

## La relación profesional con el drogadicto esquizofrénico.

**Dr. Ricardo González Menéndez**

*Jefe del servicio docente "Rogelio Paredes" para toxicómanos. Hospital Psiquiátrico de la Habana.*

En días pasados recibí carta de un joven paciente sudamericano en la que encomiaba mi alto nivel científico e infinita bondad, entre otros muchos mensajes orientados a expresar su profundo respeto, afecto y gratitud por las atenciones recibidas durante su ingreso. Esta misiva, que considero totalmente sincera, iba acompañada—en igual sobre—por una nota en la que dirigía una apasionada y crudamente carnal declaración de amor a una mujer mayor y también psiquiatra, que además de poder ser su abuela, es mi esposa.

Con este paradigma clínico me propongo compartir con ustedes algunas reflexiones sobre las características de la relación profesional con los drogadictos simultáneamente afectados por la esquizofrenia, ya sea ésta precedente y relevante en la etiopatogenia de su farmacodependencia; de aparición posterior al abuso de drogas y presumiblemente desencadenada por ellas; o de curso paralelo a la toxicomanía.

En el primer caso se trataría según la nomenclatura anglosajona de un MISA (Mental Ill Substance Abuser), en el segundo de un SAMI (Substance Abuser Mental Illness) y en el tercero, de dos entidades de mal pronóstico que coinciden sin vínculos causales (1). La suma de estas variantes comórbidas alcanza a nivel mundial entre el 2 y 3% del total de drogadictos y la relación profesional de ayuda que requieren difiere substancialmente de

la establecida con los toxicómanos primarios (2)(3).

La relación interpersonal técnica de ayuda, piedra angular de toda gestión asistencial, presenta demandas especiales cuando se orienta a la rehabilitación y en nuestro criterio alcanza su clímax de exigencias cuando el sujeto y objeto de la misión de rescate es un drogadicto, quien pone a prueba el nivel de humanismo, espiritualidad y ética del profesional en una situación interpersonal teñida por las características que diferencian los toxicómanos de los pacientes convencionales (4).

Las relaciones interpersonales sólo se establecen en forma adecuada cuando al menos uno de los participantes en la interacción es capaz de ubicarse en el lugar de la otra persona (fase coejecutiva), sentir en algún grado como ésta (fase compasiva) y disponerse a compartir y afrontar sus vivencias (fase cognoscitiva). Estos tres pasos constituyen en la apreciación de Pedro Lain Entralgo la médula del contacto persona a persona (5), que en el marco de la gestión de salud exige un profundo grado de humanismo—expresado por el respeto absoluto por el paciente y la preocupación constante por su bienestar y desarrollo—muy imbricado con el cumplimiento de los principios de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia de la ética médica y estrechamente vinculado con las potencialidades espirituales de quien de-



sempeña el papel de "prestador de ayuda"(6)(7), espiritualidad paradigmáticamente expresada por su sensibilidad humana, disponibilidad afectiva, congruencia, capacidad de involucración solidaria y consistencia.

El rango científico del terapeuta y el establecimiento de objetivos bien precisos luego del diagnóstico correcto de los problemas del paciente determinan su diferenciación básica con otras relaciones interpersonales, mientras que el planeamiento del método y los recursos psicológicos a utilizar en su ayuda, junto a la actitud de observador participante que valora y dirige la comunicación aferente y eferente con el menor grado de distorsiones inconscientes por parte del profesional, matizan la relación como psicoterapéutica (8)(9).

El facultativo valorará además continuamente el efecto de sus influencias habitualmente positivas, siempre que en el curso del largo proceso rehabilitatorio se superen los que pudieramos considerar como obstáculos relevantes en la atención a un drogadicto.

Si utilizamos el patrón convencional del drogadicto primario proponemos tomar en cuenta los siguientes escollos.

- 1- Reconocer su verdadera condición de enfermos, propósito nada fácil, sobre todo cuando existe todavía la egosintonía y la actitud es de aparente indolencia ante las consecuencias de la conducta adictiva.
- 2- Lograr una actitud permanente de no enjuiciamiento
- 3- Superar serias dificultades empáticas para ubicarse en el lugar del adicto.
- 4- Compadecerse por quien parece no hacerlo con sus convivientes.
- 5- Garantizar una permanente disposición afectiva pese a los componentes

disociales—casi siempre secundarios—que matizan su conducta.

