



## **ACTITUD DE LOS PROFESIONALES DE SALUD HACIA LAS PERSONAS QUE ABUSAN DE DROGAS: UNA REVISIÓN INTEGRAL**

Rodrigo Leal Becker

Universidad de Concepción

[rodrigolealbecker@hotmail.com](mailto:rodrigolealbecker@hotmail.com)

Actitud. Tratamiento. Drogas. Chile.

Attitude. Treatment. Drugs. Chile.

### **RESUMEN**

Esta revisión compendia los estudios sobre la actitud que tienen los profesionales hacia los usuarios de drogas, y se analizan críticamente publicaciones en los últimos 10 años, clasificándolas según el profesional (psiquiatra, psicólogo, enfermera) y por ser negativas o positivas. Se señalan y discuten las más importantes y se concluye que la actitud es un débil predictor de conducta.

### **ABSTRACT**

This review summarizes the studies that have professional attitude towards drug users, and publications are critically analyzed in the last 10 years, classified as professional (psychiatrist, psychologist, nurse) and be negative or positive. Are identified and discussed the most important and concludes that attitude is a weak predictor of conduct.

# **ACTITUD DE LOS PROFESIONALES DE SALUD HACIA LAS PERSONAS QUE ABUSAN DE DROGAS: UNA REVISIÓN INTEGRAL**

## **INTRODUCCION**

El consumo de drogas sigue causando un daño considerable, reflejado en la pérdida de vidas valiosas y años productivos de muchas personas. En 2012 se informó de un total aproximado de 183.000 muertes relacionadas con las drogas (margen de variación: 95.000 a 226.000). Esa cifra se corresponde con una tasa de mortalidad de 40,0 (margen de variación: 20,8 a 49,3) muertes por millón en la población de entre 15 y 64 años. A nivel mundial, se calcula que en 2012 entre 162 y 324 millones de personas, es decir del 3,5% al 7,0% de la población de entre 15 y 64 años, consumieron por lo menos una vez alguna droga ilícita, principalmente sustancias del grupo del cannabis, los opioides, la cocaína o los estimulantes de tipo anfetamínico. El consumo de drogas problemático –por consumidores habituales y personas que sufren trastornos de consumo o dependencia– se mantiene estable en una cifra situada entre los 16 y los 39 millones de personas. Sin embargo, subsisten deficiencias en la prestación de servicios, y en los años recientes solo uno de cada seis consumidores de drogas problemáticos del mundo ha tenido acceso a tratamiento de la drogodependencia cada año(36). La dimensión adquirida por el problema genera intensas discusiones no solo dentro del ámbito médico; a la par del enfoque somático, surgen líneas de estudio con base en la psique humana, que desglosan la búsqueda y consumo de drogas como el resultado de un proceso interno, en el que la cognición y las emociones del individuo lo impulsan al uso de compuestos que modifican el funcionamiento de la mente.

En este contexto se analiza la ACTITUD de los grupos de tratamiento chilenos, entendiéndolos como el contenido mental, la disposición, el pensamiento, el sentimiento y la conducta que tiene una persona (individual), grupo (grupal) o comunidad (colectiva) respecto de un Drogodependiente

### **Formulacion del problema**

“La Toxicomanía se desarrolla en seres llamados predispuestos. Esta predisposición puede determinarse por haberse heredado una personalidad débil de la voluntad, del sentido de la responsabilidad y de la entereza para hacer frente al dolor físico o moral o porque las primeras impresiones de la infancia, la educación, grandes golpes afectivos y morales, la inclemencia económica o pragmática del medio ambiente o la desigualdad social, producen en ciertos individuos complejos, sensación de inferioridad, inconformismo, que se cree indispensable superar artificialmente por medio de los alcaloide o del alcohol. (La Realidad Médico Social Chilena, S.A.G, 1939)

Droga es cualquiera de las múltiples sustancias que el ser humano ha usado, usa o inventará para un uso futuro, que posee la capacidad de modificar las funciones del organismo que tienen que ver con su conducta, su juicio, su comportamiento, su percepción o su estado de ánimo.(22) La adicción a drogas de abuso es uno de los más importantes problemas sociosanitarios en todo el mundo.(23).

Para la OMS es un hecho ampliamente aceptado que el tabaquismo causa de un 25 a un 30% de las muertes por cáncer con distintas localizaciones (Levi 1999) y la enfermedad pulmonar

## ACTITUD DE LOS PROFESIONALES DE SALUD HACIA LAS PERSONAS QUE ABUSAN DE DROGAS: UNA REVISIÓN INTEGRAL

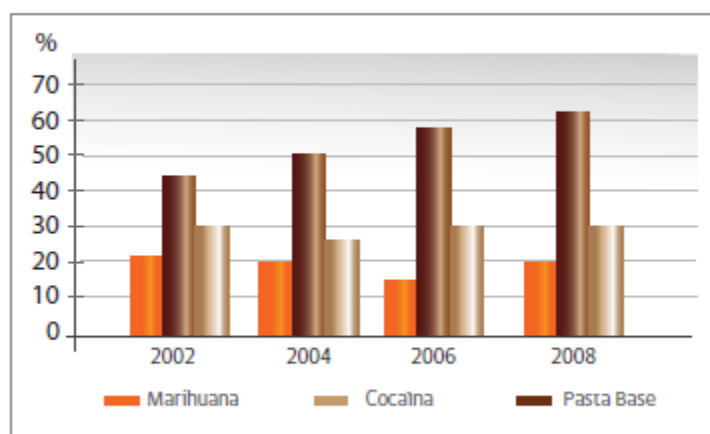
obstructiva crónica es una de las causas más frecuentes e importantes de morbi-mortalidad a escala mundial (Morera 2005). El uso nocivo de alcohol es uno de los principales factores que contribuyen a la mortalidad prematura y a la carga de morbilidad evitable en todo el mundo, por lo que influye sobremedida en la salud pública. Se han estimado en más de 2,3 millones de muertes las asociadas al alcohol en el mundo para el año 2002, lo que supuso un 4.4% de la carga mundial de morbilidad (OMS 2007). La UNODC estima que en 2007 entre 172 millones y 250 millones de personas consumieron drogas ilícitas por lo menos una vez el año anterior. Según las estimaciones de la UNODC en 2007 había entre 18 y 38 millones de consumidores problemáticos de drogas de 15 a 64 años. Las muertes inducidas por drogas representan el 4 % de todas las defunciones de europeos de 15-39 años de edad, habiéndose encontrado opiáceos en unas tres cuartas partes de las mismas.(24).

De acuerdo al Informe Anual 2010 de la Oficina de Naciones Unidas Contra las Drogas y el Delito (ONUDC), cuyas estadísticas reportadas corresponden a los años 2005-2006, la marihuana es la droga de mayor consumo en el mundo, alcanzando una prevalencia de último año de 3,8% entre las personas de 15 a 64 años. En Chile, el consumo de marihuana de último año alcanza un 6,4% de la población entre 12-64 años y un 17% de la población entre 19-25 años.(7)

En relación con el consumo de cocaína, un 1,8% de la población refiere haber consumido al menos una vez esta droga en el último año, lo que refleja un aumento del 200%, con respecto al año 1994. Las declaraciones de uso de pasta base de cocaína (PBC), por su parte, alcanzan al 0,7% de la población y su prevalencia se ha mantenido estable.(7)

Basados en estos criterios, se estima que en Chile hay 246.132 personas con consumo problemático de sustancias ilícitas. Este número representa el 25,1% de los consumidores de último año de marihuana, mientras que la proporción de los consumidores de pasta base y cocaína de último año con dependencia es de 43,8% y 22,7%, respectivamente (Figura 2).

Figura 2: Tasas de abuso en Marihuana, Pasta Base y Cocaína según Criterios DSM-IV. en Población General



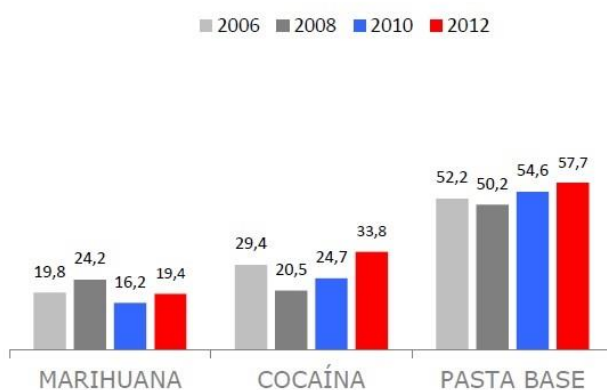
Fuente: Estudios Nacionales de Drogas en Población General de Chile CONACE 2008

Figura 2: tasas de abuso de drogas ilícitas (Conace 2008)

## ACTITUD DE LOS PROFESIONALES DE SALUD HACIA LAS PERSONAS QUE ABUSAN DE DROGAS: UNA REVISIÓN INTEGRAL

Según el X Estudio Nacional de drogas se puede apreciar que la proporción de consumidores de marihuana de último año que declaran síntomas de dependencia oscilan en torno al 20% a lo largo de la serie. En el caso de la pasta base y cocaína, las tasas de dependencia tampoco sufren variaciones estadísticamente significativas. La pasta base es la sustancia que muestra, a través de toda la serie, mayor porcentaje de personas dependientes, con alrededor del 58%. La cocaína, por su parte, ha fluctuado a lo largo de la serie de estudios en torno al 30%, con una gradiente positiva en los últimos 3 estudios. (Figura 3).

