

ELABORACION DE DUELO EN PACIENTES ADICTOS A LA COCAÍNA

Lic. Serrana Aguirre Richero
Terapeuta Familiar

DETERMINACION DE LA PROBLEMÁTICA

Este trabajo se desarrolla sobre la base del estudio de pacientes adictos a la cocaína en régimen de internación en comunidad terapéutica. La población escogida tiene en común la muerte de uno de sus progenitores y la no elaboración de esos duelos basada en la anestesia provocada por dicho consumo. El grupo, conformado por este tipo de pacientes que tienen gran dificultad de expresar sus sentimientos, busca brindarles un espacio que les posibilite comenzar a hablar de la muerte.

La muerte constituye un tema difícil de “contener”, incluso para terapeutas experimentados; por esta razón resulta poco propicia su elaboración en el ámbito comunitario y desde las actividades terapéuticas normales. La expresión de los afectos que moviliza una pérdida supone una elaboración vivencial y cognitiva que permite redefinir la muerte.

En los grupos abiertos se ponen en evidencia:

- Las dificultades para trabajar el tema en forma explícita
- La imposibilidad de proporcionar una “contención” afectiva
- La intensa movilización de afectos que produce en los demás integrantes del grupo

EL MARCO TEÓRICO

El marco de este análisis lo constituye la Teoría General de Sistemas y dentro éste, su modelo de conceptualización estructural elaborado por Salvador Minuchin y otros. Las técnicas de abordaje terapéutico usadas fueron principalmente estructurales, estratégica y psicodramática.

La principal tarea de una familia con adolescentes, o con adultos jóvenes dependientes, es el logro de la autonomía y la resolución de la interdependencia mutua entre padres e hijos. La muerte de uno de los progenitores puede tener como resultado la dificultad de resolver estos objetivos del ciclo vital familiar.

El impacto emocional de la muerte siempre es intenso y en general prolongado; cuando sus efectos se niegan, la aparición de síntomas secundarios, aparentemente no ligados con la pérdida, es sumamente frecuente. La familia puede quedar detenida en un estadio disfuncional de su desarrollo a través de variados síntomas, muchas veces duraderos, uno de los cuales puede ser la adicción.

Las dificultades para enfrentar las pérdidas, las frustraciones, etc. generan falta de madurez psicológica para enfrentar la muerte y sus consecuencias. En general, los sujetos no pueden lidiar con la realidad que acompaña la muerte como lo son los rituales, testamentos, asunción de la nueva problemática económica, de nuevos roles y funciones de la nueva estructura familiar. Lo anterior es importante no sólo para aceptar la nueva situación, para marcar

un antes y un después, sino para otorgar un tinte de realidad que encuadra el impacto emocional permitiendo un paso hacia la instancia posterior: la "elaboración de duelo".

Muchas veces la dificultad de afrontar la muerte hace que ella se torne tema tabú (Solomon y Hersch, 1979) y las familias comiencen a transitar un largo curso de dificultades aparentemente no ligadas con la pérdida.

EL ABORDAJE TERAPÉUTICO

La problemática y la concepción teórica antes referidas nos condujo a un abordaje terapéutico cuyo eje fundamental consistía en la expresión y la elaboración del duelo. Se pudo constatar en los jóvenes tratados:

- a) Que habían sido consumidores ocasionales hasta el momento de la muerte del padre desarrollando una verdadera adicción a partir de ella.
- b) El duelo sin elaborar, mantenido oculto por el consumo de drogas, hizo que al retirarlas reapareciera la angustia y el dolor por la pérdida, con vigencia actual.
- c) La no elaboración del duelo hacía correr el riesgo de paralizar el proceso terapéutico
- d) La existencia de una posible recaída si no se elaboraba el duelo.

DISTINTAS ETAPAS DEL PROCESO GRUPAL

Elementos en común de los distintos integrantes del grupo.

Los cuatro integrantes del grupo procedían de una estructura de "familia aglutinada", según la clasificación dada por Minuchin, la cual se caracteriza por el bajo nivel de comunicación y diferenciación.

Además, todos eran consumidores de cocaína y también tenían en común la muerte de su figura paterna (biológica o no). Tres de estos padres presentaban, ellos mismos, patologías adictivas y los jóvenes tratados agravaron su proceso adictivo a partir de dichas muertes.

A- Punto de partida

El punto de partida del proceso terapéutico estuvo centrado en el recuerdo de los padres, fundamentalmente en lo relativo a su vida con ellos hasta llegar a las circunstancias de la muerte. La descripción vívida y detallada, con gran carga emocional, incluía los recuerdos del velorio y del entierro.

El objetivo perseguido consistía en lograr hacer una historia de la muerte, lo más próxima a la realidad, pues muchas veces, los datos que cercan la muerte tienen una alta dosis de confusión, pueden ser inciertos o irreales. Hablar de los detalles de la muerte da una visión más equilibrada de la persona muerta, de la muerte en sí y genera puntos de partida desde los cuales es posible comenzar a aceptarla.

Es entonces que los pacientes se ven impelidos a hablar de sus sentimientos actuales con respecto al padre muerto, donde aparece la incredulidad frente a la muerte, la bronca, la tristeza, la desazón, la impotencia y el dolor...

