

LA FAMILIA EN LA PREVENCIÓN, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y SEGUIMIENTO DE ADICTOS

Martín Nizama Valladolid (*)

PALABRAS CLAVE: Adicción - Familia - Prevención - Tratamiento

KEY WORDS: Drug dependency - Family - Prevention - Treatment

Se presenta el rol de la familia en la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y el seguimiento de las adicciones. La familia constituye un subsistema en el Modelo Familiar de Enfoque Ecológico del fenómeno adictivo que facilita, obstaculiza o hace inviable la intervención terapéutica. Así, en base a su experiencia clínica, el autor propone la prevención teniendo en cuenta factores protectores y de riesgo, planteando el tratamiento a través de la detección precoz del adicto encubierto: finalmente, proporciona pautas para la familia en el manejo terapéutico del miembro enfermo.

THE FAMILY IN THE PREVENTION, TREATMENT, REHABILITATION AND FOLLOW-UP OF DRUG DEPENDENTS.

It considers The role of the family in the prevention, treatment and follow up of psychoactive drug dependency. The family constitutes a subsystem in the Family Model of The Ecological Approach to drug dependency that facilitates, blocks or limits the therapeutic interventions. Based upon his clinical experience, the author proposes a preventive approach taking in consideration the protective and risk factors; and treatment, through early detection of concealed cases finally, he offers family guidelines as to what should be done for the management of its ill member.

(*) Médico Psiquiatra. Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi". Profesor Asociado de los Departamentos Académicos de Psiquiatría de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos y la Universidad Peruana Cayetano Heredia.

La familia constituye el eje fundamental en la prevención, tratamiento, rehabilitación y seguimiento de las adicciones; sean éstas *químicas, conductas adictivas o juegos patológicos*. Igualmente, ha de reconocerse el rol omnipresente del entorno familiar, en el *sostenimiento* y en el *descenlace final* de las adicciones (1, 2), independientemente del enfoque conceptual con el que se aborde el fenómeno adictivo.

De otro lado, el grupo de las adicciones constituye una enfermedad biogenética y psicosocial, volitiva, crónica y pandémica, caracterizada por una *apetencia compulsiva* de experiencias sensoriales autogratificantes (3, 4). Mayormente, el adicto es incapaz de postergar la satisfacción hedonística que obtiene de las sustancias que consume, de las conductas y de los juegos que realiza ritualmente con propósitos autoplacenteros. Asimismo, carece de conciencia de enfermedad al igual que su familia (5, 6, 13). Como tal, el adicto es una especie de esclavo de las drogas. Un enfermo de la voluntad y que por el contrario, se siente la persona más saludable e inteligente. También, se siente omnisciente, omnipotente e intocable. Sin embargo, practica una doble vida, es mendaz, maquina, manipula, simula, seduce y embauca; asimismo, es histriónico, chantajista y ególatra. Espiritualmente, está vacío: sin valores éticos ni morales. Es incapaz de amarse a sí mismo o a los demás; aunque a menudo suele representar lo contrario.

Durante los primeros años de su enfermedad, el usuario compulsivo es un *adicto solapado*. Encubre cuidadosamente el consumo y logra pasar desapercibido ante los suyos; ésta es la etapa ciega de la fami-

lia. Posteriormente, lo niega con el mayor cinismo y asume el rol de víctima. Progresivamente, se torna irresponsable; su vida es un vacilón; transcurre de juerga en juerga: tragos, cigarros, *coqueadas* (inhalar cocaína), *humo* (fumar pasta básica de cocaína), *estoneado* (fumar marihuana), *desaparecidas*, trasnochadas o amanecidas.

