

## MODELO BIOPSIICOSOCIAL PARA EL AFRONTE DE PACIENTES FARMACODEPENDIENTES\*

SAAVEDRA CASTILLO A.; CACHAY, C.; ANGELES, V.; SANEZ, Y.;  
MAGAN, M.A.; PONCE, M.E.; LAVARELO, H.; GONZALES, B.;  
VALDIVIESO, G.; ZUMARRIBA, G.

**PALABRAS CLAVES** : *Fármacodependencia-equipo interdisciplinario*

**KEY WORD** : *Drug dependency - interprofessional Staff*

El presente artículo describe el modelo biopsicosocial para pacientes fármacodependientes basado en intervenciones biológicas, psicológicas y sociales. Se describen las características y procedimientos específicos del modelo con la participación de la familia, terceros, el afronte interdisciplinario, la promoción de la participación no profesional, de organizaciones extrainstitucionales y el seguimiento a largo plazo

### BIOPSYCHOSOCIAL MODEL FOR THERAPEUTIC APPROACH OF DRUG DEPENDENT PATIENTS.

The authors describe the Biopsychosocial Model for treatment of drug dependent patients based on biological, psychological and social interventions. The characteristics and specific procedures which includes family and third persons participation, interprofessional approach, promotion of non-professional participations and extrainstitutional organizations as well as the long term follow up are described

\* Departamento de Fármacodependencia INSM "HD-HN"

## I- INTRODUCCION

Actualmente el tratamiento de la fármacodependencia constituye uno de los retos más grandes que la psiquiatría contemporánea enfrenta, en esencia, por el creciente avance de esta patología, no solo a nivel nacional sino también norteamericano e, incluso, europeo (Ariff, 1988)

Hoy en día los tratamientos para las fármacodependencias han pasado de un afronte individualista a las intervenciones mediante equipos de profesionales con la característica de multimodales (Cohen, 1981; Smith, 1984; Tapia, et al 1986; Ariff, 1988; Balis, 1989; Vaillant, G. 1990).

La fármacodependencia es una de las patologías psiquiátricas en las cuales la multifactoriedad es una característica resaltante de su etiología; hecho importante a tener presente cuando se postulan las intervenciones. En tal sentido se han desarrollado diferentes áreas englobadas en las biológicas, psicológicas y sociales; éstas se han extendido individualmente dando lugar a tratamientos con enfoques particulares para cada área, v. gr. afronte conductual (Navarro, 1989); biológico y psicológico (Nizama, 1989); social (Alcohólicos Anónimos -AA-, comunidades terapéuticas -CT-). La falta de integración entre las áreas mencionadas nos llevó a plantear el modelo biopsicosocial; planteamiento que se basa en la consideración que el paciente está ligado inextricablemente, desde su condición personal, psicológica y biofísica, a sus relaciones interfamiliares y sociales (Linn, N. 1980; Engell, 1980; Fink, 1988)

En el modelo que planteamos los aspectos biológicos están representados por todo el avance logrado en la psiquiatría biológica; especialmente las aproximaciones psicofarmacológicas, las mismas que a través de diversas investigaciones han puesto de mani-

fiesto los cambios neurofisiológicos que se producen en el sistema nervioso con las variadas sustancias psicoactivas, ("neuroadaptación", Sunderwirth, 1990). Al respecto, se tienen las llamadas drogas antiapetencia ("anticraving") las específicas para los variados síndromes de abstinencia, las antialcohólicas y, por último, aquellos psicofármacos con propiedades reguladoras de conductas impulsivas. (Halikas, J., et al 1989; Fabiani, 1985; Kosten et. al 1987; Kosten, 1989; Newson, J., Seymour, R., 1983).

La aproximación psicofarmacológica es de vital importancia, especialmente al inicio del tratamiento; en esta etapa las deserciones son elevadas en respuesta a diferentes factores, tales como la falta o escasa motivación para el tratamiento, la escasa o ambivalente conciencia de enfermedad, las conductas agresivas, disfóricas o negativistas (particularmente el síndrome de abstinencia en casos de cocaína), (DSM - III-R, 1987); Kosten, 1989; Renner, Jr. J 1990).

En el área psicológica, resaltan las intervenciones de carácter interdisciplinario, las mismas que se dan a través de diferentes formas de psicoterapia. (Balis, 1989; Mac Lellan, et al 1983). En este sentido, cabe hacer hincapié en las aproximaciones psicoterapéuticas con marcado tinte conductual, en las que ha habido un desarrollo investigador referente al aprendizaje y los problemas adictivos v.gr. reforzamientos, abstinencias condicionadas, (Childress et al 1987), así como en lo relacionado al control de estímulos discriminativos, (Navarro, 1983). El modelo se beneficia, también, de otros tipos de psicoterapia, particularmente de las experienciales (Vidal, 1986; Lerner, 1986), dentro de las cuales la psicoterapia de apoyo tiene un sitio importante. De las llamadas psicoterapias de liberación emocional. bajo las cuales se encuen-

tran la arterapia, la terapia física, de relajación, así como las de expresión corporal, y las psicoterapias grupales en sus modalidades individual y multifamiliar, valiosas por su efectividad comprobada (Balis, 1989; Mac Lellan, 1983; Adelman, 1989). Cabe destacar que en el modelo priman las intervenciones a nivel familiar, dirigidas no solamente a la familia directa, sino también a toda persona que tenga un vínculo de ascendencia importante sobre el paciente y cuya participación sea crucial en la rehabilitación del mismo. Al respecto, si se tiene en cuenta que nos encontramos frente a una patología cuya psicopatización, escasa conciencia de enfermedad y motivación, generan serias dificultades en la intervención terapéutica y seguimiento individual del paciente, la familia y/o algún vínculo importante se constituyen en ejes objetivos de la evaluación del paciente, (Almeida, 1978; Kosten et al 1983; Nizama, 1989; Picard, 1989).

