IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XIX Jornadas de Investigación VIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2012.

Casos problemáticos en la adicción y denegación del tratamiento: estudio cualitativo en directores institucionales y supervisores de tratamiento.

Fanton, Maximiliano.

Cita:

Fanton, Maximiliano (2012). *Casos problemáticos en la adicción y denegación del tratamiento: estudio cualitativo en directores institucionales y supervisores de tratamiento. IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XIX Jornadas de Investigación VIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: https://www.aacademica.org/000-072/214

ARK: https://n2t.net/ark:/13683/emcu/VVG

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.*

CASOS PROBLEMÁTICOS EN LA ADICCIÓN Y DENEGACIÓN DEL TRATAMIENTO: ESTUDIO CUALITATIVO EN DIRECTORES INSTITUCIONALES Y SUPERVISORES DE TRATAMIENTO

Fanton, Maximiliano

SEDRONAR

Resumen

La dificultad para el establecimiento de la alianza terapéutica en el tratamiento de las adicciones puede estar vinculada, en parte, a actitudes y creencias negativas de los terapeutas respecto a este tipo de pacientes. Si bien es posible entender a la drogodependencia en general como una patología proclive a la resistencia de los profesionales de la salud mental, algunas observaciones clínicas en el contexto institucional permiten suponer que existen pacientes adictos con mayor probabilidad de ser rechazados que otros. El presente estudio cualitativo se propone indagar acerca de las posibles características distintivas de tales pacientes a partir de una serie de entrevistas semi-estructuradas a un grupo de directores institucionales y de supervisores de servicios de salud mental especializados en el tratamiento de las drogodependencias. Los resultados obtenidos sugieren que la patología dual y los rasgos antisociales de la personalidad son dos de los motivos principales que provocan el rechazo de los profesionales y la consecuente denegación del tratamiento. Asimismo, se estudian algunos de los posibles motivos que suscitarían este rechazo.

Palabras Clave
Denegación del Tratamiento Adicciones.

Abstract

PROBLEM CASES IN ADDICTION AND DENIAL OF TREATMENT: A QUALITATIVE STUDY IN INSTITUTIONAL DIRECTORS AND TREATMENT SUPERVISORS

Difficulties in establishing a therapeutic alliance in addiction treatments may arise, at least to some extent, from the therapist´s negative beliefs and attitudes towards this particular type of patients. Even though it is possible to understand drug dependency in general as a pathology that tends to provoke resistance from mental health professionals, some clinical observations in the institutional field suggest that some patients have greater odds of being rejected than others. The aim of this qualitative study is to investigate the possible distinctive characteristics of such patients by means of a series of semi-structured interviews to institutional directors and mental health service supervisors in drug dependency specialized centers. Results propose that dual pathology and antisocial personality traits are two of the main reasons that provoke rejection by professionals and, consequently, denial of treatment. Moreover, some of the possible reasons for this rejection are studied.

Key Words
Denial of Treatment Addictions.

Introducción

El establecimiento de una relación terapéutica positiva resulta un aspecto esencial – y, sin embargo, problemático– para el tratamiento eficaz de las drogodependencias (Beck et al., 1993). Las dificultades para lograr un rapport adecuado al inicio y en el transcurso de la psicoterapia podrían deberse, en parte, a determinadas características comunes en la población general de pacientes adictos (p. ej., los pacientes con abuso de sustancias frecuentemente no ingresan a los tratamientos voluntariamente, pueden presentar dilemas de confidencialidad debido al involucramiento en actividades ilícitas, etc.). Por otro lado, es posible que los propios terapeutas presenten presuposiciones negativas acerca de los pacientes con abuso de drogas. La conceptualización del adicto como un tipo de paciente particularmente problemático y estrechamente ligado a rasgos perversos o antisociales de la personalidad puede llegar a constituir un verdadero obstáculo para los terapeutas al momento de vincularse con sus pacientes (Capece, 2007). Teniendo en cuenta, además, que ciertas hipótesis clínicas como la "personalidad adictiva" carecen de fundamentación científica adecuada (Miller, 1976), no deben descartarse los componentes moralistas que tales hipótesis podrían llegar a ocultar (Capece, 2007) y que podrían explicar, al menos parcialmente, la adhesión que generan en algunos profesionales de la salud mental.

