

Prejuicios de los profesionales de la salud con respecto a los tratamientos de adicciones

Dr. Mariano Ripoli

Primeramente debo confesarme: Yo siempre dije que nunca iba a trabajar con pacientes adictos y ahora es el trabajo que más disfruto.

Sin embargo mi parecer es que en el mundo PSI nos dividimos entre los que trabajamos adicciones y los que no.

Y los que no, entre los que estuve mucho tiempo, generalmente su pensamiento están viciados de una forma prejuiciosa de ver los tratamientos de éste tipo y principalmente el de las comunidades terapéuticas.

Dentro de estos prejuicios se me ocurren algunos para jugar en esta mesa como por ejemplo:

1- Los que trabajamos en comunidad terapéuticas tenemos ALMA DE MILICOS, o sea nos encanta el orden, las reglas, los gritos, el poder, el someter, ¿nos gusta esto?

2- Ideológicamente somos FACHOS, nos gusta la derecha, dentro de nuestra corriente de pensamiento creemos que el adicto tiene que estar encerrado, excluido, aislado con los de su tipo, aislamiento hasta como forma de castigo y de control social.

3- Estos pacientes no se cura nadie, no tienen solución, trastornitos de la personalidad, son psicopatones que se tratan con psicopatones también, ser psicopatones es la única forma de trabajar con este tipo de pacientes, vos como terapeuta también tenés que tener una estructura.

4- El consumo de sustancias no es el problema, ¿que le pasa al paciente? ¿que importa que consuma?, es sólo un síntoma, hay que apuntar a la reducción de daños. Que hable y en algún momento va a revertir.

5- Las comunidades terapéuticas fueron creadas por adictos, son sistemas ajenos a la lógica terapéutica, creadas por la desesperación de enfermos para protegerse de la tentación del consumo y que posteriormente esta veta fue descubierta por profesionales que vislumbraron un negocio o les interesó por curiosidad, pero en conclusión es un método de tratamiento no terapéutico, compulsivo, que apunta a la exclusión.

6- El trabajar con el paciente, es en el afuera, no adentro de ninguna comunidad, por eso no se recupera nadie, es como THE WALL, dentro de esas paredes cualquier trabajo es en vano, porque inevitablemente se fracasa en el afuera.

7- Se reemplaza una droga por otra, este reemplazo puede ser: medicación, un sistema rígido de vida, se le da al paciente una armadura, tornándolo rígido, sin espontaneidad y no se trabaja el porque, sólo se le adosa un armazón cognitivo que se resquebraja a la primera exposición con el mundo real y a los estímulos.

Entonces después de todo lo expuesto, ¿por qué decimos que sí a las comunidades terapéuticas? El paciente adicto no tiene un sistema de vida, no tiene normas, no tiene horarios, la idea del tratamiento es que el paciente incorpore un sistema, herramientas para manejarse frente a la vida diaria, incorporar eso que hace que una persona nunca se haya drogado y que él no tiene. O sea, decir no, discriminar lo bueno y lo malo para él, aceptar las reglas, las autoridades, los verticalismos, pero ojo me refiero a las autoridades que todos los que estamos acá respetamos como límites sociales, padre, madre, jefe, etc.

La búsqueda de la salud no tiene ideologías, es como el amor, no es de izquierda o de derecha, el amor al prójimo comienza por reconocer el problema que tiene y los riesgos que corre.

La internación de un paciente no es privarlo de su libertad, el adicto no es libre, adicto viene de *aditere* encadenado a..., no se puede no escuchar el sufrimiento del paciente o del cuerpo de este, el reconocer en un paciente la necesidad de modalidad de internación no es un castigo un aislamiento social, es como suponer que al paciente que está internado en un hospital en sala, frente a una descompensación cardíaca se lo castiga llevándolo a terapia intensiva. Esto es reconocer los límites del paciente y tener un compromiso con él.

Estos pacientes son difíciles, su grado de rehabilitación es bajo, ¿tiene que ver esto en que su estructura de personalidad es psicopática? Hay bastantes pacientes con trastorno de la personalidad pero no son todos los pacientes. ¿El grado de fracaso de los pacientes tiene que ver con su diagnóstico de eje II? Yo creo que no. Los fracasos son muy frecuentes porque lo que no cambia es el entorno social, con esto me refiero a la organización social, las oportunidades laborales, educativas, de capacitación, los mensajes de éxito, de esfuerzo, la cultura de trabajo, etc.

Si pensamos en los barrios marginales en los últimos 30 años ¿han cambiado? ¿Para bien? ¿O son más peligrosos? Son más grandes y hasta han nacido nuevos barrios. ¿El que se ha criado en uno de esos barrios, tiene muchas opciones para elegir no consumir? ¿No delinquir? ¿No ser un marginal? Con la alimentación que tuvo en su niñez, el entorno, los dramas familiares, la educación que tuvo, ¿puede y tiene muchas herramientas para elegir algo distinto a no consumir?

Por otro lado supongamos que efectivamente son todos trastornos de la personalidad, y supongamos como efectivamente los trastornos de la personalidad son intratables, entonces, ¿la salud no debería preocuparse por ellos? ¿tiene sentido la oncología? El 50 % de los pacientes oncológicos se muere, además ¿hay otras opciones con mayor eficacia para tratar a estos pacientes?.

Con respecto al consumo, los que banalizan el consumo de sustancias, ¿tienen en mente lo que hacen y pueden hacer las sustancias en sus pacientes cada vez que consumen?, ¿tienen en cuenta que su paciente puede llegar a terminar preso, enfermo o muerto antes de que puedan elaborar el porqué del consumo?.

