrónico, coincidencia sorprendente, y dije en voz alta: "Este es Dios". El psicólogo Carl Jung se refirió a las coincidencias significativas como ésta, mediante el término sincronicidad. Tal vez otros, usando el lenguaje de los 12 pasos, simplemente reconozcan la influencia espiritual de un poder superior.

REGRESANDO A CASA EN HARLEM

Luego de su súbita salida, la Sra. E. se vio obligada a quedarse con su padre en su pequeño departamento en Harlem. El hombre a quien había descrito durante el proceso de resolución del trauma, -en momentos de regresión al terrorífico departamento en Harlem que fuera escenario de su tortura infantil-, era ahora un padre cuidadoso y preocupado. Estaba sobrio y libre de drogas, tratando de sobrevivir con ingresos mínimos y con problemas de salud. Probablemente estaba en el 4° de los 12 pasos del programa de Alcohólicos Anónimos y trataba de hacer méritos, o bien, estaba simplemente en el lugar correcto en el momento adecuado en la vida de la Sra. E. para realizar actos de reparación. Me sorprendió ver cómo este hombre se había esforzado por conseguir un sofá-cama para que ella pudiera dormir en el departamento. También era una figura importante en la vida de los hijos de ella, ya que vivía en el mismo barrio de Harlem y frecuentemente les daba dinero para golosinas, ropa y el salón de juegos del vecindario.

Yo también había vivido en ese mismo barrio de Harlem. Era una estudiante de postgrado pobre, a comienzos de la década

de 1980, que debía sobrevivir con 400 dólares al mes pagando 200 de arriendo. Viví allí hasta 1990. Me sentía muy conectada con las imágenes de adultos consumidores activos, que estaban en recuperación o habían recaído; personas golpeadas en la flor de la vida por la epidemia de heroína de las décadas de 1960 y 1970, que vagaban por los vecindarios como sombras de lo que habían sido, luchando con problemas de salud o en mantenimiento con metadona. Probablemente yo había estado al lado de su madre en el negocio de la esquina o había lavado mi ropa junto a otros miembros de su familia. Cuando la Sra. E. regresó a ese barrio, las clarísimas imágenes mentales que yo tenía de él me permitieron viajar visualmente con ella. Pude ver en mi mente la Avenida Lenox, la escuela, el salón de juegos que frecuentaba su hijo y la lavandería donde iba su hija a lavar la ropa.

A pesar de que los miembros de la red de los 12 pasos y la comunidad de recuperación pueden haberle dicho que se desconectara de su familia, debido a las historias de uso de sustancias aún activo o intermitente, me sorprendió que la reconexión con su familia hubiera ocurrido en el mundo real de Harlem. Allí, las personas originarias del sur establecían relaciones y vínculos familiares a pesar de haber compartido traumas horribles. Había muchos otros elementos en su vida que reflejaban esas raíces sureñas, más allá de los restos de un acento sureño de segunda generación que resonó en las paredes de la sala de terapia grupal cuando la Sra. E. dijo: “Yo guardaba su secreto y ella guardaba el mío”. Llegué a sentir gratitud y cordialidad hacia el hombre que antes me parecía una bestia por violar y torturar regularmente a la Sra. E. Ahora hacía sus mayores esfuerzos por cuidarla. Y, extrañamente, parecía ser un proceso de sanación el hecho de que estuviera “ahí para ella” justo cuando necesitaba un lugar para quedarse, evitando así tener que convertirse en una persona en situación de calle al salir súbitamente de Damon House.

La rutina diaria de la Sra. E. suponía caminar a través de esa comunidad del centro de Harlem y visitar a sus hijos en la casa de su madre, quien estaba temporalmente a cargo de ellos.

Solía ir a verlos después de la escuela y observaba cómo vivían con su madre. Nuevamente pareció ocurrir un extraño proceso de sanación. Su madre, ahora abuela, aunque distaba mucho de ser perfecta; seguía hablando fuerte y bebiendo, pero ahora en cierta forma estaba “reemplazando” a la Sra. E en el cuidado de sus hijos, habiendo comenzado el segundo año de este acuerdo.

LA BÚSQUEDA DE UNA VIVIENDA PARA SUS HIJOS

Pronto la Sra. E. inició la búsqueda de un departamento para recuperar la custodia formal de sus hijos. A fines de la primavera-verano de 1992, su rutina diaria seguía incluyendo el caminar por esta comunidad del centro de Harlem, pero ahora también consistía en un viaje en bus por el Bronx para buscar un departamento adecuado para ella y sus dos hijos. Esto fue una búsqueda muy frustrante, que la hizo entrar en estados de desesperación y la llevó a rezar. Tenía dolores, lloraba y rezaba en las noches, deseando hallar un hogar para ella y sus hijos para recuperar su custodia. Una de esas noches de verano sintió unos brazos que la rodeaban suavemente, abrazándola con amor y dejándola con una sensación de paz y fe. Ella interpretó esta experiencia como los brazos de Jesús. No estaba sola. Su poder superior o una fuerza espiritual parecía estar presente en su vida, consciente de su necesidad, calmándola.

Como movidas por el espíritu para ayudarla, las mujeres mayores del barrio participaron en la búsqueda de vivienda. Escuchaba las sabias palabras que le ofrecían las mujeres negras mayores de Harlem, de quienes recibió consejos sobre cómo acercarse a las oficinas de servicios sociales y de bienestar para cumplir su sueño. Estas mujeres también percibían en ella la respetable imagen de lo que todas añoraban ver: una adicta recuperada que luchaba por recuperar la custodia de sus hijos. En vez del hijo pródigo que regresaba para ser abrazado por su padre, la Sra. E. era como la hija pródiga que retornaba a Harlem renacida y libre de drogas; un milagro que esas mujeres podían apreciar

en plenitud. El contexto de su deseo de ayudar a la Sra. E. era una especie de añoranza colectiva de la comunidad de Harlem, llena de escuálidas madres aún atrapadas en una adicción activa al crack o eran “tratamientos fracasados”. Esas mujeres que buscaban ayudar a la Sra. E. eran todas las tías, hermanas, abuelas y extrañas que “se hacían cargo” de los hijos de esas mujeres adictas al crack, por la vía judicial y el cuidado adoptivo. La Sra. E., una vez más, era el símbolo colectivo de lo que ellas deseaban -la recuperación de todas las madres adictas al crack. Ella regresó a Harlem como ellas querían que regresaran todas las adictas abstinentes, dignas de su rol de madres y motivadas para recobrar el cuidado de sus hijos. La Sra. E. emergió como símbolo de este sueño hecho realidad.

Con férrea determinación, continuó su misión de recuperar la custodia de sus hijos, buscando cumplir la condición de hallar una vivienda adecuada. Llegó a patear el pavimento de rabia, una reacción justificada contra un sistema que no le brindaba suficiente asistencia en la búsqueda. Los servicios de asistencia social parecían mal preparados para lo que era una rareza: una adicta en recuperación que trabajaba duro para recuperar a sus hijos. Parecían no conocer casos como éste, ni tener mucha experiencia ayudando a mujeres en situaciones similares, aunque eran expertos en la primera etapa del proceso de quitarles los hijos a las madres adictas.

Su conexión con su compañero, su novio, - que se preparaba para su propia etapa de reinserción y salida de la CT, - seguía adelante y florecía. Su rutina diaria incluía también compartir comidas y películas con él. La necesidad de su compañero de encontrar una vivienda fuera de la comunidad terapéutica residencial, como requisito para su aún pendiente graduación de Damon House, coincidía con la necesidad de la Sra. E. de conseguir una vivienda adecuada para sus hijos. Hacia fines del verano/comienzos del otoño, ambos acordaron combinar sus recursos para arrendar juntos un departamento, pensando que el empleo de él sumado a los subsidios que recibía ella, aumentaría

sus oportunidades de conseguir un lugar adecuado para que los hijos de la Sra. E. volvieran a su custodia. La coincidencia de la necesidad de ambos de conseguir una vivienda y el creciente afecto entre los dos parecía muy importante, puesto que le permitía realizar su sueño y asegurar un hogar para sus hijos. Todo iba viento en popa para la reunificación familiar en noviembre de 1992.

Para subrayar la magnitud de su logro, debemos imaginar la dolorosa realidad que invadía a esa comunidad de Harlem. Sus niños eran los únicos en todo el edificio y el barrio circundante que iban a regresar a la custodia de su madre biológica, lo que demuestra la dificultad de que alguien ganara la batalla de la que ella. Había salido victoriosa. Sus hijos simplemente no conocían a otros niños en su misma situación que volvieran a vivir con sus madres. Esto sólo sugiere ya la índole del éxito de la Sra. E. Sin embargo, el éxito parecía estar relacionado también con la evidencia de una influencia espiritual, ya fuera a través de la sincronía y las coincidencias significativas o de un poder superior que actuaba en su vida con la persuasiva evidencia de unas dimensiones espirituales con las cuales sentía incluso una conexión tangible, como cuando unos brazos amantes la estrechaban en la noche en un estado de éxtasis espiritual.

HONRANDO EL ÉXITO EN LA CEREMONIA DE GRADUACIÓN DE 1992

Una pregunta para mí como profesional se centraba en el punto hasta el cual me permitiría yo entrar en la vida de la Sra. E. Yo también era un ser humano capaz de apreciar no sólo la magnitud de su dolor durante estados de empatía en sesiones grupales e individuales, sino que también podía ver la magnitud de su crecimiento. No solamente había presenciado, como matrona, el nacimiento de su nuevo yo libre de drogas, sino que también había observado las etapas de su crecimiento fuera de la comunidad terapéutica. Ella era una clienta en mi consulta

privada que seguía sorprendiéndome con los avances en su recuperación. Dada la magnitud de su crecimiento, pensaba qué formas podrían ser apropiadas para reconocerlo, incluso si ello significaba entrar a su vida más allá de los límites de la consulta. Me parecía que como testigo de su éxito, contra todo pronóstico al recuperar la custodia de sus hijos, yo tenía la posibilidad de honrar sus avances y elegí hacerlo. La ceremonia de graduación de otoño en Damon House (1992) sería nuevamente la ocasión para honrar a la Sra. E.

A través de los años, las conversaciones del personal sobre las graduaciones en Damon House se habían ido centrando en el hecho de que cada año parecían estarse graduando relativamente pocas mujeres. Otro tema común era el aparente patrón de “expulsar” a más mujeres que hombres cuando se descubrían relaciones sentimentales “encubiertas” durante el tratamiento. Fue para mí también un acto de justicia mi decisión de honrar a una mujer que simbolizaba a las pacientes abruptamente expulsadas, y que había logrado el máximo nivel de éxito para una madre (recuperar la custodia de sus hijos) . Cuando llegó la graduación del otoño de 1992 en Damon House, decidí darle a la Sra. E. un cuadro enmarcado con las palabras que había escrito para honrarla cuando recobró la custodia de sus hijos, a comienzos de noviembre de 1992. Estando ella entre los asistentes a la ceremonia invitada por sus pares, incluso su novio, la llamé al podio y le entregué ese premio sorpresa leyendo las palabras que aparecían en él. El novio, sentado en primera fila con los demás graduados, pudo ver de cerca cómo honré a la Sra. E. con este premio. Los asistentes se pusieron de pie para ovacionarla.

UNA BODA EN FEBRERO DE 1993

Surgió otra ocasión en la que tuve que decidir si seguía o no ampliando los límites de mi relación con la Sra. E. y su novio. En febrero de 1993 acepté la invitación a la recepción de su boda, celebrada en la sala comunitaria de un edificio de departamen-

tos en Harlem, a una cuadra de donde yo había vivido por 10 años hasta 1990. Grabé la recepción en video y les entregué a los novios una copia como regalo de bodas. En la recepción fui la matriarca africana que realizaba las tareas prácticas. Repartí la torta y fui pasando los platos, quedándome luego hasta tarde para ayudar a limpiar la sala. Para mí, esto era apoyo práctico en acción. Al igual que cuando entraba en estados de empatía con su dolor, entregando al grupo lo que era necesario, hice lo que era necesario en la recepción: repartir la torta y limpiar.

HACIENDO LO NECESARIO: TERAPIA FAMILIAR, DE PAREJA, GRUPAL Y TERAPIA PARA NIÑOS

Durante el año siguiente (1993 a 1994), mi apoyo práctico a la Sra. E. requirió sesiones semanales y luego bimensuales, de acuerdo a sus necesidades, además de sesiones en pareja, terapia familiar y terapia para su hijo. Ella participó también en un grupo femenino de corta duración en mi consulta privada. En ese grupo participaba también su antigua compañera de Damon House, la Sra. S., junto con otras cinco mujeres que se atendían en mi consulta. La terapia familiar ayudó a que esta nueva familia aprendiera a comunicarse y a su hijo le encantó tener la oportunidad de hablar de sus sentimientos y opiniones. Su hija se negó a decir una sola palabra en las sesiones familiares, pero solía acurrucarse en el brazo de su madre. A su hijo le sobraba calidez y tenía una aguda inteligencia y amaba a su madre con desesperación, lo que demostraba tocándola frecuentemente y mirándola largamente con ojos amorosos. Sus dos hijos eran exactamente iguales a ella en apariencia. Debido a ciertos problemas para disciplinar a los niños, sin recurrir al castigo físico, y a la mala conducta de su hijo en la escuela, se me solicitó ayuda para hacer lo que fuera necesario y yo entregué el apoyo adecuado a través de diversas modalidades de tratamiento. Hubo un período en el cual ella y su hijo venían a la consulta para recibir terapia. Los atendía juntos y también a su hijo por separado, en vista de

sus continuos problemas de conducta escolar. En esas sesiones combinadas y en otras sesiones familiares, ella les suplicaba que no siguieran sus pasos y que aprovecharan sus años de colegio mejor que ella que sólo había llegado a 2° grado básico.

Darle tratamiento a ella y a su familia gratis o por un valor simbólico era lo que se debía hacer, y para mí era un servicio a la comunidad. Ella también siguió haciendo lo que era necesario. En vez de golpear a los niños optó por retirarles las cosas con las que más disfrutaban, además de usar el “tiempo afuera” en el que separaba a los niños en distintos lugares de la casa para alejarlos de la TV y la radio. Se desesperaba cuando esas tácticas no parecían funcionar y cuando la carga de cuidar a sus hijos llegaba a sobrepasarla. Sin embargo, siguió haciendo lo que era necesario.

En un hecho que recalca su éxito en hacer lo necesario para ayudar a su hijo, en la primavera de 1993 a fines del año escolar, recibió un certificado en reconocimiento por haber sido una madre sobresaliente, debido a su grado de participación en la escuela de su hijo. A veces se sentaba al fondo de la sala en la clase de educación diferencial de su hijo, haciendo todo lo necesario para asegurar que se comportara lo mejor posible. Logró graduarse en la escuela primaria, lo que nunca había hecho, y luego pasó a la secundaria, donde lo ubicaron en las aulas regulares luego de haber sido inicialmente ubicado en las de educación diferencial. Paralelamente al progreso de su hijo, su propio avance en las clases de educación básica fue tal que llegó a un nivel de lectoescritura casi de quinto grado. Con orgullo, compartió conmigo una copia de un cuento de una página sobre su vida, que fue publicado en el boletín de su escuela básica. Ella concluyó esta breve narración,- que retrataba su dolorosa infancia, su recuperación de la adicción a las drogas y la relación con su terapeuta-, con la siguiente declaración: “Soy un milagro”.

CONCLUSIÓN

Para contar la historia de la Sra. E. y explicar cómo nues-

tro trabajo conjunto entre clienta y terapeuta nos transformó a ambas, creo que la breve historia que termina con la oración “Soy un milagro” es la mejor forma de expresar la índole de su éxito: llegar a un estado de abstinencia estable. La Sra. E. puede estar orgullosa de haber cumplido más de ocho años de abstinencia estable, sin recaídas consumiendo crack o cualquier otra sustancia de abuso. Aún así, para analizar cómo alcanzó este nivel de éxito, es importante reconocer el aporte de múltiples factores. Puede mencionarse, por ejemplo, lo beneficioso que fue que la Oficina de Bienestar Infantil hubiera abierto una causa por negligencia, gracias a la recomendación del padre de la Sra. E. y el resultado positivo de haberle ordenado ingresar a tratamiento en la comunidad terapéutica residencial durante nueve meses. Además, debe considerarse el impacto positivo de quince meses en total, en la comunidad terapéutica residencial Damon House Inc. de Nueva York, además de su participación en un grupo de mujeres intensivo de 3 horas semanales para la resolución de traumas, ya comentado en detalle. Mi contacto continuo con la Sra. E. en mi consulta y en mi trabajo con ella, su esposo y sus hijos en terapias de pareja, familiares, grupales y para niños, ya ha sido analizado como algo que era necesario hacer. Más allá de lo anterior, también participó en grupos de 12 pasos y durante un corto período fue miembro activo de un grupo femenino en el centro donde asistía a clases de educación básica. Durante nuestras sesiones hablaba específicamente sobre las reuniones para mujeres de Narcóticos Anónimos en Harlem, donde contaba su historia, siempre llorando abierta y profundamente cada vez que lo hacía, lo que movía a otras mujeres del grupo a abrazarla, y a otras a revelar por primera vez sus historias de abuso durante las reuniones.

Sin embargo, hubo cosas que no hizo y que vale la pena tener en cuenta. A través de los años, su asistencia a las reuniones de 12 pasos nunca alcanzó el nivel de regularidad que logró su esposo. Sin embargo, seguía manteniendo su abstinencia y se involucraba activamente en la vida de sus hijos. Tampoco parecía mantener

el número de contactos sociales y alianzas con amigos libres de drogas, lo que se recomendaba como ideal para recuperarse. Su amistad con sus compañeras de Damon House, como la Sra. S., se fue debilitando con los años hasta desaparecer. También decidió dejar de lado la seguridad de los ingresos de su esposo, separándose de él y probando que podía sobrevivir sola. No me pareció una buena idea, pero ella se las está arreglando sola bastante bien. En diciembre de 1997, cuando la vi por última vez durante una crisis precipitada por la baja asistencia escolar de su hijo, admitió que tendía a aislarse. Pero antes de evaluar la índole de su aislamiento, se debe considerar su participación en la vida de sus hijos y de su familia extendida. Inmediatamente después de esta confesión, me contó que se había hecho cargo de una de las hijas de su hermana, criándola ella casi sola, otra hermana a quien había alojado temporalmente y además iba a visitar a su hermano en la cárcel. Todo esto sugiere que, en los próximos años, probablemente seguirá siendo la matriarca de la familia, la persona en la que se puede confiar para pedir consejo, apoyo práctico o sabiduría de madre. En nuestras sesiones le he comentado cómo la he visto hacerse cargo, en diversas formas, de este rol de matriarca de la familia durante los últimos años. Como matriarca, simplemente hace lo que es necesario hacer.

Aparte de una tendencia al aislamiento, la Sra. E. a veces se siente deprimida. Típicamente esta depresión se asocia con la frustración de criar a sus hijos y de observar en ellos algunos de los sutiles efectos negativos de la niñez que han vivido. Con realista sentido común, paga el seguro que espera no necesitar nunca: pólizas que cubrirán el costo de sepultar a sus hijos. Su vida está marcada por un conocimiento íntimo de la violencia que se llevó al padre de su hija, por lo que reza para que esta violencia no se lleve también a su hijo. Ella ha mencionado muchas veces el dolor de ver a familias recorriendo el vecindario tratando de reunir fondos para un funeral. Es algo que quiere evitar. Tiene sueños y esperanzas para su hijo, pero por ahora sólo desea que vaya a la escuela todos los días.

Cuando la vi en diciembre de 1997, me contó sobre sus reuniones con el psicólogo que acababa de empezar a tratar a su hijo, luego que ella pidiera ayuda. El psicólogo le dijo que su hijo era muy inteligente y perceptivo, y que estaba seguro de que su madre no tendría una recaída por culpa del estrés que él le causaba. En su sesión privada, el psicólogo siguió explorando el tema de su prolongada abstinencia, al parecer sorprendido por el milagro que estaba presenciando. Ella le dijo al psicólogo: "Tengo una terapeuta a la que puedo llamar cuando lo necesite". Estoy segura de que me llamará y, cuando lo haga, haré lo que sea necesario: verla gratis o por un valor simbólico, y hacer lo que me nazca, tal vez impulsada por un espíritu o por un poder superior. Vi a la Sra. E. por última vez en el verano de 1999, y seguiré viéndola cuando sea necesario, haciendo lo que me sienta guiada a hacer.

En otro nivel, podríamos concluir que la Sra. E. hizo lo necesario al actuar como un símbolo colectivo del éxito, como un milagro, dada su elevación desde los días de abuso infantil y adicción al crack. En muchos niveles, ha hecho lo que ha sido necesario, actuando como prototipo del esfuerzo al trabajar su trauma y procesar profundamente su dolor. Ella representa a "todos" los que han sentido el dolor de un trauma horrible y necesitan entrar a su pozo de dolor, confiando en un proceso que los llevará al otro lado, sanando sus heridas del alma y dando a luz a un nuevo yo. Representa a todas las mujeres que han sido abusadas sexualmente, violadas y que se han vuelto adictas a las drogas, abriendo un paso en la montaña que otras podrán seguir cuando intenten alcanzar un estado de sanación y abstinencia. También simboliza el deseo de todas las familias que quieren perseverar en su lucha por romper el ciclo de la disfunción familiar. Simboliza la decisión de todas las madres de Harlem y de todos los barrios pobres que quieren salvar a sus hijos de las cárceles donde están sus tíos, o de la tumba. Encarna la tradición de todas aquellas mujeres que ven crecer a una generación y que de pronto se encuentran ejerciendo el rol de matriarcas,

siguiendo la tradición de hacer lo necesario por la familia extendida. Cuando muchos se preguntan cómo las comunidades como Harlem sobrevivieron a los embates de la epidemia del crack, a fines de la década de 1980 y comienzos de la de 1990, la Sra. E. surge como un símbolo colectivo de esperanza: hace lo que es necesario hacer para recordarnos que la sanación es posible, que pueden nacer nuevos yo libres de drogas y que los milagros sí ocurren.