En el área social, el modelo promueve las intervenciones de organizaciones extrainstitucionales, cuya efectividad ha sido confirmada a través de diversos estudios de seguimiento a largo plazo de pacientes dependientes a sustancias psicoactivas, (Vaillant, 1970; 1983 a., 1983 b.; Fraykkholm, 1979). El abordaje es algo diferente al de las otras áreas; para los grupos de autoayuda tipo Alcohólicos Anónimos, Narcóticos Anónimos, así como para las organizaciones religiosas, el afronte se hace mediante las llamadas psicoterapias transpersonales y guiadas por no profesionales (Lerner, 1989). De otro lado, se tienen las instituciones policiales y el sistema judicial, los que en variadas ocasiones han ayudado en gran medida a la rehabilitación de un paciente fármacodependiente a través de la presión o custodia. Esta ayuda se observa sobre todo en aquellos casos de psicopatización severa donde las medidas institucionales no

han sido suficientes para controlar tales conductas.

## PROCEDIMIENTOS INICIALES

Las aproximaciones iniciales van a depender de las características individuales del paciente, (Balis, 1989; Mc Lellan et al. 1983). En una primera instancia se dividen los pacientes en base a su motivación y/o conciencia de enfermedad.

### A) PACIENTES SIN MOTIVACION O SIN CONCIENCIA DE ENFERMEDAD

En estos casos la familia generalmente se apersona a la institución, siendo abordada en primera instancia por la enfermera del departamento. Esta realiza un triaje y brinda las primeras orientaciones relacionadas a la enfermedad adictiva y al proceso de tratamiento en general. El triaje consiste en soporte familiar, la zona de residencia y la ausencia de problemas judiciales. ¿Cuál es el motivo de tales indagaciones? Con respecto al soporte familiar, dada las características de esta enfermedad, el modelo trabaja en gran medida con el grupo familiar, el mismo que se erige como un pilar fundamental en el control y seguimiento del paciente. Ya está comprobado que mientras mayor sea la participación familiar o de terceros (amigos, enamorados, cónyuges, otros) mejor es el pronóstico en cuanto a la rehabilitación y abstinencia (Picard 1989; Kosten 1983). Si el paciente no tiene familia o tutor responsable, hecho que observamos algunas veces en la práctica, también se le asiste; sin embargo, en esos casos el pronóstico es bastante reservado.

La zona de residencia se investiga debido a las políticas de atención de la institución, y a los problemas judiciales que se pueden suscitar. En estos últimos hay que descartar el uso de la institución para lograr la impu-

nidad de hechos delictivos cometidos durante la carrera adictiva o de delitos relacionados al narcotráficos.

Una vez terminado el triaje la familia es evaluada por el médico psiquiatra quien elabora una breve historia clínica. La primera función es determinar si el paciente es fármacodependiente, si padece de otra condición psiquiátrica o si adolece de dos o más condiciones funcionales. Si existe un trastorno funcional adicional al adictivo se procede a tratar en primera línea, el trastorno asociado (v. gr. Trastorno esquizofrénico, Afectivo Mayor, Trastorno de ansiedad, otros.); especialmente si se encuentra en la fase florida de la enfermedad. Una vez tratado el episodio de la enfermedad base, se procederá de la misma forma que con el paciente dependiente puro, haciendo el seguimiento respectivo de la condición psiquiátrica asociada. Al respecto, es importante resaltar que la determinación de la patología asociada tiene vital importancia para las medidas terapéuticas iniciales a instaurar, así como un valor pronóstico en cuanto a la adicción. (Sederer, 1989). Ya diagnosticada la dependencia se abordan los aspectos de la atmósfera familiar que estén condicionando el alejamiento, rechazo o negativismo del paciente para una intervención médica. Se intentará incidir en tales actitudes familiares y si ello no resulta se enviará a la asistencia social, siempre y cuando no hayan conductas agresivas o amenazantes de parte del paciente. La asistente social recabará información de la situación en el hogar y dará las orientaciones respectivas, resaltando la necesidad de ayuda profesional, (Picard, 1989). Si se logra persuadir al paciente a recibir tratamiento, se procede según lo estipulado en el acápite para "pacientes con algún grado de motivación".

Además de lo descrito, en la práctica clínica es frecuente encontrar

casos donde el paciente no acepta intervención alguna y en ocasiones desarrolla un sistema de negación completo de su adicción; para estos casos sólo queda el afronte hospitalario coercitivo.

Este procedimiento debe manejarse con sumo cuidado y en lo posible indicarse solamente en aquellos casos en los cuales se ha llegado a situaciones extremas; v.gr. agresiones físicas reiterativas, amenazas homicidas, descontrol severo del consumo de la sustancia, escaso soporte social, etc. (Spitz, H.; Rosecan, J. 1987). Circunstancias que van a constituir elementos totalmente válidos y justificables para la confrontación del paciente durante su hospitalización. Estas precauciones se toman en vista que este tipo de intervención puede afectar la relación terapéutica con el paciente, máxime en aquellos casos que luego de la internación no se logra conciencia alguna de enfermedad, derivando en deserciones de parte del paciente, en algunos casos; y en otros, en sentimientos de animadversión para con la familia o, incluso, problemas legales con ésta o con el médico.

## **B) PACIENTES CON ALGUN GRADO DE MOTIVACION**

Al igual que con los pacientes no motivados la enfermera realiza el triaje respectivo, según los lineamientos bosquejados en el rubro de pacientes sin motivación. El rol predominante de enfermería es el de la educación a nivel familiar en todo lo concerniente al proceso terapéutico y a la participación interdisciplinaria.