En el plano institucional, los prejuicios en cuanto a la naturaleza de la adicción y la personalidad de los pacientes adictos llevaron a la creación de sistemas de tratamiento basados en técnicas confrontativas y agresivas de incomprobables resultados terapéuticos y comprobados daños (White y Miller, 2007). Aunque tales prácticas –y las teorías en las que se fundamentan– se encuentran actualmente cuestionadas, éstas todavía son sostenidas en los ámbitos académicos y empleadas en el espacio clínico particular e institucional. Si bien es posible conceptualizar a la adicción, en términos generales, como una patología socialmente estigmatizante y cercana al maltrato profesional e institucional, algunas observaciones clínicas permiten suponer que –incluso dentro de esta población menospreciada– existen casos concretos sobre los que se despliega con mayor énfasis el maltrato o el rechazo de las instituciones que fueron creadas para

su inclusión y tratamiento (Fanton, 2011).

Siguiendo esta línea teórica y enfocándose en el tema específico del rechazo institucional o la denegación del tratamiento, el presente trabajo se propone indagar acerca de las posibles características, rasgos o cualidades de determinados pacientes adictos que podrían representar una dificultad adicional en el típicamente problemático proceso de establecimiento de un rapport adecuado entre terapeuta y paciente, o entre institución y paciente. En otras palabras, el objetivo que aquí se plantea es el de identificar a aquellos pacientes adictos que representan mayor conflicto para los profesionales de la salud mental y las instituciones en las que estos se desempeñan y que, por lo tanto, se encuentran en una posición de mayor vulnerabilidad frente a las tendencias expulsivas de estas últimas.

Método

Teniendo en cuenta que este estudio no parte de suposiciones previas en cuanto a las posibles características distintivas de los pacientes adictos más proclives al rechazo institucional, se decidió abordar la temática desde las estrategias de investigación cualitativa ya que éstas resultan particularmente propicias para la inducción de hipótesis o modelos teóricos a partir de la recolección de evidencia empírica (Vasilachis, 2006). Dentro de éstas, el enfoque de la teoría fundamentada se propone generar conceptos y desarrollar teoría a partir del material procedente del estudio de casos (Jones et al., 2007). La aplicación de este método cualitativo se llevó a cabo según la técnica del muestreo teórico, debido a que se seleccionaron nuevos casos de estudio –además de los que originalmente fueron escogidos durante la planificación– de acuerdo a su potencial para expandir o refinar los conceptos desarrollados a partir de los primeros casos evaluados.

En una primera instancia, se decidió evaluar por medio de una breve entrevista semi-estructurada a un grupo reducido y específico de directores de instituciones orientadas al tratamiento de las drogodependencias en la ciudad de Buenos Aires. En tanto que los directores institucionales deben supervisar la actividad de los profesionales de la salud mental y el curso del tratamiento de una gran cantidad de pacientes, se consideró que estos podrían aportar, comparativamente, mayor información acerca del tema de estudio –en menor tiempo y en una muestra de menor tamaño– que la que podría proveer la evaluación directa de los profesionales tratantes. Además, los directores deben autorizar el ingreso o la derivación de los pacientes, de modo que pueden ser considerados como los receptores más frecuentes de los argumentos que esgrimen los profesionales para otorgar o denegar tratamiento a los pacientes adictos que acuden a estas instituciones. Por estos motivos, se planificó y evaluó una muestra original de cinco profesionales que desempeñan o desempeñaron el cargo de director en instituciones especializadas en el tratamiento de las drogodependencias.

De acuerdo a los criterios expuestos para las entrevistas semi-estructuradas por David y Sutton (2004), la entrevista utilizada se compuso de preguntas fijas a las que se agregó la posibilidad de ampliar respuestas a través de nuevas preguntas según el interés del investigador. Las preguntas claves a partir de las que se obtuvo la información necesaria para este estudio cualitativo fueron: 1) ¿Percibe Ud. resistencia por parte de los profesionales de la salud mental (psicólogos y psiquiatras) a dar tratamiento a determinados pacientes adictos?; 2) ¿Cómo clasificaría o describiría Ud. a tales pacientes?; 3) ¿Qué argumentos presentan los profesionales para denegar tratamiento a estos pacientes?
De esta primera evaluación se obtuvieron algunas categorías centrales –entendidas éstas como el producto del proceso de dimensionalización que realiza el investigador y que permiten la integración y densificación de la teoría (Jones et al., 2007)– que llevaron a expandir la muestra por medio de la inclusión de un director institucional y tres supervisores de servicios de salud con el fin de obtener mayor información acerca de las mismas. En este punto, se decidió finalizar el muestreo por haber alcanzado la saturación teórica de las categorías centrales obtenidas o, en otras palabras, se decidió que los nuevos casos evaluados no lograron aportar información adicional que permita desarrollar nuevas propiedades de los conceptos anteriormente formulados. Si bien hubiera resultado provechoso la realización de más entrevistas con el fin de obtener mayor información acerca de las categorías menos comunes (ver punto 3), la dificultad para hallar nuevos sujetos –debido a que se trata de una población reducida y, en varios casos, de difícil acceso– determinó la decisión de finalizar la recolección de datos en la novena evaluación.

