

VI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología
XXI Jornadas de Investigación Décimo Encuentro de Investigadores en
Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos
Aires, Buenos Aires, 2014.

Comunidad terapéutica, violencia y patología dual: estudio de dos casos de estrés postraumático.

Fanton, Maximiliano.

Cita:

Fanton, Maximiliano (2014). *Comunidad terapéutica, violencia y patología dual: estudio de dos casos de estrés postraumático*. VI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXI Jornadas de Investigación Décimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-035/175>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/ecXM/UOg>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

COMUNIDAD TERAPÉUTICA, VIOLENCIA Y PATOLOGÍA DUAL: ESTUDIO DE DOS CASOS DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

Fanton, Maximiliano
SEDRONAR. Argentina

RESUMEN

Las comunidades terapéuticas para el tratamiento de las adicciones son conocidas por la utilización de técnicas confrontativas y/o verbalmente agresivas, la imposición de órdenes, e incluso por la aplicación de violencia física en casos extremos y aislados. Aunque la investigación empírica ha demostrado la ineficacia y el potencial iatrogénico de estas técnicas, su utilización en estas comunidades continúa siendo una realidad cotidiana. En los casos de patología dual, en los que la dependencia a sustancias se ve acompañada por algún trastorno mental grave (generalmente del espectro psicótico), el empleo de estrategias confrontativas y autoritarias podría resultar aún más dañino, por cuanto se trata de estructuras psíquicas más frágiles e inestables. En el presente estudio se analizan dos casos de patología dual en los que se observa el trastorno de estrés posttraumático como resultado de la internación en comunidad terapéutica. Los resultados de este análisis aportan evidencia a la hipótesis de que estos tratamientos pueden resultar más dañinos para los pacientes con patología dual, en comparación con otros casos de dependencia, y que incluso pueden resultar gravemente perjudiciales.

Palabras clave

Comunidad terapéutica, Patología dual, Estrés posttraumático

ABSTRACT

THERAPEUTIC COMMUNITY, VIOLENCE AND DUAL PATHOLOGY: A CASE STUDY OF TWO PATIENTS WITH POST TRAUMATIC STRESS DISORDER

Therapeutic communities for the treatment of drug users are known for the employment of confrontational and/or verbally aggressive techniques, the imposition of orders or even for the use of physical violence in extreme and isolated cases. Even though empirical research has proven the inefficacy and the iatrogenic potential of these methods, their use in the aforementioned communities is still an everyday reality. In dual pathology cases, which implies the co-occurrence of substance dependence and severe mental health problems (most commonly in the psychotic spectrum), the use of confrontational or authoritarian strategies may cause even more damage due to the fragility and unsteadiness of such psychic structures. The present task aims to analyze two cases of dual pathology in which post traumatic stress disorder can be observed and may result from internment in therapeutic communities. Study results provide evidence to the hypothesis that these treatments may be more harmful for patients with dual pathology in comparison with other cases of substance dependence and that they may be severely prejudicial.

Key words

Therapeutic community, Dual pathology, Post traumatic stress

La Comunidad Terapéutica en la Argentina

La Comunidad Terapéutica (CT) para el tratamiento de las adicciones a sustancias tiene su origen a partir de algunos programas que proliferaron durante los años sesenta y setenta en Norteamérica y posteriormente en Europa (De Leon, 2004). En nuestro medio, esta modalidad de tratamiento tiene sus orígenes en precursores como el Programa Andrés, del cual surge la creación de una CT en la década de los 80s. Desde entonces, estos tratamientos crecieron en número e importancia, llegando a ocupar un lugar en el imaginario colectivo respecto a las adicciones. Así, la representación social del “drogadicto” se ha asociado a otra representación común, que es la rehabilitación de estas personas en las llamadas “granjas” (sinónimo coloquial de las CTs).

De acuerdo a la información del Observatorio Argentino de Drogas, las Comunidades Terapéuticas son programas residenciales libres de droga que utilizan un modelo jerárquico con etapas de tratamiento, las cuales reflejan niveles cada vez mayores de responsabilidad personal y social. En el año 2008, estas comunidades representaban un 18,5 % de la totalidad de modalidades de tratamiento para las adicciones, tanto de internación como ambulatorias (OAD, 2009). En la región central del país, los registros del año 2009 indican que los pacientes están mayoritariamente en tratamiento en centros especializados y, en menor medida, en comunidades terapéuticas (21,2 %) y hospitales generales (16,4 %; OAD, 2009). Aunque se observan variaciones en el resto de las regiones (Cuyo: 41 %; NEA: 10,8 %; Sur: 13,8 %; OAD, 2010), es posible afirmar que el tratamiento de Comunidad Terapéutica representa un sector acotado de la oferta total de servicios de salud para esta problemática. De todos modos, estos números no son en lo absoluto desdeñables, en tanto que son indicativos de un importante volumen de personas internadas en estos lugares.