Una vez aceptado el paciente, el médico psiquiatra elabora una historia clínica completa. En lo que respecta al problema adictivo, se hace un análisis de todos los condicionantes para el consumo de la droga, ya sea en las áreas personales, familiares o sociales. Luego se analiza la situación

académica y/o laboral para determinar los condicionantes para el consumo de la sustancia en tales contextos y de ese modo decidir si el paciente puede o no continuar con tales actividades.

Posteriormente, el médico detectará las condiciones médicas familiares, sociales o psiquiátricas asociadas o no a la fármacodependencia pero importantes para el manejo inicial del paciente. Aquí, se consignan aspectos tales como trastornos psicóticos, trastornos orgánicos cerebrales, el trastorno por Déficit de Atención, conflictos con un miembro de la familia, condiciones físicas serias, problemas de vivienda, etc., (Smith, 1984; Balis, 1989; Sederer, 1990).

A continuación, y basado en este primer análisis, el médico psiquiatra formulará el plan terapéutico a seguir: hará las derivaciones al resto del equipo interdisciplinario, solicitará las interconsultas médicas y pruebas de laboratorio necesarias para la evaluación del paciente. En la práctica se observa que tales medidas son muy útiles como medios de motivación inicial para el paciente pues permiten demostrar al mismo las consecuencias de su consumo.

En este rubro también se incluyen las diversas aproximaciones psicofarmacológicas, entre ellas el uso de fármacos específicos para los variados síndromes de abstinencia: para la cocaína, antidepresivos tricíclicos y carbamazepina (Halikas, 1989; Tennant, 1987); para las benzodiazepinas, carbamazepina y propanolol (Ries, 1989), en la abstinencia alcohólica: benzodiazepinas, clonidina, carbamazepina (Feuerlein, 1982; Adelman et. al 1989; Newson, J. Seymour, R., 1983); para abstinencia a opiáceos, tabaco y alcohol, la clonidina (Bond, 1986). Como droga antialcohólica aversiva el disulfiram (Balis, 1989; Ojehagen A., 1991); y, por último el empleo de aquellos

psicofármacos con propiedades reguladoras de conductas impulsivas, violentas con o sin sustrato orgánico cerebral, donde sobresalen la carbamazepina y el valproato de sodio. (Neppe, 1982; Luchins, 1983).

A su vez, Psicología, tiene varios niveles de intervención. En primera línea se encuentran las evaluaciones de base que abarcan los tests de personalidad, organicidad, orientación vocacional, así como algunos tests de autodiagnóstico, en especial para el alcoholismo donde se ha visto que tienen muy buena influencia en la motivación inicial. Estas pruebas se aplican según las necesidades de cada caso en particular, (Kanas, 1984; Balis, 1989). Otro nivel se refiere a las terapias de grupo, en las modalidades multifamiliares y con los pacientes. En algunos casos, en particular (v.gr. falta de motivación inicial, problema conyugal severo, problema parentofilial, conflictiva sexual, y otros) y cuando el médico tratante lo estime necesario se harán aproximaciones psicoterapéuticas adicionales o específicas según el caso.

Con respecto a Terapia Ocupacional se hace una evaluación básica para determinar los niveles de producción, autovalimiento personal y distribución del tiempo libre, con el objeto de coadyuvar a la estructuración de actividades, ya sea en el hogar, a nivel académico o laboral.

En lo referente a Servicio Social, su campo de acción está centrado a nivel del ambiente familiar y social del paciente. Detecta el tipo de relaciones interfamiliares, en especial el que se da con el paciente. Incide en los problemas de rechazo, desconocimiento de la enfermedad actitudes inadecuadas en el hogar, y demás condicionantes o que estén perturbando la rehabilitación del paciente. Igualmente, la asistencia social indaga acerca de patología mental o adictiva en la familia que amerite ser evaluada

por el equipo, o bien derivada a otro servicio para su tratamiento. En función de los hallazgos de la entrevista con la familia se programan las visitas domiciliarias respectivas.

En terapia física, se hace una evaluación del funcionamiento y deterioro físico del paciente y se programan las actividades según los déficits hallados. Estas comprenden técnicas de relajación, psicomotricidad, gimnoterapia, deportes, expresión corporal. Estas actividades se basan principalmente en dos finalidades: primero la de coadyuvar en la rehabilitación funcional y organización del tiempo libre, y, segundo, por los efectos psicológicos conocidos sobre el individuo, que consisten en la reducción de la ansiedad, acción antidepresiva, reducción del estrés y mejora del sueño. (Cohen, 1981; Marlatt, A., 1985; Sunderwirth, S., 1990).

### **PROCESO DE SEGUIMIENTO EN EL MODELO BIOPSIICOSOCIAL**

Dadas las características del afronte inicial, el seguimiento es en equipo, dependiendo de las características del paciente en particular.

1) Desde la perspectiva ética, el Médico Tratante (MT) es el que guía el seguimiento y coordina las acciones del resto del equipo interdisciplinario.

2) Las primeras medidas psicoterapéuticas se dirigen fundamentalmente, a la familia y a todo soporte significativo del paciente (v.gr. amistades, compañeros de trabajo, enamoradas, cónyuges, religiosos, otros) los cuales van a constituir los ejes esenciales del tratamiento, teniendo en cuenta que son ellos los que nos van a proporcionar los datos objetivos de la evolución del paciente, (Picard, 1989; Smith, 1984). Aquí, la educación de la familia y del soporte del paciente van a darse no solamente a través del médico sino, en general,

de todo el equipo interdisciplinario. En este sentido las terapias de grupo multifamiliares han sido reconocidas como elementos terapéuticos muy importantes (Siegel, 1984).