Yo codifiqué lo que aprendí durante mis tres años en Damon House sobre el proceso de trabajo y resolución del trauma en grupos, proporcionando una guía para otros terapeutas (Wallace, 1996). Trabajando en otros programas de tratamiento de dependencia química, tanto residenciales como ambulatorios, me he encontrado con varios milagros. He conocido a muchas personas en proceso de recuperación de severas adicciones de diversos tipos. Pero el caso que he observado más de cerca durante ocho años es el milagro de la exitosa recuperación de la Sra. E. de una severa adicción al crack. En mi rol de su psicóloga, este proceso me transformó para siempre. Me he convertido en una terapeuta mucho más anclada en mi ser mujer afroamericana que en estados de prolongada empatía puedo sentir el dolor de mis hermanas y compartir el peso de sus recurrentes visiones traumáticas, las que las persiguen en la forma de flashbacks y recuerdos terroríficos.

Me he liberado de los límites dentro de los cuales Sigmund Freud y Carl Jung me permiten decir, actuar e, incluso pensar, transmitidos por mis propios mentores. En el círculo sagrado del grupo, observé el nacimiento de nuevos yo después de meses de esfuerzo en la resolución de traumas en corto plazo durante nuestro trabajo grupal.

Me inicié en los misterios de ser una matrona, siguiendo una sagrada tradición africana. Sentí plenamente el milagro de la sanación de las heridas del alma. Me siento honrada por el regalo de haber sido testigo de tales milagros durante mi vida, y doy gracias por haber hecho lo que fue necesario en mi labor

como psicóloga de la Sra. E. Aunque he tratado de contar su historia con algún detalle, es mejor que simplemente recordemos sus palabras, “Soy un milagro”.

Comentario

Por Andrew Tatarsky

Como todas las historias de este libro, el caso de la Sra. E. habla de muchos de los elementos centrales que influyen en el éxito del tratamiento de personas con problemas de uso de sustancias. En primer lugar, es un ejemplo de las razones que tenemos para ser optimistas sobre la posibilidad de que las personas logren cambios positivos, incluso en las situaciones más difíciles. El éxito de la Sra. E. sugiere que, dadas las circunstancias correctas, casi cualquier cosa es posible.

Ella era una mujer que había sufrido una seria adicción al crack por muchos años, previo al exitoso tratamiento en el seno de una comunidad terapéutica descrito en esta historia. Había llegado a ser incapaz de cuidar adecuadamente de sí misma y de sus dos hijos y había fracasado en numerosos tratamientos ambulatorios en el pasado. En esta oportunidad, ingresó a tratamiento no por decisión propia sino por orden de la corte, y al principio estaba enfurecida, disruptiva, hostil, con actitud “callejera” y emocionalmente ensimismada. En resumen, al igual que Donnie, el cliente de Frankfeldt (ver capítulo 5), ella era el tipo de usuaria de drogas que muchos habrían considerado un caso perdido.

Sin embargo, a pesar del oscuro panorama la Sra. E. procede no sólo a hacer buen uso del tratamiento para lograr un cambio personal dramático y duradero, sino que incluso se convierte en líder para otras mujeres en su grupo terapéutico, genera un poderoso impacto transformador en su terapeuta y nos muestra a todos cómo podemos sanar nuestros propios traumas personales.

¿Cómo pudo ocurrir algo tan sorprendente? ¿Indica este caso que todos los usuarios compulsivos de sustancias necesitan el apoyo y la que proporciona una comunidad terapéutica residencial? En este

caso, como sugiere Wallace, parece que la Sra. E. había demostrado su necesidad de tratamiento residencial a través de sus numerosos intentos fallidos de tratamiento ambulatorio. Más aún, necesitaba la presión externa de la corte para aceptar el tratamiento residencial como forma de recuperar la custodia de sus hijos. Podríamos decir que su motivación para aceptar el tratamiento residía en su deseo de estar con sus hijos, pero no era capaz de movilizarse sin el apoyo externo de la orden de la corte. En este caso dicha orden funcionó, lo que parece demostrar claramente el hecho de que la Sra. E. necesitaba apoyo externo dado que sus recursos internos eran insuficientes.

¿Cómo comprender su necesidad de un tratamiento intensivo de este tipo? Primero, su uso de crack era intenso y estaba fuera de control. Sus apoyos sociales y su estructura de vida virtualmente habían desaparecido. Estaba atrapada en la clásica red que envuelve a muchas personas cuando el uso de sustancias se vuelve central en sus vidas. El uso de drogas y las actitudes y comportamientos asociados eran tanto la causa de crecientes problemas en todas sus áreas de funcionamiento como formas primarias de afrontar dichos problemas y de automedicar los difíciles sentimientos relacionados con ellos. Dejar de lado el uso y las actitudes asociadas se vuelve cada vez más difícil puesto que deja al usuario abrumado por la mayor claridad para ver sus problemas y los dolorosos sentimientos asociados a ellos, con pocos o ningún recurso para lidiar con ellos. Como si esto no fuera ya suficientemente complicado, muchos usuarios, como la Sra. E., deben enfrentar, además, una amplia gama de difíciles problemas anteriores que probablemente contribuyeron a su uso de sustancia. En el caso de la Sra. E., tenían que ver con su historia de abusos en la infancia y el trasfondo de dolor asociado a ella. No es sorprendente, entonces, que para muchas personas este círculo vicioso sea casi imposible de romper.

Si se logra un “calce correcto” con las necesidades y la motivación del cliente y el momento adecuado, entonces la estructura y el apoyo de la comunidad terapéutica pueden crear las condiciones óptimas para permitirle al cliente dejar de lado sus antiguas y disfuncionales formas de afrontamiento y abrirse al aprendizaje de

soluciones nuevas más plenamente satisfactorias. Puesto que el uso de drogas y las actitudes y conductas asociadas constituían formas primarias para organizarse y funcionar en el mundo, abandonarlas podría reducir temporalmente la capacidad del usuario de funcionar en muchas áreas. Las rutinas diarias consistentes, las reglas y expectativas claras de la CT, las menores responsabilidades de la vida dentro de la CT al no tener que ganar un sueldo, pagar arriendo, lidiar con las dificultades de las relaciones familiares, etc., además de las intensas relaciones cercanas con pares y funcionarios que eventualmente se desarrollan con quienes se comparte la intensa terapia casi diariamente, todo eso genera una especie de “ego” externo o mente grupal en la que la clienta puede confiar durante el proceso de abandonar sus defensas adictivas y sus formas de organización disfuncionales. Esta es la “red de seguridad” de la que habla Wallace, que está preparada para recibir a la clienta cuando ella está por caer, libre de sus mecanismos de afrontamiento y síntomas autodestructivos. Cuando ocurre esta caída libre, que algunos llaman rendición, se hace posible acceder a los poderosos y dolorosos sentimientos y experiencias que hasta entonces se encontraban cercados, pero que ahora pueden “procesarse” o resolverse en formas nuevas. Ahora es posible dolerse por las pérdidas anteriores, es posible que la rabia frustrada llegue a expresarse y es posible que las necesidades ignoradas sean sacadas de la oscuridad de la vergüenza y llevadas a la luz de las relaciones actuales donde es posible su satisfacción. En estas circunstancias puede darse una sanación profunda y un cambio de personalidad.

Esto es lo que la Sra. E. logró y con Wallace como testigo. Lo que la historia revela también es la universalidad de la experiencia de la Sra. E. Esa experiencia tocó una fibra profunda en Wallace y también en un gran grupo de profesionales con quienes compartió la sanación de la Sra. E.

Wallace valientemente comparte con nosotros el trabajo emocional personal que la terapia con la Sra. E. la forzó a realizar en sí misma. Este es un elemento universal de nuestro trabajo, que las personas ajenas a la profesión rara vez conocen y que pocas veces

vemos revelado de manera tan clara en las descripciones de los terapeutas. No es raro que nuestros clientes nos fueren a resolver algo en nosotros mismos o a cambiar algún aspecto nuestro para poder ayudarlos. Si el terapeuta no está abierto a ser transformado de esta manera por el proceso, es probable que la terapia se estanque y llegue rápidamente a una conclusión insatisfactoria. A pesar de que muchas personas temen que sus terapeutas sean meros analistas, observadores poco comprometidos y sin emociones, muchas veces la voluntad del terapeuta para abrirse emocionalmente a la posibilidad de que el proceso tenga influencia en él, es justamente lo que hace que la terapia funcione para el cliente.

Un punto estrechamente relacionado era la voluntad de Wallace de hacer “lo que fuera necesario” para ayudar a la Sra. E. Para Wallace, esto con frecuencia significó romper diversas reglas aprendidas durante su formación y llevar a cabo prácticas poco ortodoxas. Este es uno de los temas importantes que cruza la mayoría de las terapias descritas en el libro. Al responder a la singularidad de cada cliente, los terapeutas muchas veces se ven obligados a hacer lo que éste parece necesitar en lugar de apegarse a la ortodoxia. El arte de ser un psicoterapeuta está en saber cuándo y cómo hacer esto en beneficio del trabajo. Estos momentos de valentía y creatividad son muchas veces el trampolín para el desarrollo de nuevos enfoques de trabajo.

Creo que estas dos cualidades de la entrega de Wallace en su trabajo con la Sra. E reflejan la verdadera preocupación que experimentó por su paciente. Fue debido a esta preocupación que Wallace tuvo la voluntad de hacer todo lo que fuera necesario.

Al hacer lo necesario en términos de las estrategias, los honorarios, etc., le comunicó a la Sra. E. su preocupación por ella y le transmitió el poderoso mensaje de que ella era alguien de quien valía la pena preocuparse. Esto era lo que nunca había recibido en su niñez; de hecho en repetidas ocasiones le habían mostrado que no era digna del cuidado de sus padres. La experiencia de ser digna del cuidado de Wallace parece haber sido el núcleo del nuevo yo que el tratamiento le ayudó a dar a luz, el núcleo que la sostuvo en su compromiso de vivir libre de drogas, sus esfuerzos por recuperar

la custodia de sus hijos y su deseo y capacidad de ir a la escuela y llegar a ser económicamente autosuficiente.

La historia de la Sra. E es otro ejemplo del poder inspirador de la relación terapéutica en ambos participantes, para armarse de la valentía y la creatividad necesarias para lograr increíbles cambios positivos en el Yo de quien se halla en el rol del paciente.

Referencias

Wallace, B. C. (1996). *Adult Children of Dysfunctional Families: Prevention, Intervention, and Treatment for Community Mental Health Promotion.* Westport, Conn.: Praeger.

Wallace, B. C. (1995). Women and minorities in treatment. In A. M. Washton (Ed), *Psychotherapy and Substance Abuse: A Practitioner's Handbook.* New York: Guilford Press.

Wallace, B. C. (1993). Cross-cultural counseling with the chemically dependent: Preparing for service delivery within our culture of violence. *Journal of Psychoactive Drugs*, 24(3): 9-20.

Wallace, B. C. (1992). The therapeutic community as a treatment modality and the role of the professional consultant: Spotlight on Damon House. In B. C. Wallace (Ed.) *The Chemically Dependent: Phases of Treatment and Recovery.* New York: Brunner/Mazel.

TERAPIA DE GRUPO DE REDUCCIÓN DE DAÑOS

El Grupo de Apoyo para la Sobriedad

Por Jeannie Little

LOS BENEFICIOS DE LA TERAPIA GRUPAL

La terapia grupal ha sido uno de los pilares del tratamiento tradicional de abuso de sustancias. Aunque muchas personas con problemas de uso de drogas obtienen grandes beneficios de la psicoterapia individual, como se ha ejemplificado en la mayoría de las historias de este libro, la terapia grupal ofrece algunas ventajas únicas con respecto a la terapia individual. Se debe considerar, sea como complemento de la psicoterapia individual sea como modalidad primaria para aquellos clientes incapaces de aprovechar las ventajas de la terapia individual, por razones prácticas o psicológicas.

La terapia grupal ofrece muchos de los beneficios de las comunidades terapéuticas en una forma menos intensa. Dentro de los grupos, los participantes tienen la oportunidad de ver sus propios problemas desde una perspectiva más realista que ayuda a reducir la ansiedad, la vergüenza y la culpa que a menudo acompañan a los problemas de uso de drogas. Los pacientes logran ver que otras personas comparten sus problemas y que personas con problemas similares han tenido éxito en resolverlos. Estas experiencias pueden inspirar esperanza donde antes no había ninguna y generar el coraje y la motivación necesarias para probar nuevas soluciones. La terapia grupal puede ser también un laboratorio para observar cuáles estrategias interpersonales no funcionan, probar nuevas formas de relacionarnos con los demás y obtener retroalimentación de los demás con el fin de corregir las distorsiones negativas que tenemos sobre nosotros

mismos. También es un lugar donde podemos compartir, discutir y probar ideas y estrategias para hacer cambios en nosotros mismos y en el mundo. Finalmente, a diferencia de la terapia individual, los grupos también ofrecen a sus miembros la oportunidad de usar sus fortalezas para ayudar a otros participantes. Así, los miembros de un grupo tienen la oportunidad tanto de acceder y desarrollar sus fortalezas interpersonales como a trabajar sus propias dificultades.

BENEFICIOS Y LIMITACIONES DE LOS GRUPOS DE SOLO ABSTINENCIA

Dado que el tratamiento del abuso de sustancias ha tenido como idea dominante apuntar únicamente a la abstinencia, los grupos de abuso de sustancias en general se han limitado a los clientes comprometidos a abstenerse de todas las sustancias que causan alteraciones del ánimo. He dirigido muchos grupos de este tipo a lo largo de los años, y he sido testigo del poder que pueden tener para ayudar a sus miembros a hacer cosas que habían sido incapaces de lograr, a pesar de haber realizado grandes esfuerzos antes de unirse al grupo. Es como si se manifestara una especie de magia cuando un grupo de personas se reúnen para buscar los mismos objetivos, una magia que inspira y motiva. Vemos esto en equipos deportivos, ambientes educacionales y en grupos de trabajo.

La limitación obvia de estos grupos es que las personas que no están dispuestas o no son capaces de dejar de usar sustancias no son admitidas en los grupos o se les pide que se retiren de ellos. A menudo se considera que estos individuos son “poco serios” o “no están listos”, o son una amenaza para los miembros que están buscando la abstinencia.

Este enfoque no logra considerar por completo que la motivación para detener el uso a menudo es mixta y puede variar por algún tiempo mientras el usuario va aclarando la naturaleza de su uso y las metas a seguir en el largo plazo. A menudo, las personas llegan al tratamiento durante una crisis y en momentos en que fuertes presiones de los demás han aumentado su motivación para dejar de

usar drogas. Esto puede llevar a las personas a ocultar su deseo de usar drogas su ambivalencia sobre la decisión de dejarlas, pero sólo temporalmente, para resurgir luego que la crisis ha pasado. En este punto, el regreso del deseo de usar drogas o la decisión de usarlas puede indicar los temas que lo hicieron buscar ayuda en el grupo son ahora más accesibles para ella. Pedirle a la persona que deje el grupo o que deje de lado esos deseos puede ser a la vez poco realista y contra-terapéutico. Justo cuando puede iniciar el trabajo real y cuando el miembro del grupo ha comenzado a desarrollar relaciones de apoyo, que pueden ayudarlo a usar el grupo para abordar los temas que van emergiendo, obligarlo a salir puede ser una oportunidad perdida o un duro revés para su compromiso de trabajar en sí mismo.

Exigir que un posible miembro suspenda su uso para ingresar a un grupo cuando todavía no ha resuelto su ambivalencia con respecto al uso, puede hacer que la persona, inconscientemente, sumerja su deseo de consumir, lo que le impide acceder a los temas relacionados con ese deseo y los deja a la espera de resurgir más tarde.

Esta situación la observé muchas veces en clientes que ingresaban a programas de tratamiento en los que trabajé, enviados por sus empleadores para que pudieran mantener su trabajo. Como Tom, -el cliente sobre el que escribí en el Capítulo 1-, muchos de estos individuos eran capaces de cumplir con el requisito de abstinencia del programa hasta satisfacer la exigencia de su empleador, sólo para volver a usar drogas, generalmente de forma intensa, como si no se hubiera realizado un trabajo más profundo. Lo impactante era que los clientes parecían ser muy sinceros mientras estaban en el programa. No parecía que estuvieran fingiendo durante el tratamiento, sino más bien que la orden de entrar al programa había ocultado su deseo, de modo que ellos mismos se sorprendían por la rapidez e intensidad con la que volvía el consumo cuando ya no sentían una presión externa.

Bobby es otro cliente con el que trabajé y que ejemplifica esta situación. Había llegado a un programa intensivo para pacientes ambulatorios, que yo dirigía, debido a la insistencia de su padre, que había sorprendido a Bobby fumando crack. Bobby había fumado marihuana diariamente durante años, luego de lo cual comenzó

a usar crack unos dos años antes de acudir a nosotros. A lo largo de esos dos años, su consumo de crack se había transformado en un hábito diario que estaba causando graves problemas en muchas áreas de su vida. Bobby ingresó a un grupo que yo dirigía, que se reunía tres veces por semana, y rápidamente dejó de usar drogas por completo y se dispuso a ordenar su vida y a resolver los temas personales que se expresaban en su uso de drogas. Luego de un año en tratamiento, dejó el grupo con éxito. Dos años más tarde llamó a mi consulta privada para pedir ayuda: había vuelto a un patrón muy similar de uso de crack y otra vez estaba en serios problemas. En nuestra primera reunión, me dijo que nunca había sido su intención dejar de usar drogas “de por vida” mientras estuvo en el anterior programa de tratamiento, y que incluso tenía una bolsa de marihuana en el bolsillo en su última reunión de grupo, para drogarse cuando terminara. Como nuestro grupo tenía un sesgo claro hacia la abstinencia completa de por vida y cualquier uso de drogas o intención de usarlas se habría considerado un fracaso, Bobby no se sintió libre de expresar su ambivalencia sobre la abstinencia en el trabajo dentro del grupo. Esto puede haber contribuido a su decisión de no discutir su intención de volver a fumar marihuana, lo que lo dejó a volver a su anterior patrón de uso, porque algunos temas relevantes no habían sido tratados a fondo en su tratamiento.

Aunque creo que este grupo limitado debiera estar disponible para los clientes que lo pidan, no creo que sea clínicamente necesario para muchos; y que un grupo de reducción de daños con un criterio de ingreso menos restrictivo, tendría muchas ventajas para personas que buscan una gama de metas diversas en relación a su uso de drogas.

LOS GRUPOS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS

Durante los últimos diez años, un pequeño número de profesionales con consultas privadas, y algunos programas de tratamiento de drogas y alcohol del país, han estado ofreciendo grupos de reducción de daños para clientes con problemas de uso de sustancias. Estos grupos en general desafían el requisito tradicional de considerar solo

abstinencia, al abrirse a personas preocupadas por su uso y que desean reducir el daño que éste les causa, pero sin suspender necesariamente su consumo. Esto permite que el grupo trabaje en conjunto para identificar qué tiene de dañino el uso de drogas para cada miembro y definir cuáles son las metas más saludables, realistas y que más refirman la identidad de cada uno. Las diferencias entre los miembros en cuanto a sus definiciones del daño y a sus metas personales sobre el uso de drogas, pueden incluso ayudar a todos en sus esfuerzos por clarificar estos conceptos cada uno para sí mismo. Más que tratar de “proteger” a los participantes de aquellos que expresan su deseo o intención de usar drogas, el grupo de reducción de lo considera potencialmente muy útil para los miembros que puedan sentirse amenazados. Es posible considerar que esta amenaza se relaciona con algún deseo similar que está siendo estimulado en el miembro amenazado, lo cual debe explorarse y abordarse, y no ser dejado de lado. Los miembros de estos grupos apuntan juntos al objetivo de ayudar a que cada uno logre lo que le parezca más importante. Más que exigir conformidad, estos grupos destacan lo que es único en cada uno de sus miembros, reconociendo así el valor que todos tenemos y que nos permite hallar lo que más nos beneficia.

Para este capítulo he escogido una historia de Jeannie Little, una trabajadora social clínica de San Francisco, pionera en la aplicación del modelo de reducción de daños a la terapia grupal. Su historia trata el desarrollo de un grupo de reducción de daños que ella y otro profesional lideraron para un grupo de veteranos de guerra en situación de calle y con serios problemas de uso de drogas combinados con graves dificultades psiquiátricas. La historia demuestra cómo este enfoque, de acuerdo con sus características particulares, logró ayudar a un grupo de personas que no habían encontrado ayuda confiable en ningún otro lugar. Es también la historia de la evolución del grupo y de la forma como Little llegó a tomar muchas de sus decisiones sobre la estructura y las normas del mismo. La autora se refiere a los fundamentos racionales de sus decisiones y entrega además una descripción detallada sobre cómo establecer un grupo de reducción de daños.

El Grupo de Apoyo para la Sobriedad: Un grupo de reducción de daños para adultos con doble diagnóstico

Por Jeannie Little

Asistieron diez personas, tres eran abstemias, siete usaban alcohol o drogas en forma activa. Siete presentaban un doble diagnóstico (coexistencia de uso de sustancias y al mismo tiempo trastornos psiquiátricos como depresión, esquizofrenia o estrés postraumático). El grupo era facilitado por mi co-terapeuta, George Gibbs, y yo. La sesión empezó con un conflicto potencial. Joseph, que era nuevo en el grupo y había estado en una comunidad de tratamiento residencial y también durante diez meses en un programa de recuperación de 12 pasos, comenzó a hablar en forma agitada sobre los altos niveles de ira y resentimiento que estaba experimentando. Puesto que estaba en tránsito hacia otra fase de su programa de tratamiento ambulatorio, estaba a punto de perder a su consejero y a su doctor. Por su condición de veterano de Vietnam con estrés postraumático severo (TPEP), no creía mucho en la confiabilidad de las personas, situación que era muy traumática para él. Nos contó que su meta era desarrollar un programa espiritual que, según creía, podría calmarlo y ayudarlo a evitar los sentimientos negativos.