Figura 3: Estimación de Dependencia a drogas según criterios CIE-10 entre consumidores de último año, 2006-2012

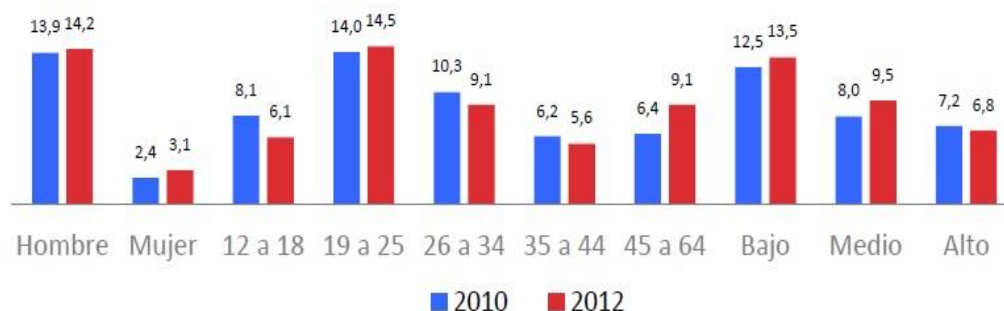


La prevalencia de consumo de riesgo de alcohol no ha mostrado variaciones significativas en el último bienio (8,7% en 2010 versus 9,2% en 2012). Si bien Chile tiene un consumo per cápita promedio calificado por estándares internacionales como medio (8,2 litros de alcohol puro al año por habitante mayor de 15 años), el patrón de consumo de una proporción significativa de sus habitantes (10,9%) lo hace ubicarse entre las naciones con alto grado de riesgos y daños derivados (7).

La desagregación por sexo muestra que el consumo de riesgo masculino es alrededor de 4,5 veces mayor al femenino con reportes de 14,2% y 3,1% respectivamente. Se aprecia, además, que la población joven (19 a 25 años) es la que presenta mayores niveles de consumo de riesgo con un 14,5% para 2012 y este porcentaje tiende a caer a medida que aumenta la edad. Por otro lado, al evaluar el nivel socioeconómico es posible apreciar una diferencia significativa de casi 7 puntos porcentuales entre individuos con un nivel socioeconómico bajo y alto. (Figura 4).

## ACTITUD DE LOS PROFESIONALES DE SALUD HACIA LAS PERSONAS QUE ABUSAN DE DROGAS: UNA REVISIÓN INTEGRAL

Figura 4: Evolución 2010-2012 de la prevalencia de consumo de riesgo de alcohol durante el último año, según sexo, tramos etarios y nivel socioeconómico



A modo de síntesis, se puede afirmar que el problema de consumo de drogas y alcohol en Chile no es genérico o transversal para todas las drogas existentes, sino que se focaliza en el nivel de consumo de marihuana y alcohol en población adolescente, el consumo problemático de pasta base y cocaína en población vulnerable y el alto nivel de consumo de riesgo de alcohol en toda la población. (7)

Los problemas sanitarios derivados del consumo de drogas y alcohol son múltiples e impactan no solo en términos del número de personas atendidas en el sistema de salud, sino también en el perfil epidemiológico de los países y en el sistema económico de estos. En Chile es un tema pendiente el contar con información sobre las consecuencias sanitarias del consumo de drogas ilícitas. Estudios internacionales relacionan el consumo de cocaína con la morbilidad y mortalidad cardiovascular, con actos violentos y accidentes (26-27)). Por otro lado, el consumo de marihuana podría gatillar episodios psicóticos y aumentar el riesgo de esquizofrenia y enfermedades del sistema respiratorio (28). En el caso específico del alcohol, existe evidencia que relaciona el consumo problemático con múltiples enfermedades tales como algunos tipos de cáncer -hígado, esófago y boca-; enfermedad isquémica del corazón; accidentes vasculares hemorrágicos; problemas hepáticos y trastornos mentales; como también accidentes y eventos traumáticos (31). El Estudio de Carga de Enfermedad y Carga Atribuible realizado en Chile el año 2007 mostró que la dependencia de alcohol -por sí sola- es la cuarta causa de la pérdida de años de vida saludables (AVISA),(41) y responsable directa del 4% del total de muertes en el país. A su vez, el consumo de alcohol fue responsable de un 12% del total de la carga de enfermedad, doblando al factor de riesgo que lo sigue (obesidad, 6%). Entre 2010 y 2013, el 4.3% de todos los siniestros de tránsito ocurrieron bajo la influencia del alcohol en peatones, conductores o pasajeros. y de todos los siniestros de tránsito debido al alcohol, el 8.56% el peatón se encuentra bajo la influencia del alcohol o ebrio.(30)

Dentro de los aspectos que han caracterizado el fenómeno del consumo de sustancias, las consecuencias en la seguridad pública son probablemente las que han tenido mayor notoriedad. La violencia es un costo social que se asocia con el abuso de drogas y alcohol, y está relacionada con la distribución y venta de estas sustancias en espacios urbanos donde, unida a situaciones de vulnerabilidad social y económica, constituye la base para la articulación de grupos criminales ligados

## **ACTITUD DE LOS PROFESIONALES DE SALUD HACIA LAS PERSONAS QUE ABUSAN DE DROGAS: UNA REVISIÓN INTEGRAL**

al tráfico de sustancias ilícitas. La investigación sobre la relación droga/delito muestra una asociación positiva entre el uso y abuso de drogas y las probabilidades de riesgo delictual (32). En Chile, se ha observado un aumento en la población que es detenida por homicidios, violaciones y lesiones cometidas bajo la influencia del alcohol o en estado de ebriedad. Un estudio reciente sobre porcentajes atribuibles en la relación droga/delito, concluye que el 32,4% de los delitos perpetrados por adolescentes puede atribuirse a drogas o alcohol, y que en el caso de los adultos, esta conexión se eleva a 53,6%(33) Las drogas ilícitas, por su parte, intervienen muy decisivamente en los delitos contra la propiedad, generalmente por parte de jóvenes que financian su adicción a través del robo. Un estudio en población penal adulta muestra que el 35% de los infractores adultos ingresa a la cárcel con síndrome de dependencia hacia alguna droga, principalmente cocaína y/o pasta base, cifra que puede alcanzar un 43% entre condenados jóvenes menores de 25 años.(34-35)

En el año 2006, se estimó que en nuestro país hubo un gasto de 271.188 millones de pesos a causa del tráfico de drogas y consumo de drogas y alcohol. La mayor parte de estos costos obedece a medidas de control y pérdidas de productividad. Un 66% (\$178.152.000) de estas pérdidas son directamente atribuibles al consumo y tráfico de drogas, mientras que el 34% restante (\$93.035.000) corresponde a lo que el país perdió –o dejó de percibir– como consecuencia indirecta del consumo problemático de drogas y alcohol. En el mismo estudio se establece que el costo generado por el consumo de alcohol representa más de dos tercios del total.(7)

El tratamiento del abuso de alcohol se orienta a reducir la cantidad y frecuencia del consumo, y el de la dependencia a lograr la abstinencia indefinida. En el caso de las drogas ilícitas, el tratamiento siempre se orienta a alcanzar la abstinencia indefinida. El tratamiento debe incluir también el manejo de la comorbilidad psiquiátrica (patología dual) la que se encuentra presente en más del 40 % de los casos (especialmente trastornos afectivos y ansiosos).(12)

“La discriminación adopta muchas formas, afecta áreas fundamentales de la vida y, se la reconozca o no, es omnipresente. La discriminación puede tener impacto sobre el acceso de una persona al tratamiento y atención adecuados, como sobre otras áreas de la vida, como el empleo, la educación y la vivienda. La imposibilidad de integrarse adecuadamente en la sociedad como consecuencia de estas limitaciones puede aumentar el aislamiento experimentado por una persona, hecho que a su vez puede agravar el trastorno mental. El mismo gobierno puede discriminar, al excluir a las personas con trastornos mentales de muchos aspectos que hacen a la ciudadanía, como votar, conducir automóviles, ser dueño y gozar de propiedades, tener derechos reproductivos y contraer matrimonio, y tener acceso a la justicia. En muchos casos, las leyes no discriminan explícitamente a las personas con trastornos mentales, pero les imponen cargas u obstáculos impropios o innecesarios. Como resultado de esta situación, la persona puede cometer errores o verse imposibilitado de desarrollar adecuadamente su trabajo, y ser entonces despedida por incompetencia o incapacidad para llevar a cabo las funciones encomendadas. La discriminación puede ocurrir también contra personas que no padecen en absoluto de trastornos mentales, si se los percibe erróneamente como portadores de esos trastornos, o si alguna vez experimentaron trastornos mentales en el pasado. De modo que, bajo el derecho internacional, la protección contra la discriminación va mucho más allá de