3) Con respecto al paciente, las primeras medidas consisten en el control de todas sus actividades mediante la asistencia continua, llamada también "supervisión compulsiva" de un familiar o soporte responsable. Tal condición ha sido una de las características más frecuentemente encontradas como factores de buen pronóstico a largo plazo en la abstinencia de pacientes fármacodependientes (Vaillant, 1983, a., 1990). Al respecto, una de las acciones importantes es la relacionada al control del dinero que idealmente debe hacerse a través de la familia. Paralelamente, el médico trabaja con el paciente y su familia en torno a los diversos condicionantes, ya sean estos personales (v.gr. problemas caracterológicos, de control de impulsos, dificultades de relación, poca tolerancia a la frustración, crisis maduracionales, y otros); familiares (v.gr. rechazos, conflictos de interrelación, agresividad familiar y otros); y sociales, especialmente en los círculos psicopatizados o círculos ambientales de alto riesgo de consumo, propendiendo a la separación del paciente de tales contextos (Siegel, 1984; Kinney, J., 1991).

En la instauración de las medidas anteriormente mencionadas, es necesario repasar algunos puntos concernientes al procedimiento. Así tenemos que en el paciente fármacodependiente, la motivación y la toma de conciencia de la enfermedad es un proceso que generalmente va a fraguarse en un tiempo variado después de iniciado el tratamiento (Kinney, J., 1991). Por lo tanto la no aceptación de las medidas instauradas inicialmente puede traer serios problemas terapéuticos en el seguimiento no siendo raro observar en la práctica

clínica que del 100% de las medidas iniciales, especialmente las de control, el paciente se resista a aceptar algunas y en ocasiones sólo apruebe unas cuantas de ellas. Así, por ejemplo, tenemos el caso del paciente quien sólo acepta la medicación más no el control en las salidas del fin de semana. En tal caso, inicialmente se trata de hacerle entender, a través de la explicación de los condicionantes de consumo, el riesgo de recaída por tal situación. Si a pesar de ello el paciente se resiste y ofrece apelar a su "fuerza de voluntad", se le plantea una suerte de contrato en el que se acepta el seguimiento sin control familiar con la condición, en caso de recaer, de proceder al control propuesto inicialmente, (Ariff, 1988; Navarro, 1989). La estrategia de afronte mencionada anteriormente y cualquier otra medida a instaurarse con el paciente permitirán una solución terapéutica adecuada constituyendo, además, un instrumento valioso de ayuda para reforzar psicoterapéuticamente la conciencia de enfermedad del fármacodependiente. Con estas medidas se evita instaurar a presión los procedimientos iniciales de la rehabilitación, siendo el paciente quien, asume, finalmente la responsabilidad de una eventual reincidencia. Todas estas estrategias psicoterapéuticas deben estar en estrecha relación con las otras medidas psicofarmacológicas y psicoterapéuticas adicionales (v.gr. Terapia Grupal, Terapia Física, Terapia Ocupacional) las cuales, en su conjunto, van a ejercer un efecto beneficioso.

### 3.1. Manejo de la Conducta Violenta o Agresiva del Paciente

En el afronte inicial del paciente, es frecuente encontrar serios problemas de agresividad, que van desde la agresividad verbal o actitudinal hasta la agresión física o incluso potencialmente homicida. La educación, en

relación al manejo de tales conductas constituye una de las medidas más importantes que el terapeuta y el equipo interdisciplinario deben resolver.

En tal sentido, las medidas generales a tomar (Walker, 1983; Kinney J. Severinghaus, 1991) se resumen así:

a.- Evitar confrontación en situaciones de intoxicación o crisis. El paciente fármacodependiente, según la gravedad de su adicción, desarrolla progresivamente conductas de impulsividad y violencia, en ocasiones, extremas.

Con frecuencia los desenlaces más severos, se dan cuando los familiares intentan confrontar al paciente en circunstancias en que éste regresa a su domicilio en estado de intoxicación etílica o por alguna sustancia psicoactiva. Precisamente son estas aproximaciones las que se proscriben, como primer nivel, para evitar contactos agresivos. Igualmente se indica evitar por completo actitudes que de por sí generen violencia, como son: levantar la voz, amenazar con, incluso, el castigo físico, factores que en variadas ocasiones han sido propiciadores de conductas violentas por parte del paciente. La llamada de atención a la confrontación ante reincidencia, por lo general, debe hacerse al día siguiente, una vez que el paciente está sobrio y libre de los efectos de la intoxicación, siempre y cuando tal medida no genere violencia o agresividad, en cuyo caso se dejará la confrontación para la cita con su M.T. a nivel institucional.

b.- Ofrecer algún alimento líquido  
Es una medida útil en el manejo de la conducta violenta. Se puede ofrecer comida o incluso té, café o algún líquido al paciente en circunstancias que llegue intoxicado al hogar. Tal procedimiento con frecuencia aplaca la cólera o la agresividad del paciente al llegar a su domicilio.

c.- No Intentar Cambiar la Conducta del Paciente cuando está intoxicado. Para evitar una agresión de parte del paciente fármacodependiente es importante no intentar cambiar su conducta cuando está bajo los efectos de la intoxicación; no se le darán órdenes, ni se tratará de sujetarlo. Es preferible escuchar una gama de insultos, amenazas o improprios antes que forzarlo a tranquilizarse. Con éstas medidas generalmente se logra calmar al paciente.