Después habló Alberto. En un monólogo largo y disperso, contó que se sentía bien y terminó diciéndonos que había bebido una cerveza temprano en la mañana, lo que lo hizo sentir “muy bien equilibrado”. Esta era una revelación sorprendente por parte de Alberto, que en sus cuatro años de asistencia al grupo nunca había mencionado su uso activo de alcohol. El grupo le respondió en silencio, puesto que la mayoría de los participantes sabían que Alberto era psicótico y tomaría cualquier respuesta como una crítica. Joseph, que era nuevo en el grupo, parecía impactado y empezó a cuestionar la suposición de Alberto de que el alcohol lo ayudaría a mantenerse equilibrado. Alberto le respondió diciendo “parece que estuviéramos en un campamento militar”.

Usó una metáfora para plantear una objeción al cuestionamiento de Joseph sobre su uso de alcohol. Le expliqué a Joseph que era costumbre en este grupo pedir permiso antes de referirse a los dichos de alguien, cortando así cualquier posibilidad de conflicto.

José (TPEP severo y no tratado, y alcoholismo avanzado) habló sobre su impulso a beber luego de haber tenido una interacción negativa en el bus. Reflexionó un rato acerca de lo fácil que es para él caer en un estado mental negativo. Randy (depresión mayor, extremadamente aislado, abstinentes de heroína y alcohol) se preguntaba si él sería capaz de comprometerse con un trabajo voluntario y ser responsable. Su foco era su miedo a mantener relaciones estables.

Arthur (esquizofrenia, fuerte uso diario de crack y cocaína) dijo, “No puedo decir nada porque aún estoy allá afuera”.

Harold (uso de crack cocaína y marihuana) comenzó diciendo que quería “escapar de aquí”. En este punto, el grupo saltó a la fase de interacción.

Harold había estado semanas esforzándose por idear cómo evadir el test de drogas aplicado aleatoriamente en su empleo, para poder seguir fumando marihuana. También estaba tratando de mantener relaciones con dos mujeres al mismo tiempo, a la vez que intentaba evitar usar crack. Repentinamente sugirió que si dejaba San Francisco tal vez tendría una vida sin complicaciones y sin tentaciones de usar crack. Los demás miembros del grupo supusieron que algo había ocurrido que había alterado a Harold, y reaccionaron a su inusual propuesta diciéndole que “hacer una geográfica⁸” no cambiaría nada, consejo que Harold recibió favorablemente.

Mike había estado callado y George y yo lo invitamos a hablar.

Mike es un alcohólico crónico con TPEP sin tratar, depresión y

⁸ En el texto original el concepto utilizado en inglés es “doing a geographic”. Este es un término que proviene de la tradición de Alcohólicos Anónimos para describir lo que hacen muchas personas con problemas de drogas y alcohol cuando sus problemas se vuelven inmanejables. Se refiere a sus intentos de definir el problema fuera de sí mismos, por lo tanto, sin encontrar una solución. Descansa en la fantasía de que cambiándose de ciudad, de trabajo, de amigos, todo va a funcionar mejor. Sin embargo la vida nunca se volverá manejable hasta que reconozca la fuente: nosotros mismos, nuestros conflictos y confusiones internas, juicios, resentimientos, rabias, etc. Nada se arregla hasta que estemos dispuestos a asumir la responsabilidad de nuestras vidas (Nota del Traductor).

rasgos de personalidad derrotista, que además ha hecho muchos intentos infructuosos de recibir tratamiento ambulatorio. Rara vez asistía al grupo y, cuando lo hacía, nunca se quedaba durante la sesión completa. En esa ocasión, habló sobre su deseo de visitar a su familia durante junio o julio. Le pregunté si pensaba que debía estar sobrio antes de ir. (Yo había tenido contacto con su familia y conocía sus preocupaciones sobre su ingesta desmedida de alcohol). Dijo que suponía que sí. Jon preguntó “¿cuánto tiempo tiene que pasar para que consideres que estás sobrio?”.

Yo dije, “esa es una buena pregunta, junio empieza en... ocho días” (José terminó mi oración). Mike dijo “bueno, tal vez vaya en julio”. Él y el grupo se rieron a carcajadas. Parecía una interacción menor, pero era importante que el grupo experimentara ese tipo de humor, especialmente para Mike que nunca atraía atención positiva. Y nunca se había visto que Mike tuviera un momento de auto-revelación como ése. Se quedó durante toda la sesión.

Después de esto, el grupo quedó en silencio durante un momento y luego se desarrolló una discusión espontánea. Harold volvió al tema de dejar la ciudad y compartió su fantasía de que en un ambiente nuevo sería capaz de sentirse bien consigo mismo todo el tiempo, lo que lo alejaría del uso de drogas en forma natural. George dijo “nunca te sentirás bien contigo mismo todo el tiempo”. Conecté la fantasía de Harold con la de Joseph, en la que éste desarrollaría una vida espiritual que le permitiría dejar atrás su ira, su resentimiento y su dolor. El resto de la sesión se concentró en diversos pensamientos y experiencias personales con respecto al dolor y en la dificultad de aprender a tolerarlo en formas que no habían aprendido anteriormente. El centro de la discusión fue la interacción entre el hecho de experimentar eventos vitales y estados emocionales dolorosos y el uso de drogas y alcohol.

Es importante destacar que nunca retomamos el tema de que Orlando había bebido una cerveza. Yo estaba consciente de esa omisión. Él había estado especialmente callado. Aunque es mejor no ignorar esas revelaciones, especialmente en el caso de un participante tan comprometido, decidí hacer justamente eso.

Puesto que la discusión sobre el dolor y la necesidad de sentirse aliviado era tan pertinente a su caso y, como podía ver que hacía tanto contacto visual conmigo, me abstuve de dirigirme a él directamente. En su lugar, elegí dejar que el estado de ánimo del grupo lo agarrara, cosa que finalmente pasó, como se pudo observar por su participación en la discusión.

Este episodio está tomado de una sesión de un grupo de apoyo abierto, que ha operado desde 1994. Creé el grupo como tratamiento alternativo para veteranos de guerra con doble diagnóstico que habían sido rechazados por (o que rechazaban) otros programas o grupos de tratamiento enfocados en el alcohol y las drogas. El así llamado Grupo de Apoyo para la Sobriedad emplea estrategias de reducción de daños y una estructura abierta para ayudar a clientes con doble diagnóstico a lidiar con su uso de drogas y alcohol. En un grupo abierto, las personas pueden asistir cómo y cuándo deseen. Generalmente no es necesario hacer ningún compromiso para asistir. La reducción de daños se refiere a cualquier intervención con usuarios activos de drogas y/o alcohol que sirva para reducir el daño causado por estas sustancias, sin reducir necesariamente el uso mismo. El movimiento de reducción de daños promueve y se guía por un conjunto de principios que el grupo encarna (aunque yo no había escuchado sobre la reducción de daños cuando fundé este grupo.) Sus principios más importantes son: 1) debemos empezar desde donde el cliente se encuentra y aceptar a cualquier persona que solicite tratamiento, sin cuestionar sus motivaciones o metas; 2) debemos actuar en forma respetuosa con nuestros clientes y confiar en que están haciendo lo que necesitan hacer, aún cuando usen drogas; y 3) debemos honrar la singularidad de la historia y de la relación con las drogas y el alcohol de cada persona, conscientes de que al contar su historia, una persona crece en sabiduría sobre sí misma.

El grupo es parte de un programa de Outreach⁹ para vete-

⁹ Outreach es la actividad de proporcionar servicios a poblaciones que de otro modo no tendrían acceso a esos servicios. Un componente clave de Outreach es que los grupos que lo entregan no son estacionarios sino móviles; en otras palabras, atienden a los que tienen necesidad de servicios de Outreach en las localidades donde ellos están. Además de entregar servicios, Outreach tiene un rol educativo, elevar la conciencia de los servicios existentes (Nota del Traductor).

ranos de guerra en situación de calle asociado con el Centro Médico de la AV [Centro Médico para Veteranos de Guerra] en San Francisco. Fue el primer grupo de tratamiento en recibir a veteranos de guerra con doble diagnóstico que consumían drogas y alcohol activamente, y continúa siendo el único grupo cuya meta no es necesariamente promover la abstinencia, a pesar de tener un nombre un tanto engañoso. Elegí un nombre que subrayara el objetivo primario del grupo, el uso de drogas y alcohol, y que además reconociera el hecho, realista o no, de que la mayoría de los clientes, especialmente los que han estado expuestos al sistema de tratamiento de la AV (Administración de Veteranos de Guerra), declaran públicamente su compromiso de abstenerse, dado que es la orientación de la agencia. El nombre es hoy parte de la historia y la tradición del grupo, y ha generado interesantes discusiones sobre los múltiples significados de la sobriedad, como “seriedad” y “gravedad”, discusiones que han servido para aumentar la sensación de importancia de sus miembros. Clientes y terapeutas por igual parecen ignorar el sesgo inherente al nombre.

La meta del Grupo de Apoyo para la Sobriedad es crear un ambiente de tratamiento donde no se enjuicie a sus miembros y que disminuya su sensación de crisis, aumente su sensación de competencia, fomente la auto-reflexión, explore la relación de cada persona con las drogas y el alcohol, cree un sentido de pertenencia en personas que muchas veces se encuentran desconectadas de las estructuras sociales y promueva el desarrollo de relaciones constructivas en las cuales la inteligencia y sabiduría de cada persona sean importantes y útiles.

El grupo muy pronto se hizo popular rápidamente. Durante los cinco años en los que se ha reunido tres veces por semana, han asistido aproximadamente 500 veteranos de guerra. El sesenta por ciento de ellos han asistido regularmente, utilizándolo como tratamiento principal durante un período que va de tres meses a cinco años. Sólo el 10% ha asistido a una única sesión. Normalmente a cada sesión asisten de 6 a 22 personas, aunque

lo común es que lleguen entre 8 y 14. El grupo es heterogéneo, con dos excepciones significativas: todos los miembros son veteranos guerra y la mayoría son varones. Típicamente, la mitad de los asistentes a cualquier sesión grupal declaran consumir crack como droga principal, un cuarto usan primariamente alcohol, mientras que el resto se reparte entre la heroína, las anfetaminas y la marihuana. El grueso de ellos usa o abusa de múltiples sustancias. Más de la mitad de los participantes de cada sesión presentan doble diagnóstico, comúnmente un trastorno de personalidad, un trastorno psicótico, un trastorno del ánimo, y/o un trastorno por estrés postraumático u otro trastorno de ansiedad. El grupo es también racial y étnicamente mixto: en una sesión típica, más de la mitad de los participantes son afroamericanos, una cantidad algo menor son europeo-americanos, un tercio son latinos y un participante es nativo americano. Casi la mitad de los asistentes en algún momento se han encontrado en situación de calle. Finalmente, alrededor de la mitad de los participantes están comprometidos con la abstinencia.

EL PROBLEMA DEL DOBLE DIAGNÓSTICO

En mis labores como trabajadora social en una unidad de hospitalización para pacientes con doble diagnóstico, de la Administración de Veteranos de Guerra de San Francisco, he observado un patrón en ciertas personas que ingresaban a tratamiento cada vez que sufrían una recaída. La condición social, psiquiátrica y/o médica de esos pacientes se deterioraba de tal modo que habría sido difícil tratarlos ambulatoriamente, aunque hubieran sido elegibles para recibir un tratamiento de ese tipo; sin embargo, con frecuencia no lo recibían debido a que no cumplían ciertos criterios diagnósticos de exclusión. Generalmente no estaban dispuestos a abstenerse o no eran capaces de lograrlo, o tenían dificultades para cumplir con las expectativas y la estructura de esos otros programas. Por las mismas razones, éstos eran pacientes que no ingresaban a programas de 12 pasos. En su mayoría

estaban en situación de calle, marginados económicamente y poseían un mínimo nivel de apoyos sociales. Muchos llevaban vidas estresantes y combativas en un ambiente hostil que no les daba tregua. Ninguna cantidad de “consejos” parecía impactar la naturaleza de “puerta giratoria” de su relación con el tratamiento.

Las personas con doble diagnóstico presentan desafíos únicos para el tratamiento. Los efectos de las drogas y el alcohol pueden imitar los síntomas de ciertas enfermedades psiquiátricas, lo que dificulta hacer un diagnóstico preciso. Las drogas de la calle pueden interactuar con los medicamentos psiquiátricos haciendo que estos últimos se vuelvan ineficaces o inseguros. En consecuencia, el personal psiquiátrico a menudo se resiste a recetar medicamentos a usuarios activos de drogas antes de que reciban tratamiento por abuso de sustancias y/o se abstengan de todas las drogas de la calle.

Tradicionalmente, las enfermedades psiquiátricas y los desórdenes por uso de sustancias han sido tratados en sistemas separados. Usualmente ambos trastornos se identifican como trastornos primarios y el cliente es enviado al servicio de tratamiento correspondiente. Los trastornos se tratan de manera secuencial, como si presentaran síntomas que pudieran -de hecho deben- ser tratados independientemente uno de otro. El resultado es que los clientes, en cuya experiencia personal los dos trastornos interactúan y muchas veces son indistinguibles, van y vienen entre dos sistemas de tratamiento, ninguno de los cuales es capaz de adecuarse a personas con el otro trastorno.

Los expertos de la comunidad de tratamiento de drogas, muchos de los cuales se encuentran en recuperación, consideran que el apoyo que entrega el tratamiento psiquiátrico es insuficiente para enfrentar el uso activo de drogas. Esta actitud ha convencido a los trabajadores de la salud mental de que no tienen la preparación adecuada para tratar los problemas de drogas y alcohol de sus clientes, y que ello debe dejarse a personal especializado en tratamiento de drogas. (La pericia en el tratamiento de drogas, a diferencia de otras ramas de la salud, con frecuencia es más respetada cuando es fruto de la experiencia personal).

Los programas de abuso de sustancias tradicionalmente han ayudado a los adictos que han “tocado fondo”, aquellos que están listos para rendirse ante un poder superior y dispuestos a seguir el consejo de otros que han tenido éxito en alcanzar la abstinencia. Este estilo de tratamiento ha sido históricamente confrontacional, a veces incluso agresivo, y apunta a derribar las defensas del adicto (en especial la negación) para evitar de este modo daños mayores y lograr una recuperación más rápida. Este tipo de tratamiento no es adecuado para quienes sufren de enfermedades mentales, dado que su estabilidad mental/emocional puede ser demasiado frágil para resistirlo. Se ha usado esta inadecuación como un argumento para excluir del tratamiento por abuso de sustancias a personas con enfermedades mentales. Además, el uso de medicamentos psiquiátricos históricamente se ha mirado con sospecha, y existen muchos programas que continúan rechazando a personas que utilizan psicotrópicos por orden médica.

El mayor problema es encontrar un programa de tratamiento que se adecúe a clientes no comprometidos con la abstinencia. Todos los tratamientos para el abuso de sustancias parten del supuesto que el usuario de drogas o alcohol está buscando la abstinencia. La abstinencia es un requisito para ingresar a la mayoría de los programas. Incluso los grupos de 12 pasos (como Alcohólicos Anónimos y Narcóticos Anónimos), que son fácilmente accesibles y están abiertos a cualquier persona, exigen que la persona tenga la intención de dejar de beber. El abuso y la dependencia de sustancias parecen ser las únicas categorías de diagnóstico (en el DSM) que requieren que la persona abandone sus síntomas antes de ser elegible para recibir tratamiento.

La voluntad de abstenerse del alcohol y las drogas de la calle es quizás la mayor dificultad que enfrentan las personas con doble diagnóstico. Además de causar o exacerbar los síntomas psiquiátricos, las drogas y el alcohol también les proporcionan alivio, por lo que a veces se usan con el propósito de “automedicarse”. Por ejemplo, pueden bloquear recuerdos traumáticos,

aliviar temporalmente la depresión, mantener a raya la irritabilidad o la ira, aliviar los síntomas del déficit atencional y reducir los síntomas asociados con la esquizofrenia. Asimismo, muchos medicamentos psiquiátricos tienen efectos indeseables, que pueden contrarrestarse con las drogas o el alcohol. De éstos, los ejemplos más notables son el embotamiento o la agitación causados por los medicamentos antipsicóticos. Los estimulantes pueden restaurar hasta cierto punto la sensación de normalidad, y el alcohol y los sedantes pueden calmar la agitación. A pesar de la singularidad de las enfermedades mentales y sus tratamientos, los beneficios sociales de las drogas y el alcohol son los mismos tanto para quienes sufren de enfermedades mentales como para el resto de las personas. Estos beneficios incluyen una mayor facilidad social, alternar con los pares y el estímulo de la actividad sexual. Estos beneficios pueden ser especialmente significativos para quienes sufren de enfermedades mentales severas, puesto que a menudo se sienten aislados debido a sus síntomas psiquiátricos.

Creo que los dobles diagnósticos, al igual que el uso de drogas, existen en un continuum que va de lo problemático a lo no problemático. En otras palabras, todas las personas que abusan de las drogas o el alcohol, no sólo aquellas con enfermedades mentales o emocionales, pueden estar “automedicándose”. Quienes han abusado de alguna sustancia o se han vuelto dependientes de las drogas a menudo se describen como personas que tienen problemas de confianza y autoestima, y dificultades en sus relaciones. Muchos creen que usan las drogas para afrontar el dolor o el sufrimiento, o algún desequilibrio que perciben en su estado mental o en su relación con el mundo. La diferencia entre el sufrimiento mental de quienes abusan de las drogas y el de los afectados por enfermedades mentales, tal vez se defina sólo por su intensidad y por la presencia o ausencia de un diagnóstico formalmente asignado. Si una persona experimenta un dolor psíquico que requiere alivio y decide usar drogas o alcohol como forma de afrontamiento o de

compensación, podría considerarse que esa persona es alguien con un doble diagnóstico.

El objetivo principal del Grupo de Apoyo para la Sobriedad es hacer participar a este conjunto de personas especialmente vulnerables en el proceso de evaluar su uso de drogas y alcohol y comprender las complejas interacciones entre las drogas de la calle, las enfermedades psiquiátricas y el estrés, en sus vidas. No es necesario que se comprometan a alcanzar la abstinencia, ni siquiera que estén interesados en hacerlo. Para involucrar a estos clientes, se requiere un grupo fácilmente accesible o de bajo umbral, un grupo que pueda responder al caos y la impulsividad que tantas veces inundan la vida de sus integrantes. Un grupo abierto parecía más cercano al patrón de vida de estos clientes que cualquier otra estructura que yo pudiera visualizar.

LOS GRUPOS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS

Los grupos son terapéuticos debido a factores tales como la universalización (ver que otros comparten el mismo problema), la vivencia de la esperanza (ver que otros pueden manejar problemas similares), el apoyo y la ayuda mutuos, además de factores existenciales (creer que la vida no es justa y que no todo tiene explicación) (Yalom, 1995). Los grupos tradicionales de tratamiento por abuso de sustancias tienden a enfatizar y, de hecho promueven, la idea de comunidad al insistir en la meta de la abstinencia como condición de ingreso y al suponer que la experiencia de “adicción” de todos los participantes es esencialmente la misma. La adicción se considera una enfermedad progresiva, incurable, fatal si no se trata y tratable sólo mediante la abstinencia y el uso de sustancias que alteran la mente.

La teoría de reducción de daños, por otro lado, supone que la experiencia de uso de drogas de cada persona es única. La reducción de daños se basa en la idea de que el uso de drogas a lo largo de un continuum que va de lo ocasional a lo caótico, de lo no problemático a lo muy problemático. La experiencia

de cada persona, así como el daño causado por las drogas y el alcohol, deben ser evaluados individualmente. Asimismo, existe un continuum de motivaciones para el cambio, desde aquellos que quieren seguir usando drogas como siempre, pasando por los que no están seguros, hasta llegar a los que tienen la meta definida de usar drogas causándose menos daño, consumir menos, o suspender totalmente su uso. Además, la salud mental también está graduada a lo largo de un continuum, que va desde las personas con estabilidad mental razonable hasta otras con disfunciones significativas causadas por enfermedades mentales severas. El tratamiento de reducción de daños implica explorar la relación de cada persona con las drogas que usa y su ambivalencia sobre su uso (por un lado está la conciencia de los problemas que le están causando las drogas, pero por el otro, las razones para seguir usándolas), y la realización de un intenso trabajo en el proceso de la toma de decisiones. Esta es una tarea compleja, incluso en las terapias individuales.

Entonces, ¿cómo puede contenerse a un grupo de individuos y lograr además que trabajen con éxitos en forma colectiva, cuando cada uno tiene experiencias personales con las drogas y el alcohol, además de distintos niveles de motivación y metas diversas? La posibilidad de conflicto es enorme. Además, en un grupo abierto ni siquiera se puede garantizar que los mismos participantes asistirán de sesión a sesión. ¿Cómo puede entonces desarrollarse una cultura unificada y apoyada por todos? Por extraño que parezca, precisamente esta diversidad de experiencias, motivaciones y metas es lo que hace que un grupo como el Grupo de Apoyo para la Sobriedad sea terapéutico.

Los grupos de reducción de daños pueden fomentar la clarificación de la gama de posibilidades de las que dispone cada persona, al entregar evidencia visible del continuum del uso de drogas, el continuum de motivaciones y metas y el continuum de la salud mental. El único pre-requisito para participar en ese grupo de personas, con vidas y metas tan diversas - y valor más apreciado del grupo,- es la validación de las decisiones de cada

individuo y el respeto por ellas. La diversidad es un imperativo si se quiere que los miembros del grupo representen toda la variedad de conductas de uso de drogas y de opciones de cambio. Esta evidencia sobre la variedad de experiencias y puntos de vista dentro del grupo ayuda a desarticular la creencia en un mundo de todo o nada en lo que respecta a las drogas (donde uno sólo puede estar en la agonía de la “adicción” o en “recuperación”).