Críticas al Dispositivo de Comunidad Terapéutica

Más allá de los posibles aspectos saludables o positivos de las CTs, estos dispositivos han recibido una multiplicidad de cuestionamientos y críticas debido a la agresividad de sus métodos y a los efectos potencialmente iatrogénicos de los mismos. A su vez, estos métodos se basan en teorías que también han sido cuestionadas y desacreditadas por no contar con evidencias que las apoyen, tal como la suposición de una estructura de personalidad común a todos los adictos (White y Kleber, 2008). En tanto que se propone la existencia de una “personalidad adictiva”, definida por la inmadurez, el egocentrismo y duros mecanismos de defensa que le impiden al adicto percibir adecuadamente la realidad, se ha postulado la necesidad de recurrir a métodos agresivos y confrontativos que sirvan a los fines de desarticular y modificar esta rígida estructura caracterológica (White y Miller, 2007).

Entre los principales teóricos de la CT, De Leon (2004) describe del siguiente modo a las funciones y metodología de este dispositivo: “... emplea el confinamiento potencial, el refuerzo positivo, la lástima, el castigo, la culpa, el ejemplo y el modelado de rol para impulsar

la modificación y el desarrollo personales". En relación al castigo, resultan - como mínimo - llamativas algunas descripciones de los castigos anteriormente mencionados. Respecto a la amonestación verbal, el autor explica: "El residente permanecerá en silencio frente a un miembro del personal y varios residentes y, durante unos cinco minutos, recibirá una explicación o un par de gritos acerca de su conducta negativa persistente". Más adelante, aclara: "Aunque su tono es a veces duro y su volumen elevado, los contenidos de la amonestación deberían seguir siendo ejemplificadores e instructivos". Otros métodos llamativos de castigo incluyen, por ejemplo, el empleo de "signos" avergonzantes. En palabras del autor: "También se emplean ciertos signos que el residente ha de llevar colgados al cuello o prendidos en su camisa. Estos signos son una muestra de lo que el residente debe recordar en relación con una infracción. Típicamente, la temática de los signos se centra en etiquetas sociales (mentiroso, ladrón, manipulador, etc.) y en lo que el individuo debe hacer para cambiar (hablar de manera respetuosa, escuchar, dejar de reaccionar de manera impulsiva o de amenazar a las personas)."

En nuestro medio, las estrategias verbalmente agresivas han recibido el nombre de "confronto" o "confronte", y constituyen un elemento esencial -tanto en lo disciplinario como en lo supuestamente "terapéutico"- de la vida en estas comunidades. Como es de esperar, dichas instituciones no están dispuestas a admitir la importante carga de violencia y maltrato que estas técnicas conllevan, por lo que suelen ser presentadas como formas de comunicación frontales y sinceras que sirven a los fines de enseñar valores morales positivos (p. ej., honestidad, responsabilidad, etc.). En este sentido, resulta asimismo esperable que las CTs no deseen admitir el uso de técnicas humillantes como la que fue descrita en el párrafo anterior. Sin embargo, los testimonios de muchos pacientes permiten confirmar que el maltrato en estas instituciones no sólo incluye la violencia psicológica, sino que se extiende a los castigos físicos y las torturas.

Denuncias contra las Comunidades Terapéuticas

Los testimonios de algunos de los pacientes que fueron maltratados en CTs tuvieron la oportunidad de recibir difusión a través de los medios masivos de comunicación. A título de ejemplo, se presentan brevemente tres casos publicados en diarios y revistas entre los años 1998 y 2012.

En una nota periodística del diario *Página 12* (1998), se presentan algunos puntos sobresalientes de los relatos de unas seis personas (entre familiares y pacientes) acerca de los abusos ocurridos en CTs pertenecientes a una misma Fundación. Entre estos abusos se destacan: la incomunicación de los pacientes, los trabajos forzados y excesivos ("...lo obligan a limpiar un baño hasta ocho veces seguidas..."), "Los obligan a trabajar más de catorce horas sin descanso...", y distintas formas de humillación ("... lo sacaron desnudo a la cocina donde había otros...").