d.- Una muestra de fuerza. En ocasiones, el paciente alcohólico o fármacodependiente se agita y llega incluso a agredir físicamente a uno o varios familiares. En tal situación, la demostración de un contingente de fuerza, como pueden ser los vecinos o incluso la policía, pueden controlar la conducta del paciente. Sin embargo, debe apelarse a esta medida como último recurso y en situaciones en que la conducta del paciente sea incontenible.

e. Persuasión para que tome un sedante. Otro recurso efectivo en casos de agitación del paciente fármacodependiente es ofrecerle un calmante para tranquilizarlo. En este sentido el diazepam de 10 mg es uno de los más beneficiosos y de elección en tales circunstancias.

f. Tomar acciones. Hay circunstancias tales como agresiones físicas o maltratos a algún familiar, que se repiten en más de una ocasión y que no se han logrado controlar con la medicación ni con la internación, haciéndose entonces necesario tomar acciones. En tales casos, el médico, en coordinación con la asistente social, orientarán a la familia con respecto a las medidas legales pausibles para pedir las garantías necesarias, especialmente en casos de delito de sevicia. Al respecto, es importante remarcar que estas medidas de carácter legal, con suma frecuencia han permitido que el paciente tenga un

autocontrol de sus impulsos y que continúe su rehabilitación sin poner en riesgo la integridad física de los diversos miembros de la familia.

4) Con respecto a las medidas psicofarmacológicas estas se caracterizan por el uso de antidepresivos, neurolépticos, anticonvulsivos, antialcohólicos, etc., según el caso particular; en especial, si existe patología psiquiátrica asociada. El M.T. tendrá una relación recíproca y de retroalimentación con el resto del equipo interdisciplinario para la evaluación y estrategias a seguir en la rehabilitación del paciente.

5) Manejo de Reincidencias. En casos de reincidencia el M.T. las maneja de manera constructiva con el paciente y su familia. Debe hacerse hincapié que las recaídas son de esperar en el seguimiento, sobre todo al inicio del tratamiento (Milhorn, T. 1990), lo que no significa necesariamente un fracaso terapéutico en la medida que aquellas vayan haciéndose más espaciadas, en relación al patrón de consumo de base. La recaída debe permitir una enseñanza al paciente y a su familia; con el primero propiciará la toma de conciencia y en la familia ayudará a cambiar las reacciones violentas, amenazantes, de marginación, por otras más adecuadas. En todo caso se hace un análisis de la recaída con el paciente para detectar situaciones propiciadoras de consumo que no hubieran sido detectadas a fin de disponer las medidas correctivas en el futuro. Además, las reincidencias van a ayudar al M.T. a confrontar al paciente con su enfermedad y, aumentar así la motivación para su rehabilitación.

6) En lo que respecta al registro de la información durante el seguimiento, el M.T. utilizará en las respectivas Historias Clínicas, las aproximaciones del SOAP (Shaw Mc Kegney, 1980). En esta la sigla tienen el siguiente significado:

-"S" significa Subjetivo: aquí se registran todos los datos del consumo, situación sociofamiliar, laboral y académica.

-"O" significa Objetivo: en este lugar se vierten los datos brindados por los familiares o acompañantes del paciente; contrastando el grado de veracidad de la información de éste y, el grado de introspección que tiene sobre su enfermedad. Bajo este rubro también se registran datos acerca del estado físico del paciente, ya sean las de funciones vitales, peso, etc. así como los datos de laboratorio o exámenes auxiliares obtenidos y las respuestas de las interconsultas médicas.

-"A" se refiere al Análisis: bajo este rubro se consignan aspectos referentes a la abstinencia total y al consumo parcial. Así mismo, en este espacio se integra la información de los dos rubros anteriores y se resaltan aspectos que aún se deben profundizar, sean relacionados o no a la dependencia, pero que tengan relevancia en la rehabilitación del paciente (v.gr. psicopatización, trastorno físico agudo o crónico, problemas de vivienda, condición psiquiátrica asociada descompensada, etc.).

-"P", hace alusión al Plan: incluye las medidas psicofarmacológicas, psicoterapéuticas (programadas para el paciente y su familia o soporte). Asimismo, se consigna soporte. Se consignan, también, las derivaciones correspondientes al resto del equipo y las pruebas de laboratorio o interconsultas médicas requeridas en el seguimiento.

7) El seguimiento del equipo de psicología, está dado por las intervenciones designadas por el M.T. en relación a los problemas específicos del paciente; v.gr. conflictos de relación, problemas parento-filiales, etc. Otro aspecto importante que toca el equipo de psicología es el de la orientación vocacional; la misma que en variadas

ocasiones va a decidir objetivamente las aptitudes vocacionales del paciente y/o la labor o actividad académica a seguir. Tal situación se hace más relevante aún si se tiene en cuenta que muchos paciente fármacodependientes (especialmente a PBC) se truncan en su desarrollo personal. Al indagar la historia laboral, desde el inicio de su adicción, con frecuencia encontramos una infinidad de empleos informales y eventuales que lo único que han fomentado es la perpetuación de la dependencia. Además, producto de la carrera adictiva, el paciente se torna cada vez menos aspirante, buscando cualquier trabajo con el fin de obtener ganancias inmediatas y soslayando totalmente su potencial intelectual y su capacidad de desarrollo personal. Aquí, la orientación profesional ha de ser prioritaria buscando lograr el máximo desarrollo del paciente.