A pesar de la posibilidad de competencia y conflicto entre distintos puntos de vista, he observado que el grupo valora que yo acoja la diversidad. Cuando he interrogado a individuos “en recuperación”, que continúan asistiendo a ese grupo lleno de usuarios activos de drogas, todos dicen lo mismo: “Necesito recordar quién soy y de donde vine. Quiero seguir siendo humilde. Quiero recordar de lo que soy capaz. No quiero olvidarme jamás de mis raíces”. Asimismo, más que avergonzarse de su uso de drogas, los usuarios activos se sienten estimulados y orgullosos cuando ven cambiar las vidas de los demás. No están acostumbrados a ver a los usuarios de drogas –ellos mismos u otros– como personas capaces de superar con éxito grandes desafíos. Que un grupo sea terapéutico, por encarnar una gama de personalidades y de uso de drogas, no es sólo un concepto teórico. Es algo muy significativo en la práctica.

LA ESTRUCTURA DEL GRUPO

Establecí el grupo con algunas ideas sobre su estructura basadas en mi comprensión de las necesidades de estos clientes complejos. En primer lugar y por sobre todo, es un grupo abierto. Los miembros tienen la libertad de regular la intensidad de su tratamiento al asistir con la frecuencia que requieran. Me gusta considerarlo como una “auto-dosificación”. La estructura abierta es mi primer paso para recalcarles a los clientes que están en control de sus decisiones y que tienen la responsabilidad total de estimar sus necesidades de tratamiento. Un grupo abierto es una intervención de reducción de daños ideal: por su naturaleza,

hace partícipe al usuario de drogas/alcohol en una sociedad de trabajo libremente elegida. Decidí que el grupo se reuniría tres veces por semana para que la mayor cantidad de gente posible tuviera la oportunidad de asistir al menos una vez por semana, y para darles, a los que pudieran venir con mayor frecuencia, algo que pudieran integrar más plenamente en sus vidas.

No filtro a las personas que quieren unirse al grupo. Todo el mundo puede asistir. A menudo no conozco a un nuevo miembro antes de su primera reunión. De hecho, es probable que esa persona ni siquiera se haya registrado en nuestro centro o haya asistido anteriormente a la AV. Es posible ingresar a la sala donde se reúne el grupo sin pasar por la recepción, así que cualquier persona puede llegar sin tener que hablar con un miembro del personal. Ciertamente, este es un grupo sin barreras de ingreso, excepto la curiosidad o la valentía para entrar a la sala.

La estructura es bastante simple: el grupo se reúne durante una hora tres mañanas por semana; siempre empieza y termina a la hora, es co-dirigido por mí y otro profesional perteneciente al personal y nunca se cancela. Este último punto es muy importante. Mientras más vulnerables sean los clientes, más fiabilidad necesitan de parte de los líderes del grupo (o de cualquier persona que los esté ayudando) para desarrollar confianza. No es posible informar una cancelación a todos los miembros de un grupo abierto, y si un miembro asiste a una sesión que ha sido cancelada sin aviso, su confianza se destruirá rápidamente. Eso termina destruyendo al grupo.

Cada reunión comienza con una presentación por parte del líder, la que se abrevia si no hay nuevos miembros: "Bienvenidos al Grupo de Apoyo para la Sobriedad. Nos reunimos los lunes, miércoles y viernes de 9:30 a 10:30. El propósito del grupo es que se junten a hablar sobre cualquier problema que tengan con respecto a las drogas o el alcohol, la sobriedad o asuntos relacionados con sus vidas. No es necesario estar libre de drogas ni sobrio para asistir. Sólo deben estar dispuestos a tratar estos temas con seriedad mientras estén aquí. Nos vamos a presentar.

Luego, en algún momento de la reunión, cuando se sientan cómodos, cada uno se va a “registrar” y va a contar cómo le va o en qué está pensando. Después vamos a conversar de lo que ustedes quieran”.

No hay reglas en el Grupo de Apoyo para la Sobriedad. Tampoco hay ninguna otra estructura. A través de los años, he observado que mientras menos uno estructure con reglas el comportamiento de las personas, menos reglas se necesitan. En cambio, el grupo se guía por normas (costumbres) que han evolucionado a lo largo de su vida, por la experiencia clínica y la sensibilidad de sus líderes y por el conocimiento y sabiduría de sus miembros.

El proceso de registro suele durar toda la sesión. Los participantes no hablan en ningún orden particular. Si alguien no quiere “registrarse”, su decisión se acepta sin comentarios, a menos que exista alguna razón para preocuparse por esa persona (como podría ser un silencio o agitación poco comunes en él/ella). Las personas se registran y hablan sobre cualquier cosa que se les pase por la mente: cómo se sienten, su uso de drogas reciente, lo que soñaron la noche anterior, qué planean hacer el fin de semana, algo que los hizo enojar, sus ideas suscitadas por las palabras de otra persona al registrarse, etc. Estas reuniones también difieren de las de 12 pasos porque hay mucha interacción. Las discusiones sobre los dilemas que enfrenta algún miembro en particular, o sobre los asuntos que emergen durante la reunión, son parte del proceso de registro. Las reuniones también se diferencian de la terapia interpersonal de grupos, porque la interacción no es el objetivo del grupo y se controla de modo que los individuos puedan auto-explorarse. En este punto cabe mencionar una norma del grupo: se debe pedir permiso para responder al registro de otra persona. Esta costumbre exige respeto y permite que cada miembro controle la cantidad de retroalimentación que es capaz de escuchar. Esto es lo que protege de conflictos a los miembros debido a la divergencia de opiniones y metas con respecto a las drogas y el uso de drogas. Además, libera de la presión de tener

que pensar en una forma específica a los participantes que están desarrollando la conciencia de su relación con las drogas. Los miembros del grupo valoran tanto la santidad del registro, como su propio momento para hablar libremente sin interrupciones, y la espontaneidad de la interacción.

EL PROCESO DE GRUPO

“Proceso” se refiere a lo que ocurre en el interior de un grupo, tanto en cada individuo como entre sus miembros. El proceso de cada sesión del Grupo de Apoyo para la Sobriedad incluye tres pasos importantes. El primero es que cada persona tiene la oportunidad de reflexionar, sin interferencias, sobre lo que está sintiendo o pensando. El segundo es que los participantes se enfocan en su ambivalencia sobre si continúan usando drogas y alcohol o se abstienen. El tercero es que el grupo se junta para compartir algún sentimiento o experiencia común.

La parte más importante del proceso es que a cada miembro se le da el tiempo para enfocarse en sí mismo, lo que lo llevará a expresar sus pensamientos – a pensar en voz alta, por así decirlo. Es el proceso de expresión de sus pensamientos, dentro de un grupo que entrega apoyo sin interferir o emitir juicios, lo que permite que una persona identifique sus deseos y aclare sus decisiones. El resto de los miembros del grupo, incluyendo al líder, debe darle tiempo a cada persona y contener sus propias reacciones. Durante una sesión, Eugene comentó: “A veces no sé qué es lo que pienso sino hasta que llego aquí y empiezo a hablar. Ahí recién puedo escuchar lo que digo y pensarlo. No vengo aquí para escuchar a nadie más. Vengo a escucharme a mí mismo”.

El núcleo del trabajo de este grupo consiste en identificar y trabajar la ambivalencia. De hecho, ése es el foco principal del trabajo clínico de reducción de daños. La tarea central del Grupo de Apoyo para la Sobriedad es ayudar a las personas a identificar sus sentimientos ambivalentes sobre las drogas preferidas y hacer que se sientan cómodas expresándolos durante las reuniones. Toda

persona que está pensando llevar a cabo un cambio conductual importante, tiene sentimientos encontrados sobre el abandono del comportamiento en cuestión. Existen numerosas razones para ello. El uso de drogas y alcohol no es una excepción. La índole destructiva del uso de drogas de muchas personas, a menudo no es suficiente para anular sus beneficios ni su sentimiento de pérdida al suspender el consumo. Al contrario de la idea tradicional (el modelo de enfermedad) -de que negar las consecuencias del uso de drogas es un síntoma primario de adicción-, lo más probable es que quien lo hace esté consciente de ellas, pero a la vez tenga sentimientos ambivalentes sobre modificar su uso. Los miembros del grupo, a muchos de los cuales en el pasado les han dicho que están en la fase de negación porque se resisten a la abstinencia, necesitan que se les dé a conocer la diferencia entre la negación y la ambivalencia.

Aprender a expresar la ambivalencia es tan difícil como reconocerla. Las personas, cuando están en grupo, tienden a coincidir. Dentro de los grupos de usuarios de drogas y alcohol, esta tendencia es especialmente marcada. Aunque a primera vista parezca lo contrario (por ejemplo, debido a sus muestras de agresión estando bajo la influencia de alguna sustancia), estas personas tienden a evitar los conflictos. Esto se ve reforzado por la experiencia previa de los miembros del grupo: tener que adherir a los dogmas y reglas de un programa genera una aceptación superficial y un falso compromiso con conceptos como la negación, además del miedo a hablar abiertamente.

Es muy probable que yo identifique y destaque la ambivalencia durante el proceso de registro. Le pregunto a una persona, que parece estar convencida de buscar la abstinencia y la recuperación, si es que hay en ella una parte de sí misma que quisiera seguir usando drogas o que echa de menos poder hacerlo. Esto les da permiso a los miembros para reconocer toda la gama de sentimientos sobre la droga que usan de preferencia y para darse cuenta de que “no tiene por qué ser todo o nada. No tengo que

ir desde donde estoy ahora hasta un compromiso de abstinencia total". Con el tiempo, el grupo se va sintiendo cada vez más cómodo con el hecho de que las personas tomen distintas posiciones dentro del continuum del uso de drogas y la motivación para cambiar, lo que permite que cada individuo identifique claramente su lugar dentro de aquél. Una vez que se expresa claramente el deseo de una persona de seguir usando drogas, el grupo puede abocarse a la tarea de ayudarlo a manejar su uso. Por ejemplo, una persona que abusa del alcohol puede recibir ayuda para disminuir el número de tragos que toma en cada ocasión de consumo, así como un usuario de crack puede aprender a limitar la cantidad de dinero a la que tiene acceso para acortar así un período de consumo. El grupo ayuda a los individuos a monitorear si están cumpliendo o no sus metas y, dada la libertad que tienen para explorar su relación con la droga que consumen, dichas metas pueden llegar a cambiar.

Después de fomentar que cada individuo se autodefina y establezca sus metas personales, el elemento final esencial del grupo, y lo que lo hace atractivo para sus miembros, es que cada sesión trata alguna experiencia común que une a los participantes. En algunas sesiones, esto ha consistido en una emotiva discusión sobre una crisis en la vida de un miembro, como puede ser la muerte de un hijo o un trauma reciente. En esos momentos los participantes se reúnen respetuosamente alrededor del individuo para compartir su empatía y sus experiencias similares. En otras sesiones, el lazo se crea gracias a la risa causada por alguna interacción en el grupo o por un acto especialmente gracioso de alguien, que divierte a los demás. Y en otras ocasiones, el grupo se siente sacudido por alguna cuestión existencial que sirve de base para una animada discusión sobre temas que van desde las carencias económicas, pasando por la separación de los hijos y la responsabilidad sobre ellos, hasta los estragos del uso prolongado de las drogas.

LAS NORMAS DEL GRUPO

La estructura abierta posibilita que el grupo se reúna y funcione en una forma que se adecúa a las necesidades de cada miembro. Pero son las normas del grupo las que definen su carácter y hacen posible su vida y su trabajo. Las normas de un grupo son aquellas conductas que se han transformado en costumbres, o las tradiciones y reglas comprendidas por todos, con las que el líder y los miembros del grupo están explícitamente de acuerdo. El conjunto de normas de un grupo define su cultura y evoluciona de acuerdo con el desarrollo del mismo. Mientras menos reglas tenga un grupo, y mientras más confíe en sus normas, más sano será. Aunque el grupo, como un todo, sostiene y mantiene esas normas, la responsabilidad del líder es mantenerlas y permitir que evolucionen según se desarrollan las necesidades. Algunas de las normas que se han desarrollado ilustran y a la vez apoyan la estructura y los principios del Grupo de Apoyo para la Sobriedad, además de permitir su funcionamiento.

Inclusividad

El Grupo de Apoyo para la Sobriedad es inclusivo. Su estructura abierta y la ausencia de procedimientos de filtro aseguran que cualquier persona pueda ingresar a él en cualquier momento. El único criterio para ser miembro es el deseo de estar en la sala en el momento en que el grupo se reúne. La inclusividad del grupo fue experimentada y expresada con enorme profundidad en sus primeros días por Antoine, un hombre en situación de calle, esquizofrénico y adicto a la heroína y a la cocaína. Por opción propia, Antoine rara vez recibía tratamiento para su esquizofrenia. Por lo general deliraba activamente, su lenguaje era metafórico y tangencial y se agitaba con facilidad. Se unió al grupo en su primera sesión. Su mayor aporte fue identificar la importancia de la inclusividad. Durante una sesión describió estar tirado en una vereda “como un montón de basura, mientras pasaban

personas con ropas elegantes por encima mío, mirándome por encima del hombro y deseando que no existiera. Después llegaron unos policías y me patearon y me dijeron que no tenía derecho ni siquiera a estar en las alcantarillas”. No está claro si su relato era completamente fiel a la realidad. El punto de Antoine, que él mismo expresó con claridad un día, fue el siguiente: “La sociedad es como una cadena: es tan resistente como su eslabón más débil, y si no nos preocupamos de los eslabones débiles, estamos perdidos”.

Debido a su habla poco clara, a su agitación y a sus largos monólogos, tolerar a Antoine fue el mayor desafío para el grupo en sus comienzos. El grupo pudo haberse desintegrado si yo no hubiera logrado comprender el lugar de Antoine dentro de él. Mi trabajo era escuchar muy atentamente todo lo que decía y no impacientarme cuando empleaba buena parte del tiempo del grupo expresando sus pensamientos. Yo ejemplificaba cómo poner atención respetuosamente a su miembro más perturbado y el grupo, al permitirme hacerlo, me indicó que podía aceptar a cualquier persona. Aunque los participantes solían impacientarse con Antoine y preguntarse cómo él se estaba beneficiando del grupo, comprendían que yo trataría a cualquiera de ellos con el mismo respeto si llegaban a hallarse en su situación. Esta aceptación de alguien cuya capacidad de utilizar al grupo no estaba clara, pero que simplemente quería estar allí, se convirtió en el sello del Grupo de Apoyo para la Sobriedad, y desde ese momento se protegió celosamente.

Otro evento que marcó la importancia de la inclusividad ocurrió durante la segunda sesión. Kim, un adicto a la heroína que durante largo tiempo había estado en situación de calle, fue persuadido de asistir al grupo. Hacía poco había comenzado a frecuentar nuestro centro y dejaba sus carritos de supermercado en la sala de espera. Kim no tenía ninguna experiencia anterior de tratamiento. Era pasivo y poco receptivo (después de mucho tiempo se le diagnosticó depresión). Durante la sesión, se quedó dormido con la cabeza torpemente torcida y apoyada contra una

ventana. Los demás miembros del grupo me miraban interrogativamente. En lugar de pedirle que despertara y pusiera atención, como ocurriría en un grupo típico de tratamiento para el abuso de sustancias, le hice una almohada. El grupo quedó impactado. Kim se convirtió en participante regular hasta que fue ingresado a un programa residencial, donde comenzó tres años de abstinencia, lo que le permitió mantener un trabajo y encontrar un hogar. Siempre ha reconocido con gratitud que el grupo fue el lugar donde dio sus primeros pasos hacia la recuperación.

Desde el comienzo, mi intención con el Grupo de Apoyo para la Sobriedad fue crear un ambiente que aceptara a las personas mucho más que otros grupos o programas de tratamiento, un grupo que fuera capaz de trabajar con los clientes con los usos de sustancias más complejos. Puesto que me encontraba trabajando en un centro de Outreach desarrollado por trabajadores sociales, tuve la libertad para desarrollar un grupo muy flexible y sin barreras de ingreso establecidas por la administración del programa. Solamente tuve que desafiar la tendencia de clientes -con experiencia previa en tratamientos por abuso de sustancias reorientados hacia la recuperación-, que exigían un nivel de motivación para la abstinencia, que no era lo adecuado para todos los clientes que yo intentaba acoger. En diversas ocasiones durante los inicios del grupo, tuve que desafiar una tendencia a la rigidez, la exclusividad y la confrontación ante las elecciones de otros con respecto al uso de drogas. Lo que me sorprendió fue que sólo ocho semanas fueron necesarias para transformar esta cultura de cuestionamiento y confrontación en una de aceptación, generosidad y curiosidad sobre las decisiones de los demás. No debería haberme sorprendido tanto: los participantes estaban ávidos de un tratamiento amable, abierto y no enjuiciador. Había estado tan acostumbrada a la intolerancia del personal de los programas de tratamiento con respecto al uso de drogas y de la resistencia a la recuperación, que supuse que tendría que trabajar muy duro durante largo tiempo por una intolerancia similar en los demás participantes. No fue el caso. La aparente

intolerancia de los miembros del grupo era sólo superficial y parecían agradecidos de tener un lugar donde no era necesario fingir un compromiso con ninguna meta específica del programa. El grupo me ayudó a mantener una cultura de aceptación que sigue viva hasta el día de hoy.

Libertad Para Elegir

Los miembros pueden entrar y salir a voluntad y asisten a las reuniones del grupo con la frecuencia que estimen conveniente. Muchos llegan tarde y se van temprano. Incluso, alguien puede llegar tres minutos antes del final y considerar que se ha beneficiado del grupo. Si alguien se disculpa por llegar tarde, le digo “mejor tarde que nunca”. Además, suele haber mucho movimiento de personas que entran y salen de la sala a buscar café, ir al baño o salir a fumar un cigarrillo. Al dirigir un grupo como éste, con miembros tan dispares, uno uno tiene que esperar encontrarse con capacidades muy diversas para estar sentados en una sala donde ocho a catorce personas discuten temas muy estimulantes o emotivos. Como dijera un miembro, “Uno nunca sabe qué le pasa a los demás. Hay que confiar en que saben lo que necesitan y que están trabajando en eso”. Otro participante comentó: “la estructura debe ser flexible para facilitar que la gente venga sin importar lo que esté pasando”. Aunque un exceso de movimiento de personas que entran y salen de la sala puede volverse disruptivo, lo más importante es ser todo lo acogedor y permisivo posible e intervenir lo menos posible.

Las personas también pueden asistir aunque no participen. Un componente necesario para desarrollar ideas claras sobre uno mismo y expresarlas verbalmente es estar en silencio, “aislarse”. El aislamiento se ha considerado como un riesgo ocupacional de la conducta adictiva. Paradójicamente, también es un estado que debe protegerse para que pueda ocurrir la sanación. En esto se basa mi práctica poco ortodoxa de permitir e incluso apoyar a

quienes asisten pero no participan, a pesar de lo raro que pueda parecer dentro de un grupo, que es típicamente un formato terapéutico interactivo. Así, las personas que le temen al contacto o que no están acostumbradas a la interacción, pueden ingresar a un ambiente de tratamiento que les presenta distintas formas de ver las cosas, sin tener que cambiar en nada su actuación propia. Pueden relajarse, lo que les permite un pensamiento más flexible y controlar el ritmo del cambio.

Esta libertad de ir y venir (o de asistir y no participar) responde a uno de mis supuestos básicos: las personas tienen la libertad de usar o no usar drogas. Siguiendo este principio, deberían ser libres de asistir al grupo cómo y cuándo lo deseen. El primer principio del trabajo social y de la reducción de daños, “comenzar donde la persona se encuentra”, es clave en mi pensamiento. Puesto que asistir al Grupo de Apoyo para la Sobriedad no requiere ningún compromiso con ningún comportamiento o punto de vista específico, es casi tan fácil venir aquí como ir a la esquina y comprar una “roca” de crack. (De hecho, tal vez sea más fácil y ciertamente es más barato.) He adoptado la costumbre de referirme a la estructura abierta y al carácter del Grupo de Apoyo para la Sobriedad como “auto-dosificación”. Tal como dosifican las drogas que consumen, las personas pueden dosificar su tratamiento. Más aún, pueden regular la dosis.

Contando La Propia Historia

Cada persona tiene derecho a contar su propia historia sin recibir comentarios o interferencias. A diferencia de Alcohólicos Anónimos, donde las historias son también importantes, y donde se supone que la historia de todos es esencialmente la misma, creo que cada historia es única. Contar la propia historia es un proceso de descubrimiento que implica liberar la sabiduría propia que uno tiene sobre sí mismo. Si uno no descubre y cuenta su historia, tiene pocas posibilidades de mejorar su salud, sea que logre o no logre la abstinencia de las drogas y el alcohol. Esta es

la forma mediante la cual cada miembro lleva a cabo su propia auto-exploración dentro del grupo.

Arthur, -que en el relato incluido al comienzo rehusó registrarse diciendo “todavía estoy afuera”,- normalmente describe con mucha elocuencia su vida diaria de mendicidad y uso compulsivo de crack. Es un mendigo muy exitoso que suele reunir USD\$100 al día, suma que gasta íntegramente en crack. Arthur está en situación de calle, tiene esquizofrenia aunque sólo recibe tratamiento esporádicamente y se cuida muy mal. El grupo lo escucha con una mezcla de horror y fascinación. Probablemente sea el usuario de crack más compulsivo que muchos de ellos hayan conocido. Nadie le sugiere que debería dejar de usar crack; todos comprenden su búsqueda. En cambio, lo ayudan a identificar qué es lo que está buscando en el crack. Sin embargo, los miembros del grupo han expresado su preocupación por la fragilidad física de Arthur.

Tal vez como resultado de esta preocupación y con la ayuda de su gestor de caso, ha pasado algunos períodos en un hotel, donde puede comer y ducharse. Arthur demuestra la importancia de darles espacio a las personas para que describan su experiencia. Interactúa de manera muy pobre, usualmente mirando al suelo como si no oyera a nadie, y nunca habla a menos que sea su turno. Pero cuando le llega el turno, cobra vida, es elocuente y captura toda nuestra atención. Puesto que tiene la libertad de contar su propia historia y porque hemos interferido en forma muy sutil, se queda en el grupo.