En la nota "Rebelión en la Granja", de la revista *THC* (2008), se relata la experiencia de la fuga de nueve pacientes de una CT ubicada en una quinta del norte de Buenos Aires. En este caso, el escape fue motivado por los castigos extremos que eran infligidos a los pacientes de manera cotidiana, y fue logrado a través de la reducción por la fuerza del personal institucional. Entre los castigos y maltratos que recibían los pacientes, se destacan: el confronte ("... todos los adictos formen una fila, pongan las manos detrás de la espalda e insulten de a uno al compañero que cometió una falta."), pedir permiso constantemente (para beber, ir al baño, etc.), y castigos físicos aberrantes (cavar pozos durante quince días, cortar el pasto con tijeras escolares o machetes, flotar en invierno en una pileta

con agua podrida hasta el punto del agotamiento, ser hundido y ahogado en el agua, vaciar la pileta con baldes y llenarla de nuevo con los mismos baldes, hacer saltos de rana y flexiones de brazos dentro de una habitación hasta empañar los vidrios, caminar de rodillas por un sendero de adoquines, hundir la cabeza en una zanja con excrementos sacados de la fosa séptica, etc.).

Por último, cabe destacar lo ocurrido en el año 2012 en un centro de recuperación ubicado en Del Viso, el cual funcionaba en modalidad de CT. Debido a los maltratos sufridos por los pacientes, algunos de sus familiares irrumpieron en el lugar, liberaron a los pacientes internados y destrozaron las instalaciones. De acuerdo a la nota periodística del diario *Crónica* (2012), los internos denunciaron condiciones inhumanas de hacinamiento, así como "encierros, golpes y todo tipo de humillaciones". Una paciente relató: "A mi familia le decían que yo no los quería y a mí me aseguraban que mi mamá no preguntaba nunca por mí". Además, esta paciente describió la realización semanal de un "viaje espiritual rodeado de velas e incienso" en el que los pacientes eran obligados a cerrar los ojos e insultar a sus familias.

Dos Casos de Patología Dual: Consecuencias Posteriores a la Internación

Aunque el potencial dañino y traumático de estos métodos es evidente, cabe preguntarse cuál podría ser el impacto de estas experiencias en aquellos pacientes psíquicamente más frágiles por presentar, además del consumo problemático de sustancias, trastornos psiquiátricos asociados. Una de las posibles definiciones actuales de "patología dual" es la de un cuadro clínico en el que se combinan el consumo patológico de sustancias psicoactivas (p. ej., alcohol, cannabis, cocaína, etc.) con alguna enfermedad mental severa (p. ej., esquizofrenia; Afuwape, 2003). En nuestro medio, el término "patología dual" casi siempre remite a la presencia simultánea de adicción y psicosis.

A continuación se presentan dos casos de patología dual en tratamiento psicológico y psiquiátrico ambulatorio, posterior a una internación en CT. Por supuesto, algunos datos fueron modificados para preservar la identidad de estos pacientes.

Primer Caso

Lucas es un joven de 25 años, proveniente de una familia adinerada del sur del país. En el momento de la consulta, se encuentra residiendo en la ciudad de Buenos Aires, debido a que cursa la carrera de Artes Visuales en una universidad privada. Aproximadamente un año antes de la consulta, Lucas fue internado por varios meses en una CT ubicada en el litoral para el tratamiento de su consumo problemático de cocaína.

En su infancia, Lucas fue diagnosticado con el síndrome Tourette, ya que presentaba tics motores (movimientos bruscos) y vocales (gritos, insultos, etc.), que además estaban acompañados de una conducta altamente impulsiva y agresiva. Además, esto se veía acompañado por síntomas obsesivo-compulsivos (obsesiones, rituales, pensamiento mágico, etc.) que se extendieron a su adolescencia y, en menor medida, a su presente. Durante su adolescencia desarrolló un patrón de desadaptación social persistente, caracterizado por la evitación y la incapacidad de establecer vínculos estrechos, los cuales -sumados a sus peculiaridades conductuales- permiten pensar en rasgos esquizoides y/o esquizotípicos de la personalidad. Asimismo, se observa a nivel cognitivo un estilo de pensamiento concreto (incapacidad para la abstracción, énfasis en la experiencia inmediata, dificultades en la resolución de problemas, etc.) característico de algunos cuadros psicóticos.