8) El seguimiento de Terapia Ocupacional, se diseña en función de la condición particular del paciente. En caso que no estudie ni trabaje, la reanudación de los estudios escolares o universitarios dependerá de su rendimiento en las actividades designadas por dicho equipo, así como de la evaluación en torno a las recaídas, a la conciencia de enfermedad y a la adaptación al proceso psicoterapéutico de intervención interdisciplinaria instaurado. Por lo general, las labores académicas o labores se reinician entre los 4 y 12 meses de iniciado el tratamiento, pero siempre dependiendo de la evolución global, así como de la abstinencia. (DSM-III-R, 1987; Awin, F., Kleber, H., 1986). En los casos en que el paciente continúe trabajando o estudiando o en aquellos que reinician tales actividades laborales, la T.O. reestructura las actividades en función a los horarios de trabajo y/o el estudio. El seguimiento se extiende hasta la rehabilitación completa del paciente e incluye también las visitas

domiciliarias que el profesional de Terapia Ocupacional pueda realizar con el fin de coordinar con la familia las tareas a cumplir por el paciente.

9) En cuanto a Servicio Social, después de las primeras entrevistas se programa un plan de intervención para los problemas familiares y sociales encontrados; en base a éstos se hacen las diversas visitas domiciliarias. La asistencia social brinda apoyo a las medidas psicoterapéuticas instauradas por el equipo interdisciplinario; igualmente, hace la coordinación con la familia en torno a la asistencia y participación en las organizaciones comunitarias, v.gr. clubes juveniles, religiosos, A.A, N.A. etc.

10) En Terapia Física, el seguimiento depende del caso en particular. Para quienes no estudien ni trabajen, el T.F. diseña las actividades intra y extrainstitucionales; éstas siempre son supervisadas por un familiar, especialmente las programadas fuera de la institución. Para quienes laboran o estudian, las actividades físicas son diseñadas para realizarlas fuera de la institución, pero siempre supervisadas por un familiar con la finalidad de evitar por ejemplo, que una actividad deportiva se constituya en una causa de reincidencia en el consumo de la sustancia adictiva en cuestión.

11) El personal de enfermería hace el seguimiento en varios niveles: el primero es de carácter educativo, el mismo que algunas veces se extiende en el tiempo debido a las variadas fases del proceso terapéutico; otro es la asistencia a los casos de emergencia y a los procedimientos aversivos en pacientes con medicación antialcohólica. Además, enfermería participa de las terapias de grupo tanto a nivel de pacientes como de familias, en rol de coterapeuta.

#### 12) Terapia de Grupo

Las terapias de grupo, tanto para familiares como pacientes, son consi-

deradas intervenciones muy efectivas en diversos Centros de Adicción (Balis, 1989; Sptiz, Rosecan, 1989); éstas se llevan en dos modalidades: una para ingresantes y otra para avanzados (con menos y más de 6 meses de abstinencia respectivamente). En ambas reuniones se tienen cuadernos de registro de asistencia y de los temas tratados, estos son llevados por un miembro familiar o un paciente de manera rotativa.

12.1) Terapias de Grupo para Pacientes. Está dirigida por un miembro del equipo interdisciplinario teniendo como coterapeutas al resto de ingresantes del equipo. La terapia se centra en la discusión y análisis de los aspectos relacionados a las drogas, más no a experiencias con ellas, a fin de evitar la incitación.

Se tratan aspectos relacionados con las consecuencias familiares, sociales, laborales y legales del consumo; aspectos de la participación de los pacientes, para que a través de la indentificación, se propicie la motivación y conciencia de enfermedad. Por otro lado, se trata de aprovechar la experiencia de aquellos pacientes que se encuentran más avanzados en el tratamiento, propendiendo incluso a su participación como coterapeutas. Igualmente se trata de presentar testimonios reales de recuperación y propiciar la esperanza en aquellos pacientes que recién ingresan a la terapia. A su vez, la terapia de grupo va a servir para evaluar el grado de conciencia de enfermedad en los diversos pacientes a través del análisis de sus participaciones en el grupo. Otro aspecto a destacar en las terapias de grupo se refiere a la educación que se brinda a los pacientes en estas reuniones; ésta se da al final de la sesión cuando como corolario se brinda información educativa y científica relevante en relación al tema tratado. Tales intervenciones son dadas por los diversos profesionales del equipo

desde sus propias perspectivas.

12.2) **Terapia de Grupo para Familiares.** Aquí, también, el tratamiento es dirigido por el equipo interdisciplinario. Se tratan diversos temas que van desde las características de la enfermedad adictiva hasta el manejo del paciente durante el proceso terapéutico. Igualmente, se tratan aspectos referentes a la familia como son la agresividad familiar, la marginación, así como las diversas estrategias desadaptativas de la familia en el afronte del paciente. Se estimula la participación de la mayor parte de las familias, utilizando la identificación como elemento de cambio y coadyuvando a la toma de conciencia del proceso adictivo. Al igual que con los pacientes, en las terapias de grupo multifamiliares, se incentiva la participación de las familias más antiguas, presentando sus experiencias como modelos de afronte para la enfermedad adictiva. Tales experiencias son muy útiles para los recién ingresantes, dando esperanza de rehabilitación, por más deteriorado y comprometido que se encuentre el paciente. Estas terapias también contribuyen a eliminar aquellas reacciones de negación, justificación o racionalización -fenómenos conocidos también como de "co-dependencia" (Picard, 1989)- que se observan en algunos familiares, especialmente al inicio del tratamiento.

La educación también se da en las terapias de grupo y al igual que con los pacientes se brinda al final de la discusión del tema tratado y como corolario de la reunión.

13) **Casos Refractarios.** En el seguimiento se hallan casos que iniciaron el tratamiento aparentemente motivados, pero que en un cierto lapso, desisten del mismo. Tal situación es frecuente en esta patología y, probablemente se debe, en gran medida, a la falta de motivación y de conciencia de enfermedad; procesos

que con frecuencia se desarrollan en el transcurso de la rehabilitación.