Resultados

A partir de las respuestas aportadas por los entrevistados, fue posible elaborar dos categorías principales de pacientes que generan particular resistencia en los terapeutas: a) los pacientes que presentan comportamientos psicopáticos o antisociales (p. ej., violencia, agresividad, desafío a la autoridad, delincuencia, etc.), y b) los pacientes duales o con patologías de gravedad asociadas a su adicción (p. ej., psicosis, trastorno límite de la personalidad con alta impulsividad, depresión grave con riesgo suicida, etc.). Las síntesis de estas respuestas pueden ser consultadas en la Tabla 1. Debe señalarse que varios entrevistados coincidieron en remarcar que, independientemente de los casos problemáticos sobre los que se enfoca este estudio, los adictos en general representan una categoría de paciente particularmente resistida por los profesionales de la salud mental.

Las descripciones aportadas por los entrevistados acerca de lo que estos entienden por psicopatía o antisocial parecen coincidir con los criterios comportamentales actuales que se utilizan para el diagnóstico del trastorno antisocial de la personalidad (p. ej., fracaso para ajustarse a las normas o a las leyes, impulsividad, irritabilidad o agresividad, irresponsabilidad, etc.; APA, 1994). Por otro lado, las descripciones de los pacientes duales o con presencia de patología comórbida se ajustan a las definiciones actuales de la patología dual, la cual es frecuentemente descrita como un cuadro en el que se combinan el consumo patológico de sustancias psicoactivas (p. ej., alcohol, cannabis, cocaína, etc.) con alguna forma de enfermedad mental severa (p. ej., esquizofrenia, psicosis, etc.; Afuwape, 2003).

Los argumentos presentados por los profesionales de la salud mental para denegar tratamiento a los pacientes con comportamientos antisociales configuran cuatro categorías básicas: a) la escasa adherencia o motivación de estos pacientes para realizar un tratamiento, b) la alteración del funcionamiento grupal e institucional, c) la futilidad del tratamiento por falta de resultados terapéuticos, y d) las posibles consecuencias legales de los actos de violencia. Por otra parte, los argumentos utilizados para justificar la derivación de los pacientes duales son más escasos y componen dos categorías principales: a) la alteración al funcionamiento grupal e institucional y

b) las posibles consecuencias legales de los comportamientos de riesgo que pueden presentar estos pacientes (p. ej., suicidio, comportamiento autolesivo, déficits en el autocuidado, fuga, incapacidad para reconocer el peligro, etc.). Tanto en el caso de los pacientes duales como de los pacientes antisociales, los profesionales de la salud mental coinciden en señalar el carácter perturbador que ambos poseen para el adecuado funcionamiento de las actividades terapéuticas grupales y de la vida institucional en general. Además, los profesionales prefieren resguardarse de los posibles riesgos legales que podrían ocasionar ambas categorías de pacientes con su comportamiento inapropiado o anormal.

Existen dos categorías marginales de pacientes usualmente rechazados que sólo fueron mencionadas por un solo entrevistado cada una. Estas corresponden a los pacientes adictos de sexo femenino y a los que presentan algún trastorno de índole neurológico (p. ej., epilépticos con pensamiento viscoso, personas con déficits cognitivos, etc.). Esta última categoría podría encuadrarse dentro del conjunto de pacientes duales, en tanto que se añade un trastorno o enfermedad comórbida a la dependencia de sustancias. Sin embargo, la denegación de tratamiento por motivos de género no resulta asociable a las dos categorías principales obtenidas y –por lo tanto– podría tratarse de un área temática con propiedades distintivas, si bien el entrevistado aportó respecto a esta categoría información muy semejante a la obtenida para el resto (p. ej., alteración del orden en grupos compuestos mayoritariamente por hombres; ver punto 4).