En la etapa de *adicto manifiesto* o visible, los demás adictos (*drogos*) lo buscan incansablemente de noche y de día; les habla en jerga, lenguaje privativo que los familiares no entienden; hace alianza con ellos. A menudo, desaparece del hogar en compañía de aquellos: los amigotes hacen al adicto y éste hace a los amigotes. Asimismo, es verborreico (*loro*) con los amigotes y lacónico (*mudo*) con los suyos. Posteriormente, se distancia afectivamente (*desapego*) de sus seres queridos a quienes usa sin escrúpulos ni consideración alguna, abusando reiteradamente de ellos.

Más tarde, cuando ya es un *adicto avanzado* se desenmascara mostrándose irritable, desenfrenado, agresivo, prepotente, abusivo, derrochador de lo suyo y de lo que no es de él. Sus expresiones favoritas son: *me aburro; no me comprenden; ustedes son onda retro en cambio yo soy liberado; déjenme vivir mi vida; yo sé lo que hago; es mi libertad; o, ya lo sé*. Si necesita dinero para financiar su consumo dispone de su sueldo; de lo contrario, lo obtiene mediante préstamos, empeño de documentos personales o de objetos del hogar; así como de la venta de prendas de vestir, joyas, electrodomésticos y otros bienes propios o ajenos. Cuando no, delinque en su centro laboral, comete asaltos y hasta homicidios. Suele proceder con extremada crueldad y sadismo.

Así, la enfermedad avanza implacablemente hasta que finalmente se abandona a sí mismo, se derrumba, (toca fondo) y se degrada. Ya convertido en un *adicto terminal*; por su aspecto decrepito y sus efluvios malolientes, comúnmente lo denominan *carroña*, *guiñapo*, despojo humano, *capilla abandonada*, *capilla sin cura*, *malogrado*, *pasado de vueltas*, *podrido* o *drogo perdido*.

ENFOQUE ECOLÓGICO DE LAS ADICCIONES.

Bajo esta perspectiva el rol de la familia en la prevención, tratamiento, rehabilitación y seguimiento de las adicciones se describe en la Figura N° 1

El fenómeno adictivo es análogo al fenómeno del iceberg, el mismo que aquí es representado por una figura a la cual se le denomina Pirámide Adictiva. En base a la experiencia clínica, el autor propone una estimación porcentual empírica acerca de la proporción en que intervendrían los factores etiológicos en la constitución de dicha pirámide mórbida. La proporción de factores sería así: entorno socioambiental, 70 por ciento; entorno familiar, 20 por ciento; personalidad, 9; y, evasión adictiva, 1 por ciento. Respecto a la secuencia de trastornos mórbidos que se corresponden con cada segmento de la pirámide, éstos serían como sigue: entorno socioambiental, patogenia social; entorno familiar, disfuncionalidad y patogénesis; personalidad, inmadurez profunda y otras anomalías; y, evasión adictiva, adicciones. En cuanto al nivel de conciencia del fenómeno mórbido, mayormente se observa inconsciencia del mismo en todos los niveles: social, familiar e individual

De otro lado, la *evolución psicosocial* de las adicciones cursa a través de las siguientes fases (9, 10): 1) encubierta, 2) negación familiar, 3) abierta y 4) terminal.

Asimismo, la *evolución psicopatológica de la familia* del adicto cursa a través de las siguientes etapas: 1) ciega; 2) negación; 3) crisis emocional; 4) endosamiento; 5) bloqueo cognoscitivo; 6) aceptación de la enfermedad; y 7) desenlace terminal.

Comúnmente, el *entorno familiar del adicto* presenta los siguientes *síndromes* (5,10, 11,12) de: 1) inmadurez; 2) encubrimiento; 3) culpa, 4) rol de salvador, 5) rol de víctima, 6) poseso, 7) endosamiento, 8) relación invertida de poder, 9) impotencia, 10) evasión, 11) endosamiento, 12) manipulación, 13) simulación, 14) indolencia, 15) abominación, 16) fantasía tanática, 17) simbiosis, 18) sobreprotección, 19) coadición e 20) inconsciencia de enfermedad.