Este abordaje permite conocer los distintos momentos del proceso de duelo en cada uno de los integrantes del grupo. En esta primera etapa se pretende que los jóvenes puedan comenzar a pensar y sentir la muerte como real y al ver en "el otro" la realidad de la muerte, puedan concluir: "la mía debe serlo".

La información acerca del qué y del cómo de las distintas historias va logrando una cohesión grupal suficiente

que posibilita contener afectivamente la elaboración de los duelos.

Esta primer etapa incluye la realización de una escultura grupal y trabajos en cerámica que van a ser un punto de referencia que continuará siendo elaborado en todo el proceso terapéutico.

B- Recuperando historias:

En este segundo momento del proceso grupal, cuya duración es de dos o tres sesiones, se pide a los pacientes que traigan fotos de su vida familiar incluyendo escenas con los padres fallecidos. La foto les obliga a recordar, a compartir, a formar una historia, a ver a los padres con una vida, con un goce, a sentirlos más humanos.

Por otra parte la foto da también cohesión afectiva al grupo, permite el entretrejo de lazos emocionales, lo contado aparece más real, se detallan recuerdos, historias que les contaron... Posibilita rearmar una historia de la que son parte y es beneficiosa no sólo para los integrantes del grupo sino también para ellos mismos.

El objetivo de esta etapa es el encuentro con el afecto, con la redefinición y reconstrucción de la historia a partir de la revisión de recuerdos, disparados por las fotografías.

C- Desidealización del progenitor muerto.

En este momento se revisa el lugar de los padres en la estructura familiar, tanto con respecto a su familia de origen como a su familia nuclear, partiendo del "genograma tres generaciones" y de los mapas estructurales en los que estaban insertos. Se los contextualiza en una historia donde toman sentido sus síntomas (alcoholismo, adicciones, disfunciones), sus virtudes y sus faltas. Se ponen en evidencia las alianzas, las coaliciones,

los costos, los beneficios y las ambivalencias de estos padres humanos.

D- Relación de la adicción con la muerte del padre

A partir del análisis anterior va surgiendo una danza en la trama familiar, que se ve repetida de generación en generación, donde cada uno de los miembros: padre, hijo, madre, hermanos, autoperpetúan este juego interactivo.

Se parte del lugar que ocuparon estos padres en su familia de origen y cómo se ubican en este funcionamiento disfuncional que ha sido incorporado a través de varias generaciones y posiblemente podrá ser perpetuado en el futuro. Al comprender el modelo, introyectado y a introyectar, tanto por los padres muertos como por los propios pacientes, comprenden la problemática en que están insertos.

De este modo es posible comenzar a despejar la identificación con la figura paterna. Se "levanta" la figura del padre, como parte de una historia humana no idealizada ni estigmatizada, en la que no fueron ni tan buenos ni tan malos como ellos mismos se los representaban.

A partir de lo anterior se trabaja la ubicación del paciente con relación a su figura paterna, mandatos explícitos e implícitos, procesos identificatorios, alianzas y coaliciones. Ello permite, a los integrantes del grupo, comenzar a pensarse a sí mismos antes, durante y ahora, así como también su lugar posible como futuros padres.

Esta instancia permite así la probable modificación del modelo; al desprenderse de la figura del padre se abre la posibilidad de ser distintos, independientes y de construir su propia historia.

Se realiza una dinámica ("carta a mi

padre”) con el fin de reconocer sus virtudes, sus defectos y arreglar asuntos pendientes. Este último aspecto es de vital importancia porque el poder resolver problemas pendientes con la persona muerta permite a la vez, la resolución de asuntos similares que aparecen desplazados en otros vínculos (cosas por decir, tristezas, broncas, alegrías, actuales o pasadas).

E- Evaluación:

Se le pide a los distintos integrantes del grupo que evalúen situaciones pendientes y a lograr del proceso grupal. Con respecto a los logros, surge:

- a) Pueden hablar de la muerte sin huir del tema.
- b) Ven a su padre más humano, ni tan bueno ni tan malo.
- c) Reconocen estructuras en las que sus padres estaban atrapados y por lo tanto ellos, a partir de su proceso identificatorio y delegatorio (Stirling).
- d) Pueden expresar dolor, bronca y tristeza por la muerte, por lo que no fueron, por lo que quedó pendiente, por lo que queda vivo en ellos, por lo que vive en ellos a pesar de ellos, por lo que quieren dejar de ser, por lo que quieren ser.

En relación a los asuntos pendientes se plantea:

- a) La necesidad de ir al cementerio.
- b) Compartir con sus familias el proceso grupal, para terminar de modificarlo también en el propio sistema.

F- Ida al cementerio.

El objetivo principal de esta actividad es tornar real a la persona muerta y a la muerte, pues la visita a la tumba

representa un toque de realidad ante la pérdida. Es también la posibilidad de recordar y revivir a la distancia el dolor y el momento de la sepultura.