Cabe agregar a los resultados que, en todos los casos, los entrevistados decidieron manifestar su interpretación personal de los argumentos presentados por los profesionales bajo su dirección o supervisión. Las síntesis de estas opiniones pueden ser consultadas en la Tabla 2. A excepción de un solo caso en el que el director consultado (entrevistado no. 5) adhiere a los motivos de sus subordinados para denegar tratamiento e incluso se identifica con las reacciones de temor de estos, el resto de los entrevistados manifiesta una postura crítica respecto a los argumentos comúnmente utilizados para justificar la derivación e interpretan a esta decisión como el resultado de motivaciones no declaradas. Estas, a su vez, pueden ser clasificadas en tres categorías: a) el miedo o temor a determinados comportamientos difíciles de manejar, b) la frustración frente a la dificultad que representa producir efectos terapéuticos en determinados pacientes, y c) la ignorancia o falta de capacitación en el tratamiento de determinados comportamientos problemáticos (p. ej., violencia, autolesiones, etc.) o de determinadas patologías (p. ej., la falta de capacitación de los psicólogos frente a cuadros clínicos de psicosis).

Tabla 1: Entrevistados y síntesis de las respuestas

	Profesión	Cargo	¿Ejerce el cargo en la actualidad?	1.¿Percibe Ud. resistencia…?	2.¿Cómo clasificaría…?	3.¿Qué argumentos presentan…?
Entrevistado No. 1	Sociólogo	Director	No	Si	Pacientes en situación de vulnerabilidad: marginalidad, delincuencia, “villeros”.	Escasa adherencia al tto., preferencia por pacientes más motivados.
Entrevistado No. 2	Psicólogo	Director	No	Si	Pacientes antisociales o psicópatas y pacientes duales.	Argumentos de riesgo jurídico y de alteración del orden grupal e institucional.
Entrevistado No. 3	Psiquiatra	Jefe	Si	No	---	---
Entrevistado No. 4	Psicólogo	Director	No	No	---	---
Entrevistado No. 5	Psicóloga	Directora	No	Si	Pacientes psicopáticos.	Amenaza a la cohesión grupal, dificultad para ver cambios terapéuticos
Entrevistado No. 6	Psiquiatra	Supervisor	No	No	---	---

Entrevistado No. 7	Psiquiatra	Supervisor	No	Si	a) Pacientes borderline y pacientes con riesgo jurídico (p. ej., suicidas) b) Pacientes neurológicos (p. ej. epilépticos, deterioro cognitivo, etc.)	a) Temor a las consecuencias legales. b) Escasos resultados terapéuticos.
Entrevistado No. 8	Psicólogo	Supervisor	Si	Si	Pacientes duales.	La patología dual requiere dispositivos especiales.
Entrevistado No. 9	Antropóloga	Directora	Si	Si	Pacientes duales o con alta patología comórbida. Mujeres.	Afectan al orden grupal e institucional.

Tabla 2: Interpretaciones personales de los entrevistados

	Interpretación personal de los argumentos presentados por los profesionales
Entrevistado No. 1	Frustración, rechazo, miedo frente a la violencia y las conductas desafiantes. Ignoran cómo trabajar con estos pacientes.
Entrevistado No. 2	Temor a la violencia e ignorancia respecto a cómo proceder en tales casos.
Entrevistado No. 5	Respuesta razonable frente al comportamiento desafiante y el temor que genera la violencia.
Entrevistado No. 7	Frustración de la omnipotencia de los profesionales e ignorancia respecto a cómo tratar a los pacientes de riesgo.
Entrevistado No. 8	Producen gran frustración, siendo ésta una de las causas del marcado rechazo a atenderlos.
Entrevistado No. 9	Argumentan preservar la tranquilidad grupal pero intentan preservar la suya propia. Los pacientes duales les generan temor debido a la falta de experiencia, sobre todo a los psicólogos.

Discusión

Los resultados de este breve estudio permiten construir algunas hipótesis de interés que podrían orientar futuras investigaciones en la materia. Estas son: 1) existen categorías de pacientes adictos más vulnerables al rechazo por parte de los profesionales de la salud mental; 2) los pacientes duales y los pacientes con rasgos antisociales conforman dos categorías principales; 3) existe una divergencia entre los argumentos que presentan los profesionales y los motivos reales que suscitan tal rechazo, y 4) los motivos para denegar tratamiento están vinculados al miedo y la frustración que estos pacientes generan, así como a la ignorancia respecto a su manejo apropiado.