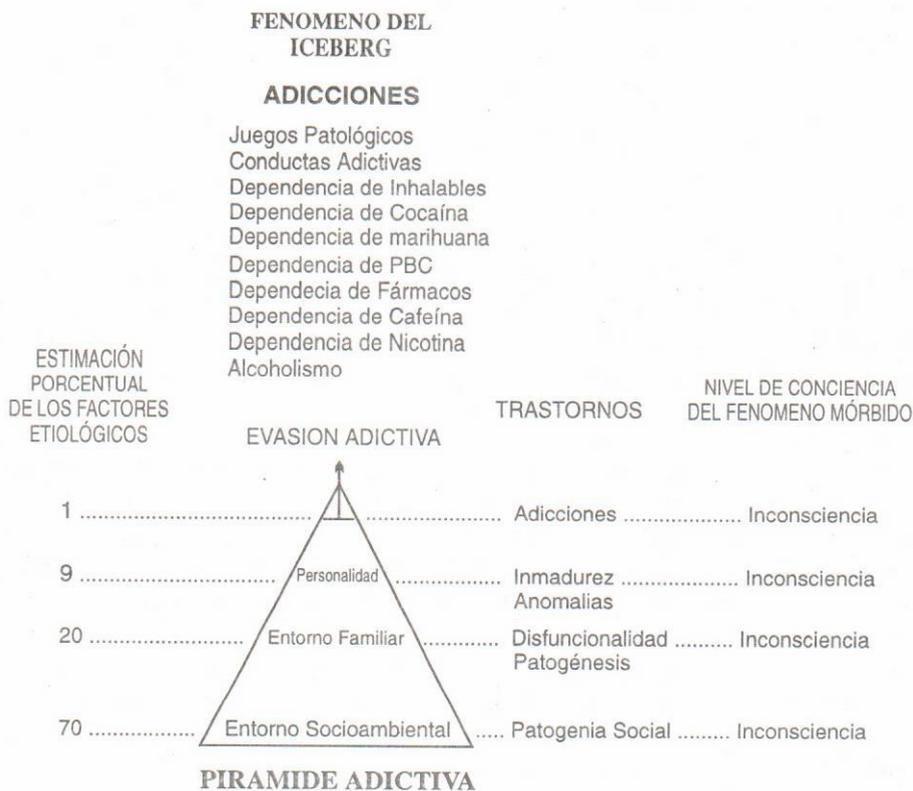
Del mismo modo, la *historia natural* de las adicciones cursa progresivamente a través de las siguientes etapas (6): 1) experimental; 2) habituación; 3) dependencia; y, 4) desenlace terminal.

Ahora bien, el fenómeno adictivo impacta de manera lenta, progresiva y devastadora a la totalidad del grupo familiar del adicto.

Verbeigracia, estimaciones conservadoras han informado que en la actualidad habrían en el país entre un millón y un millón doscientos mil alcohólicos, con un impacto familiar que afectaría alrededor de 4 millones de personas (7). Asimismo, Nizama (8) en un estudio de 227 casos de dependencia, informa los siguientes resultados

Figura N° 1

FENOMENO ADICTIVO MODELO FAMILIAR (Enfoque Ecológico de las Adicciones)



preliminares: antecedentes familiares de adicción (74 %) de los casos; adicción familiar múltiple actual (28 %). Igualmente: disfunción (44.50%), desorganización (37.44%) y desintegración familiar (18.06 %).

El rol de la familia en el manejo integral de las adicciones se sustenta en el hecho de que aquella convive directamente con el enfermo; y es la que finalmente aplica el programa preventivo de intervención a *largo plazo* en el hogar. De modo que, sin el compromiso total de la familia, el éxito definitivo resulta poco probable.

