CONFINAMIENTO O CUARENTENA, NO ES LO MISMO EN ADICCIONES

Posted on abril 12, 2022 by Administrador

Category: Default Humanístico

Default humanístico

- POR JUAN ALBERTO YARÍA
- 10.05.2020

"…Dr., lo mío no es *juerga* es anestesia" (confesiones de un paciente que me relata lo que era para él consumir)

Distingo claramente confinamiento y cuarentena en adicciones. La cuarentena en adicciones parece ser salvífica para muchos cuando se realiza en un entorno terapéutico y especialmente porque hay obligaciones sociales marcadas por el Estado que así lo demandan. Muchos de ellos vivían en el descontrol más absoluto en aguantaderos en villas o en zonas VIP.

Atendemos pacientes graves en un entorno de comunidad terapéutica con un acompañamiento permanente con grupos, terapias, conserjerías, talleres, entrevistas con las familias virtuales, además de la necesaria neurofarmacología en muchos que han quedado dañados por el consumo de drogas. **La experiencia nuestra es que ellos han tenido un avance notable en su recuperación.**

La cuarentena en estas condiciones profundiza el conocimiento de si y la aceptación de la enfermedad para generar un proyecto de vida distinto al del mero consumir ya que esta era su modalidad de vida.
Muchos de ellos comparaban su situación actual con lo que hubiera sido su vida en el medio de la pandemia consumiendo. Quizás no estarían vivos o aquejados de varias infecciones bronco-pulmonares.

El confinamiento es distinto ya que es estar en condiciones de alto consumo "en los nuevos campos de concentración de hoy en adicciones " ya sea en "aguantaderos"(casas especiales con gran cantidad de consumidores, circuitos VIP) o vagando por las calles y viviendo en "bandas" tratando de conseguir sustancias. Muchas familias me han consultado por esto. ¿Cómo hacer para que entren en un tratamiento?

Otros -he recibido pedidos-están vagando por la América caribeña luego de la experiencia de los hongos alucinógenos y sus familias están haciendo trámites en consulados para tratar de traerlos. Viven confinados en un *afuera* que es una esclavitud.

TRABAJAR EN DESASTRE EPIDEMIOLOGICO

El gran problema para los que tuvimos que asumir el liderazgo en el manejo psicosocial y médico en situaciones de desastre epidemiológico con un factor agregado importante como lo fue el factor sorpresa puesto que hasta mediados de marzo el problema sucedía en otros países y era difícil que impactara en nuestro medio. Eso creíamos y era opinión normalizada.

Habíamos vivido la gripe A con una tasa muy alta de letalidad a mediados de este siglo, pero con menor nivel de contagio, aunque esto tuvo características distintivas. Ayudaron muchas cosas más además de la letalidad del virus, como el factor sorpresa, la crisis económica, un contexto de noticias del mundo que agitaba el pánico más que el cuidado y una situación económica de las familias, el Estado y el sistema de salud en crisis.

No solo el virus es importante sino también el huésped (o sea nosotros en nuestro sistema de defensas inmunológicas biológicas y culturales) y el contexto social. Nuestro default no es solo biológico sino cultural y de capital social y humano. Basta ver la situación del llamado AMBA (conurbano y barrios periféricos de CABA) para entender el lamento argentino.

Tuvimos que armar dispositivos rápidos y variar esquemas. Rápidamente informar a los residentes y familiares de la nueva situación epidemiológica y del corte de visita presencial y el uso de medios electrónicos para entrevistas y contactos (medio no usado habitualmente). **Las terapias familiares se hicieron virtuales (para mi con un gran suceso terapéutico).**

Acompañar al personal de todos los sectores a enfrentar esta nueva situación. Pedirles un esfuerzo superlativo apelando a la vocación y a la humanidad que son los ejes de toda acción terapéutica. Ayudarlos a muchos a superar miedos e incluso a algunos decirle que no trabajen porque el pánico que tenían era contraproducente para la acción terapéutica.

Los tratamientos diurnos se tuvieron que interrumpir con todas las dificultades que ello implica ya que era imposible lo presencial en pacientes que no podían circular y todo paso a ser virtual.

Aquí las dificultades son grandes ya que es una situación diferente cuando un paciente en una residencia de rehabilitación realiza con su terapeuta una terapia con su familia con el sistema de zoom y otra muy distinta es cuando un paciente que está en su casa conectándose virtualmente con su terapeuta. Aquí los resultados fueron diferentes y la tasa de abandonos fue alta. La mirada y la presencia parece ser fundamental

Muchos residentes que estaban en una situación intermedia en su tratamiento y comenzaban a trabajar tuvieron que renunciar a su trabajo ya que todavía no estaban en plenas condiciones de vivir en su casa e ir a trabajar. Esto fue también un problema a resolver.

IDENTIFICACION DE PROBLEMAS A ENFRENTAR

Identificamos varios subgrupos de problemas:

- 1. La población general de residentes en tratamiento afectados por medidas restrictivas, pero en donde encontramos una mejoría grande luego de la aceptación de esta problemática.
- 2. Residentes que tuvieron que soportar muerte de familiares y que les era imposible ir a despedirlos o de pacientes que toda su familia en una Villa estaba infectada y él no estando en cuarentena con nosotros.
- 3. Los familiares de muchos pacientes que han fallecido no han podido visitar a sus familiares fallecidos durante la hospitalización u organizar funerales debido a la fuerte restricción a las reuniones públicas de cualquier tipo. Finalmente, es importante adquirir habilidades para apoyar a los que están de luto.
- 4. La contención y cuidados especiales de todos nosotros como personal (toma de temperatura, higiene estricta e incluso reuniones de personal hablando de los temores y de las necesidades de cuidado en sus hábitos personales).
- 5. Emergencias psiquiátricas derivadas de los temores a la pandemia dentro del grupo de residentes e incluso leves trastornos de ansiedad en miembros del equipo.
- 6. Clara distribución de roles en esta pandemia entre Direcciones Generales, de sector, médicos clínicos, infectología, servicios de apoyo de obras sociales y prepagas
- 7. Aunque en epidemias pasadas hemos actuado en esta oportunidad la velocidad y la escala de esta pandemia nos ha tomado por sorpresa lo cual aumenta los niveles de incertidumbre y stress. Esto demanda de los directivos un apoyo psico-social muy fuerte.
- 8. Es muy importante que el barbijo obligatorio que usamos no sea una barrera en el contacto afectivo que necesita el residente que es el principal vector terapéutico. Esta también es una tarea a cuidar.
- 9. Debemos mayormente preocuparnos por los que están “confinados” en barrios, aguantaderos, circuitos VIP o vagando por las calles en una muestra de esclavitud. Son miles en esta otra epidemia de consumo. No figuran en ningún registro epidemiológico de hoy, aunque son una muestra palpable de lo que nos sucede

Juan Alberto Yaría

* Director general de Gradiva - Rehabilitación en adicciones