El paciente adicto pide ayuda cada vez que llega a su casa en condiciones deplorables, también pide ayuda cuando llega a la sesión con el terapeuta intoxicado, o con lesiones por una nueva riña callejera, eso también es escuchar al paciente, tener registro como terapeuta de la postura corporal, sus ojeras, su pérdida de peso, las marcas en la piel, la pérdida de su trabajo, pareja, etc. A veces para que el paciente entienda el porqué y el para que de su consumo es necesario primero parar la intoxicación, parar la rueda autodestructiva, para eso son importantes también las comunidades terapéuticas.

Otro prejuicio antes mencionado es que las C.T. apuntan a la exclusión, son compulsivas, y constan de un método de tratamiento no terapéutico. Si tomamos estos tres conceptos:

- Exclusión social-----
- Compulsivo-----DROGAS
- método no terapéutico----

Yo creo que las drogas justamente hacen exclusión social, son compulsivas y es un método no terapéutico de apagar un síntoma. Si las CT apuntaran a la exclusión no tendrían sedes de reinserción, no se harían vinculares, no se trabajaría con los familiares, no se incluirían a profesionales, no harían jornadas como éstas ni presentaciones en medios de comunicación, todo esto son obviedades, sin embargo me he topado con situaciones en las cuales he tenido que explicar estas cosas.

Otra obviedad es el concepto erróneo de que cualquiera trabaja con el paciente encerrado, la cosa es trabajar con el afuera. Estamos de acuerdo en la importancia de trabajar con el paciente adicto en el afuera, pero para eso es necesario primero muchas veces pasar por una etapa de internación para que pueda luego tener un buen desempeño en la reinserción. Por eso muchas instituciones incluida la fundación Candil tienen una sede de reinserción donde se realiza tratamiento de hospital de día y consultorios externos.

No todos los pacientes deben pasar si o si por la C.T. Es cuestión de la clínica que se observa en cada paciente y su familia. Es el ojo clínico el que indica C.T., hospital de día o consultorios externos.

Cuando un paciente se enferma de algo se atiende con el médico, en el consultorio, o internado en la sala o monitoreado las 24 hs en terapia intensiva. El parámetro que marca la diferencia de la modalidad del tratamiento es la condición clínica del paciente. ¿Porque debería ser distinto en adicciones? ¿Acaso todos los pacientes pueden hacer un hospital de día o consultorio? Ahí la rigidez sería del profesional.

Otro prejuicio narrado antes es el que paciente reemplaza la droga por otra cosa con la misma intensidad que antes. Esto puede ser: Medicación, religión, un sistema rígido, etc. En psiquiatría en general, la mayoría de la medicación que se utiliza no genera dependencia y las pocas que la generan, muchos de los profesionales que trabajamos en adicciones no las utilizamos ya que buscamos reemplazarlas por otras no adictivas. Por lo que el concepto de medicación para dejar las drogas es erróneo.

Otro prejuicio es el de la rigidez, al no trabajarse el porqué, la persona es rígida y su rigidez se resquebraja a la exposición con el afuera y los estímulos. El trabajar el porqué en adicciones es inevitable, sale aunque el terapeuta no quiera, es lo primero que ocurre cuando el paciente se limpia del tóxico.

El adicto es rígido en consumo, no hay nada más rígido que un adicto. Luego del tratamiento, muchas veces esta rigidez perdura, esto tiene que ver con la personalidad previa del paciente y también a veces por el deterioro que generó el consumo. Pero si es importante remarcar que si hay algo a lo que apunta un tratamiento de reinserción es el de generar una flexibilización del paciente en su vida.

Practicando esta flexibilidad en la búsqueda laboral, el colegio, la convivencia diaria y de fines de

semana con su familia, la práctica de deportes y talleres recreativos.

Esto es más o menos una reflexión sobre algunos mitos y prejuicios que se me ocurrieron que existen con respecto a este tipo de tratamiento. Sin embargo debo marcar que seguramente los que trabajamos en adicciones algo mal estaremos haciendo para que esto ocurra.

Supongo que si trabajamos en un GHETTO también somos responsables de eso. Quizás nosotros ayudamos a construirlo.

Hace tiempo analizando en una reunión de equipo la historia de un paciente, se dijo algo muy piola: éste paciente mientras estuvo en consumo vivió meses en la calle abajo de un camión, el concepto es que debajo de un camión nada es importante, no tengo que enfrentar nada, la marginalidad y la exclusión se transforma en un abrigo, nada mas tranquilizador que la marginalidad - “así no tengo que enfrentar ni a un jefe, ni a una pareja, ni a mi familia, solo el camión la droga y yo”.

Propongo que los que trabajamos en adicciones no aceptemos el cómodo camión de la exclusión y la periferia que nos ofrecen los prejuicios y la ignorancia.

No nos marginemos de la salud mental. La existencia de estas jornadas es una forma de romper con estos prejuicios. Exijamos a las universidades más formación sobre adicciones, exijamos también más formación en el tema. Sigamos abriéndonos a la comunidad, eduquemos en lo que hacemos, hagamos tareas de prevención primaria con los colegios, las familias, sigamos asistiendo a los medios de comunicación.

En definitiva no nos quedemos en el camión, ocupemos con responsabilidad el lugar que nos toca, y hagámonos respetar, porque respetar el tratamiento de adicciones, también es una forma de que se respete y se les dé mas oportunidades al paciente recuperado.