En la ida al cementerio se pone de manifiesto el recuerdo internalizado del muerto y abre un camino al que se puede recurrir cada vez que se sienta la necesidad de “volver a hablar o contarle algo”. Abre un espacio espiritual significativamente importante al cual se puede recurrir, donde la ausencia se torna cada vez más real. Para alcanzar estos logros el ritual en sí debe ser redefinido para transformarse en un rito de encuentro.

El poder acceder al cementerio no sólo genera desahogo por la pérdida, alivio por la superación del obstáculo sino además proporciona una llave, una luz, una herramienta más a la que se puede acudir en momentos de confusión y desencuentro.

Aparece el temor de volver al lugar, el antiguo temor de evitar el rito y con él, la consiguiente negación de la muerte que el consumo de la droga pretendió encubrir, dolor que intentó amortiguar, realidad que intentó negar.

G- Grupo de cierre.

Constituye el fin de una etapa tan cargada de afectos como la muerte misma. La diferencia es que ahora se puede hablar de la muerte con muchos menos obstáculos y con sensación más de suma que de resta. Cada integrante del grupo hace un recuento de su proceso y los demás le devuelven sus logros y flaquezas.

La etapa se finaliza con la realización de cuatro esculturas en cerámica, representativas del proceso individual de cada paciente en el grupo en las que queda representado su proceso grupal. Estas producciones aparecen, a

diferencia de aquella efectuada al principio del trabajo, más sólidas en su imagen y estructura siendo cada uno de los integrantes contenido y contenedor del resto.

H- Devolución a las familias del proceso de duelo:

Cada paciente lleva a su terapia familiar el proceso hecho en el grupo de elaboración de duelo. A partir de aquí se empieza a trabajar a nivel de estructura familiar el lugar de este padre muerto. Ello vuelve a revivir la muerte en el seno familiar con una gran carga emocional y es parte constitutiva de su proceso de duelo porque el hablar de la muerte y compartirla con otros que convivieron con la persona muerta o eran sus amistades convierte en más real la muerte. La aceptación de la pérdida por el rompimiento de la cápsula que guardaba el afecto al abrirse y compartirse pierde intensidad. Esta nueva visión también le permite evaluar el lugar que tiene dentro de la estructura familiar y asumir una actitud crítica al respecto que le permita generar los cambios.

CONCLUSIONES

La capacidad del sistema familiar de contener a partir de una comunicación abierta y directa los sentimientos de los distintos miembros en relación con el impacto de la muerte, va a generar o no la posibilidad de elaboración de un duelo.

Cuanto más bajo resulte el nivel de diferenciación (formas de decir, de actuar, de pensar, de ser diferentes) entre los distintos miembros de la familia mayor será la dificultad de expresar los sentimientos y mayor el riesgo de que surjan conflictos o síntomas en algunos de los integrantes de la familia.

La adicción como síntoma cumpliría la función de desplazar y enmascarar las

tensiones que no están siendo manejadas en forma adecuada y son un indicador del nivel de estrés vivido en el sistema. En general, la demanda de tratamiento no tiene relación con la muerte reciente o pasada, sino con la importante disfunción de un miembro de la familia que aparentemente manifiesta poca o ninguna relación con el choque emocional que provocó la muerte.

Es entonces que, cuando se trabaja con adictos resulta importante revisar "genograma tres generaciones" y comprobar si hubieron pérdidas actuales o pasadas y cómo y de qué forma fue canalizado este estrés ya que muchas adicciones están íntimamente relacionadas con estas pérdidas. Tanto su génesis como la desarticulación del síntoma tienen que ver con la elaboración del duelo.

BIBLIOGRAFIA

BLACK, Imber, "Rituales terapéuticos y ritos en la familia". Ed.Gedisa, Barcelona, 1990.

BOSZORMENYI-NAGY, I., GERALDINE M. SPARCK, G.M. "Lealtades invisibles, reciprocidad en terapia familiar intergeneracional". Ed. Amorrortu . Bs. As. 1994.

CARTER, Betty, MC. GOLDRICK ,Mónica, "As mudancas no ciclo de vida familiar"
Ed. Artes Medica Porto Alegre, 1995.

CARTER, Betty, PAPP, Peggy y otros. "La red invisible. Pautas vinculadas al género en las relaciones familiares". ED. Paidós. Bs. As. 1991.

CARTER, B.,UMBERGER, C. "Terapia familiar estructural" .Ed. Amorrortu. Bs. As. 1987.

"Decir de nuevo ¡hola! La incorporación de la relación perdida en la resolución de la aflicción", en : Guías para una terapia familiar sistémica. Barcelona. Ed. Gedisa 1994.

MINUCHIN, FISHMAN, "Técnicas de Terapia familiar", Ed. Paidós. Bs. As. 1988.

PITTMAN, Franck, "Momentos decisivos, tratamiento de familias en situación de crisis", Ed. Paidos. Bs. As. 1995.

STANTON M. D. Y COLS. "Terapia fliar del abuso y adicciones a las drogas"
Ed. Gedisa. Barcelona. 1994.

STEINGLASS, P., L.A. BENCH L.A., WDINY S.J., "La familia alcohólica", Ed.Gedisa, Barcelona. 1997.