El Permiso Para Dar Retroalimentación

Para que las personas se expresen abiertamente, sus palabras no deben tener consecuencia alguna, sin importar el punto de vista que expresen ni el comportamiento de uso de drogas que tengan. A veces, el trabajo de los miembros del grupo es controlar las reacciones, tanto las negativas como las positivas, que puedan sentir. La norma más poderosa del grupo se ha desarrollado como respuesta a la tensión que existe entre permitir la libertad

de expresión y limitar las reacciones de los participantes frente a información sumamente estimulante o perturbadora. Cuando el grupo comenzó a funcionar, con frecuencia yo intervenía para detener respuestas conflictivas. Muchas personas que asistían al grupo conocían los programas de abuso de sustancias donde la cultura era “enfrentar al otro, bajarle las defensas”, etc. En otras palabras, recibir retroalimentación se consideraba parte de estar en un grupo. Luego de varias semanas en el Grupo de Apoyo para la Sobriedad, los miembros se dieron cuenta de que éste iba a ser un grupo diferente.

A comienzos del segundo año, Ken se unió al grupo; era un veterano de Vietnam con trastorno por estrés postraumático que además tenía esquizofrenia y tendencias paranoicas. Muy pronto se metió en altercados y mostraba muy poca tolerancia a la retroalimentación de los demás, sin importar cuán positiva fuera. “Yo me las arreglo solo”, solía decir mientras se golpeaba el pecho. Parecía necesario reforzar una distancia respetuosa entre los miembros para que Ken no se sintiera abrumado. Puede que haya sido él mismo el que sugirió la “regla” siguiente: Quien quiera responderle a otra persona, debe pedirle permiso para ofrecerle la retroalimentación. De este modo, se mantiene una atmósfera de respeto y sin intrusiones. Un beneficio secundario es que la persona que habla tiene la oportunidad de estimar cuánta interacción desea tener, desarrollando así confianza y habilidad para manejar sus relaciones interpersonales. La mayoría de los miembros del grupo han tenido problemas con sus relaciones. Además, las personas con ciertas enfermedades mentales, en especial la esquizofrenia, son particularmente sensibles al contacto interpersonal. Aquí pueden regular la distancia y el contacto que tienen con los demás y maximizar su bienestar en el grupo.

La Intoxicación en los Grupos

La intoxicación en el grupo se maneja caso a caso. Cuando un miembro llega evidentemente intoxicado, el grupo debate si

es cómodo estar con alguien que se encuentra bajo la influencia de alguna sustancia. Cada persona debe expresar el nivel de comodidad o incomodidad que le causa esta situación. En todos los casos (unas seis ocasiones en cinco años), se tomó la decisión de permitir el ingreso de la persona intoxicada, siempre y cuando fuera capaz de sentarse (relativamente) tranquila y escuchar. Naturalmente, puede ser molesto sentarse con alguien drogado o “tembloroso”, especialmente para quienes buscan la abstinencia. Pero los miembros valoran tanto la inclusividad del grupo, que son capaces de tolerar cierta incomodidad personal. “Tenemos que suponer que una persona viene para acá porque necesita estar acá”, fue un día el acuerdo del grupo.

Alberto no era el primero que una mañana llegó al grupo notoriamente ebrio, pero su caso fue el más significativo. Miembro del grupo desde sus inicios, había llegado a convertirse en el participante más antiguo y debido a su especial configuración psicológica, servía como puente entre los miembros psicóticos y el resto. Su identidad se define por su creencia de que es “un trabajador social, igual que tú [yo]. Yo ayudo a los veteranos a quienes la Administración de Veteranos no ayuda”. Nadie ha puesto en duda esta creencia. Se siente humillado con facilidad, situación que el grupo comprende intuitivamente.

Alberto siempre insistió en que estaba abstinento. Su auto-respeto y su estatus dentro del grupo dependían de ello. Algo psicótico y desorganizado, tendía a divagar sobre temas aparentemente inconexos y no se detenía hasta haber terminado, habitualmente no antes de que el grupo perdiera la paciencia. Sin embargo, proporcionaba un servicio inestimable, gracias a su capacidad para entender a los miembros con psicosis declarada y daño cerebral. Podía empatizar con cualquier cosa que dijeran y lograba interpretar sus palabras para el resto del grupo. Siempre tenía la razón. Se convirtió en el “traductor” del grupo, y, como tal, llegó a ser un miembro invaluable. Al mismo tiempo, según el personal médico y psiquiátrico de la AV, era uno de los veteranos de guerra más difíciles de tratar debido a sus numerosos y vagos

problemas de salud, siempre sin evidencia, que frecuentemente lo llevaban a la sala de emergencias, muchas veces en ambulancia, y que le costaban mucho dinero al hospital en exámenes que no revelaban nada. El grupo le permitía mostrar sus fortalezas y ser genuinamente apreciado.

Finalmente Alberto le reveló al grupo que él bebía, al llegar ebrio a una reunión después de unos tres años y medio de asistencia regular. No sólo estaba ebrio, sino que además estaba odioso. Le dimos la bienvenida y le pedimos que se sentara en silencio. Fue incapaz de hacerlo, por lo que le pedí que se fuera. Esto desencadenó una oleada de lenguaje abusivo poco común en él. Esa situación ocurrió unas tres veces en un período de un año. Varios meses atrás, comenzó a informarnos cuando había bebido (ver episodio narrado al comienzo). Luego comenzó a compartir su preocupación sobre su consumo de alcohol. Le tomó todo ese tiempo, tres años y medio, creer que él era suficientemente importante y suficientemente valorado y que tendría suficiente aceptación como para confiar en el grupo y contar sus problemas, sin ser juzgado, cuando necesitara ayuda.

Todas las normas del grupo, que he comentado aquí, se basan en el principio del respeto. No puedo elegir ni tampoco sé qué es lo mejor para otra persona. Puedo preocuparme por la salud o el bienestar de los demás, y puedo tener ideas sobre cómo podrían actuar en forma diferente para mejorar su situación. Esto lo puedo compartir. Pero mi trabajo como terapeuta consiste en facilitar un ambiente terapéutico en el que se pueda descubrir y nutrir el impulso de una persona para llegar a la salud. No implica prescribir comportamientos. Durante una reunión en la que se discutió este tema, se acordó que “el respeto es lo que dirige a este grupo”.

EL LIDERAZGO DEL GRUPO

Durante la misma discusión surgió también el tema del liderazgo. Los participantes estuvieron de acuerdo con la idea

de que el liderazgo era la clave del éxito del Grupo de Apoyo para la Sobriedad, a pesar del poderoso sentimiento de que el grupo le pertenece a sus miembros. Para ellos, la cualidad más importante del líder es su voluntad de tratar a cada uno con el máximo respeto de su sabiduría y su autonomía. Las siguientes son las demás tareas importantes que debe tener en cuenta el líder al dirigir un grupo como éste.

Ser Confiable

Es responsabilidad del líder mantener la estructura básica de un grupo. No hace falta mencionar que el grupo debe reunirse siempre y hacerlo siempre a la hora acordada. Ningún grupo terapéutico puede sobrevivir si es impredecible. Sin embargo, hay que destacar que personas tan vulnerables como las que están en situación de calle y tienen un doble diagnóstico, debido a las carencias socioeconómicas y la marginalización que han sufrido, necesitan una situación en la que puedan confiar y desarrollar la confianza que les permita llevar a cabo el trabajo terapéutico. Debido a estas razones, las reuniones del grupo nunca se cancelan (como expliqué anteriormente) y siempre comienzan y terminan a la hora.

Minimizar el Conflicto

La sociedad, la familia y los amigos, y sus propios pensamientos envuelven al usuario de drogas en mensajes negativos sobre sí mismo y su comportamiento. Típicamente, su autoestima es baja y la vergüenza es uno de sus sentimientos más comunes. Esta es una de las razones por las cuales el desacuerdo y el conflicto son tan dolorosos: debilitan la poca confianza para expresarse que puedan tener las personas con problemas de uso de sustancias. Incluso una diferencia de opiniones puede interpretarse como un insulto o un desafío, lo que pronto activa la rabia defensiva. Una forma de impedir que esto ocurra es re-estructurar todas las

afirmaciones negativas. Por ejemplo, si alguien está describiendo un comportamiento autodestructivo u ofensivo y el grupo empieza a reaccionar negativamente, yo partiría preguntando qué beneficio percibe la persona en ese comportamiento. Puedo decir, “Bueno, por supuesto tú puedes pensar /desear hacer.... Eso tiene sentido, dada tu experiencia”. Los participantes comienzan a ver su propia conducta y la de los demás como una serie de medidas adaptativas e inteligentes. Destacar la lógica de las decisiones de las personas refuerza sus fortalezas. Mientras más confiadas se sientan, podrán pensar y actuar con más flexibilidad, y tal vez logren considerar otras opciones.

Mantener un nivel mínimo de seguridad es, por supuesto, la primera responsabilidad del líder. Nadie debería sentirse física o emocionalmente amenazado o abusado. Nadie puede trabajar creativamente en un ambiente peligroso. Si existe cualquier indicio de violencia o agresión, el líder debe intervenir para detenerlo. Todos los miembros deben saber que el líder estará dispuesto a frenar cualquier amenaza a su seguridad. Para las personas cuyas vidas en la calle son a menudo peligrosas y deben estar constantemente en guardia, es muy importante poder relajarse en un ambiente terapéutico.

Confiar en el Grupo

Es común que los profesionales que trabajan ya sea individualmente o en grupo, con personas con uso abusivo de sustancias, tiendan a ser activos y directivos. Al trabajar con ellos en su abuso de sustancias, el rol del terapeuta es guiarlos en el desarrollo de nuevos comportamientos hasta que puedan internalizarlos. En un grupo, los terapeutas promueven activamente ciertas ideas (como la confrontación o la negación) de manera que el grupo guíe a los individuos al objetivo de abstinencia prescrito.

He observado que, aunque esta orientación puede ser útil, el grupo en realidad sólo necesita que yo esté activa cuando

los participantes se sienten inseguros. En esos momentos los miembros necesitan que un mediador maneje o suavice una diferencia de opinión o un conflicto, re-estructure un aparente insulto o calme la rabia que alguien siente. Confío en que el grupo se hará cargo del resto. (¡A menudo son capaces también de hacerse cargo de estos asuntos más delicados!) Confío en que el grupo tendrá la sensibilidad necesaria para percibir el estado de ánimo y las necesidades de cada participante, a menudo mejor que yo. Confío en que ellos podrán llenar el espacio. Si se les da la oportunidad, sus mentes tendrán la libertad de descubrir aquello sobre lo cual deberán enfocarse después. Por ejemplo, en una sesión con un gran número de personas con esquizofrenia y depresión, en la que no se hablaba mucho, parecía que la hora iba a ser interminable. Estando yo sentado y en silencio, ellos comenzaron a asociar libremente todo lo que se decía. La que tuvo lugar tocó diversos temas aparentemente inconexos. Sin embargo, la sensación que dejó en el grupo fue que había sido una de sus mejores reuniones. Ciertamente, habían compartido sus ansiedades sobre temas que tal vez nunca habrían surgido en una situación más controlada (o dirigida).

Comprender la Resistencia

La resistencia, dentro del lenguaje psicoterapéutico, se refiere a la tendencia de los clientes a resistirse al proceso terapéutico, a pesar de su intención de trabajar en sus problemas con el terapeuta. Cuando se comprende y se maneja adecuadamente, ella es la mayor fuente de información sobre las vulnerabilidades de un cliente: las cosas a las que nos resistimos son aquellas que más nos asustan. Son útiles indicadores de nuestras áreas más dañadas. Comprender las fuentes de nuestra resistencia es la mayor oportunidad para el cambio terapéutico. En su nivel más simple, la resistencia a la terapia representa una resistencia al cambio, a sentir cosas y a convertirse en cosas que se desconocen y que por lo tanto son atemorizantes. Así considerada, la resis-

tencia es adaptativa: ningún organismo elegiría voluntariamente una existencia desconocida cuando su existencia actual le ha garantizado la supervivencia hasta ese punto, aunque sea con una calidad de vida disminuida.

Aplicada a los usuarios de drogas y alcohol, la resistencia se refiere a la “resistencia al tratamiento”, una frase que a primera vista parece significar lo mismo, pero que el personal de tratamiento de abuso de sustancias utiliza para evaluar negativamente la motivación de los clientes (lo que muchas veces hace que una persona no sea considerada elegible para recibir tratamiento). De hecho, los usuarios de drogas se resisten al cambio por las mismas razones que todo el mundo: el cambio representa una vida desconocida en la cual la supervivencia, ya sea física o emocional, no está garantizada. No podemos trabajar exitosamente con problemas de uso de alcohol y drogas a menos que lo comprendamos ; si no lo hacemos, simplemente reforzaremos la resistencia de los clientes o la “sumergiremos” haciendo que simulen coincidir con nuestro punto de vista.

Manejar la Contratransferencia

El término contratransferencia se refiere a cualquier reacción del terapeuta hacia el cliente, sea si proviene de una experiencia personal del terapeuta o si es inducida por alguna conducta o característica del cliente. Es la contraparte de la transferencia, la que consiste en las percepciones del cliente sobre el terapeuta y sus reacciones hacia él derivadas de sus experiencias de vida. Las reacciones de contratransferencia que más comúnmente se experimentan en una instancia como el Grupo de Apoyo para la Sobriedad son: 1) la preocupación o el miedo por conductas especialmente peligrosas o autodestructivas del cliente y 2) la frustración por el tiempo necesario para que ocurra el cambio, por lo repetitivo del ciclo de recaídas y por lo poco confiables que se vuelven los miembros del grupo debido a estos factores. (Por recaída me refiero a un alejamiento del cambio deseado por

parte del cliente, no sólo a un regreso al uso activo de drogas luego de lograr la abstinencia).

Mi mayor conflicto de contratransferencia fue tolerar que algunas personas no asistieran a las reuniones. Me preocupaba pensar que el miembro ausente se hubiera sentido juzgado o excluido y que yo no lo hubiera notado. Otra posibilidad era que no hubiera percibido las señales que indicaban que alguien era emocionalmente frágil y que necesitaba más apoyo del que yo le había dado. Nótese el énfasis en mi responsabilidad por la asistencia de los participantes. A pesar de lo vigorosamente que protejo el derecho de las personas a tomar sus propias decisiones, permitiéndoles incluso “dosificar” el tratamiento como estimen conveniente, me siento abrumada por la responsabilidad de que se sientan cómodos durante el tratamiento. Como he mencionado, asumo mucha responsabilidad por la seguridad emocional y física de los miembros de mi grupo, pero todos ellos tienen la libertad de regular su asistencia de acuerdo a su propia opinión sobre lo que es mejor para ellos. Debo confiar en que tomarán decisiones razonables. Esta es la “cosa” de la que debo cuidarme: la tendencia a sentirme demasiado responsable por las elecciones de los demás.

A pesar de lo difícil que pueda ser, el líder debe tolerar la posibilidad de que algunos miembros se destruyan a sí mismos a través del uso de alcohol o drogas. Por miedo a esa destrucción no podemos volvernos controladores ni siquiera obstinarnos excesivamente en nuestras opiniones, porque nos estaríamos arriesgando a empujar a las personas a dejar el tratamiento. Mientras más voluntad tengamos para tratar a personas perturbadas y de alto riesgo, más debemos controlar nuestras propias ideas sobre su comportamiento, dejando que piensen libremente sobre sus opciones y limitando al mínimo nuestros prejuicios.

CONCLUSIÓN

Las técnicas que emplea el Grupo de Apoyo para la Sobriedad

evolucionaron orgánicamente a través de los años, en respuesta a sus miembros. Inicié el grupo con una serie de de supuestos basados en una larga experiencia con estos clientes y que se apoyan en los principios de la reducción de daños: las personas son libres de decidir si usan o no usan sustancias. Cada individuo es quien mejor sabe lo que necesita. Mi trabajo consiste en facilitar el descubrimiento o clarificación de ese conocimiento. La intervención más útil es aquella que le entrega al cliente la oportunidad de evaluar claramente sus opciones. Los grupos son una excelente modalidad de tratamiento debido a su potencial para estimular el pensamiento, promover la flexibilidad y entregar apoyo entre pares.

Los miembros del grupo son los expertos. Contrariamente a la relación uno a uno entre el profesional y el cliente, -donde uno ayuda y el otro recibe ayuda-, los miembros del grupo cumplen ambas funciones, lo que les permite experimentar su propia sabiduría y fortalezas.

A través de los años, los miembros del grupo me recordaban continuamente estos principios. Debí estar siempre abierta a las críticas y la retroalimentación para mantener así el ambiente que necesitaban. Creo que los miembros siempre se sintieron cómodos al llamarme la atención cuando sentían que no les estaba respondiendo. No siempre disfruté esta parte del proceso, pero creo que fue eso, más que cualquier otra de las cosas que he descrito, lo que hizo que el grupo siguiera creciendo.

Liderar un grupo de este tipo requiere mantener un sofisticado equilibrio entre la simplicidad y el sentido común por una parte y, por otra, tener un profundo conocimiento sobre cómo contener y transformar el caos potencial de un grupo aleatorio de individuos complejos que a menudo se encuentran en crisis. Esto requiere una firme fundamentación en un punto de vista filosófico y en la práctica clínica, además de la voluntad de crear una colaboración siempre nueva con el grupo en cada sesión. En otras palabras, debemos tener una buena comprensión teórica y práctica del trabajo que estamos haciendo y de las personas a las

que estamos tratando de ayudar y, al mismo tiempo, considerar estos elementos en forma suficientemente flexible como para que el tratamiento se convierta en una creación del terapeuta y de cada nuevo cliente o cada grupo.

Comentario

Por Andrew Tatarsky

La historia de Little ilustra cómo el enfoque de reducción de daños logró ser útil para un grupo de hombres con doble diagnóstico que no pudieron recibir ayuda en ningún otro lugar debido a su negativa inicial a detener su consumo. Partiendo por el requisito más inclusivo para convertirse en miembro, -“validar y respetar las elecciones de los demás”-, Little nos muestra cómo el grupo logró ayudar a individuos con una amplia gama de problemas psiquiátricos y metas diversas con respecto al uso de sustancias. Algunos lograron la sobriedad completa con la ayuda de Alcohólicos Anónimos, otros llegaron a moderar su uso de drogas, en tanto que otros permanecieron en el grupo durante años antes de sentirse suficientemente seguros como para permitirse comenzar a abordar su uso de drogas. A diferencia de la postura tradicional, que considera que los grupos de sobriedad deben exigir la abstinencia, Little defiende y luego ilustra el valor de permitir en los grupos metas diversas.

Su historia muestra algo que hemos visto en muchos de los otros casos narrados en este libro: muchas personas requieren pasar largo tiempo trabajando sus problemas personales y desarrollando confianza suficiente en la relación terapéutica, -en este caso en el grupo-, antes de poder abordar directamente su uso de drogas. Los grupos de reducción de daños que aceptan a las personas “donde ellas se encuentran” y respetan su necesidad de ir a su propio ritmo, permiten que el trabajo avance en lugar de impedirlo; los grupos orientados a la abstinencia, por el contrario, pueden tener un efecto negativo al sacar a un cliente del grupo porque no ha progresado suficientemente rápido.

También vimos cómo, en forma similar a lo que se observa en las terapias individuales, el grupo de Little evolucionó en colaboración con el conjunto específico de personas con las que trabajaba. La estructura y normas del grupo fueron coherentes con las necesidades y preferencias particulares de sus miembros. Con este espíritu, otros grupos de reducción de daños con clientes distintos a éstos podrían generar estructuras y normas distintas que se ajusten mejor a sus necesidades. Por ejemplo, en grupos de reducción de daños que he liderado con clientes con problemas personales menos severos y con mayor capacidad para la confianza y el compromiso, existía la expectativa de que los miembros asistieran semanalmente para crear así una mayor continuidad. La clave para establecer estos grupos parece ser la conciencia de que la estructura evoluciona en colaboración con los clientes que participan en ellos.

Referencias

Yalom, Irvin D. (1995). *The Theory and Practice of Group Psychotherapy*. 4th ed. New York: Basic Books.

PSICOTERAPIA INTEGRATIVA DE REDUCCIÓN DE DAÑOS: UN CASO DE USO DE SUSTANCIAS, TRAUMAS MÚLTIPLES Y SUICIDALIDAD

Por Andrew Tatarsky y Scott Kellogg

La reducción de daños es una filosofía y un conjunto de intervenciones que buscan reducir las consecuencias nocivas del uso de sustancias y otras conductas de riesgo sin requerir abstinencia (Marlatt, 1998). La reducción de daños se ha aplicado con éxito a la salud pública, al tratamiento del uso de sustancias y a la psicoterapia. En este artículo, discutimos el proceso terapéutico de la Psicoterapia Integrativa de Reducción de Daños, nuestro enfoque para la aplicación de los principios de reducción de daños a la psicoterapia.

La Psicoterapia Integrativa de Reducción de Daños se basa en el supuesto de que el abuso de sustancias y otras conductas potencialmente riesgosas pueden comprenderse mejor considerando a la persona como un todo dentro de su entorno sociocultural. Los objetivos de la Psicoterapia Integrativa de Reducción de Daños son identificar las corrientes psicológicas, biológicas y sociales que contribuyen al proceso adictivo, clarificando los múltiples significados del abuso de sustancias, y adaptar individualmente la psicoterapia a las necesidades únicas de cada paciente. La Psicoterapia Integrativa de Reducción de Daños puede facilitar la aplicación de otras modalidades, como el intercambio de jeringas y el tratamiento de sustitución. El proceso permite adaptarse para que pueda ser utilizado por personas con distintos niveles educativos y de entrenamiento, que cumplen tareas diferentes y también por otras personas que

entran en contacto con el paciente, como guardias de seguridad, recepcionistas, auxiliares en terreno, enfermeras y pares educadores.