PREVENCIÓN. A través de:

1. Educación familiar humanística. Desarrollo continuo del afecto. Prodigarse caricias gratificantes. Cultivo esmerado del respeto mutuo. Inculcar la disciplina. Ofrecer modelos formativos adecuados y saludables. Aprender a valorar el hogar como la primera escuela del niño. La escuela complementa la educación más no sustituye la formación psíquica que se imparte en el hogar.

2. Sólida cohesión familiar. Alentar una comunicación abierta, fluida y estrecha; escucharse mutuamente; así como el contacto visual frecuente. Proceder con transparencia. Funcionar en base a acuerdos. Aceptarse y tolerarse mutuamente. Valorar la unidad familiar como la esencia de una convivencia grupal satisfactoria.

3. Formación espiritual del niño. Desarrollar en los hijos la fe, la esperanza, la identidad, los valores, los principios y la moral. Enseñar con el ejemplo cotidiano

y no con la retórica.

4. Desarrollo de una personalidad madura en los miembros de la familia. Privilegiar los estímulos y premios aplicándolos en forma justa y oportuna. Practicar hábitos saludables. Acatar las normas con el mayor rigor. Establecer claramente los límites. Ejercer control adecuado. Crear una atmósfera de seguridad, confianza y de protección grata. Alentar al niño frente al fracaso para que lo supere. Promover el desarrollo de la autoestima, autonomía, autocontrol, autocrítica, identidad, responsabilidad, del proyecto de vida personal y de las metas.

5. Elección de pareja idónea. Priorizar la relación afectiva; así como la calidad espiritual y moral; al igual que la madurez, el conocimiento mutuo, el compromiso genuino y las intenciones reales de convivencia conyugal permanente de ambos. No inducir matrimonios extraños a la esencia afectiva de la relación de pareja.

6. Paternidad responsable. Optar libremente la planificación familiar. Practicar la lactancia materna. Ejercer idóneamente el rol paterno. La pareja interactúa en forma complementaria apoyándose mutuamente. Ejercer autoridad y orientación adecuada. Prodigar protección, confianza y seguridad emocional al niño. Proveer de estabilidad económica a la familia. Privilegiar el funcionamiento armónico de la diada paterna.

7. Relaciones amicales saludables. Proceder en base a rigurosos criterios preestablecidos de selección de los amigos. Poseer un cabal conocimiento de la persona al igual que de su entorno familiar y/o so-

cial. Es muy importante comprobar la existencia de empatía, transparencia, integridad personal, confiabilidad, solidaridad y equidad en la relación.

8. Hábitos de vida saludable. Forjarse metas individuales y familiares definidas. Desarrollar el esfuerzo, la perseverancia y el deseo de triunfar. Aprender a obtener logros. Actuar siempre con previsión y sensatez, asumiendo responsablemente las consecuencias de los actos personales. Organizar el tiempo en función del progreso personal y familiar, de la productividad y del disfrute saludable.

9. Calidad de vida. Desarrollar prioritariamente el bienestar espiritual, el enriquecimiento cultural, la capacitación continua y el progreso familiar. El aspecto humano de la convivencia familiar tiene prioridad sobre el confort y el status social. La dignidad, la sencillez y el estar contentos son indicadores de una adecuada calidad de vida.

10. Familia saludable. Cotidianamente promover la armonía familiar, la equidad, la honestidad, la veracidad y la justicia. Aceptar que la concordancia y la discrepancia son dos caras de la misma moneda. Lo más importante es el respeto y el buen trato entre los miembros de la familia. Practicar la recreación apropiada y el sano esparcimiento. Estar consciente que en familia armónica las adicciones no tienen espacio.

Con la mayor celeridad, firmeza y sin prejuicios la familia debe proceder a erradicar o controlar los factores de riesgo existentes en su seno y en el entorno. A menudo estos riesgos son los siguientes (14, 15):

.Trastornos de la comunicación: mutismo, vociferaciones, distorsiones, desinformación, bloqueo de la comunicación, doble mensaje, metamensajes, triangulaciones o mentiras.