Respecto a este último punto, las opiniones de los entrevistados coinciden con algunas reacciones típicas por parte de los terapeutas frente a los pacientes antisociales o psicóticos que han sido descriptas en la literatura científica. En cuanto a los pacientes antisociales, Lion (1978) utilizó la expresión “nihilismo terapéutico” para referirse al rechazo que estos generan en los profesionales y a la opinión de que constituyen una categoría intratable. Por otro lado, Strasburger (1986) señaló la ocurrencia en los terapeutas de temores racionales y contra-transferenciales como respuesta al trastorno antisocial de la personalidad o a la psicopatía severa. Asimismo, este autor describió los sentimientos de impotencia que surgen de los esfuerzos infructuosos por modificar la psicopatía del paciente, los cuales pueden ser transformados –a su vez– en ira que puede expresarse de manera pasiva como retraimiento o alejamiento. Otras reacciones que pueden surgir de la sensación de devaluación profesional frente a la conducta antisocial son la indiferencia, la represalia o –por el contrario– la sumisión (Bursten, 1973). En relación a los

pacientes psicóticos, se han descripto algunos problemas usuales en el establecimiento de una alianza terapéutica apropiada, entre los cuales se incluyen la incapacidad del profesional para empatizar con las experiencias inusuales de estos pacientes (p. ej., delirios, alucinaciones, etc.) y las creencias de los psicoterapeutas acerca de la ineficacia de sus métodos para modificar los fenómenos psicóticos y de la propia incapacidad para comprenderlos (Chadwick et al., 1996).

La principal limitación de este estudio radica en el tamaño reducido de la muestra evaluada, lo cual permitió obtener sólo algunas propiedades de dos categorías centrales y escasa información acerca de las categorías menos comunes. En este sentido, hubiera resultado de interés recabar mayor información acerca de las reacciones que generan las pacientes mujeres en los profesionales y en los demás pacientes en contextos donde se le brinda tratamiento a una mayoría masculina. De todos modos, las entrevistas realizadas permitieron formular algunas hipótesis significativas que deberían ser puestas a prueba en futuros estudios. La evaluación de psiquiatras y psicólogos que brindan tratamiento a pacientes adictos en instituciones o servicios especializados en esta patología podría complementar los datos recabados en este estudio cualitativo y enriquecer las hipótesis formuladas con nueva información obtenida de los efectores directos. Respecto a estos, dos aspectos que merecen ser estudiados en mayor detalle son las preocupaciones de índole legal referidas por sus superiores (p. ej., indagar si estos temores se fundamentan en el conocimiento de la ley y de casos concretos o, por el contrario, en fantasías catastróficas) y la falta de capacitación para el manejo de casos difíciles (p. ej., indagar si los profesionales se encuentran informados acerca del manejo de estos pacientes o, por el contrariodesconocen cómo proceder).

Bibliografia

Afuwape, S. (2003). Where are we with dual diagnosis (substance misuse and mental illness): A review of the literature. London: Re-think.

American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.). Washington: American Psychiatry Press.

Beck, A., Wright F., Newman C., Liese B. (1993). Cognitive Therapy of Substance Abuse. New York: Guilford Press.

Bursten, B. (1973) The Manipulator. New Haven, CT: Yale University Press.

Capece, J. (2007). “Terapia cognitiva con pacientes adictos”, en Terapia Cognitiva: Del Dicho al Hecho. Buenos Aires: Editorial Polemos, pp. 233-245.

Chadwick, P., Birchwood, M., Trower, P. (1996). Cognitive therapy for delusions, voices and paranoia. Chichester: Wiley.

David, M., Sutton C. (2004). Social Research: The Basics. London: Sage Publications.

Fanton, M. (2011). “La violencia explícita y encubierta en la clínica de las adicciones”. Memorias – III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología – XVIII Jornadas de Investigación – Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Buenos Aires: Ediciones de la Facultad de Psicología, Tomo I, pp. 75 – 79.

Jones, D., Manzelli, H., Pecheny, M. (2007). “La teoría fundamentada: su aplicación en una investigación sobre vida cotidiana con VIH/sida y con hepatitis C”, en Metodologías Cualitativas en Ciencias Sociales: Modelos y Procedimientos de Análisis. Buenos Aires: Editorial Biblos, pp. 47-76.

Lion, J. (1978). “Outpatient treatment of psychopaths”, en The Psychopath: A Comprehensive Study of Antisocial Disorders and Behaviors. New York: Brunner/Mazel, pp. 286–300.

Miller, W. (1976). “Alcoholism scales and objective assessment methods: A review”, Psychological Bulletin, 83, pp. 649-674.

Strasburger, L. (1986). “Treatment of antisocial syndromes: the therapist’s feelings”, en Unmasking the Psychopath. New York: WW Norton, pp. 191–207.

Vasilachis de Gialdino, I. (coord.) (2006) Estrategias de Investigación Cualitativa. Barcelona: Gedisa.

White, W., Miller, W. (2007). “The use of confrontation in addiction treatment: History, science and time for change”, Counselor, 8(4), pp. 12-30.