## **ACTITUD DE LOS PROFESIONALES DE SALUD HACIA LAS PERSONAS QUE ABUSAN DE DROGAS: UNA REVISIÓN INTEGRAL**

la simple prohibición de la denegación o exclusión explícita o intencional de oportunidades a las personas con discapacidad; incluye también la legislación que tiene el efecto de privar a alguien de derechos y libertades” (37). “La discriminación es una forma de violencia pasiva; convirtiéndose, a veces, este ataque en una agresión física. Quienes discriminan designan un trato diferencial o inferior en cuanto a los derechos y las consideraciones sociales de las personas, organizaciones y estados”. (Dra. Patricia Jara) Aunque existen muchas similitudes entre los desórdenes mentales, en lo que concierne a creencias públicas y actitudes también existe una marcada diferencia. Por ejemplo, gente con esquizofrenia o alcoholismo es más frecuentemente considerada como impredecible y violenta que gente con depresión y desórdenes de ansiedad. El rechazo es más pronunciado hacia gente con abuso de drogas y alcoholismo, seguido por aquellos con esquizofrenia, y es menos pronunciado entre los individuos con depresión y desórdenes de ansiedad.(38)El gobierno de Chile destina una suma importante en combatir este flagelo (Us\$600.000.000), pero es insuficiente ante las millonarias entradas que perciben las industrias de drogas legales y los narcotraficantes. En vista y considerando que es poco probable que se puedan derivar más fondos y ante el escaso o nulo resultado de los procedimientos actuales, es que surge un imperativo de replantearse el sistema actual de tratamiento, comenzando por el espíritu que anima a los profesionales del sector: ¿Cuál es el sentir, pensar y actuar ante un usuario de drogas, para que la intención de evitar mayor daño tenga un éxito aceptable?

Un drogodependiente puede dejar de serlo desde el momento en que decide dejar de usar drogas. No antes. Entonces se presenta una paradoja, en un individuo que tiene un deseo irrefrenable, en el que la única forma de detenerlo nace de la voluntad del individuo para hacerlo.

Por lo anterior, el presente estudio desea responder a la siguiente interrogante ¿Cuáles son las actitudes de los profesionales de la salud hacia las personas que tienen uso problemático o abusan de drogas y alcohol?

### **Marco teórico-conceptual**

Para iniciar, se definen algunos elementos clave del fenómeno en estudio:

#### Actitud

Actitud proviene del latín “actitúdo” que significa disposición de ánimo manifestada de algún modo. Actitud benévola, pacífica, amenazadora, de una persona, de un partido, de un gobierno.(20) Para la psicología humana (Eagly & Chaiken, 1993); La actitud es una tendencia psicológica que se expresa mediante la evaluación de una entidad (u objeto) concreta, con cierto grado de favorabilidad o desfavorabilidad, y que se manifiesta a través de una serie de respuestas observables, que se han agrupado en tres grandes categorías: cognitivas, afectivas y conativo-conductuales: a) Las respuestas cognitivas: La evaluación positiva o negativa de un objeto se produce a través de pensamientos e ideas, designados en los estudios sobre actitudes como “creencias”(Lo que piensa). b) Las respuestas afectivas: Son los sentimientos, los estados de ánimo y las emociones asociadas con el objeto de la

## **ACTITUD DE LOS PROFESIONALES DE SALUD HACIA LAS PERSONAS QUE ABUSAN DE DROGAS: UNA REVISIÓN INTEGRAL**

actitud (Lo que siente). c) Las respuestas conativo-conductuales: Las conductas son también susceptibles de ubicación sobre el continuo actitudinal. También se tienen en cuenta las intenciones de conducta (Cómo actuaría). (4)

En Sociología, la actitud consiste en un sistema de valores y creencias, con cierta estabilidad en el tiempo, de un individuo o grupo que se predispone a sentir y reaccionar de una manera determinada ante algunos estímulos. (5)

En Pedagogía, la actitud es una disposición subyacente que, con otras influencias, contribuye para determinar una variedad de comportamientos en relación con un objeto o clases de objetos, y que incluye la afirmación de las convicciones y los sentimientos acerca de ella y sobre acciones de atracción o rechazo. (5)

Para este análisis bibliográfico, se consideran aspectos conceptuales de 1ª definición y se habla de actitudes positivas (cognitivas, afectivas, conductuales) y actitudes negativas (cognitivas, afectivas, conductuales).

Según LaPiere (1934) la actitud no siempre predice una conducta, sin embargo, sí tiene una fuerte influencia en la conducta personal. Dependiendo del conocimiento sobre el tópico se genera más o menos fuerza en la actitud (positiva o negativa). Conocer la actitud de una persona nos ayuda a predecir su conducta y aumenta nuestro conocimiento sobre su expresión de sentimientos, creencias y valores.(positivos o negativos).(17)

### Profesional

1. adj. Perteneciente o relativo a la profesión. 2. adj. Dicho de una persona: Que ejerce una profesión. U. t. c. s. 3. adj. Dicho de una persona: Que practica habitualmente una actividad, (incluso delictiva), de la cual vive. 4. adj. Hecho por profesionales y no por aficionados. 5. com. Persona que ejerce su profesión con relevante capacidad y aplicación. (20)

Las profesiones son ocupaciones que requieren de conocimiento especializado, formación profesional, control sobre el contenido del trabajo, autorregulación (organización propia mediante colegios profesionales, sindicatos o gremios), espíritu de servicio a la comunidad (altruismo), y elevadas normas éticas (deontología profesional). La naturaleza de la ocupación y la forma de ejercerla que tiene cada profesional es el desempeño de la práctica profesional. La disciplina profesional se preocupa del desarrollo del conocimiento, enriqueciendo la profesión y profundizando el sustento teórico de la práctica. El concepto de "profesión" se opone al de "afición", y el de "profesional" al de "aficionado". (16)

### Drogodependiente

Según la Academia Americana de Psiquiatría, dependencia se define como un patrón desadaptativo de consumo de drogas, y que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por tolerancia y abstinencia, consumo de grandes cantidades de sustancia, y esfuerzos infructuosos por abandonarlas, pese al daño personal y social que están provocando en el individuo.(6)



## **ACTITUD DE LOS PROFESIONALES DE SALUD HACIA LAS PERSONAS QUE ABUSAN DE DROGAS: UNA REVISIÓN INTEGRAL**

En el Artículo 1º del decreto 4 se entiende por Centro de Tratamiento y Rehabilitación para Personas con Consumo Perjudicial o Dependencia a Alcohol y/o Drogas, a un establecimiento público o privado especializado, que brinda atención ambulatoria o residencial, a personas que presentan consumo perjudicial o dependencia al alcohol o a sustancias psicoactivas, tales como estupefacientes o psicotrópicos, asociado o no con alcohol. (9)

### **Marco empírico**

En el siguiente apartado se realiza un análisis de la literatura que se refiere a la actitud en el enfoque de los usuarios de drogas, por parte de profesionales de la salud que tienen contacto con este tipo de pacientes.