Si el paciente se resiste a seguir el tratamiento, se programa una visita domiciliaria por medio de la asistente social, siempre y cuando no haya riesgo de agresión o conductas violentas en el paciente. Si ello no tiene éxito, se orienta a la familia en torno a una hospitalización forzada, pero que debe darse asociada a una recaída en el consumo o frente a conductas violentas o descontroladas del paciente.

14) Paralelamente a las medidas de tratamiento institucional, se fomenta la asistencia a los grupos de autoayuda como son Alcohólicos Anónimos, Narcóticos Anónimos, o grupos religiosos o comunitarios disponibles; ello en base a la efectividad comprobada de tales medidas observadas en los estudios de seguimiento a largo plazo en diversas cohortes de fármacodependientes.

Las medidas antes expuestas estarán en estrecha coordinación con la asistencia social.

15) Para propósitos de la evaluación final del caso, cada M.T., mediante el formato de evaluación inicial determina el nivel de funcionamiento actual en las áreas familiares, sociales, laborales o académicas al ingreso del paciente y luego, cada 6 a 12 meses. Parámetros adicionales de medición son: número de reincidencias, presencia y grado de psicopatización, frecuencia de asistencia a grupos de autoayuda y religioso, cambio del estilo de vida y logros académicos-laborales, etc.

El resto del equipo terapéutico, evalúa, también, los alcances logrados, de modo tal que en forma global se tiene una evaluación cabal de la evolución del caso particular.

16) **Duración del Seguimiento.** En base a estudios de seguimiento realizados a largo plazo (Vaillant, 1970, 1983, 1990), y en función a la com-

plejidad del proceso de rehabilitación se postula que la duración del seguimiento a pacientes fármacodependientes debe ser entre 5 a 15 años. Se sabe que el paciente que ha tenido problemas con sustancias psicoactivas queda vulnerable, incluso por varios años, a la reincidencia en el consumo; además, si luego de varios años de abstinencia reincide en un consumo regular, el descontrol con el uso de la

sustancia, es decir el uso compulsivo, es un proceso que se instaura más rápidamente que en aquella persona que nunca tuvo experiencia con sustancias psicoactivas. Por todas estas consideraciones, es menester seguir al paciente por varios años, dando un apoyo profesional terapéutico para el cuidado y desarrollo integral del mismo.

## REFERENCIAS

- 1) AMERICAN PSYQUIATRIC ASSOCIATION. (1987) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Third Edition Revised. A.P.A. Washington.
- 2) ADELMAN, S; WEISS, R. (1989), "What is therapeutic about inpatient alcoholism treatment? "Hospital and Community Psychiatry, 40:515-519.
- 3) AGUE, C. (1986), "Terapias Comportamentales". En Psiquiatría. Vidál, G., Alarcón, R (Eds). Editorial Panamericana, Buenos Aires.
- 4) ARIFF, A. (1988) "Modalidades de tratamiento". En Consecuencias adversas para la salud del uso indebido de cocaína. Ariff, A. (Ed). OMS, Ginebra.
- 5) BALIS, G. (1989), "Psychoactive substance use disorders". En The Treatment of Psychiatric Disorders, Revised For the DSM-III-R Balis, G., Wicoff, J. Tomasovic, J. Brunnel Mazel Publishers, New York.
- 6) BOND (1986), "Psychiatric indications for clonidine: The neuropharmacologic and clinical basis." J. Clin. Psychopharmacologic, 6:81-87.
- 7) COHEN, S (1981) "Rehabilitation of the addicted". En The substance abuse problems. Cohen, S. (Ed) The Harworth Press, New York.
- 8) COHEN, S. (1981) "Alternatives to adolescent drug abuse". En The substance abuse problems. Cohen, S. (Ed.) The Harworth Press, New York.
- 9) CHILDRESS, A.; EHERMAN, R., McLELLAN, A.; O'BRIEN, C. (1987), "Conditioned craving and arousal in cocaine addiction: a preliminary report". En Problems of Drug Dependence 1987, NIDA 81, Research Monograph Series, Maryland.
- 10) FABIANI, C. (1985) "Coca y Cocaína". IV Congreso Mundial de Psiquiatría Biológica, Philadelphia. Ed. Mimeografiado, Ministerio de Salud, Lima.
- 11) FEUERLEIN, W (1982), "Terapia del alcoholismo". En Alcoholismo: Abuso y dependencia. Feuerlein, W. (Ed) Trad. Adaptación Rodríguez-Martos, A. Salvat Editores, Barcelona.
- 12) FINK, P. (1988) "Response to the Presidential Address: Is "Biopsychosocial" the psychiatric shibboleth? Am J. Psychiatry, 145:1061-1067.
- 13) FRYKHOM B. (1979) "Termination of the drug carrier". Acta Psychiatrica Scand. 58:370-380.
- 14) GAWIN, F., KLEBER, H. (1986) "Abstinence symptomatology and psychiatric diagnosis in cocaine abusers". Arch. Gen. Psychiatry 43:107-113.
- 15) HALIKAS, J., KEMP, K., LHUN, K., CARLSON, G., CREA F. (1989) "Carbamazepine for cocaine addiction. Lancet March 18.
- 16) KANAS, P. (1984) "Substance use