. Ausencia de control y límites, falta de normas y reglas adecuadamente establecidas.

. Ausencia o exceso de autoridad.

. Desajuste personal crónico.

.Desajuste familiar crónico; desorganización y desintegración familiar.

. Ausencia de la figura paterna o materna.

. Sobreprotección: mimos, engreimientos, consentimientos, "apachurres o arrumacos" en exceso.

. Carencia de estímulos y afecto; falta de reconocimiento de los logros.

. Trastorno de los roles: ausencia, invasión, interferencias o inversión.

. Conflictos frecuentes: maltrato, peleas; estrés permanente; mensajes contradictorios entre los padres desautorizándose mutuamente; resentimiento o encono.

.Dependencia psíquica o escasa capacidad de valerse por sí mismo; carencia de metas; facilismo.

.Privilegios desmedidos o gollerías.

.Establecer diferencias entre los hijos: hacer comparaciones posibilitando que uno de ellos se sienta disminuído.

.Ejemplos inadecuados por parte de las personas mayores o de las figuras significativas.

.Uso excesivo de drogas lícitas: alcohol, cafeína, nicotina, fármacos.

.Tolerancia de la irresponsabilidad: complacencia, permisividad.

.Prolongada permanencia fuera del hogar sin una finalidad: vagancia.

.Derroche de dinero: exceso de propinas, manejo irresponsable del dinero.

.Prioridad de los aspectos materiales sobre los valores espirituales: frivolidad, libertinaje.

.Contacto asiduo con amigos.

.Recreaciones insanas en discotecas, pubs, casinos, cantinas, *chichódromos*, *salsódromos*, locales sociales, billares, pinbols.

.Fanatismo por la música estridente.

.Concurrencia frecuente a fiestas con música estridente.

.Exceso de vida nocturna.

.Desinformación acerca de las drogas.

.Microcomercialización y consumo indiscriminado de drogas en la vecindad.

.Ausencia de alerta y de supervisión familiar.

LA FAMILIA EN EL TRATAMIENTO DE LAS ADICCIONES

Es necesario que la familia conozca que en el área de la terapéutica de las adicciones no existe el providencialismo; por tanto, se debe aceptar que no hay cura mágica, milagrosa, sólo por la fe, breve, fácil, por encargo, por endosamiento, por voluntad propia, farmacológica, de sueño, por persuasión, por el *confronte* (castigo), por *internamiento* y sí lo por el hecho de esperar que el enfermo *toque fondo*.

La experiencia clínica prolongada permite observar el comportamiento y la actitud que muestra la familia con respecto al tratamiento. Al respecto, se propone la siguiente estimación porcentual empírica: 1) no lo busca, lo imposibilita o evade (65 %); 2) lo obstaculiza o boicotea inconscientemente hasta hacerlo fracasar (30%); 3) facilita el éxito terapéutico definitivo (5%).

El tratamiento se efectúa a través de: 1) la detección precoz del adicto encubierto; y, 2) el manejo terapéutico familiar.

En la detección precoz del adicto encubierto debe tenerse en cuenta lo siguiente:

. Erradicar la creencia que *todos pueden caer menos el mío*.

. Deshechar el prejuicio del *qué dirán*.

. Aceptar la realidad tal cual es y sacarse la *venda de los ojos*. No escudarse en la negación

. Sospechar de aquel miembro de la familia que se conduce al margen de la vida familiar (*desapego*).

. Efectuar pesquisas sorpresivas al familiar que lleva doble vida, sin caer en la persecución.

. Identificar al familiar que abusa del alcohol y afirma resueltamente que él ingiere licor *como todo el mundo*.

. No encubrir al familiar que se le encuentre paquetes con *hierba*, polvo blanco o rastros de una sustancia extraña. Averiguar de inmediato de qué se trata y no creer las mendacidades del poseedor de la sustancia sospechosa.