Su internación fue motivada por un estado de intoxicación con cocaína, en el cual se mostró peligrosamente violento (ataques a terceros, destrucción de propiedad privada, etc.) y severamente enajenado. Luego de su internación en el litoral y una vez en Buenos Aires, se muestra solitario y nervioso. Recurrentemente le consulta a su terapeuta acerca de la "normalidad" de ciertos comportamientos (como acostarse tarde, regar las plantas por la madrugada, etc.) y manifiesta temor frente a la opinión de sus vecinos.

Luego de que su terapeuta le consulte en varias oportunidades por qué le preocupa esto, accede a admitir que tiene pánico a que lo internen nuevamente. Cuando su terapeuta le pregunta acerca de sus experiencias en la internación, se niega a relatarlas y muestra signos de ansiedad intensa (temblores, movimientos repetitivos de las extremidades, impedimentos en el habla, etc.), como si viviera la experiencia en tiempo presente. Asimismo, refiere que no desea ni hablar ni pensar sobre dichos acontecimientos, a lo cual se agrega su habitual desconcentración, su aparente hipervigilancia, su patrón de actividades restringidas y su temor y aislamiento de los demás. A esto se le suman otros síntomas, todos ellos indicativos del trastorno por estrés posttraumático según DSM-V (APA, 2013).

Durante una sesión, accede a relatar lo vivido en la CT, pero a condición de que nunca más se vuelva a tratar el tema en terapia. Además de los insultos y maltratos verbales habituales en las CTs, menciona tres episodios particularmente violentos y traumáticos. En uno de ellos, fue obligado a usar guantes de box y pelear contra todos los pacientes, hasta que cayó rendido al suelo exhausto y dolorido (ya que las autoridades consideraron que se encontraba muy agitado y que, por lo tanto, necesitaba "descargar energías"). En el segundo, fue atado a su cama y recibió baldazos de agua fría en invierno, por causa de sus infracciones. En el tercero, sufrió un episodio de abuso sexual en las duchas comunitarias (frotamientos, toqueteos y cuestiones semejantes) que se negó a describir.

Segundo Caso

Marcos es un joven de 35 años, quien consumía habitualmente cocaína y drogas de diseño. Es dueño de un solárium, adonde concurren muchos jóvenes de su barrio en la ciudad de Buenos Aires. Anteriormente a su internación en CT, solía interactuar asiduamente con sus clientes, quienes calificaban su conducta como "extravagante". Su comportamiento era extraño y sus vínculos superficiales. Solía bailar en su local, hacer gestos extraños y mantener charlas fragmentadas e incoherentes. Tenía muchos conocidos, pero casi ningún amigo. Su comportamiento bizarro y su forma particular de vincularse parecían ser compatibles con una personalidad del tipo esquizotípico. Además, había acumulado importantes deudas por sus pérdidas en los casinos, lo cual indicaba una posible ludopatía. Como resultado de la angustia que le provocaban sus deudas, su consumo de cocaína se incrementó. Por falta de dinero, no pudo seguir comprando la sustancia y, como resultado, desarrolló síntomas de abstinencia y comenzó a presentar sintomatología psicótica. Hablaba con el televisor, echó a algunos de sus clientes por considerar que lo vigilaban y que le realizaban "magia negra", y creía ver un agujero en la vereda de su local por donde salían demonios. Esto derivó en una internación psiquiátrica y, luego, sus padres decidieron internarlo en una CT del Gran Buenos Aires, donde estuvo algunos meses.

Como resultado de la internación, Marcos se muestra apático, depresivo y solitario. Su angustia y desmotivación son constantes, a lo cual se suma un rencor profundo hacia sus padres por internarlo. Acude a consulta para evitar una recaída pero, sobre todo, para intentar mitigar las consecuencias anímicas de su internación.

Cuando habla del tema o cuando se le menciona, siente una intensa ansiedad y luego una profunda tristeza. Por momentos se muestra temeroso de que sus padres lo vuelvan a internar. Al caminar por la calle o al ver televisión, se encuentra con estímulos que le recuerdan su experiencia y que le provocan ansiedad y tristeza. Como consecuencia, decide evitar cualquier situación donde se puedan presentar estos estímulos. Sumado a otros síntomas, es posible encontrar indicios suficientes de trastorno por estrés posttraumático según DSM-V (APA, 2013).