- Gaete Tomás. "El juicio psicológico", Revista de Psicología. Vol. XVI, N°2, 2007.pp 53-77

Según Szasz la Psiquiatría ofrece la posibilidad de separarnos de quienes consideramos molestos o peligrosos: "¿Cómo hacen eso los Psiquiatras? Aliándose con el aparato coercitivo del Estado y declarando a los individuos ofensivos como mentalmente enfermos y peligrosos para ellos mismos y otros. Este mantra mágico nos permite encarcelarnos en una prisión que llamamos "Hospital Mental". Ostensiblemente el término "enfermedad mental" (o "psicopatología") nombra una condición patológica o enfermedad, de modo similar a una diabetes; en realidad, eso señala una táctica o justificación social, permitiéndole a miembros de la familia, cortes, y a la sociedad como entidad, separarse a ellos mismos de individuos que exhiben, o son acusados de exhibir, ciertas conductas identificadas como "peligrosas enfermedades mentales" (18)

La drogadicción se ha tornado una cuestión no sólo de salud mental, sino también un asunto de seguridad ciudadana, dándole al drogadicto una connotación doble: la de enfermo y la de delincuente. Si además el consumidor es dependiente a una droga ilegal, este sujeto no sólo se desviará de una norma social y sanitaria, como un depresivo o un obeso, sino que también lo hará de una norma jurídica (norma que sanciona casi cualquier relación con algunas drogas), lo que introduce la dificultad de conjugar un imperativo de cura, que podríamos asignarle a los dispositivos terapéuticos, con un imperativo de control, propio de los dispositivos legales. La judicialización del razonamiento psicológico se entiende en tanto que las intervenciones en adictos son una prolongación del pensamiento judicial. Es innecesario que los psicólogos se refieran directamente a las leyes, a la delincuencia o a la necesidad de control – si bien en cierta medida lo hacen-. Basta con que continúen con la lógica normativa y de control, y con el arbitrario cultural en que se representa al adicto como un enfermo y delincuente, para que emerja una correspondencia entre ser juez y ser psicólogo. Al adicto no se le comprende más allá de lo necesario para hacerlo un objeto moldeable y educable, que aspira a ser un sujeto disciplinado y responsable –misma pretensión atribuible al sistema judicial-, y son escasas las investigaciones que realicen un crítica "radical" al sistema actual, siendo generalmente condescendientes al sistema ya establecido. La sociedad, entonces, desvincula a quién consume drogas por placer y para evadir responsabilidades, alejándose de él, marginándolo, señalándolo como enfermo, disolviendo sus lazos sociales, etc. El objetivo de la desvinculación sería que el adicto tenga

## ACTITUD DE LOS PROFESIONALES DE SALUD HACIA LAS PERSONAS QUE ABUSAN DE DROGAS: UNA REVISIÓN INTEGRAL

consecuencias negativas por su consumo; la evidencia es que mientras el adicto no deje de ser adicto se lo mantendrá apartado. El psicólogo enjuicia por lo que ese sujeto no es, o por lo que ha dejado ser. Al adicto no se le juzga por ser adicto, sino por no ser otra cosa: buen hijo, buen padre, buen trabajador, buen vecino.(3)

- Caulier L, Principios de Psicoterapia en Adicciones, SUMMA Psicológica UST, 2007, Vol. 4, N° 1.

El Diagnóstico de Drogodependencia, adicción, alcoholismo, etc. se instala como un enjuiciamiento de índole moral que no aporta al proceso de mejora del paciente, sino que sólo favorece al *estigma*. Esto ocurre porque la adicción pertenece al orden del "ser", y no del "estar" o del "tener". El sujeto es adicto (ser total, no está adicto, a diferencia de otro sujeto que está deprimido (estar parcial), y no es deprimido. El discurso tanto médico como social sobre las adicciones: "flagelo social", "dependencia", "tendencias autodestructivas"; tiene como efecto el que el sujeto adicto no sólo sea responsable de su problema, sino que lo excluyen como sujeto. A la vez, el propio adicto asume y se asimila a esta determinación social que se impone: hace suyo ese discurso estereotipado. Si la labor del psicólogo ha sido clásicamente, en un sentido lato, la de comprender y liberar al paciente (ya sea de la represión o de sus ideas irracionales, por ejemplo), el adicto otorga la posibilidad de controlarlo y de no tener que comprenderlo, sino, por el contrario, de hacerlo comprender. La llegada de un paciente adicto a tratamiento se da en condiciones que permiten al psicólogo continuar con la acción social de mostrar el daño, hacerlo consciente de las consecuencias que está teniendo. ( semejante a un deber moral), con el objetivo ahora de culpar, restringir, disciplinar y subjetivar. Esta culpa tendría la función de revincular al adicto, favoreciendo que su conducta ahora se motive teniendo presente a los demás.(3) Está es una de las diferencias entre un modelo de tratamiento educativa y uno psicoterapéutico. En el primero, el síntoma se entiende como una *falla* en el funcionamiento de la persona, y que por lo tanto hay que ayudarla a corregir. El segundo modelo agrega la idea de que el *síntoma es un índice de otro problema* que está en la base, y que él síntoma permite mostrar a la vez que *ocultar* el verdadero problema, al tiempo que es una forma de darle solución, lo que implica una "ganancia secundaria".(2)

Para el tratamiento de personas adictas con tendencias antisociales, el Dr. Darío Gigena- siguiendo el enfoque cognitivo de M. Freeman- plantea que se debe usar las motivaciones patológicas para obtener resultados terapéuticos positivos, a pesar de lo contradictorio que parezca: Validar estas motivaciones cuando el paciente se presenta a la consulta con una conducta profundamente desadaptativa y un estilo de vida caótico, puede ser visto como una facilitación de la conducta adictiva o un reforzamiento de la negación del problema, desde el punto de vista de las teorías convencionales del abordaje de las adicciones (Gigena, 2000).En el caso de los trastornos antisociales, para el Dr. Gigena es clave que las metas terapéuticas sean definidas a partir de las motivaciones de la propia persona, para que se obtenga un compromiso por parte de ella. Ello es la base de todo proceso de cambio, por lo tanto de toda psicoterapia: orientar la psicoterapia desde las motivaciones de la persona adicta aunque sean éstas unas motivaciones patológicas.(2)

## **ACTITUD DE LOS PROFESIONALES DE SALUD HACIA LAS PERSONAS QUE ABUSAN DE DROGAS: UNA REVISIÓN INTEGRAL**

Desde el modelo de la comunidad Terapéutica, si bien ninguna persona debe ser obligada a dejar el consumo, la orientación del tratamiento se basa en la subordinación de la persona a la dirección valórica de la comunidad, ya que el adicto "ha perdido" sus valores y no tiene, por lo tanto, la capacidad para decidir moralmente.(...)Esta condición lleva a que la motivación para la rehabilitación no se tenga que definir desde la propia persona que sufre la adicción; al contrario, el paciente debe hacer suyos los criterios y la motivación del propio terapeuta, sea el médico o sea el educador, criterios descritos, por ejemplo; en la "Oración Filosófica" de la comunidad Terapéutica, y que el adicto debe hacer suyos. Por ello, los modelos más utilizados en el campo de las adicciones son tratamientos educativos centrados en el refuerzo-castigo y aprendizaje social, donde los objetivos y la orientación del tratamiento están determinados de antemano; donde la persona adicta debe aceptarlos o adecuarse a ellos, o no ingresar-o ser expulsado-, y no un modelo psicoerapéutico propiamente tal, desde la propia motivación y los propios objetivos de la persona. "En realidad, no quiere cambiar"- dicen los terapeutas cuando la persona no cumple las normas del tratamiento; a lo que hay que agregar, completando la frase "No quiere cambiar como yo quiero que cambie". El sujeto vive este cuestionamiento de su capacidad para enfrentar el problema a partir de una exigencia, una ley, una prohibición por parte del terapeuta. Entonces, por un lado, es la propia función de prohibidor del terapeuta el generador de este impasse terapéutico; y por otro lado, el supuesto del "poder incontrolable" de la droga: incontrolable porque, supuestamente, no hay intervención de factores personales, subjetivos en el juego, sólo el efecto biológico del consumo.(2)

- Bettancourt Ortega Lorena y Arena Ventura Carla, "Estoy sola: la experiencia de las enfermeras en el cuidado del usuario de alcohol y drogas" Rev. Esc Enferm USP 2013; 47(6): 1381-8.

Al realizar un análisis crítico de la literatura respecto a la actitud de la enfermera con respecto al usuario de drogas se verifica, en algunas situaciones, una actitud negativa hacia el paciente y a la evolución del cuadro en el tiempo ya que las enfermeras asocian frecuentemente el consumo a pacientes en riesgo social, en situación de calle. Frecuentemente el personal de salud estigmatiza al consumidor, lo cataloga como que disfruta el momento y pone poco esfuerzo en el tratamiento de la adicción. *"...cuando llega el paciente, ya sea daño hepático por OH o hemorragia digestiva, de los médicos y de nosotros también, los estigmatizamos con eso, y es que nosotros mismos quizás nos colocamos en que, se la buscó y ahora está así por eso, no hay nada más que hacer. Yo creo que eso no debería ser "*.La enfermera, en el primer encuentro con el paciente, relata que siente miedo, rechazo a la persona, porque ese cuidado implica para ella un mayor trabajo y carga laboral, debiendo adaptar el cuidado de enfermería. Tiene miedo de ser agredida cuando están con síndrome de privación. Siente incertidumbre ante el síndrome de abstinencia, de saber cómo se presentará, que pasará, y sufre imaginando cómo reaccionarán. Le da miedo la fuerza incontrolable, medicar, contener, porque puede causar más daño al paciente. Este conflicto de valores podría explicarse porque por un lado deben brindar un cuidado comprometido, compasivo, solidario y por otro sienten frustración, ira y negación de ayuda. En un segundo momento ella trata de ponerse en el lugar del