PSICOTERAPIA INTEGRATIVA DE REDUCCIÓN DE DAÑOS

La Psicoterapia Integrativa de Reducción de Daños (Tatarsky, 1998, 2002) se apoya en aportes de las tradiciones psicodinámica, cognitivo-conductual, humanista y biológica para abordar las vulnerabilidades y consecuencias únicas relacionadas con el uso de sustancias de cada paciente. Abandonar el requisito de abstinencia permite que la terapia comience con lo que mueve al paciente a buscar ayuda. La forma, foco y programación de las intervenciones deben surgir del diálogo terapéutico continuo y de la negociación entre terapeuta y paciente. En la terapia esto pone en primer término la relación terapéutica y la naturaleza colaborativa del trabajo a realizar. Una buena relación terapéutica facilita las demás habilidades terapéuticas: la construcción de habilidades y el desarrollo activo de estrategias para apoyar cambios positivos en el uso de sustancias, la exploración de los múltiples significados personales y sociales del uso problemático de sustancias y el descubrimiento de soluciones nuevas y más efectivas asociados a los factores de vulnerabilidad. Estos focos amplios se abordan a través de siete tareas terapéuticas: manejo de la alianza terapéutica; la relación terapéutica es sanadora; fortalecimiento de las habilidades de auto-gestión para el cambio; la evaluación como tratamiento; la aceptación de la ambivalencia; el establecimiento de metas de reducción de daños y estrategias activas para el cambio positivo.

La alianza terapéutica

Nuestra experiencia clínica y la investigación empírica disponible nos llevan a pensar que una buena alianza terapéutica es el elemento más importante para que la psicoterapia con este grupo de pacientes sea efectiva (Safran & Muran, 2000). La alianza terapéutica es la habilidad de trabajar juntos en pos de un objetivo, estando de acuerdo

sobre las metas, las tareas y la calidad del vínculo. Esto es coherente con los principios fundamentales de la reducción de daños: empezar desde donde se encuentra el paciente e iniciar el tratamiento en torno a sus metas. La evidencia muestra que la alianza entrega un aporte clave para lograr resultados positivos en el tratamiento por abuso de sustancias (Dearing et al., 2005).

La forma en que se maneja el contacto inicial es muchas veces un elemento crucial, porque define si el paciente decidirá regresar y si se involucrará en la terapia. Las reuniones iniciales se diseñan para descubrir qué es lo que quiere el paciente potencial y para llegar a un acuerdo sobre el foco del tratamiento. Las razones que tenga el paciente para asistir a la terapia deben ser el problema sobre el cual se base la alianza inicial. La habilidad del terapeuta de acercarse al paciente con respeto y empatía y sin una serie de ideas preconcebidas permite que ambos colaboren para encontrar un enfoque correcto para cada paciente.

Es esencial mantener la alianza durante toda la terapia. El terapeuta debe ir modificando su enfoque de acuerdo a los cambios del paciente durante el proceso. Una postura que al comienzo parecía entregar seguridad y apoyo, puede más tarde perder su utilidad a ojos del paciente. Las inevitables rupturas de la alianza deberán abordarse y repararse para que la terapia pueda continuar. Si el terapeuta no comprende al paciente, éste podría sentirse inseguro o abandonado, lo cual podría activar reacciones de auto-protección como el distanciamiento o el aumento de su uso de sustancias. La atención del terapeuta a estas rupturas y su disposición a estudiarlas puede permitir que se repare la alianza.

Los terapeutas fortalecen y mantienen la alianza mediante una serie de habilidades: escucha activa, indagación colaborativa, empatía, reflexión y manejo de la contratransferencia. La escucha activa consiste en escuchar con el objetivo de capturar con precisión la experiencia del otro sin interpretar, juzgar ni comentar.

La indagación colaborativa se refiere al trabajo conjunto del terapeuta y del paciente para clarificar un aspecto de la experiencia de éste último. El terapeuta busca conectarse con una parte del

paciente que tiene curiosidad sobre la naturaleza de algo.

La empatía es la capacidad de comprender la experiencia del otro (Kohut, 1982). Incluye el entendimiento intelectual, pero también contiene una resonancia afectiva que le permite al terapeuta imaginar y sentir lo que el paciente podría estar experimentando.

Habiendo evaluado la experiencia del paciente, el terapeuta puede reflejarle de vuelta lo que escuchó. El paciente puede necesitar clarificar parte de lo que le ha dicho el terapeuta hasta que considere que el terapeuta lo ha comprendido con exactitud. Usamos el término “contratransferencia” para referirnos a todas las reacciones personales del terapeuta hacia el paciente. Si se reconocen y no se actúan, las reacciones del terapeuta pueden entregar una visión del paciente que puede ayudarlo a comprenderse a sí mismo y a sus relaciones. La escucha activa y la empatía dependen de la capacidad del terapeuta para distinguir entre aquellos sentimientos empáticos que reflejan adecuadamente la experiencia del paciente y las reacciones personales del terapeuta que podrían interferir con su capacidad de empatizar. Esto subraya la importancia de la terapia personal y de la supervisión constante para apoyar el autoconocimiento del terapeuta y su capacidad de identificar reacciones contratransferenciales de las cuales podría no estar consciente.

La relación terapéutica es sanadora

Una buena relación terapéutica es, en sí misma, potencialmente sanadora en distintas formas. Crea un sentimiento de seguridad que puede disminuir la ansiedad y permitir una mayor auto-reflexión. Esto ayuda a las personas a clarificar los aspectos dañinos del uso de sustancias y los sentimientos, deseos y necesidades que se relacionan con él, permitiéndoles además considerar otras formas de uso y nuevas maneras de expresar o de cuidar estos aspectos de sí mismas. La relación terapéutica también puede apoyar la integración de habilidades de auto-regulación o de auto-gestión, a medida que el terapeuta las modela y las enseña y le permite al paciente usarlas. Puesto que las dificultades en las relaciones muchas veces están

íntimamente relacionadas con el uso problemático de drogas, es probable que emerjan en la relación terapéutica. La alianza terapéutica permite al terapeuta y al paciente discutir estas dificultades cuando surgen y experimentar nuevas soluciones. El resolver problemas en esta relación demuestra que pueden superarse las dificultades en otras relaciones, que las personas pueden ser confiables y que el paciente se merece los esfuerzos que hace el terapeuta.

Los casos de uso de drogas pueden reflejar o expresar algo que le está ocurriendo al paciente en la terapia y debería considerarse de ese modo. Por ejemplo, el paciente puede usar drogas para manejar sentimientos incómodos que surgen en la terapia, en lugar de hablarle al terapeuta sobre ellos. El interés y la indagación del terapeuta con respecto al posible significado del uso de drogas pueden indicarle al paciente que éste está realmente interesado en comprender la experiencia del paciente, y lo que puede estar expresando el uso de drogas. Esto puede por un lado destacar el interés del terapeuta, pero también puede tener otra implicancia más importante: las personas pueden interesarse más y ser más confiables de lo que cree el paciente debido a su experiencia temprana.

Fortalecimiento de las habilidades de auto-gestión para lograr cambios positivos

Cambiar las conductas adictivas y autodestructivas frecuentemente se relaciona con la solución de déficits en la auto-regulación mediante la adquisición de un conjunto de habilidades de auto-gestión. Estas habilidades también son necesarias para abordar las otras tareas de la Psicoterapia Integrativa de Reducción de Daños. Buscamos formar una alianza con aquella parte del paciente que quiere sentirse mejor y participar activamente en el proceso terapéutico. Este aspecto del paciente se relaciona con lo que se ha llamado “modo del adulto saludable” en la Terapia de Esquemas (Young et al., 2003), es decir, la capacidad de navegar, negociar, nutrir o neutralizar.

Estas tres capacidades apoyan el proceso de cambio: la curiosidad, la conciencia auto-reflexiva y la tolerancia afectiva. La curiosidad

con respecto al sufrimiento de uno mismo motiva la auto-conciencia y la auto-indagación. La auto-conciencia permite la exploración de la experiencia momento a momento, lo que posibilita la formación de conexiones entre los eventos percibidos, los pensamientos, sentimientos, impulsos y opciones. La auto-conciencia también facilita el aumento de la tolerancia afectiva, y la capacidad de soportar los sentimientos. Los sentimientos de incomodidad y miedo se vuelven más tolerables cuando pueden identificarse como un conjunto de sensaciones corporales y de pensamientos que pueden modularse mediante distintas estrategias cognitivas y conductuales tales como dialogar con ellos y respirar lentamente.

El entrenamiento de la conciencia y de la relajación (Tatarsky, 2003) apoya el desarrollo de la conciencia auto-reflexiva y el manejo de los afectos. Integra el entrenamiento para lograr una conciencia plena (Witkiewitz, Marlatt, y Walker, 2005), el entrenamiento para la relajación (Benson, 1975) y el diálogo interno positivo (Burns, 1999) dentro de un sencillo conjunto de técnicas.

La evaluación como tratamiento

La evaluación es tanto la base inicial de la alianza terapéutica y del plan inicial de tratamiento como el corazón de todo el proceso terapéutico. La evaluación profundiza nuestra comprensión del paciente y busca promover su reconocimiento y comprensión de las dificultades que lo llevaron a buscar tratamiento. La indagación del terapeuta se apoya en la curiosidad del paciente y en su auto-reflexión sobre su experiencia. En el proceso en que el paciente intenta comunicarle su experiencia al terapeuta, lo hace empleando palabras que ahora pueden integrarse a su experiencia de sí mismo.

El aumento de la auto-evaluación sobre aquello que genera problemas, posibilita considerar metas de reducción de daños y estrategias para reducir el sufrimiento. Los temas a evaluar son la gravedad del uso de sustancias, la relación de la conducta problemática con las variables psico-bio-sociales, los múltiples significados de la conducta en cuestión, la etapa del cambio y otros asuntos relevantes en la vida

del paciente. Los problemas deben evaluarse según lo urgentes que sean para el paciente, desde el más al menos importante.

Registrar la conducta problemática en la que se enfoca la indagación, ayuda a los pacientes a lograr una visión más clara de su conducta y de cómo ésta afecta otros aspectos de su vida. Los pacientes pueden anotar el día y la hora en que ocurrió la conducta y de qué conducta se trató: una cerveza, una línea de cocaína, un Klonopin. También pueden incluir información adicional, tales como las circunstancias, los sentimientos, los pensamientos y las expectativas que precedieron a la conducta, además de sus consecuencias y efectos. La retroalimentación por sí misma puede motivar el cambio en algunas personas, ya que les permite obtener una visión más clara de cómo entra en conflicto su conducta con sus valores y expectativas sobre sí mismas. El registro de la conducta también fortalece la conciencia auto-reflexiva. Olvidar o no cumplir plenamente el compromiso de registrar la conducta, puede también señalar un conflicto u otra dificultad para mantener la conciencia, lo que puede explorarse en la terapia.

El microanálisis es una estrategia para generar una visión completa del patrón de uso del paciente y de su relación con otros problemas psico-bio-sociales, los significados personales y sociales y las funciones de la sustancia, además de la etapa de cambio para cada sustancia. Trabajar sobre la base del registro que ha llevado el paciente entre sesiones permite generar una detallada descripción del patrón de uso de la sustancia. Es importante obtener el máximo nivel de detalle que sea posible, sin incomodar al paciente, con respeto y sensibilidad frente a la posibilidad de que éste pueda no estar dispuesto a referirse a ciertos aspectos de su uso. Al paciente se le pide describir su patrón de uso típico diario, semanal y mensual. ¿Cuándo? ¿Cuánto? ¿Por qué vía de administración? ¿En qué circunstancias? ¿Con quién? ¿Qué siente el paciente cuando decide usar? ¿Qué ocurre antes del uso? ¿Qué ocurre después, en cuanto a los efectos de la droga, la experiencia total, el comportamiento, el impacto en la salud, el estado emocional, el trabajo, el colegio y las relaciones? ¿Cómo calza el uso de la sustancia con otros aspectos

de la vida del paciente? ¿En qué le ayuda? ¿De qué forma duele? ¿Qué quiere y qué espera de la droga, y qué logra realmente? ¿El uso cumplió las expectativas del paciente? ¿En algún momento lamenta haber usado la sustancia? Explore la gravedad y la calidad del patrón de uso: ¿mejora una situación social? (recreativo); ¿es un problema intermitente? (abuso); ¿tiene un carácter compulsivo, con pérdida de control y ansias de usar la sustancia? (adictivo/dependiente); y, finalmente, ¿qué le gustaría cambiar al paciente con respecto a su consumo?

Aceptación de la ambivalencia

La ambivalencia juega un papel central en la resistencia a cambiar el uso problemático de sustancias y debe ser abordada para facilitar el cambio positivo (Miller y Rollnick, 2002). Los modelos bio-psico-sociales y de las etapas del cambio proponen la existencia de múltiples razones para que los usuarios problemáticos de sustancias sigan profundamente interesados en mantener su conducta, a pesar del creciente número de consecuencias negativas. Las sustancias pueden continuar, en ciertas ocasiones, como una experiencia positiva; además, diferentes aspectos de la persona pueden tener su relación propia y única con la sustancia dependiendo de cómo ésta satisface los valores, las necesidades, deseos e intereses de ese aspecto de la persona.

Otra manera de entender la conducta adictiva es considerar que, cuando el conflicto entre el uso de forma problemática y el no hacerlo se vuelve demasiado incómodo, la parte de la persona que rechaza el uso se escinde y disocia, dejando al usuario con el impulso de usar y llevándolo a la práctica. Con su capacidad de tolerar la ambivalencia y de reflexionar sobre el dilema, se hace posible que el paciente considere formas alternativas de resolverlo. Muchos pacientes están conscientes de que su uso les ayuda a enfrentar sentimientos incómodos como la ansiedad, la rabia y la pena, a pesar de los riesgos que conlleva. Cuando pueden visualizar o lograr soluciones alternativas a sus dificultades emocionales, tienen mayor motivación

para detener el uso riesgoso de drogas. La meta terapéutica es traer la ambivalencia a la consulta, para que de ese modo el paciente pueda tener la experiencia de sopesarla y considerar nuevas formas de resolverla junto al terapeuta.

Se ha observado que hay muchas técnicas efectivas para acoger la ambivalencia. Aquí resumiremos dos de ellas: empatizar con ambos lados de la ambivalencia y llevar a cabo un balance decisional.

Empatizar con ambos lados de la ambivalencia del paciente es una forma de invitar a todos los aspectos del paciente a entrar a la consulta del terapeuta (Rothschild, 2007). Si éste sólo está interesado en escuchar y apoyar a una parte del paciente (usualmente la que quiere detenerse o usar la sustancia con mayor seguridad), existe el peligro de que el terapeuta forme una alianza con esa parte, potencialmente en contra de la otra. La consecuencia es que la parte del paciente que desea cambiar puede asumir toda clase de compromisos y planes, mientras que la que quiere continuar el uso, se queda fuera de la consulta y sigue haciendo lo de siempre. Empatizar con ambos lados de la ambivalencia del paciente mantiene el conflicto en su interior. Se invita a que ambas partes hablen en la terapia, y ambas son consideradas en la exploración de nuevas metas.

La tabla de balance decisional (Janis y Mann, 1977) es una estrategia para evaluar sistemáticamente los pros y los contras al tomar cualquier decisión de cambio. Se ha demostrado que es una poderosa herramienta para facilitar el cambio (LaBrie et al., 2006) y muchos autores en el campo del cambio conductual la consideran esencial para aumentar la motivación para el cambio (Miller y Rollnick, 1991; Prochaska, Norcross y DiClemente, 1995). Mediante un detallado examen de los pros y los contras de la conducta problemática de ese momento, y el cambio que se tiene en mente, esta técnica ayuda al paciente a evaluar exhaustivamente las motivaciones que se ubican en ambos lados de su ambivalencia. El balance decisional ha sido adaptado para el ámbito de las adicciones (Denning, 2000).

El método de “trabajo transformacional con sillas” está diseñado para pacientes aquejados por conflictos relativos a conductas adictivas y otros conflictos decisionales (Kellogg, 2008).

El diálogo vocal (Stone y Winkelman, 1988; Tatarsky, 2003) puede ayudar a los pacientes a clarificar y a apropiarse de su ambivalencia sobre el cambio de conductas autodestructivas. Ambas técnicas son estrategias experienciales que ayudan a los pacientes a los aspectos de sí mismos que presentan problemas en conflicto con el cambio. Hemos observado que estos enfoques son particularmente útiles cuando se trabaja con pacientes que tienden a tener dificultades para identificar sus sentimientos o que están disociados de los aspectos de sí mismos que se expresan a través de la conducta problemática.

Establecimiento de metas de reducción de daños

Hay una paradoja inherente al trabajo de reducción de daños. Por una parte, la reducción de daños da una importancia preponderante a la aceptación de las personas “donde ellas se encuentran”, en sus propios términos y persiguiendo sus propias metas. Las intervenciones están diseñadas para vincularse con las personas dónde estás se encuentran, no donde el terapeuta desearía que estuvieran. Por otra parte, la reducción de daños también promueve el cambio positivo y el crecimiento en dirección a un nivel óptimo de salud. De este modo se dirige el foco hacia más allá de la reducción del daño asociado a las drogas, llevándolo a la sanación y a la resolución del sufrimiento y de los otros problemas relacionados con el uso problemático de sustancias. Este enfoque “gradualista” (Kellogg, 2003) busca emplear toda la gama de tratamientos efectivos de reducción de daños, así como aquellos orientados a la abstinencia, para ayudar a los individuos adictos a recorrer un continuo que va desde uso problemático hacia el uso no problemático o la abstinencia.

Las metas terapéuticas surgen de la evaluación de las razones por las cuales el paciente asiste a la terapia y de la exploración de su ambivalencia con respecto al cambio. La pregunta por las metas del paciente promueve la curiosidad y la auto-reflexión sobre sus motivos y necesidades. En efecto, la pregunta dice que la terapia es “sobre y para el paciente”, y reconoce la importancia central de

la participación activa del cliente, su elección de metas propias, la institución con la que se vinculará y la motivación como factores para el éxito de la terapia.

La estrategia del plan de uso ideal está diseñada para ayudar a los pacientes en las siguientes formas: (a) evaluar los aspectos problemáticos de su uso de sustancias, (b) aumentar su motivación para realizar cambios positivos, (c) elegir metas de reducción de daños, y (d) planificar estrategias para trabajar en pos de estas nuevas metas. A los pacientes se les pide describir, verbalmente o por escrito, su patrón ideal de uso, aquel que maximiza los beneficios y minimiza los riesgos y las consecuencias negativas (Tatarsky, 2003). El plan debería incluir información sobre las sustancias, las vías de administración, las cantidades, la frecuencia y las circunstancias de uso. También debería especificar las estrategias que podrían apoyar la implementación exitosa del plan. En este punto, el paciente puede tratar de implementar su plan de vida y ver cuán efectivo es para alcanzar sus metas. Mirado como un experimento, todo lo que pase constituye información potencialmente útil que puede emplearse para modificar el plan y así aumentar su efectividad para lograr las metas propias del paciente.

Estrategias activas para el cambio positivo

Una vez que el paciente ha logrado clarificar los aspectos problemáticos de su uso de sustancias y ha establecido metas específicas, es posible desarrollar estrategias para trabajar en pos de ellas. A continuación describimos un conjunto de estrategias cognitivas y conductuales que los pacientes pueden utilizar para cambiar patrones autodestructivos de uso de sustancias e implementar cambios en las circunstancias personales y sociales asociadas a ellos. Estas estrategias tienen un amplio respaldo en el campo de la investigación de conductas adictivas (Hester, 1995; Longabaugh y Morgenstern, 1999).

- La *educación* sobre la reducción de daños genera un marco para que los pacientes comprendan la base de los modelos de

Psicoterapia Integrativa de Reducción de Daños y la diferencia de los enfoques de solo abstinencia. Enseñar los modelos psico-bio-sociales de múltiples significados y de etapas del cambio, entrega un marco para el foco de la terapia.

- *Una actitud experimental* considera el proceso de cambio como una evolución a través de un proceso de ensayo y error para buscar nuevas soluciones.
- *El manejo de las ansias* (Marlatt y Kristeller, 1999) es una estrategia para reflexionar sobre las ansias y no actuar impulsivamente. Al paciente primero se le enseña a identificar sus ansias como un conjunto de sensaciones y de pensamientos asociados. El siguiente paso es cultivar una actitud de observación no crítica. Esta técnica genera espacios alrededor de las ansias, interrumpe el patrón usual del hábito autodestructivo y permite tomar opciones alternativas.
- *Identificar las secuencias evento-pensamiento-ansia-pensamiento-elección-acción* relacionadas con el uso problemático de sustancias. El manejo de las ansias permite identificar los pensamientos y sentimientos en estas secuencias encadenadas y hace posible intervenir en cada parte de la secuencia para considerar una nueva opción.
- *Reflexionar acerca de las ansias* respecto de su conclusión probable o inevitable, en caso de ser llevada a la acción, puede ayudar a la persona a decidir si actuar o no.
- Considerar *el equilibrio decisional y el diálogo* con las dos partes de la ambivalencia, le permitirá a la persona tomar una decisión basada en el darse cuenta en lugar de actuar impulsivamente.
- *Reflexionar sobre las razones* para decidir realizar un cambio deseado puede ayudar a la persona a mantenerse motivada con respecto a tal cambio.
- *Identificar los factores desencadenantes* se vuelve posible ahora que los pacientes tienen la oportunidad de reflexionar sobre lo que ocurría justo antes o durante el momento en que tomaron conciencia de sus ansias. Esta es la intersección entre

el uso de sustancias y su significado y función en relación a aspectos psico-bio-sociales.

- *Manejar o resolver los factores desencadenantes* se convierte en el foco del tratamiento a medida que se van identificando estos problemas. Las estrategias cognitivo-conductuales, así como el entrenamiento en la relajación y la asertividad, son formas alternativas y menos dañinas de manejar los factores desencadenantes.
- *18 Alternativas*. El paciente puede imaginar una lista de 18 respuestas alternativas a los desencadenantes típicos que causan el deseo de usar sustancias de formas autodestructivas.
- *El plan de juego*. Este es un plan para implementar los cambios deseados en situaciones en las cuales el antiguo comportamiento ya ha ocurrido en el pasado. El plan está diseñado para anticiparse a las dificultades que afectarán los planes del paciente, preparando estrategias para enfrentarlas.