A diferencia del caso anterior, Marcos no relata experiencias particularmente violentas o, en otras palabras, que difieran del maltrato habitual de las CTs. Refiere haber recibido maltrato verbal y haber sido obligado a realizar tareas difíciles (como pelar varios kilos de papas) o desagradables (como limpiar los baños o destapar la fosa séptica). Se queja de haber tenido que pedir permiso para todo, de haber sido confrontado o de haber tenido que "pelear por una almohada" con compañeros de internación más agresivos y pertenecientes a la clase baja (como ejemplo de las disputas cotidianas por ciertos recursos limitados).

Discusión

Existen evidencias empíricas que demuestran que los tratamientos residenciales para las adicciones pueden exacerbar -en lugar de disminuir- los síntomas psiquiátricos de algunos pacientes, particularmente aquellos de características psicóticas (Ilgen y Moose, 2006). En este sentido, es un hecho conocido en nuestro medio que ciertos dispositivos terapéuticos para el tratamiento de las adicciones pueden resultar iatrogénicos y perjudiciales para los pacientes adictos en general, ante lo cual cabe preguntarse cómo pueden llegar a repercutir en aquellos pacientes con mayor gravedad psiquiátrica, tal como los casos de patología dual.

Los casos aquí presentados pueden ser considerados como duales, en tanto que puede observarse un consumo problemático de sustancias y -al mismo tiempo- comorbilidades psiquiátricas y sintomatologías pertenecientes al espectro psicótico. Ambos atravesaron un tratamiento de CT y desarrollaron, como resultado, un cuadro clínico gravemente perjudicial como el trastorno de estrés posttraumático. En el primer caso, el síndrome parece explicarse por experiencias graves de abuso físico y sexual. En el segundo, sin embargo, no se observan episodios de una naturaleza tan aberrante, sino el maltrato habitual (agresión verbal, trabajos forzados, etc.) propio de algunas CTs. En este sentido, es posible sugerir que los métodos empleados por estos dispositivos -desde ya cuestionables- pueden resultar aún más peligrosos en pacientes psíquicamente frágiles por presentar comorbilidades psiquiátricas.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). Arlington: American Psychiatric Publishing.
- Afuwape, S. (2003). *Where Are We with Dual Diagnosis (Substance Misuse and Mental Illness): A Review of the Literature*. London: Re-think.
- Crónica (23 de Noviembre de 2012). "Adictos, Víctimas de Maltrato y Torturas", Sección de Información General, p. 14.
- De Leon, G. (2004). *La Comunidad Terapéutica y las Adicciones*. Bilbao: Desclee de Brower.
- Ilgen, M., Moose, R. (2006). "Exacerbation of psychiatric symptoms during substance use disorder treatment", *Psychiatric Services*, 57(12): 1758 - 1764.
- Observatorio Argentino de Drogas (2009). *Censo Nacional de Centros de Tratamiento, Argentina 2008*. Documento online, disponible en: www.observatorio.gov.ar
- Observatorio Argentino de Drogas (2010). *Cuarta Fase del Registro Continuo de Pacientes en Tratamiento, Informe Regional de Resultados, Región Centro 2009*. Documento online, disponible en: www.observatorio.gov.ar
- Observatorio Argentino de Drogas (2010). *Cuarta Fase del Registro Continuo de Pacientes en Tratamiento, Región Cuyo 2009*. Documento online, disponible en: www.observatorio.gov.ar
- Observatorio Argentino de Drogas (2010). *Tercera Fase del Registro Continuo de Pacientes en Tratamiento, Región NEA 2009*. Documento online, disponible en: www.observatorio.gov.ar
- Observatorio Argentino de Drogas (2010). *Cuarta Fase del Registro Continuo de Pacientes en Tratamiento, Informe Regional de Resultados, Región Sur 2009*. Documento online, disponible en: www.observatorio.gov.ar
- Página 12 (29 de Marzo de 1998). "Polémica en Torno de los Métodos Usados para Tratar Adicciones. El Castigo como un Tratamiento", Sección de Sociedad, disponible online en www.pagina12.com.ar.
- THC (Octubre de 2008). "Rebelión en la Granja. Secuestro, Tortura y Falta de Control en Centros Privados de Tratamiento", pp. 20 - 25.
- White, W., Kleber, H. (2008). "Preventing Harm in the Name of Help: A Guide for Addiction Professionals", *Counselor*, 9(6), pp. 10 - 17.
- White, W., Miller, W. (2007). "The Use of Confrontation in Addiction Treatment: History, Science and Time for Change", *Counselor*, 8(4), pp. 12 - 30.