## **ACTITUD DE LOS PROFESIONALES DE SALUD HACIA LAS PERSONAS QUE ABUSAN DE DROGAS: UNA REVISIÓN INTEGRAL**

paciente y su familia, conectarse, comprender esa vivencia y brindarles apoyo emocional, calmar la angustia y aclarar dudas, buscando superar el miedo y ponerse en el lugar del paciente, procurando comprender esta vivencia al cambiar un cuidado técnico a un cuidado de ser-con (nota). *"cuando llegan y se agitan a uno le da miedo porque se, quieren pegarle a todos, me da miedo, rechazo al principio y digo: ya llegó un paciente alcohólico drogodependiente cómo lo voy a manejar, pero después cuando se estabilizan, ver la parte emocional, de apoyarlos, cómo poder reinsertarlos socialmente, cuando son jóvenes sobretodo"* Cuando llegan pacientes jóvenes a su servicio, ella trata de entender por qué consumen. Le preocupa, se angustia cómo será el futuro de pacientes y profesionales consumidores de droga. Quiere ayudar a que tome conciencia y vele por su salud, pero el paciente no lo hace y recae. La comunicación con el paciente es difícil, agota, cansa, porque son agresivos, están todos juntos y el familiar reclama, no quiere cuidar de ellos. La enfermera debe atenderlo igualmente, lo debe ayudar, debe adaptarse, estar bien con el paciente, con el personal, y los demás pacientes de la sala. Se ve en una encrucijada que le provoca estrés y sobrecarga laboral. Lo que temido es la coexistencia con el otro, cuando la enfermera debe compartir su yo de forma plena y espontánea. En este escenario, las enfermeras se agotan, se sienten solas y no sienten apoyo por parte del personal que labora en el servicio ni apoyo de las jefaturas. De esa forma, se hacen cargo sin el apoyo de los médicos tratantes o psiquiatras que puedan indicar sedación o contención de pacientes agresivos. Además hay poco personal masculino disponible que ayude. La falta de formación de enfermeras especialistas en cuidados a drogodependientes sería una fuente de ansiedad y estrés. Estas dificultades también son tratadas en un levantamiento sobre la producción científica referida al tema en el que concluye que cuanto mayor el desconocimiento, mayores serán las actitudes negativas de los profesionales. (1).

La enfermera en su quehacer profesional involucra su modo de ser, su experiencia, lo que se expresa en los discursos en que ellas relatan cómo ha sido su desarrollo profesional y la experiencia adquirida en el cuidado de estos usuarios. El estar situado implica que la persona tiene un pasado, un presente y un futuro y que todos los aspectos influyen en su situación actual. Siendo así, el cuidar de pacientes drogodependientes en el presente es alimentado por los significados del pasado y enriquecido por la anticipación del futuro. La enfermera puede, entonces, involucrarse en el cuidado, sabiendo que puede ser capaz de ayudar al otro a crecer a su ritmo, a salir de la dependencia, estableciendo una relación de convivencia e interacción. Esto coincide con otros estudios que muestran que habría una actitud más sensible por parte de los profesionales cuando conocen la problemática por historias de vida u otras experiencias cercanas (20). Al conocerse mejor a sí mismos y su rol en el cuidado, el enfermero considera al otro, consumidor de drogas, como un ser humano que vive un problema de salud complejo, merecedor de cuidados y a quién se cuida auténticamente, no solo desde el punto de vista de la desintoxicación, sino desde la asertividad, buscando también el encuentro mutuo en la relación terapéutica para iniciar el camino de la recuperación de la adicción. Otras veces el cuidado de la enfermera se ejecuta de manera tecnicista, de forma inauténtica, viendo las

NOTA: El ser-es una manera de relacionarse, sentir, pensar, actuar, vivir con sus semejantes en el mundo compartiendo. Este coexistir con el otro posibilita condiciones para comprender la experiencia del otro y ver lo que ve a través de sus gestos, de su modo de ser y de su lenguaje (Martins J et al, 1994)

## **ACTITUD DE LOS PROFESIONALES DE SALUD HACIA LAS PERSONAS QUE ABUSAN DE DROGAS: UNA REVISIÓN INTEGRAL**

necesidades de su paciente de manera funcional, restringiéndolo física o a través de medicamentos, de manera a hacer bien el servicio a visión del equipo de salud, pero llevando a considerar al usuario como una cosa a la cual debe cuidar, desconociendo en él voluntad propia. En esta situación, el usuario es objeto de interés y no de servicio y no permite al paciente desarrollar todas las potencialidades.(1) Cuando se trabaja con adolescentes, el tema del vínculo en la alianza terapéutica parece ser más relevante que cuando se trabaja con otros actores etarios (Liddle, 2004), se debe tener presente la importancia de crear y desarrollar un vínculo privilegiado con ese adolescente, un vínculo contenedor primero y cuestionador después. Un vínculo en que se pueda trabajar en comprender sus conductas, entre ellas la del consumo de drogas, sin juzgarlo por ello (Nicholls, 2003) .El trabajo terapéutico con familias, cuando se presenta el consumo de drogas en un hijo adolescente, debe abordar dos dimensiones. Por una parte trabajar en las dimensiones afectivas del cariño y el cuidado por parte de los padres hacia el hijo y, subsiguientemente, trabajar las dimensiones del control y jerarquía que permiten a los padres jugar un rol de autoridad para los hijos. Este aspecto toma relevancia al considerar la construcción de los objetivos o propósitos de una terapia o tratamiento del consumo de drogas con perspectiva familiar, puesto que la definición de los mismos es hecha con la familia y el consumidor y no definida a priori por el profesional o equipo de trabajo, respondiendo a lo que he llamado un modelo psicoterapéutico de trabajo en drogas (Nicholls, 2003).(13)

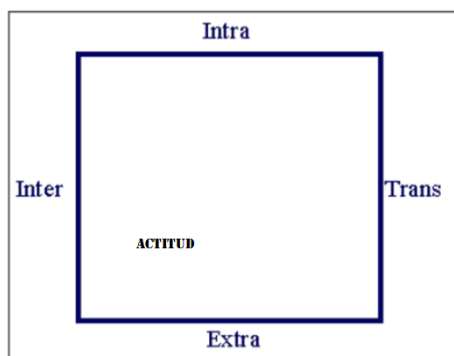
Barriga, O. y Henríquez, G. 2005. El Plano Alfa del Objeto de Estudio. Cinta moebio 24: 246-252.

Si concebimos al ser humano como un ente con corporalidad y mente, esta mente tiene capacidades de percibir, procesar y almacenar experiencias. Al conjunto de experiencias mantenidas en esta mente y a las capacidades de esa mente le hemos asignado el término "subjetividad" (3). El Diccionario de la Lengua Española define subjetividad como "cualidad de subjetivo" en su única acepción. Luego define subjetivo como "perteneciente o relativo a nuestro modo de pensar o de sentir, y no al objeto en sí mismo" Si hablamos de compartir subjetividades, simplemente hacemos referencia a la posibilidad de que las subjetividades de diferentes personas tengan elementos comunes, en cuanto a percepciones, capacidades, concepciones y memoria . ¿A qué mezcla de factores internos y externos al sujeto se debe la subjetividad compartida en torno a este fenómeno en particular? Diferentes Objetos de Estudio nos deberían llevar a diferentes respuestas a esta interrogante. Por ende, todo Objeto de Estudio de las ciencias sociales se puede caracterizar por su naturaleza en relación al sujeto (interno o externo) si dos personas comparten subjetividades, ese compartir se puede originar en los procesos internos del sujeto o en factores externos al sujeto.(25)

Para estudiarlo, proponemos un abordaje desde dos dimensiones básicas, que al cruzarse definen lo que denominamos el "plano alfa" del Objeto de Estudio. El primer eje, o dimensión, que define este plano lo hemos denominado el "Eje Objeto", que está delimitado por dos polos, el polo intra-subjetivo y el polo extra-subjetivo. Este continuo representa de cierto modo la naturaleza de nuestro Objeto, reconociendo que es subjetividad compartida, en cuanto al origen de ese compartir. Es decir, si dos personas comparten subjetividades, ese compartir se puede originar en los procesos internos del sujeto o en factores externos al sujeto. El compartir subjetividad tiene al menos dos

## ACTITUD DE LOS PROFESIONALES DE SALUD HACIA LAS PERSONAS QUE ABUSAN DE DROGAS: UNA REVISIÓN INTEGRAL

orígenes: la capacidad interna del sujeto y el entorno que rodea al sujeto. Al tener estos dos orígenes, queda claro que el juego entre ambos orígenes no puede ser definido de una forma abstracta que sea válida para todo conocimiento. Dos personas pueden tener diferencias interpretativas sobre un objeto, pero ambos pueden reconocer la existencia de ese objeto. El segundo eje que define el plano alfa lo hemos denominado el "Eje Estudio" porque se centra en mi interés en el Objeto en lugar de centrarse en su naturaleza. Este eje está definido por un polo inter-emergentes que pueden resultar de subjetividad compartida. El otro extremo, el polo trans-subjetivo, es aquel que representa una orientación de nuestro estudio hacia los factores condicionantes, o estructurantes, de la subjetividad compartida, aquellos aspectos que "cruzan" las subjetividades.