- disorders: Alcohol". En Review of General Psychiatry. Goldman, H. (Ed) Lange Medical Publications, Los Altos California.
- 17) KINNEY, J., Severinghaus, J. (1991) "Overview of medical management. En Clinical Manual of Substance Abuse. Kinney, J. (Ed.) Mosby Year Book, St. Louis Missouri.
  - 19) KOSTEN, R., JALALI, B., HOGAN, T., KLEBER, H. (1983) "Family denial as a prognostic factor in opiate addict treatment outcome". J. Nerv. Ment. Dis. 171:606-610.
  - 20) KOSTEN, T., GAWIN, F.; SCHUMAN. (1987) "Treating cocaine abusing Methadone maintenance patients with desipramine". En Problems of Drug Dependence, 1987. NIDA 81, Research Monograph Series, Maryland.
  - 21) KOSTEN, T. (1989) "Pharmacotherapeutic interventions for cocaine abuse: Matching patients to treatments". J. Ner. Men. Dis., 1787:380-389.
  - 22) LERNER, D. (1986) "Psicoterapia". En Psiquiatría. Vidal, G. Alarcón, R. (Eds.). Editorial Panamericana, Buenos Aires.
  - 23) LINN, N (1980) "Clinical manifestation of psychiatric disorders". En Comprehensive Textbook of Psychiatry III, Third Edition, Kaplan, H., Freedman, A., Sadock, B. William & Wilkins, Baltimore.
  - 24) LUCHINS, D. (1983) "Carbamazepine for the violent psychiatric patient". Lancet, I:766.
  - 25) MARLATT, A. (1985) "Lifestyle modification" En Relapse Prevention. Marlatt, A., Gordon, J. (Eds.) The Guilford Press, New York.
  - 26) Mc LELLAN, T., WOODY, G., LUBORSKY, L., O'BRIEN, Ch.; DRULEY, A. (1983) "Increase effectiveness of substance abuse treatment". J. Ner. Ment. Dis. 171: 597-605.
  - 27) MILHORN, T. (1990) "Recovery and Relapse". En Chemical Dependence. Milhorn, T. (Ed) Springer Verlag, New York.
  - 28) NAVARRO, C. (1983) "Técnicas de autocontrol al compartamiento dependiente de drogas". Aprendizaje y comportamiento. 3-4: 85-94.
  - 29) NEPPE, V. (1982) "Carbamazepine in the psychiatric patient" Lancet, II: 334.
  - 30) NEWSON, J., Seymour, R. (1983) "Benzodiazepines and the treatment of alcohol abuse". J. of Psychoactive Drugs, 15: 97-98.
  - 31) NIZAMA, M. (1989) Tratamiento Ecológico de la dependencia de drogas, CONCYTEC, Lima.
  - 32) OJEHAGEN, A., SKJAERRIS, A., BERGLUNDM. (1991) "Long term use of aversive drugs in outpatient alcoholism treatment". Acta Psychiatr Scand 84: 185-190.
  - 33) PICARD, F. (1989) Family Intervention: Ending the cycle of addiction and co-dependency. Beyon Words Publishing, Tennessee.
  - 34) RENNER, J. (1990) "Biological approaches to addiction treatment. Milkman, H., Sederer, L. (Eds.) Lexington Books Massachusetts.
  - 35) RIES, R., ROY, P., WAD, N., NEPPE, V., CULLISON, S. (1989) "Carbamazepine Treatment for Benzodiazepine Withdrawal". Am. J. Psychiatry, 146: 536-537.
  - 36) SAAVEDRA-CASTILLO, A. (1989) "Epidemiología de la fármacodependencia en el Perú. "Curso de alta especialización en farmacodependencia. (mimeografiado) Lima.
  - 37) SHAW, J.; Mc KEGNEY (1980) "Problem-oriented record". En Comprehensive Textbook of Psychiatry III, Third Edition. Kaplan, H., Freedman, A.; Sadock, B. William & Wilkins, Baltimore Maryland.
  - 38) SIEGEL, R. (1984) "Substance use disorders: Durgs & Alcohol". En Review of General Psychiatry. Goldman, H. (Ed) Lange Medical Publications, Los Altos California.
  - 40) SPITZ, H., ROSECAN, J. (1987) "Overview of Cocaine abuse Treatment "En Cocaine Abuse. New Directions in Treatment and Research. Sptiz, H., Rosecan, J. (Eds) Brunner Mazel Publicators, New York.
  - 41) SUNDERWIRTH (1990) "Harnessing brain chemicals: The influence of molecules on mind, mood and behavior". En Treatments Choices For Alcoholism and Substance Abuse. Milkman, H., Sederer, LL. (Eds). Lexington Books, Masachusetts.
  - 42) TAPIA N., ALARCON, D. (1986) "Fármacodependencia". En Psiquiatría.

Vidal, G., Alarcón, R. (Eds) Editorial Panamericana. Buenos Aires.

43) TENNAT, F., TARVER, A. (1987) "Stepwise withdrawal from cocaine dependence outcome of 106 consecutive cases". En Problems of Drug Dependence 1987. NIDA 81. Research Monograph Series, Maryland.

44) VAILLANT, G. (1970) "The Natural History of narcotic drug addiction". Seminars in Psychiatry, 2(4): 486-489.

45) VAILLANT, G. (1983)a. "Path into abstinence". En the Natural History of Alcoholism. Vaillant, G. (Ed) Harvard University Press, Massachusetts.

46) VAILLANT, G. (1990) "Elements of Recovery: A longitudinal Analysis". En Treatment Choices for Alcoholism and Substance Abuse. Milkman, H., Sederer, LL. (Eds) Lexington Books, Massachusetts.

48) VIDAL, G. (1986) "Psicoterapias Experienciales". En Psiquiatría. Vidal, G., Alarcón, R. (Eds) Editorial Panamericana, Buenos Aires.

49) WALKER, I. (1983) "Management of Alcohol Emergencies" En Psychiatric Emergencies. Wlaker, I. (Ed) Lippincott Philadelphia.

**Dirección Postal:** Instituto Nacional de Salud Mental  
 "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi".  
 Av. Alameda Palao s/n S.M.P.