- 6- Poder involucrarse con alguien caracterizado hasta fases avanzadas de su rehabilitación por un profundo egocentrismo.
- 7- valorar que sus tendencias manipulativas y falsas comunicaciones son generalmente expresiones derivadas del autoengaño.
- 8- Dedicar tiempo y esfuerzos cognitivo-afectivos por períodos prolongados.
- 9- Tolerar las frustraciones implícitas en su evolución generalmente tórpida.
- 10- Controlar la hostilidad generada por frecuentes deslices y recaídas.

Todo ello ante sujetos sin afectaciones relevantes de sus funciones psíquicas y capaces por tanto, de valoraciones y decisiones apropiadas.

El superar estos factores adversos demanda un alto grado de madurez emocional y constantes esfuerzos integrales por parte del terapeuta que debe estar además alerta sobre el efecto también catastrófico de sus propios mecanismos inconscientes donde se cuentan la contratransferencia, las defensas, la angustia por identificación con seres queridos, la subvaloración, y las racionalizaciones, factores que muchas veces llevan de la mano a tomar el camino del menor esfuerzo, recurriendo a técnicas breves, no exploratorias, con objetivos exclusivamente supresivos y sin notables exigencias interpersonales, así como a priorizar los recursos biológicos sobre los psico-socio-espirituales.

Si retomamos ahora el caso del joven sudamericano propuesto como modelo de doble diagnóstico, reconoceremos que pese al mal pronóstico implícito en la imbricación y



potenciación de ambas afecciones, su nivel psicótico de funcionamiento prácticamente lo exime de los obstáculos señalados sustentados mayoritariamente en juicios de valor del terapeuta sobre la responsabilidad inherente a quien tiene conservadas sus funciones psíquicas.

*Pensamos por ello, que en la relación de ayuda con el paciente de doble diagnóstico se favorece la expresión profesional de humanismo, ética y espiritualidad como consecuencia de su alta potencialidad para generar compasión y por sus muy disminuidas expectativas de responsabilidad. Ante ellos, por tanto, el respeto, el no enjuiciamiento, la bondad, la disponibilidad afectiva, la involucración, la solidaridad, y la entrega, fluyen espontáneamente del manantial inagotable de la vocación médica.*

Los grandes obstáculos implícitos en su desfavorable pronóstico, comienzan sin embargo desde la fase de confrontación con estos pacientes acrílicos y que muchas veces utilizan las sustancias con propósitos de automedicación pese a sus nefastos resultados (10).

Es también sumamente difícil el establecimiento del convenio o contrato con alguien totalmente amotivado por la rehabilitación, e igualmente complejas las fases de desintoxicación temprana y tardía, así como la de deshabitación, afectada por las dificultades para el aprendizaje derivadas de la hipoprosexia y las limitaciones para establecer nuevos condicionamientos derivados de introspecciones y experiencias emocionales correctivas, en el contexto del empobrecimiento comunicacional, acusado tanto en la relación diádica como en la grupal.

Igualmente se dificulta la modificación del estilo de vida y el logro de la abstinencia permanente aún en pacientes donde la entidad esquizofrénica haya respondido favorablemente a la terapéutica orientada.

Si seguimos las fases del tratamiento según Prochaska, Di Clemente y Norcross, (11)(12) los obstáculos más significativos están a nuestro entender en el paso de la fase *precontemplativa* a la *contemplativa*, vale decir de la egosintonía a la egodistonía, únicamente alcanzable mediante un profundo vínculo interpersonal y la utilización de recursos inspirativos, didácticos, persuasivos y sugestivos para los cuales estos pacientes son poco receptivos.