El Cuadrante III, o sector inferior izquierdo, es el lugar donde se encuentran los objetos de estudio que intentan examinar los fenómenos sociales enfatizando los aspectos emergentes que se vinculan a los procesos externos al sujeto y cómo estos dan cuenta de subjetividades compartidas.(25)

Para nuestro estudio, ubicamos la actitud en el cuadrante III, ya que lo que sentimos y pensamos con respecto a un usuario de drogas, no depende del adicto, sino de nuestros conocimientos y de nuestra experiencia en el tema.

### METODOLOGIA

Este estudio corresponde a una revisión integral con diseño descriptivo, analítico de tipo secundario, ya que se basa en artículos de investigación publicados. En el presente trabajo se realiza un ANALISIS de la actitud hacia las personas dependientes de droga, Para esto se realizó una revisión sistemática de los artículos publicados en los últimos 10 años (2003-2014), en idioma español y en revistas nacionales, usando el buscador GOOGLE Académico, el Metabusador EBSCO (Psychology and Behavioral Science Collection) y PUBMED (Medline). Además, según el contenido de los textos seleccionados, se indagaron citas y definiciones de origen confiable para facilitar el seguimiento de la temática tratada.

# ACTITUD DE LOS PROFESIONALES DE SALUD HACIA LAS PERSONAS QUE ABUSAN DE DROGAS: UNA REVISIÓN INTEGRAL

## Artículos:

- Bettancourt Ortega Lorena y Arena Ventura Carla, "Estoy sola: la experiencia de las enfermeras en el cuidado del usuario de alcohol y drogas" Rev. Esc Enferm USP 2013; 47(6): 1381-8.
- Caulier L, Principios de Psicoterapia en Adicciones, SUMMA Psicológica UST, 2007, Vol. 4, N° 1.
- Gaete Tomás. "El juicio psicológico", Revista de Psicología. Vol. XVI, N°2, 2007.pp 53-77
- Nicholls E, De la reconexión emocional al control conductual: Un modelo epigenético de trabajo familiar cuando hay consumo problemático de drogas en adolescentes. Revista Sistemas Familiares Año 24, N° 2, Noviembre 2008, Buenos Aires.

## Libros:

- DSM-IV-TR,
- Estrategia Nacional de Drogas y Alcohol 2011-2014,
- MINISTERIO DE SALUD. Decreto 4, Artículo 1.(2009-2010).
- MINISTERIO DEL INTERIOR, Ley 20000, (2005).
- MINSAL: ABUSO Y DEPENDENCIA DE ALCOHOL Y DROGAS (Prioridad Programática).
- 12.-Musalem P, et al: Aportes para una nueva Política de Drogas. CHILE (2011-2012).
- Manual de Recursos de la OMS sobre Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación (2006).
- Informe Mundial sobre las Drogas, UNODC, (2014).
- Alcohol in the European Union (2012).
- Consumo Perjudicial y dependencia de alcohol y otras drogas en personas menores de 20 años. MINSAL (2013).
- Fishbein, M., & Ajzen (1975), Belief, Attitude, Intention, and Behavior: An Introduction to Theory and Research.

## RESULTADOS

La evaluación positiva o negativa de un objeto se produce a través de pensamientos e ideas, designados en los estudios sobre actitudes como "creencias" (Lo que piensa).a) Signo: las actitudes se diferencian en buenas o positivas si se dirigen a los valores; malas o negativas si se disponen a actos contrarios a nuestra naturaleza y nos orientan hacia los contravalores o si nos alejan de los objetos y situaciones que representan valores con cierto nivel de intersubjetividad social. b) Dirección: que se deriva del signo de la actitud y que se evidencia con el acercamiento/aceptación o con el alejamiento/rechazo hacia el objeto de la actitud. Se indica en términos bipolares (acepto/rechazo, positiva/negativa). c) Magnitud o intensidad: que se refleja por el grado de acercamiento/aceptación

## **ACTITUD DE LOS PROFESIONALES DE SALUD HACIA LAS PERSONAS QUE ABUSAN DE DROGAS: UNA REVISIÓN INTEGRAL**

o alejamiento/rechazo hacia el objeto o situación de la actitud. Queda indicada por el nivel de polarización de la actitud.(40)

Guiados por la terminología señalada, agrupamos las actitudes según la profesión y según la polaridad que presentan (Positivo/Negativo)

### **Psiquiátrico**

Actitud negativa:

- El Psiquiatra se alía con el aparato coercitivo del Estado y declara a los individuos ofensivos como mentalmente enfermos y peligrosos para ellos mismos y otros.
- El Discurso médico tiene como efecto que el sujeto adicto no sólo no sea responsable de su problema, sino que es excluido como sujeto.

Actitud Positiva:

Usa las motivaciones patológicas para obtener resultados terapéuticos positivos: Las metas terapéuticas deben ser definidas a partir de las motivaciones de la propia persona.

### **Psicológico**

Actitud Negativa:

- El Drogadicto es un enfermo y un delincuente.
- Mantiene apartado al adicto de la sociedad.
- No comprende al paciente, sino que lo hace comprender.
- Pocas investigaciones en el tema
- El Diagnóstico de Drogodependencia es un Estigma
- Dificulta la consideración clínica de que lo fundamental es lo que el paciente dice y no lo que el terapeuta piensa que el paciente debería decir.
- Al adicto no se le comprende más allá de lo necesario para hacerlo un objeto moldeable y educable, que aspira a ser un sujeto disciplinado y responsable.
- El psicólogo enjuicia por lo que ese sujeto no es, o por lo que ha dejado de ser.
- Los modelos más utilizados en el campo de las adicciones son tratamientos educativos centrados en el refuerzo-castigo y aprendizaje social, donde los objetivos y la orientación del tratamiento están determinados de antemano.



## **ACTITUD DE LOS PROFESIONALES DE SALUD HACIA LAS PERSONAS QUE ABUSAN DE DROGAS: UNA REVISIÓN INTEGRAL**

### Actitud Positiva:

- El modelo Psicoterapéutico resuelve el verdadero problema y no solo el síntoma.
- El psicólogo continuar con la acción social de mostrar el daño, con el objetivo ahora de culpar, restringir, disciplinar y subjetivar. Revinculando al adicto y favoreciendo que su conducta ahora se motive teniendo presente a los demás.
- Al considerar la construcción de los objetivos o propósitos de una terapia o tratamiento del consumo de drogas con perspectiva familiar, la definición de los mismos es hecha con la familia y el consumidor y no definida a priori por el profesional o equipo de trabajo.

### **Enfermería**

#### Actitud Negativa:

- Falta de conocimientos.
- Énfasis en lo físico y no en lo psicológico.
- Actitud negativa hacia el paciente y a la evolución del cuadro en el tiempo.
- Las enfermeras también asocian frecuentemente el consumo a pacientes en riesgo social, en situación de calle
- Frecuentemente el personal de salud estigmatiza al consumidor, lo cataloga como que disfruta el momento y pone poco esfuerzo en el tratamiento de la adicción
- Se sienten solas y sin apoyo.
- Inseguridad en el actuar con el paciente.
- Lo que es temido es la coexistencia con el otro, cuando la enfermera debe compartir su yo de forma plena y espontánea.
- Estigmatizan al consumidor.
- Siente incertidumbre, miedo, sufrimiento, rechazo, frustración, ira.
- La comunicación con el paciente es difícil y cansa, los familiares son agresivos.
- A veces el cuidado de la enfermera se ejecuta de manera tecnicista, de forma inauténtica, viendo las necesidades de su paciente de manera funcional, restringiéndolo física o a través de medicamentos, de manera a hacer bien el servicio a visión del equipo de salud, pero llevando a considerar al usuario como una cosa a la cual debe cuidar, desconociendo en él voluntad propia.
- Le generan preocupación, angustia, inseguridad, displacer, miedo, temor.
- Cuando mayor es el desconocimiento, mayores serán las actitudes Negativas de los profesionales.