Ilustración del caso

L era una mujer de 38 años, soltera y profesional, que fue derivada a mi consulta por su médico de atención primaria¹⁰. Su uso diario de alcohol y marihuana era potencialmente fatal porque una resaca podría precipitar, -y ocasionalmente había precipitado-, un coma diabético capaz de matarla. Aunque se inyectaba insulina diariamente para controlar su diabetes, su uso de sustancias y las resacas, junto al hecho de que frecuentemente no tomaba sus medicamentos ni seguía su estricta dieta, a menudo hacían que el tratamiento fuera inefectivo. Durante el curso de su vida, se había caído en varias ocasiones debido a estos comas, fracturándose brazos y piernas, y había chocado contra un árbol cuando manejaba, resultando con graves contusiones. Luego de sugerirle infructuosamente durante varios años que asistiera a A.A. y se abstuviera de todas las sustancias, su médico le recomendó la Psicoterapia de Reducción de Daños porque ella insistía en que sólo le

¹⁰ El caso de L fue tratado por Andrew Tatarsky (Nota del Traductor).

interesaba buscar la moderación y lograr un uso más seguro. L era una mujer exitosa en su profesión, inteligente y atractiva que se vestía en forma un tanto masculina. Parecía ser una persona abierta y comprometida, que sonreía con frecuencia y aparentemente motivada a recibir ayuda. Su sonrisa, sin embargo, parecía forzada, y había en ella algo acartonado que me hacía sentir ansioso en su presencia, porque me imaginaba que tenía una parte oculta con muchos más problemas de los que revelaba.

L parecía relativamente despreocupada con respecto a la gravedad de su uso de sustancias, ya declaraba querer ver si podría reducir el uso hasta un nivel seguro. Estuve de acuerdo con un plan inicial para ver si podría ayudarla a identificar límites seguros y en el desarrollo de estrategias que la mantuvieran dentro de esos límites. Esto la llevó a expresar alivio y gratitud. Acordamos reunirnos dos veces por semana. A pesar de su peligroso comportamiento y sus extraños sentimientos, había algo en ella que me daba esperanzas. También sentí que debía respetar sus límites y dejar que ella me guiara.

Sugerí que tratáramos de identificar cuál era un nivel de uso peligroso (cuando se despertaba con resaca y mareada) y cuáles serían límites seguros. Esto despertó su curiosidad. Le sugerí que monitoreara su uso entre nuestras sesiones, contando y llevando un registro de los tragos que bebía y de la marihuana que fumaba, anotando las circunstancias y sentimientos que rodeaban su uso y cómo se sentía al momento de usar y al día siguiente. Le gustaba llevar el registro, porque decía que le daba una sensación de control. También le sugerí que practicara el manejo de ansias para identificar el deseo de usar y las sensaciones, pensamientos y sentimientos que se relacionaban con el uso. El microanálisis de su uso reveló que fumaba marihuana y bebía en exceso casi todas las noches para divertirse con amigos, para disfrutar del sexo sin sentirse violada por un hombre, para manejar el estrés y la fatiga después del trabajo y para quedarse dormida. El uso excesivo de sustancias le proporcionaba sus únicas experiencias

de placer y relajación. Mediante ensayo y error identificamos que dos tragos estándar durante un período de 2 horas no le producían resaca. A pesar de su deseo consciente de mantenerse dentro de este límite, casi siempre bebía en exceso.

Me pregunté en voz alta por qué se exponía a un riesgo tan grande. La exploración de esta pregunta durante las semanas siguientes reveló una historia de múltiples traumas al comienzo de su vida que ella había mantenido fuera de su conciencia con la ayuda del uso de sustancias. Cuando me describió sus experiencias traumáticas, cayó rápidamente en una depresión intensa y aterradora, acompañada por pena, rabia, odio a sí misma e imágenes incesantes de ella misma apuñalándose y disparándose en la cabeza. Juntos, gradualmente reconstruimos la siguiente historia.

El primer coma diabético de L ocurrió en el patio de su colegio, en su décimo año, (segundo año de secundaria), frente a toda la comunidad escolar. Cuando despertó, todos la estaban mirando “horrorizados, como si yo fuera un monstruo.. no me sentía viva, era como un fantasma”. Después de esta experiencia se sintió profundamente humillada y en el colegio fue rechazada por sus pares. Nadie la ayudó a lidiar con sus sentimientos sobre el coma ni con las reacciones de sus compañeros. Sentía que los directivos de su colegio y los doctores la trataban “como a un bicho asqueroso clavado en la muralla con un alfiler”. Reconoció haber bebido cerveza y fumado marihuana pocos días antes del incidente. Sus padres supusieron que esto era lo que había causado el coma y la castigaron no dejándola salir de la casa por un mes. Sintióse “expulsada de la raza humana”, recordó que fueron días en los que gritaba sola en su pieza para expresar el dolor de la soledad, la vergüenza y el odio a sí misma. Comenzó a golpearse la cabeza en la muralla para castigar a su cuerpo por haberla traicionado.

Yo enfatiqué que me sorprendía lo punitivos que habían sido sus padres. Luego describió su experiencia de crecer con una madre controladora y castigadora que le pegaba en el trasero

y la hacía sentarse en un rincón “por hacer cualquier cosa que ella desaprobaba”. Los golpes diarios de su madre crecían en intensidad si L lloraba o se resistía, y tomaban un matiz sexual cuando ella le bajaba su ropa interior y la ponía sobre sus rodillas. L recuerda haberse sentido “como una muñeca de madera, totalmente controlada, como una marioneta”, su primera experiencia de disociación como forma de afrontar experiencias aterradoras y humillantes. Su padre era un vendedor que viajaba con frecuencia, alguien distante y que no se involucraba con ella. Disociar sus sentimientos con respecto a su madre se convirtió en el modelo para afrontar traumas posteriores, aplanando sus sensaciones y “volándose” con la ayuda de ciertas sustancias. Aunque L no estaba al tanto de que existiera algún historial psiquiátrico en su familia, creía que su madre vivía “abrumada y deprimida” porque frecuentemente estaba sola con ella debido a los viajes de negocios de su padre. L sentía que ella era la persona principal en la vida de su madre y que por eso era el blanco de sus intensas exigencias de sumisión y sus castigos violentos y sexualizados. Cuando estaba en casa, su padre parecía emocionalmente aislado. No intervenía en el drama entre L y su madre y decía que el cuidado de los hijos era asunto de la madre. A partir de estas relaciones, L concluyó que no se podía confiar en otras personas para recibir apoyo emocional. Desarrolló la convicción de que estaba destinada a vivir sin relaciones cercanas o íntimas y de que tendría que confiar sólo en ella misma.

L “flotó” durante su educación secundaria y universitaria, aumentando su uso diario de alcohol y marihuana, y sufriendo frecuentes comas diabéticas; en ocasiones, recuperaba la conciencia en el bosque, perdida, sucia y con las ropas rasgadas. Se sentía aislada y no tenía amigos, hablaba poco en clases para no ser humillada, y tenía la sensación de ser una persona muerta caminando, “como Frankenstein”. Con poco interés en su futuro profesional, llegó a su profesión “porque era fácil”. Su deseo de tener intimidad estaba disociado pues se veía a sí misma como alguien que nunca podría tener una relación cercana con

nadie. Se sentía expulsada de la civilización, como cuando la habían castigado sin salir de su pieza siendo niña. Confiaba en las sustancias en lugar de las personas para consolarse, para no experimentar sensaciones dolorosas y para permitirse sentir lo que su madre le prohibía sentir, como la sexualidad, la tristeza y la rabia.

La terapia pasó a enfocarse en sanar los traumas no resueltos y mantenerla segura. Mi respeto por sus límites y su ritmo le permitió expresar un dolor que nunca antes había podido expresar en palabras. Yo era como la madre confortante que ella no había tenido, y era testigo de la corriente de terror, vergüenza, rabia, pena y odio a sí misma que nunca había expresado y que ahora dejaba salir al describir sus experiencias traumáticas de humillación, castigo y traición por parte de “todos” en su vida. Cuando su depresión llegó a una intensidad tal que le empezó a traer dificultades para ir al trabajo en la mañana y la hizo temer suicidarse, le recomendé hacerse una evaluación de sus medicamentos. Comenzó a utilizar un antidepresivo, Prozac, con una dosis inicial de 20 mg diarios, que subió a 40 mg diarios durante los tres meses siguientes. Durante este período, L comenzó a sentirse un poco menos abrumada por sus sentimientos y menos temerosa de experimentar impulsos suicidas. Este alivio permitió que el trabajo psicoterapéutico siguiera adelante.

Me importaba profundamente la niña herida y aterrada que en nuestras sesiones lloraba y gritaba cosas que nunca antes había podido expresar. El uso de sustancias continuó, la depresión seguía siendo muy intensa, y comenzó a verse más deprimida y distante en las sesiones. Le hice ver este cambio y, para mi sorpresa, ella dijo “¡No creo que te importe para nada, tal como a todos esos otros doctores!”. Resistiendo la tentación de defenderme y sintiéndome confundido, le dije que me ella me importaba mucho y que me preguntaba por qué ella no lo sabía. Me dijo, “Tú te despides de mí antes del fin de semana, te vas con tu familia, y yo me voy sola a mi casa con ganas de matarme y de ponerme en riesgo con sustancias”.

Sin darme cuenta, ella había caído en una postura terapéutica que re-esценificaba las relaciones poco útiles que en el pasado había tenido con figuras de autoridad. Este contraste entre cómo me sentía con respecto a ella y cómo ella me experimentaba a mí, me hizo preguntarme si los doctores que la trataron debido en su primer coma diabético no habrían estado en una posición similar. En la relación con su madre, L había aprendido a no cuestionar la autoridad y a no expresar sus necesidades y, por lo tanto, era probable que no les hubiera dicho a sus doctores qué era lo que necesitaba y que no se estaba sintiendo ayudada. En nuestro trabajo habíamos establecido una relación similar que contribuía a la ruptura entre ambos. Sin embargo ahora ella tenía la capacidad de expresar su insatisfacción conmigo, dándonos la oportunidad de reparar nuestra relación. La fortaleza de nuestra alianza anterior y mi activo interés en saber cómo se sentía, prepararon el camino para que ella me transmitiera sus sentimientos negativos sobre mí y sobre nuestro trabajo.

Le pregunté cómo podría ella saber que me importaba y cómo podría yo ayudarla más. Me dijo que necesitaba que la ayudara más activamente a generar planes de seguridad, a manejar sus sentimientos de temor y a desarrollar formas alternativas para cuidar de sí misma. Me volví más activo en mi contribución a las estrategias destinadas a ayudarla a manejar sus sentimientos y mantenerla segura. También comencé a expresar más mis sentimientos sobre ella, manifestándole la preocupación y el orgullo por el trabajo que ella estaba realizando.

Su disposición a expresar su insatisfacción y mi disposición para escucharla y cambiar mi postura, restauró entre nosotros el sentido de alianza colaborativa, logrando así un enfoque que ella percibía como más útil. Sin embargo lo más importante fue que se había creado una nueva experiencia relacional en la que sus sentimientos fueron tomados en serio y en la que se le respondía en una forma que no había experimentado anteriormente. Esta experiencia en la terapia contribuyó a mejorar su autoestima, aumentó su confianza en las relaciones y le dio esperanzas para

el futuro. Ella se motivó más para reducir dramáticamente su uso de sustancias, algo que ahora percibía como una amenaza para su creciente sentimientos de esperanza.

Manejar los sentimientos difíciles en forma segura, sin usar sustancias, se convirtió en el foco primario de la terapia. Ella se motivó para usar el manejo de las ansias a fin de identificar los momentos en los que sentía el deseo de abusar de las sustancias. Comenzó a identificar las secuencias de los eventos, pensamientos y sentimientos que rodeaban a esos momentos y logró identificar sus desencadenantes circunstanciales y emocionales. Empezó a considerar el impulso de usar sustancias en exceso como una señal de que había otra cosa a la que debía poner atención, una necesidad o un sentimiento doloroso. A medida que iba consiguiendo hacer esas asociaciones en esos momentos, comenzó a considerar distintas estrategias para manejar sus necesidades de forma más segura y saludable y para cuidar de sí misma más efectivamente.

La pintura se convirtió en una válvula de escape para sus tormentas afectivas y a través de ella pudo recuperar partes disociadas de sí misma y encontrar su yo infantil digno de amor, que había perdido. Para ella, pintar consistió inicialmente en lanzar pintura como una expresión activa y enérgica de sentimientos. Gradualmente las pinturas comenzaron a tomar la forma de una persona. Un día llegó con una pintura de una bella niñita y dijo “Encontré el yo hermoso que pensé que había muerto”. Con algo de temor, se inscribió en un gimnasio y comenzó a sentir el placer del ejercicio, pues ahora sentía que su cuerpo era digno de recibir atención positiva. En contraste con el cuerpo que la había traicionado, ahora era su cuerpo una fuente de placer, fuerza y diversión. Entró a un taller de yoga en su barrio y comenzó a practicar yoga y meditación, lo que en su opinión la ayudó a relajarse y a manejar los sentimientos dolorosos. Yo le había sugerido que estas prácticas fortalecerían su intención de auto-monitorearse y de manejar sus sentimientos dolorosos, y progresó rápidamente en ambas disciplinas. Su creciente

sensación de ser valorada y su optimismo cada vez mayor con respecto a las relaciones y a poder abrirse al mundo, la motivaron para explorar y aprender técnicas que podrían ayudarla a cuidar de sí misma más efectivamente y, además, le dieron valor para involucrarse en situaciones en las que antes no se había sentido bienvenida. Desarrolló un ritual nocturno que combinaba la meditación y el yoga con música relajante y té de hierbas en lugar de intoxicantes. Comenzó a hacer más salidas al campo los fines de semana para relajarse y divertirse.

Sus crecientes sentimientos positivos sobre ella misma y sus posibilidades en el mundo, junto con el placer y la satisfacción que obtenía gracias a esas actividades aumentaron su motivación para moderar su uso de alcohol y marihuana. Se comprometió a tratar de limitar su uso de alcohol a dos tragos por noche, con algunos días de sobriedad cada semana, y consumir marihuana sólo ocasionalmente en situaciones sociales. Trabajó el ejercicio del plan de uso ideal para pensar en detalle qué cambios tendría que hacer en su vida y en su rutina nocturna para alcanzar sus metas de uso de sustancias. Algunas de las estrategias que le parecieron útiles fueron hacer su ritual de relajación apenas llegaba a su casa del trabajo y antes de beber, dosificar sus tragos mirando el reloj y ver por cuánto tiempo podía hacer durar una copa de vino tomando sorbos pequeños y bebiendo agua entre tragos. Esto la condujo a un proceso de reducción gradual del uso de sustancias a través de pequeños pasos en la dirección de sus metas. En el tercer año de terapia, L alcanzó sus objetivos.

Ella se hizo consciente de su deseo de tener una relación romántica apasionada y un trabajo satisfactorio, y comenzó activamente a buscarlos. Sentía que ahora sí tenía derecho a tener buenas relaciones y que podía hablar abiertamente de sí misma frente a los demás. Ingresó a algunos sitios de búsqueda de pareja en internet y comenzó a tener citas. Estas fueron acogidas como oportunidades para descubrir qué buscaba en una pareja y para seguir trabajando los sentimientos residuales de ansiedad y desconfianza que surgían cuando percibía la posibilidad de una

relación íntima. Finalmente conoció a un hombre con intereses muy similares que se hallaba en un momento de su vida en el que también estaba realizando profundos cambios positivos. Al momento de escribir estas líneas, los dos viven juntos en una relación satisfactoria y comprometida, algo que ella nunca había imaginado sería posible en su vida apenas unos años atrás. También decidió dejar su trabajo luego que le ofrecieran una jubilación anticipada con una buena indemnización. Pasar tiempo alejada de su trabajo la ayudó a clarificar que para ella sería más satisfactorio trabajar en el área de la espiritualidad y la salud, y encontró trabajo en una compañía con este enfoque en la cual pudo aplicar sus habilidades ejecutivas.

Después de 5 años de sesiones dos o tres veces por semana, ella terminó su terapia sintiendo que había completado su trabajo. Alcanzó sus metas iniciales de uso de sustancias y encontró soluciones satisfactorias a sus complejos problemas personales y de estilo de vida que se habían expresado a través de su uso problemático de sustancias.

Aspectos clínicos y resumen

A pesar de estar consciente de que su uso de sustancias amenazaba su vida, L. sólo se motivó para empezar la terapia cuando encontró un enfoque de reducción de daños dispuesto a aceptar su uso activo y a formar una alianza sobre la base de sus propias metas de moderación en el uso. Pronto quedó claro que su abuso de sustancias tenía múltiples significados relacionados con un historial de traumas diversos y sus secuelas. El foco terapéutico y el enfoque del terapeuta cambiaron con el paso del tiempo, a medida que cambiaban las necesidades de la paciente. Las sustancias mantuvieron controlada su depresión suicida al tiempo que la ayudaban a medicar los sentimientos de soledad y ansiedad y a encontrar momentos de placer y relajación que antes no habían existido para ella. El uso activo de sustancias debía ser aceptado en la terapia mientras se evaluaban sus significados y funciones. La depresión, los traumas y los problemas

asociados con la autoestima y la confianza en las relaciones, debían procesarse y resolverse al menos hasta cierto punto para que ella lograra la motivación suficiente para reducir su uso de sustancias. Esto se facilitó, en parte, por una dificultad que emergió en la relación terapéutica. Ocurrió una ruptura en la alianza paciente-terapeuta que re-escenificaba las relaciones traumatizantes anteriormente experimentadas por L. Cuando L. expresó que sentía que el terapeuta no se preocupaba por ella, éste le respondió de un modo que creó para ella una nueva experiencia relacional que la ayudó a que crecieran sus esperanzas sobre el futuro. Esto la motivó a reducir su uso de sustancias y a crear una vida más satisfactoria.

Este caso ejemplifica la complejidad de las dificultades psicológicas e interpersonales que, en nuestra opinión, se entrelazan habitualmente con el abuso grave de sustancias. El caso de L. ilustra cómo un enfoque de reducción de daños puede efectivamente atraer e interesar en la terapia a pacientes que usan sustancias de forma activa, apoyar el establecimiento de una alianza terapéutica fuerte y, mediante pequeños cambios graduales, llegar a resultados exitosos con respecto al uso de sustancias y a una amplia gama de problemas personales coexistentes. También muestra cómo se pueden integrar las estrategias activas con la exploración de sus significados, además de la manera como una relación terapéutica facilitadora apoya estas acciones.

Contemplar los problemas de uso de sustancias desde una perspectiva bio-psico-social sugiere la necesidad de emplear un enfoque terapéutico que integre de modo flexible las intervenciones psicoanalíticas relacionales y cognitivo-conductuales. La Psicoterapia Integrativa de Reducción de Daños es un enfoque de este tipo. Aunque la efectividad de esta psicoterapia integrativa no ha sido estudiada mediante pruebas aleatorias controladas, sus siete tareas terapéuticas están respaldadas por décadas de investigación clínica. Creemos que este enfoque, debido a la atención que presta a la relación terapéutica, tiene un valor especial para atraer y retener en la terapia a los pacientes que abusan de las sustancias y facilita el complejo trabajo asociado de ayudar a las personas a resolver su uso problemático de sustancias en el contexto de los trastornos concurrentes.

Referencias Seleccionadas y Lecturas Recomendadas

Dearing, R.L., Barrick, C., Dermen, K.H. y Walitzer, K.S. (2005). Indicators of client engagement: Influences on alcohol treatment satisfaction and outcomes. *Psychology of Addictive Behaviors*, 19, 71–78.

Hester, R.K. (1995). Behavioral self-control training. En R.K. Hester y W.R. Miller (Eds.), *Handbook of alcoholism treatment approaches: Effective alternatives* (pp. 148–159). Needham Heights: Allyn & Bacon.

Janis, I.L. y Mann, L. (1977). *Decision making: A psychological analysis of conflict, choice, and commitment*. London: Cassel & Collier Macmillan.

Kellogg, S.H. (2004). Dialogical encounters: Contemporary perspectives on “chairwork” in psychotherapy. *Psychotherapy: Research, Theory, Practice, Training*, 41, 310–320. Disponible en: <http://transformationalchairwork.com/articles/>

Kellogg, S.H. y Kreek, M.J. (2005). Gradualism, identity, reinforcements, and change. *International Journal of Drug Policy*, 16, 369–375. Disponible en: <http://gradualismandaddiction.org/articles/>

Khantzian, E.J., Halliday, K.S. y McAuliffe, W.E. (1990). *Addiction and the vulnerable self: Modified dynamic group therapy for drug abusers*. New York: Guilford Press.

Krystal, H. (1977). Self- and object-representation in alcoholism and other drug-dependence: Implications for therapy. *NIDA Research Monograph*, 12, 88–100.

LaBrie, J.W., Pedersen, E.R., Earleywine, M. y Olsen, H. (2006). Reducing heavy drinking in college males with the decisional balance: Analyzing an element of Motivational Interviewing. *Addictive Behaviors*, 31(2), 254–263.

Longabaugh, R. y Morgenstern, J. (1999). Cognitive-behavioral coping-skills therapy for alcohol dependence: current status and future directions. *Alcohol Research & Health*, 23(2), 78–85.

Marlatt, G.A. (1998). *Harm reduction: Pragmatic strategies for managing high risk behavior*. New York: Guilford Press.

- Miller, W.R. y Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing*, 2nd ed., Preparing people to change. New York: The Guilford Press.
- Prochaska, J.O., Norcross, J.C. y DiClemente, C.C. (1994). *Changing for good*. New York: Morrow.
- Rothschild, D. (2007). Bringing the pieces together: Relational psychoanalysis and harm reduction therapy in treatment with substance abusers. *Psychoanalytic Perspectives*, 5(1), 69–94.
- Safran, J. y Muran, C.J. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*. New York: Guilford.
- Stone, H. y Winkelman, S. (1988). *Embracing ourselves*. New York: New World Library.
- Tatarsky, A. (2002). Harm reduction psychotherapy: A new treatment for drug and alcohol problems. Northvale, NJ: Jason Aronson, Inc.
- Tatarsky, A. (2003). Harm reduction psychotherapy: Extending the reach of traditional substance use treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 25, 249–256.
- Young, J.E., Klosko, J.S. y Weishaar, M.E. (2003). *Schema therapy. A practitioner's guide*. The New York: Guilford Press.