En la siguiente fase de *preparación*, se alcanza el clímax de la ambivalencia y su manejo -con el objetivo de alcanzar la fase de acción- debe basarse en la influencia positiva de grupos de paraiguales (drogadictos primarios rehabilitados), que funjan como líderes positivos y también sustentarse en el manejo del medio y guía de acción por parte del equipo, donde la psicoterapia de familiares y el manejo de contingencias puede arrojar resultados satisfactorios. Se crearía así un entorno gratificador de la abstinencia y del nuevo estilo de vida, donde el principio Pigmalión sea transferido progresivamente de la relación profesional al medio familiar con el objetivo de reforzar enfáticamente las conductas positivas para moldear el nuevo patrón comportamental, objetivo difícil pero no imposible en el enfermo esquizofrénico.

En la fase final del proceso representada por la *prevención de recaídas*, debe insistirse en las escenificaciones como medio idóneo para enfrentar con éxito las situaciones de riesgo y programarse un seguimiento toda-



vía más frecuente que el utilizado en adictos primarios.

La trascendencia del tratamiento integral que incluya recursos biológicos, psicológicos, sociales, culturales y espirituales resulta fácilmente inferible y también la utilización de los antipsicóticos atípicos con los que se evitan efectos indeseables como la apatía e hipobulia que muchas veces condicionan la búsqueda de efectos farmacológicos antagónico

Permítaseme concluir destacando nuestra apreciación de que las gestiones de rehabilitación psicosocial en general y las de drogadictos primarios y secundarios en particular; se erigen como paradigmas de alta exigencia en lo referente a la relación profesional de ayuda y el proceso psicoterapéutico.

Pensamos que de la misma manera que las guerras mundiales posibilitaron la concienciación mundial del alto significado social de las afecciones psíquicas y la trascendencia de los factores ambientales en su etiopatogenia, el trágico flagelo de las drogadicciones se convertirá en el más veraz indicador de la imperiosa necesidad de reconsiderar las nefastas tendencias mundiales a enfatizar los recursos terapéuticos biológicos en detrimento de los psico-socio-espirituales; a subvalorar el significado de la relación médico-paciente; a limitar el tiempo disponible para la gestión psicoterapéutica; y a seleccionar técnicas breves, no exploratorias y limitadas a objetivos supresivos.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1-Ries, R. "Assessment and Treatment of Patients with Coexisting Mental Illness and Alcohol and Other Drug Abuse". Treatment Improvement Protocol. U.S. Department of Health and Human Services. Public Health

Service. D.H.H.S. Publication No (SMA) 94-2078. 1994.

2-Regier, d.; Farmer, M.; Rae, D. 1990. "Comorbidity of Mental Disorders with Alcohol and other Drug Abuse" JAMA 264:2511-2518.

3-Bordwine, A.; Millman, R. 1995. "Treatment Strategies for Comorbid Disorders: Psychopathology and Substance Abuse" in "Psychotherapy and Substance Abuse" Washton, H. Editor: The Guilford Press. New York.

4-González, R. 1996. "Psicoterapia de Alcohólicos y otros Toxicómanos" Editorial Científico Técnica. La Habana.

5-Lain Entralgo, P. 1964. "La Relación Médico Enfermo" Editorial Revista de Occidente. Madrid.

6-González, R. 2000. "Humanismo y Gestión de Salud: ¿Avanzamos o retrocedemos?". Revista Psicopatología (España) 20 (2) 169-184.

7-González, R. 1996. "Valores Humanos y Ética en la práctica Clínica Contemporánea". Boletín del Ateneo Juan Cesar García Vol 4 (1-2) 26-34.

8-Nuñez, F. 2001. "Psicología y Salud" Editorial Ciencias Médicas La Habana.

9-González, R. 1998. "Terapéutica Psiquiátrica Básica Actual" Editorial Ciencias Médicas. La Habana.

10-Klapan, H.; Sadock, B. 1998. "Synopsis of Psychiatry" Williams and Wilkins Edit. Baltimore.

11-Prochaska, J.; Di Clemente, C.; Norcross, J. 1992. "In Search of how people change: Applications to Addictive Behavior" Amer. Psychol. 47 (11) 1102-14.

12-Tejero, A.; Trujols, J. 1994. "El modelo transteórico de Prochaska y Di Clemente. Un modelo dinámico del cambio en el ámbito de las conductas adictivas. En J.L Graña editores. Conductas adictivas: Teoría, evaluación y Tratamiento. Madrid.