# **ACTITUD DE LOS PROFESIONALES DE SALUD HACIA LAS PERSONAS QUE ABUSAN DE DROGAS: UNA REVISIÓN INTEGRAL**

## Actitud Positiva:

- Trata de empatizar, conectarse, comprender, brindar apoyo, calmar la angustia y aclarar dudas.
- Ya más interiorizada con el paciente, ella trata de ponerse en el lugar del paciente y su familia, conectarse, comprender esa vivencia y brindarles apoyo emocional, calmar la angustia y aclarar dudas.
- El cuidar de pacientes drogodependientes en el presente es alimentado por los significados del pasado y enriquecido por la anticipación del futuro.
- Las enfermeras buscan superar el miedo, empatizar y cambiar el cuidado técnico a un cuidado de ser-con. (El ser-es una manera de relacionarse, sentir, pensar, actuar, vivir con sus semejantes en el mundo compartiendo. Este coexistir con el otro posibilita condiciones para comprender la experiencia del otro y ver lo que ve a través de sus gestos, de su modo de ser y de su lenguaje (Martins J et al, 1994).
- Hay una actitud más sensible por parte de los profesionales cuando conocen la problemática por historias de vida u otras experiencias cercanas.
- Con conocimiento en el tema, el enfermero considera al enfermo como un ser humano que vive un problema de salud complejo.

## **Terapeuta**

### Actitud Negativa:

- Los modelos más utilizados en el campo de las adicciones son tratamientos educativos centrados en el refuerzo-castigo y aprendizaje social, donde los objetivos y la orientación del tratamiento están determinados de antemano; donde la persona adicta debe aceptarlos o adecuarse a ellos, o no ingresar-o ser expulsado-
- Trabaja sin certeza de si le mienten o no.
- El éxito terapéutico dependen de la presión de elementos externos.
- No hay un modelo psicoerapéutico propiamente tal, desde la propia motivación y los propios objetivos de la persona
- El paciente debe hacer suyos los criterios y la motivación del propio terapeuta
- El sujeto vive este cuestionamiento a partir de una exigencia, una ley, una prohibición por parte del terapeuta.
- El sujeto no solo no es responsable, sino que además está excluido como sujeto.
- La propia función de prohibidor del terapeuta el generador de un impasse terapéutico, al cuestionar la capacidad de enfrentar el problema del paciente.

# **ACTITUD DE LOS PROFESIONALES DE SALUD HACIA LAS PERSONAS QUE ABUSAN DE DROGAS: UNA REVISIÓN INTEGRAL**

## Actitudes Positivas:

- Las metas terapéuticas deben ser definidas a partir de las motivaciones del paciente.
- La construcción de los objetivos o propósitos de una terapia o tratamiento del consumo de drogas es hecha con perspectiva familiar, puesto que la definición de los mismos es hecha con la familia y el consumidor y no definida a priori por el profesional o equipo de trabajo, (modelo psicoterapéutico de trabajo en drogas).
- Cuando se trabaja con adolescentes, el tema del vínculo en la alianza terapéutica parece ser más relevante que cuando se trabaja con otros actores etarios. Un vínculo en que se pueda trabajar en comprender sus conductas, entre ellas la del consumo de drogas, sin juzgarlo por ello.

## **DISCUSION**

En una visión esquematizada se ofrecen dos clasificaciones extraídas de los artículos presentados anteriormente:

### Actitudes Negativas:

- Declarar a los adictos mentalmente enfermos y peligrosos. Caracterizarlo como delincuente, excluirlo como sujeto, apartarlo de la sociedad, no comprenderlo, no investigarlo, no conocerlo, estigmatizarlo, enjuiciarlo, cuestionarlo.
- Masificar los tratamientos, tecnificar las atenciones, Enfatizar lo físico y no lo psicológico, determinar los objetivos y la orientación del tratamiento de antemano, trabajar bajo presión, prohibir, exigir.
- Sentir incertidumbre, miedo, sufrimiento, rechazo, frustración, ira, preocupación, angustia, displacer, temor, inseguridad, cansancio, pesimismo, soledad, falta de apoyo.

### Actitudes Positivas:

- Usar las motivaciones patológicas para obtener resultados terapéuticos positivos.
- Definir las metas terapéuticas a partir de las motivaciones de la propia persona y construir los objetivos o propósitos de una terapia o tratamiento con su familia.
- Resolver el problema y no solo el síntoma, alimentando los significados del pasado y anticipando el futuro.
- Revincular al adicto y favorecer que su conducta se motive teniendo presente a los demás.
- Empatizar con el paciente y su familia, conectarse, comprender, brindar apoyo emocional, calmar la angustia y aclarar dudas, superar el miedo y cambiar el cuidado técnico a un cuidado de ser-con.

## **ACTITUD DE LOS PROFESIONALES DE SALUD HACIA LAS PERSONAS QUE ABUSAN DE DROGAS: UNA REVISIÓN INTEGRAL**

- Sensibilizarse al conocer la problemática por historias de vida u otras experiencias cercanas.
- Considera al enfermo como un ser humano que vive un problema de salud complejo y vincularse con el paciente para comprender sus conductas, sin juzgarlas.

Observando detenidamente el compendio de actitudes reunidas en nuestra investigación, podemos ver que no son exclusivas de los profesionales que trabajan con pacientes usuarios de drogas, siendo transversales a los servicios de salud en general.

Como ya señalo LaPiere, muchas veces la actitud de los profesionales está directamente relacionada con los conocimientos que poseen sobre el tema, lo que es corroborado por la literatura analizada. En aquellos profesionales que contactaron con las drogas en su línea vital, ya sea personalmente o por cercanos, la actitud será positiva hacia el paciente.

Varios de los profesionales señalan la importancia de ver con el paciente y/o su grupo familiar cuales son los alcances terapéuticos que ellos desean, evaluando los medios a nuestro alcance y si es aplicable a nuestra realidad.

Entre las actitudes positivas hacia el Drogodependiente, destaca el componente holístico donde se aprecia una enfermedad que compromete no solo la mente y el cuerpo, sino también el espíritu. En un contexto filosófico, "el espíritu" se refiere al concepto de que todos los "espíritus" forman parte de una unidad mayor y tienen una conciencia común, siendo el espíritu la parte de nosotros mismos que nos hace iguales, hermanos. (16)

Destaca entre las actitudes negativas la estigmatización social del drogodependiente (Delincuente, vicioso, inmoral, etc.), que generan rechazo en el profesional incluso antes de entrar en contacto con el paciente.

Las actitudes negativas son castigadoras, anulando al adicto como persona y donde el profesional se deja llevar por emociones que le generan rechazo hacia el paciente. Como en algunos artículos se señala, elementos de ambos tipos de actitudes (positivas y negativas) pueden coexistir en un mismo profesional y no son totalmente excluyentes, predominando una sobre otra.

Una importante limitación en los estudios es que la relación entre actitudes y conducta aún no ha sido examinada. Así, permanece como una pregunta abierta si las actuales creencias sobre las enfermedades mentales y las actitudes hacia la gente mentalmente enferma está de hecho relacionada con su conducta actual.(38)

Existe aceptación de asumir que hay correspondencia entre los caminos en los cuales la conducta de una persona apunta a algún objeto y sus creencias, sentimientos e intenciones con respecto a ese objeto. El término actitud fue introducido en la psicología social como un intento de comprender la conducta humana. La visión tradicional es que un objeto estimula una actitud con la cual mediar o determinar todas las respuestas hacia este objeto. Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975) señalan que no se ha encontrado evidencia que confirme una asociación cerrada entre actitud y conducta; por lo que es más correcto concluir que las actitudes no están relacionadas o lo están levemente a las acciones.(39). Eagly & Chaiken proponen que hábitos, actitudes hacia blancos y resultados esperados se combinan

## **ACTITUD DE LOS PROFESIONALES DE SALUD HACIA LAS PERSONAS QUE ABUSAN DE DROGAS: UNA REVISIÓN INTEGRAL**

para determinar actitudes hacia las conductas, las cuales influyen intenciones y conductas; aunque el modelo aún no ha sido testeado empíricamente. (42)

Si según lo planteado por los autores existe una asociación laxa entre actitud y conducta; la pregunta es la utilidad de utilizar este parámetro para evaluar a los equipos de salud, ya que se le asigna un valor predictivo y explicativo débil. A pesar de que no ha sido posible demostrar fehacientemente una relación fuerte entre actitud y conducta, se da por asumido que la conducta humana es determinada por la actitud. ¿Medir la actitud es un parámetro confiable para predecir la actitud humana, o es necesario diseñar nuevas y más exactas herramientas para cotejar este parámetro con la realidad?

### **CONCLUSION**

Los Drogodependientes son personas y el consumo de drogas es solo una de las varias características y/o atributos que tiene un ser humano, como en cualquier otra enfermedad mental: ¿dónde termina la persona y empieza la enfermedad? Hubo famosos consumidores de drogas dotados de elegancia, belleza y riquezas (Marilyn Monroe, Maradona, Henry Miller) que se sometieron a más de una desintoxicación y que fueron muy bien recibidos en todo tipo de instituciones sanitarias. El solo hecho de consumir drogas, si bien otorga cierta identidad, es uno de los rasgos que caracteriza a una persona, siendo además una variable que se modifica en el tiempo.