ÍNDICE TEMÁTICO

Abrams, D. B., 105

Abusadores de sustancias no tratados, estadísticas sobre, 28, 29

Abuso infantil, Ver Trauma, 299, 325

Administración de salud mental y abuso de sustancias [Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA)], 27, 28, 29

Afrontamiento, 41, 42, 47, 54, 59, 64, 90, 103, 105, 114, 266, 267, 305, 328, 329, 345

 valor adaptativo de las drogas, 181

 hipótesis de la automedicación, 183, 184

 hipótesis de la autoselección, 182

 vulnerabilidad, 184, 185, 188, 190, 193, 194, 204, 372

Alcohólicos Anónimos, 197-199

 ejemplo de caso, 185-192

 comentario sobre, 193-196

 presentación

 capacidad de cambio, 178, 179

 deseo de usar, 178

 significado personal, 179-180

 tradición psicoanalítica, 181-182

 vulnerabilidad, 180

Agrawal, S., 111

Alcohólicos Anónimos (AA), 5, 7, 28, 68, 79, 88, 122, 135, 157, 162, 175, 184, 191, 197, 198, 253, 256, 265, 285, 287, 315, 344, 358, 369

 alternativas a, 198-190

 importancia de, 197

Alexander, B. K., 258

Autocuidado, trauma, 194

Autoestima, trauma, 201-205

Ayd, F. J., 107

- Bandura, A., 88
- Beck, A. T., 88, 101, 107
- Beck, J. S., 101, 106
- Biología, programas orientados a la abstinencia, 27-28
- Black, M. J., 66,67
- Bogardis, J., 111
- Bok-Lim, C. K., 96, 109
- Burns, D. D., 106
- “Calce correcto”, 124-152
- ejemplo de caso, 130-149
 - comentario sobre, 149-152
 - presentación, 130-149
 - componentes de, 124,125
 - voz crítica interior, ejemplo de caso, 242-245
 - elementos comunes de los pacientes, 121,122
 - diferencias entre los pacientes, 122-124
 - investigación sobre, 122
 - relación terapéutica, 64, 72, 84, 121, 173, 240, 250, 372, 374, 392
 - duración e intensidad del tratamiento, 129,130
 - adecuación del tratamiento, 126-129
- Carey, K. B., 35
- Carey, M. P., 35
- Compulsión por la repetición, trauma, 206-207
- Complejidad, 153-176
- Alcohólicos Anónimos, 175
 - ejemplo de caso, 153-173
 - comentario sobre, 173
 - presentación, 157-172
 - negación del significado y, 154, 155
 - integración de enfoques, 174-175
 - duración del tratamiento,174
 - múltiples significados, 156-157
 - ruptura de las reglas, 174

- relación terapéutica, 173
- subestimación de, 154-155
- Comunidad terapéutica. *Ver* Comunidad terapéutica residencial
- Comunidad terapéutica residencial, 284-331. *Ver también* Terapia grupal
 - ejemplo de caso, 290-331
 - traumas de la infancia, 301-303
 - comentario sobre, 327-331
 - descarga, 315-317
 - generalización, 299-301
 - ceremonia de graduación, 306-312, 319-320
 - vivienda, 317-319
 - matrimonio, 320-322
 - terapias multimodales, 321-322
 - visión general, 290-92, 322-327
 - procesamiento del dolor, 302-305
 - consulta privada y, 314-315
 - agencias públicas, 292-294
 - estímulo para la transformación, 295-298
 - manejo de los síntomas, 294-295
 - decisión de terminar la terapia, 305-306
 - transformaciones, 312-314
 - experiencia en, 286-290
 - perspectiva histórica, 284-286
- Condicionamiento, programas orientados a la abstinencia, 29-30
- Confiabilidad, liderazgo en terapia grupal, 362-363
- Confianza, liderazgo en terapia grupal, 364-365. *Ver también* "Calce correcto"
- Control, voz crítica interior, 247
- Cooney, N., 105
- Contratransferencia, liderazgo en terapia grupal, 365-366
- Cunningham, J. A., 111

- Damon House, 290, 292. *Ver también* Comunidad terapéutica residencial
- Davidson, R., 98
- Davis, J. M., 107

- Dayton, G., 13, 87
Daytop Village, 285
Deiderich, C., 285
Denning, P., 12, 16, 20, 26, 35, 127, 242, 251, 272
Departamento de salud y servicios sociales de los Estados Unidos [Department of Health and Human Services (USDHHS)], 28
DiClemente, C. C., 24, 124, 128, 265, 379
Diferencias individuales, 177
 cambio y, 207, 208
 “calce correcto”, 124-129
 múltiples significados, 156, 157
 significado personal, 179-180
Ditman, K. S., 28
Doble diagnóstico, problema de, terapia grupal, 342-346. *Ver también*
Terapia grupal
Dunbar, G., 98

Eisler, K. R., 68
Ellis, A., 88
Establecimiento de metas
 ejemplo de caso, 51-53
 tratamiento, 40-41
Estrategia de auto-observación, fase de involucramiento/evaluación, 39
Experiencia interior disociada, voz crítica interior, 244

Factores culturales, terapia cognitivo-conductual (CBT), 96, 103-104, 109-110
Falso yo, voz crítica interior y, 242, 243
Fase de involucramiento/evaluación. *Ver* Fase de evaluación/involucramiento
Fase de evaluación/involucramiento
 ejemplo de caso, 47-51
 descripción, 39-40
Fenichel, O., 245
Foster, F. M., 260
Frankfeldt, V., 14, 153, 156, 157, 173, 174, 327

- Freud, A., 72
Freud, S., 65, 66, 72, 169, 181, 206, 214, 221, 248, 291, 301, 313, 326
- Gibbs, G., 337
Gordon, J., 2, 23
Grupo de Apoyo para la Sobriedad [Sobriety Support Group]. Ver
Terapia grupal
Grupo de investigación del Proyecto MATCH [Project MATCH
Research Group], 28
Grupos Tavistok, 299
- Halliday, K. S., 37
Hammer, G., 14, 121, 130, 149-151
Heather, N., 33, 98
Helzer, J. E., 27
Hester, R. & Miller, W., 7
Hijos adultos de alcohólicos [Adult Children of Alcoholics (ACOA)],
222, 226
Hipótesis de la automedicación, 1, 183
Hipótesis de la autoselección, afrontamiento, 182
Horn, J. L., 260
- Inclusividad, normas en terapia grupal, 354-356
Instituto de Medicina [Institute of Medicine], 29
Instituto nacional sobre el abuso de alcohol y alcoholismo [National
Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism], 29
Intoxicación, normas en terapia grupal, 360-362
- Janicak, R G., 107
Jellinek, E., 1, 22,
Jung, C. G., 291, 301, 313, 315, 326
- Kadden, R. M., 105
Kernberg, O., 204
Keso, L. & Salaspuro, M., 27
Khantzian, E. J., 1, 15, 37, 177, 182-185, 193-197
Kishline, A., 105, 110, 199

Krystal, H., 182, 246

Lazarus, A. A., 96

Lazarus, C. N., 96

Leeds, J., 274

Leo, G. I., 111

Levin, J. D., 15, 66, 175, 201, 209, 228, 237-240

Levinson, V., 169

Libertad de elección, normas de la terapia grupal, 357, 358

Liderazgo, terapia grupal, 362-367

Little, J., 17, 20, 332, 335

Manejo de los síntomas, comunidad terapéutica residencial, 294-295

Marlatt, G. A., 11, 23, 32, 33, 109, 123, 371

McAuliffe, W. E., 37

Melnick, D., 63

Meninger, K., 284

Metas, modelo de reducción de daños, 38

Miller, W. R., 99, 124, 178, 265, 378

Minimización del conflicto, liderazgo en terapia grupal, 363-364

Mitchell, S. A., 66, 67

Modelo de enfermedad. *Ver* Modelo de la adicción como enfermedad

Modelo de la adicción como enfermedad. *Ver también* Tratamiento

programas orientados a la abstinencia, 29-30

alternativa a, 37-38

tratamiento y, 1-2

Modelo de reducción de daños, 1-11. *Ver también* Programas orientados a la abstinencia

concepto de, 2-4, 33-34

perspectiva histórica sobre, 32-33

perspectiva psicoanalítica/psicodinámica, 73-74

psicoterapia integrada con, 35-36

justificación de, 5-12

implicaciones para el tratamiento de, 34

Modelo interactivo, modelo de la adicción como enfermedad comparado con el, 37

Moderación

- ejemplo de caso, 53-59
- modelos de tratamiento, 11-12

Monti, P. M., 105

Morgenstern, J., 119, 274, 381

Nadelman, E., 33

Narcóticos Anónimos (NA), 229

Negación del significado y la complejidad, 1153-154

Nordstrom, G. y Berglund, M., 27

Normas, terapia grupal, 354-362

Odyssey House, 287

Odio, poder liberador del, 232-237

O'Hare, P., 33

Pavlov, I., 88

Peale, N. V., 225

Peele, S., Bufe, C., y Brodsky, A., 122

Persons, J. B., 106

Perspectiva psicoanalítica/psicodinámica, 64-86

- ejemplo de caso, 75-86
 - comentario sobre, 83-86
 - presentación, 75-83
- estrategias cognitivas y conductuales integradas con, 71-72, 88 (*Ver también* Terapia cognitivo-conductual [CBT])
- reducción de daños y, 73-74
- modelo de reducción de daños, 37
- perspectiva histórica, 67-69
- visión general, 64-67
- significado personal y, 181
- enfoque del significado personal, 70
- relación terapéutica, 72-73

Phoenix House, 285

Preskorn, S. H., 107

Prevención de las recaídas, perspectiva con respecto a la, 2

Prochaska, J. O., 24, 124, 128, 265, 379

Programas orientados a la abstinencia. *Ver también* Modelo de reducción de daños

umbrales de acceso, 7-8

supuestos en, 29-32

terapia grupal, 333-335

tasas de éxito, 6, 27-28, 122-123, 256-257

Proyecto Return [Project Return], 285

Psicoterapia

“calce correcto”, 72, 124-129, 196, 238, 328 (*Ver también* “Calce correcto”)

modelo de reducción de daños integrado con, 35-36

Psicoterapia de reducción de daños

ejemplo de caso, 42-62

fase de evaluación/involucramiento, 47-51

comentario sobre, 60-62

establecimiento de metas, 51-53

historia, 42-47

moderación, 53-59

resultado, 59-60

afrontamiento, 177-200 (*Ver también* Afrontamiento)

voz crítica interior, 248-252 (*Ver también* Voz crítica interior)

establecimiento de metas, 40

metas de, 38

terapia grupal, 332-370 (*Ver también* Terapia grupal)

plan ideal de uso de sustancias, 40-42

contribución psicoanalítica/psicodinámica, 37

Raistrick, D., 98

Rebelión, voz crítica interior, 245-246

Relación terapéutica. 72, 124-129 *Ver* “Calce correcto”

Relaciones en la niñez, trauma, 202-203

Relato de historias, normas en terapia grupal, 358-359

Resistencia, liderazgo en terapia grupal, 365-366

Resultados. *Ver también* Tasas de éxito

terapia cognitivo-conductual (CBT), 107-112

- psicoterapia de reducción de daños, ejemplo de caso, 59-60
- Retroalimentación, normas en terapia grupal, 359-360
- Rollnick, S., 124, 178, 265, 378
- Rosenberg, H., 100
- Rotgers, F., 13, 75, 87, 90
- Rothschild, D., 35, 379

- Sanchez-Craig, M., 105
- Sehl, M., 13, 64, 74, 84-86
- Seltzer, M. L., 99
- Significado personal
 - diferencias individuales, 179-180
 - perspectiva psicoanalítica/psicodinámica, 64-65, 175
- Skinner, B. F., 88
- Skinner, W., 111
- Sobell, L. C., 98, 111
- Sobell, M. B., 98, 111
- Spotnitz, H., 74, 157
- Stern, D., 176
- Straussner, S. L. A., 173
- Sullivan, H. S., 243
- Superyó. 16, 242 Ver Voz crítica interior
- Synanon, 285

- Tapert, S. F., 34-35
- Tatarsky, A., 35, 42, 60, 83, 112, 122, 149, 173, 193, 237, 279, 327, 369, 372, 376, 380-381
- Tasas de éxito. *Ver también* Resultados; Tratamiento
 - programas orientados a la abstinencia, 6, 27-28, 256-257
 - “calce correcto”, 122-123
- Terapia cognitivo-conductual (CBT), 87-120
 - ejemplo de caso, 91-114
 - evaluación, 92
 - comentario sobre, 112-114
 - creencias centrales, 101-103
 - información familiar, 95-97, 100

- historia, 90-95
- resultado, 107-112
- pruebas estandarizadas, 98-99
- metas del tratamiento, 105-107
- voz crítica interior, ejemplo de caso, 264-266
- enfoque de, 89-90
- perspectiva histórica, 88-89
- tratamiento psicoanalítico/psicodinámico integrado con, 83
- tasas de éxito, 28
- Terapia de aumento motivacional (MET), tasas de éxito, 28
- Terapia de facilitación de 12 pasos [12-Step Facilitation Therapy (TSF)], tasas de éxito, 28
- Terapia grupal, 332-370. *Ver también* Comunidad terapéutica residencial
 - grupos de solo abstinencia, 333-335
 - beneficios de, 332-333
 - ejemplo de caso, 337-367
 - comentario sobre, 369-370
 - composición del grupo, 337-342
 - problema del doble diagnóstico, 342-346
 - teoría de la reducción de daños, 346-348
 - liderazgo, 362-367
 - normas, 354-362
 - proceso, 351-353
 - estructura, 348-351
- grupos de reducción de daños, 335-336
- Thoreson, R., 63
- Toneatto, T., 111
- Trastorno obsesivo-compulsivo (OCD), 92, 101, 103, 105-107
- Trastorno por estrés postraumático, comunidad terapéutica residencial, 297-299. *Ver también* Comunidad terapéutica residencial; Trauma Tratamiento. *Ver también* Programas orientados a la abstinencia; Modelo de la adicción como enfermedad; Modelo de reducción de daños; Psicoterapia de reducción de daños; Tasas de éxito; tratamientos específicos

- umbrales de acceso a, 7-8, 31-32
- modelo de la adicción como enfermedad, 1-2
- ejemplo de caso, 42-62
- complejidad en, 153-176, 180, 194, 392 (*Ver también Complejidad*)
- fase de involucramiento/evaluación, 39-40
- establecimiento de metas, 40
- metas de, 38
- “calce correcto”, 121-152 (*Ver también “Calce correcto”*)
- plan ideal de uso de sustancias, 40-43
- abusadores de sustancias no tratados, 28-29
- Trauma, 201-241. *Ver también Vulnerabilidad*
 - ejemplo de caso, 210-241
 - comentario sobre, 237-241
 - presentación, 210-237
 - cambio y, 207-208
 - relaciones en la niñez, 202-203
 - experiencia con el, 203-206
 - interrelación pasado/presente, 208-210
 - compulsión por la repetición, 205-206
 - comunidad terapéutica residencial, 297, 301-302 (*Ver también Comunidad terapéutica residencial*)
- Unger, R., 162
- Valor adaptativo de las drogas, 181-185
- VIH/SIDA, 32, 121, 130, 135
- Voz crítica interior, 242-283
 - ejemplo de caso, 252-282
 - afectos, 273-279
 - etapa de evaluación, 260-261
 - intervenciones cognitivo-conductuales, 264-265
 - comentario sobre, 279-280
 - ingreso al tratamiento, 252-256
 - historia familiar, 261-264
 - “calce correcto”, 259-260

- eventos vitales, 269-270
- modelo de tratamiento, 256-259
- éxitos, 266-268
- transición del alcohol a las relaciones, 270-273
- control y, 247-248
- uso de drogas y, 246-247
- falso yo y, 242-243
- psicoterapia de reducción de daños, 248-252
- necesidades internas, desconexión de, 243-244
- rebelión, 245-246
- refuerzo de la voz interior, 248
- venganza de la voz interior, 247
- experiencia interior disociada, 244
- Voz crítica interna. *Ver* Voz crítica interior
- Vulnerabilidad. *Ver* también Trauma
 - valor adaptativo de las drogas, 184-185
 - afrontamiento, 180-181

- Wallace, B., 16, 122, 284, 289, 303, 310, 311, 326-331
- Wanberg, K. W., 260
- Weinberger, A., 106
- Weiss, R., 66, 175
- Winnicott, D. W., 243
- Wodak, A., 33
- Woodward, A., 29
- Wurmser, L., 37, 182

- Young, J. E., 106, 375

Psicoterapia de Reducción de Daños

Un Nuevo Tratamiento para Problemas de Drogas y Alcohol

La Reducción de Daños es un modelo para ayudar a reducir las consecuencias dañinas del uso de drogas y alcohol a los usuarios que no pueden o no desean parar completamente, es decir, la mayoría de ellos. La Reducción de Daños acepta que la abstinencia puede ser el mejor resultado para muchos, pero flexibiliza el énfasis en la abstinencia como la única meta aceptable y criterio de éxito. Por lo tanto, se aceptan pequeños avances en la dirección de reducir los daños del uso de drogas. Este libro mostrará cómo estos simples cambios en énfasis y expectativas, tienen efectos dramáticos en la efectividad de la psicoterapia, mejorándola de muchas formas.

En el Prefacio de Alan Marlatt, Ph.D.: “Este innovador volumen provee a los lectores tanto de una visión general de la Terapia de Reducción de Daños, como de una serie de diez casos clínicos, tratados por diferentes terapeutas, que ilustran vívidamente este enfoque de tratamiento con una amplia variedad de clientes. En su Introducción, Andrew Tatarsky describe la reducción de daños como un nuevo paradigma para tratar los problemas de drogas y alcohol. Algunos dirían que la reducción de daños, incluye un cambio de paradigma en el tratamiento en adicciones, dado que ha ampliado la especialidad más allá del foco tradicional en la abstinencia, típicamente asociada con el modelo de enfermedad y la ideología del enfoque de doce-pasos. Otros pueden concluir que el movimiento hacia la reducción de daños representa una integración de lo que el Dr. Tatarsky describe como “principios básicos de la buena práctica clínica” en el tratamiento de comportamientos adictivos.

“Cambiar la conducta adictiva es a menudo un proceso complejo y complicado tanto para el cliente como para el terapeuta. Lo que parece funcionar mejor, es el desarrollo de una fuerte alianza terapéutica, el calce correcto entre el cliente y el proveedor del tratamiento. El rol del terapeuta de reducción de daños es cercano al de un guía, alguien que puede ofrecer apoyo y dirección a través de este difícil viaje. El terapeuta-guía ofrece validación y respeto a cada cliente, junto con la disposición de encontrarse con la persona dónde ésta se encuentra en el viaje y ayudarles a lograr el siguiente paso hacia su meta.”

Acerca del Editor



Andrew Tatarsky, Ph.D., tiene un Doctorado en Psicología clínica de la City University de Nueva York. Tiene consulta privada en la ciudad de Nueva York, que se especializa en Psicoterapia de Reducción de Daños con usuarios de alcohol y drogas y es co-director junto al Dr. Mark Sehl de la Harm Reduction Psychotherapy and Training Associates, una organización de tratamiento y formación. Su perspectiva acerca del uso problemático de sustancias ha evolucionado en los últimos 20 años de trabajo en el área como psicoterapeuta, supervisor, director de programa, docente, escritor y conferencista. Es miembro fundador y Ex Presidente de la División de Adicciones de la Asociación Psicológica del Estado de Nueva York y miembro del directorio de los Profesionales en Salud Mental de Reducción de Daños.



Lafayette 1610 - Independencia, Santiago de Chile
Fono/Fax: (56-2) 2347 08 00
Info@fundacionparentesis.cl
twitter @fparentesis / facebook: Fundación Paréntesis

"La Reducción de Daños presenta una nueva, pero también atemporal, forma de enfocar el abuso de sustancias. Se basa en cuatro realidades identificables: (1) la mayoría de los abusadores de sustancias no abandonan todos los "usos" al mismo tiempo (2) quienes abusan de sustancias enfrentan en la vida muchas dificultades adicionales a las del abuso de sustancias, (3) el tratamiento actual es altamente enjuiciador y excluyente, y (4) la mayoría de las personas que sufren por el uso de sustancias, o no adhieren o fracasan en las opciones de tratamiento actuales.

La solución a estos problemas es ayudar a las personas donde ellas se encuentran, reconociendo y abordando la multiplicidad de sus problemas, y aceptando todo progreso como beneficioso y como algo sobre lo cual construir. Junto con las valiosas técnicas e información en este libro, los casos presentan la base respecto de la realidad de los tratamientos de abuso de sustancias y su fracaso en los Estados Unidos. Estos casos apuntan a la valentía, tanto de los usuarios problemáticos como de los terapeutas, cuyos descontentos y luchas con las actuales modalidades de tratamiento se ven bien documentadas en este libro"

STANTON PEELE
Fellow, Lindesmith Center Drug Policy Foundation

"El libro de Andrew Tatarsky, que utiliza casos aportados por clínicos de diferentes escuelas psicológicas, dilucida claramente la forma como la filosofía de reducción de daños puede integrarse en el trabajo clínico. Los casos son variados, los clínicos tienen estilos únicos y enfoques diversos, y las conclusiones realistas ofrecen al lector una forma para integrar, un cambio lento y paulatino, al ritmo del cliente, en cualquiera sea el modelo de tratamiento que estén usando actualmente. Nunca más los terapeutas deberán enviar a las personas a lograr la abstinencia antes que sea posible trabajar con ellas; nunca más los terapeutas deberán sentirse responsables de establecer metas sobre el uso de drogas de sus clientes. Esta es una publicación indispensable para los psicoterapeutas actuales que desean practicar el estado del arte de la sanación"

EDITH SPRINGER,
Edith Springer Associates



Patrocinan