De un análisis crítico se desprende que el mayor reto con que se enfrenta un profesional de la salud es la estigmatización de los drogodependientes: Psiquiatras, Psicólogos y Enfermeras señalan en primerísimo lugar y varias veces la larga lista de características negativas preconcebidas que se tiene de los pacientes usuarios de drogas, las que generan no solo rechazo o desprecio, sino que también miedo.

Dentro de las características positivas más señaladas por los psicoterapeutas y terapeutas se desprende construir los objetivos del tratamiento en base a lo que el paciente y su familia quieren, sin imponerles esquemas prefabricados. Del discurso de las enfermeras se enfatiza lo necesario de una preparación especializada en el ámbito de las drogodependencias.

Si me atengo a una línea positivista de acción, modificar la actitud de los profesionales de los equipos de tratamiento de drogodependientes parece interesante, pero no imprescindible. De hecho, ¿Se puede extrapolar que la actitud del profesional hacia el drogodependiente es un buen predictor de la conducta que seguirá durante el proceso terapéutico?. Hasta el momento los modelos existentes no han demostrado empíricamente una correlación fuerte entre actitud y conducta. Existen otros factores que son importantes para predecir la conducta; como por ejemplo factores externos al individuo, que pueden ser tanto o más importantes que el sentir o el pensar en relación a un objeto.edificac

Los profesionales llegan a los servicios con actitudes negativas hacia los drogodependientes y los estudiosos de la actitud señalan que no se ha comprobado la asociación entre actitud y conducta;

## **ACTITUD DE LOS PROFESIONALES DE SALUD HACIA LAS PERSONAS QUE ABUSAN DE DROGAS: UNA REVISIÓN INTEGRAL**

no es lo mismo modificar una actitud preconcebida que instaurar una nuevas...varios de los andamios en que se basa actualmente el tratamiento de las adicciones tienen fallas estructurales que es necesario reparar y corregir, ya que una estructura tan importante requiere de bases sólidas donde emplazarse, no sea que los vientos, la lluvia o los ríos la destruyan, y que todo sea un gran desastre.

### **BIBLIOGRAFIA**

1. Bettancourt Ortega Lorena y Arena Ventura Carla, "Estoy sola: la experiencia de las enfermeras en el cuidado del usuario de alcohol y drogas" Rev. Esc Enferm USP 2013; 47(6): 1381-8.
2. Caulier L, Principios de Psicoterapia en Adicciones, SUMMA Psicológica UST, 2007, Vol. 4, N° 1.
3. Gaete Tomás. "El juicio psicológico", Revista de Psicología. Vol. XVI, N°2, 2007. pp 53-77
4. [www.psicologia-online.com](http://www.psicologia-online.com)
5. [www.significados.info/actitud/](http://www.significados.info/actitud/)
6. ASOCIACION AMERICANA DE PSIQUIATRIA, DSM-IV-TR.
7. CONACE: Estrategia Nacional de Drogas y Alcohol 2011-2014.
8. Fundación Paz Ciudadana, POLÍTICAS Y PROGRAMAS DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE DROGAS EN CHILE, 2004.
9. MINISTERIO DE SALUD; SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA : APRUEBA REGLAMENTO DE CENTROS DE TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN DE PERSONAS CON CONSUMO PERJUDICIAL O DEPENDENCIA A ALCOHOL Y/O DROGAS. Decreto 4, Artículo 1.(2009-2010).
10. MINISTERIO DEL INTERIOR, Ley 20000, (2005).
11. MINSAL: ABUSO Y DEPENDENCIA DE ALCOHOL Y DROGAS (Prioridad Programática).
12. Musalem P, et al: Aportes para una nueva Política de Drogas. CHILE (2011-2012).
13. Nicholls E, De la reconexión emocional al control conductual: Un modelo epigenético de trabajo familiar cuando hay consumo problemático de drogas en adolescentes. Revista Sistemas Familiares Año 24, N° 2, Noviembre 2008, Buenos Aires.
14. Salgado A. INVESTIGACIÓN CUALITATIVA: DISEÑOS, EVALUACIÓN DEL RIGOR METODOLÓGICO Y RETOS, LIBERABIT: Lima (Perú) 13: 71-78, 2007.
15. Sánchez A, Análisis del programa de Tribunales de Tratamiento de Drogas en la zona de la Fiscalía Regional Metropolitana Centro Norte: una aproximación al funcionamiento de los Tribunales de Tratamiento de Drogas en nuestro país. U. de Chile, Facultad de Ciencias Sociales y Jurídicas, Octubre 2011.
16. Wikipedia.
17. McLeod, S.A.(2009). Attitudes and Behavior. ([www.simplypsychology.org/attitudes.html](http://www.simplypsychology.org/attitudes.html))
18. Szasz, T. (2003). Psychiatry and the control of dangerousness: on the apotropaic function of the term "mental illness". Journal of Social Work Education, 39, No.3, 375-381. Obtenido el 15 de Abril de 2007, desde la base de datos EBSCOHost Academic Search.

## **ACTITUD DE LOS PROFESIONALES DE SALUD HACIA LAS PERSONAS QUE ABUSAN DE DROGAS: UNA REVISIÓN INTEGRAL**

19. Gigena D. (2000) Tendencia antisocial y adicciones. Un abordaje posible. Revista Internet ERAicciones, n° 7, agosto.
20. Diccionario de la Real Academia Española.
21. Miller J (1987) *Introducción al Método Psicoanalítico*, Buenos Aires, Paidós (p. 39).
22. CIAD. Centro de investigación y asistencia a las drogodependencias.USACH(<http://www.ciad.cl/index.php?id=16> )
23. Drogodependencias. Editorial Panamericana. 3ª Edición, pag. 2.
24. Manual de Adicciones para médicos especialistas en formación. Socidrogalcohol. España, 2010, (pag. 17-18)
25. Barriga, O. y Henríquez, G. 2005. El Plano Alfa del Objeto de Estudio. Cinta moebio 24: 246-252.
26. Chermack ST, Grogan-Kaylor A, Perron BE. et al. Violence among men and women in substance use disorder treatment: A multi-level event-based analysis. Drug Alcohol Depend. 2010;112(3):194-200
27. Mittleman MA, Mintzer D, Maclure M. et al. Triggering of myocardial infarction by cocaine. Circulation. 1999; 99 (21):2737-41.
28. Hall W, Degenhardt L. Adverse health effects of non-medical cannabis use. Lancet. 2009; 374:1383-91.
29. Ministerio de Salud. Estudio de carga de enfermedad y carga atribuible 2007. Santiago, Chile; 2008 Disponible en: <http://epi.minsal.cl/epi/html/invest/estudios.htm>
30. Comisión Nacional de Seguridad de Tránsito. Causas de siniestro 2010-2013. Disponible en: <http://www.conaset.cl/estadisticas-generales.html>
31. OMS. Alcohol in the European Union, 2012, pags. 5-6
32. Fundación Paz Ciudadana. Anuario Estadísticas criminales, 2008. Santiago, Chile; 2008
33. Valenzuela E, Larroulet P. La relación droga y delito: Una estimación de la fracción atribuible. Estudios Públicos. 2010;119:33-62.
34. CONACE. Estudio de Drogas en la Población Penal, "Magnitud de la Relación Delito-Drogas". Informe de Principales Resultados. Santiago; 2008.
35. Fundación Paz Ciudadana. Consumo de Drogas en Detenidos: Estudio I-Adam 2010; 2010.36. Informe Mundial sobre las Drogas 2014.UNODC. pag. 1
37. MANUAL DE RECURSOS DE LA OMS SOBRE SALUD MENTAL, DERECHOS HUMANOS Y LEGISLACIÓN (2006), pag. 3
38. M. C. Angermeyer, S. Dietrich. Public beliefs about and attitudes towards people with mental illness: a review of population studies. Acta Psychiatr Scand 2006: 113: 163-179
39. Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). Belief, Attitude, Intention, and Behavior: An Introduction to Theory and Research. Reading, MA: Addison-Wesley. Pag. 340.
40. Castro de Bustamante, J. "Teoría General de las Actitudes". (2004), pag. 43 ([jeannettecastro@hotmail.com](mailto:jeannettecastro@hotmail.com))
41. Gobierno de Chile, Ministerio de Salud. Encuesta Nacional de Salud ENS. Chile 2009-2010. Santiago; 2010

## **ACTITUD DE LOS PROFESIONALES DE SALUD HACIA LAS PERSONAS QUE ABUSAN DE DROGAS: UNA REVISIÓN INTEGRAL**

42. Olson M et al, "Book Review essays on Eagly & Chaiken's The Psychology of attitudes", Psychological Inquiry (1993), vol. 4, Nº 4, pag 360.