. Detectar al familiar que suele tener las conjuntivas oculares congestionadas (*ojos rojos*) y se le observa ensimismado (*pegados*).

. Buscar inmediatamente ayuda médica especializada si algún familiar cambia de carácter, se torna irritable o agresivo, trastrocha, se le detecta mentiras, llega tarde en la noche con aliento alcohólico, pero sobrio.

. No perder el tiempo ni evadir el problema. El tratamiento precoz disminuye los riesgos de la enfermedad adictiva.

El funcionamiento del Modelo Familiar de tratamiento está basado en las siguientes premisas:

1. El soporte familiar continuo es imprescindible en el éxito final del programa terapéutico aplicado.

2. Inconscientemente, la familia cronifica, sostiene, mantiene o perpetúa la adicción. Frecuentemente, imposibilita el tratamiento, lo evade u obstruye en forma pertinaz hasta hacerlo fracasar.

3. La inmadurez profunda de la personalidad es un factor omnipresente, tanto en el adicto como entre los miembros de su familia.

4. Sólo el tratamiento a largo plazo posibilita el éxito final; y, el seguimiento prolongado constituye la única garantía para lograr un resultado exitoso definitivo.

El quehacer terapéutico del Modelo Familiar se sustenta en las siguientes bases:

1. El adicto es un enfermo de la voluntad y carece de conciencia de enfermedad.

2. La familia es el eje principal del tratamiento. Ver figuras 2,3,4 y 5.

3. Esencialmente, el tratamiento consiste en la reeducación integral: individual y familiar.

4. El programa terapéutico tiene como objetivo el desarrollo de la madurez de la personalidad del paciente y, también, el logro de una familia madura y saludable.

PROCESO TERAPEUTICO DE LA FAMILIA:

Es el manejo progresivo de los siguientes procesos psicopatológicos y reeducativos hasta el logro de la armonía familiar:

Terapia: manejo terapéutico de los

siguientes síndromes y síntomas presentes en el entorno familiar: inconsciencia de enfermedad, síndrome del poseso, oposiciónismo, negativismo, manipulación, evasión, endiosamiento, disfunción, frustración, depresión, culpa, rol de víctima, angustia, miedo, pánico, ira, conmisericordia, endosamiento, confianza excesiva y regresión.

Recaudación: el proceso reeducativo modela un entorno familiar equilibrado que posee: autocrítica, conciencia de enfermedad, decisión de cambio, hábitos saludables, deseo de crecimiento, madurez, armonía.

La Fig. 2 en la que se observa una pirámide invertida, grafica el rol de la familia en el manejo terapéutico del adicto. La experiencia clínica permite estimar empíricamente que a la familia le correspondería una proporción del 90 por ciento; al médico tratante y al equipo terapéutico que él conduce, 9 por ciento; y, al paciente únicamente un tardío 1 por ciento dado su retardo en desarrollar conciencia de enfermedad.

La Fig.3 grafica el poder manipulatorio del adicto. Cual eximio titiritero, a través de sus *hilos invisibles*, induce en cada uno de los miembros de su abanico familiar la reacción emocional, sentimental, actitudinal o conductual que él quiere lograr para su exclusivo beneficio personal. Verbigracia, adopta comportamiento infantil (regresión) cuando desea obtener sobreprotección de parte de algún miembro de su entorno familiar; seduce si quiere lograr complacencia. Conoce con exactitud el *punto débil* de cada uno de los suyos; y, según éste conocimiento los

manipula. Esta es la denominada relación invertida de poder familiar, en la cual el enfermo virtualmente se apodera de su grupo familiar, usándolo en beneficio propio y en desmedro de los suyos.

La Fig.4 muestra la forma cómo se debe ejercer correctamente el poder familiar. Las figuras de autoridad, por efecto de la terapia asumen el manejo de todos los factores generadores de poder al interior del grupo familiar: decisión, autoridad, provisión de estímulos, control del dinero, etc.

La Fig. 5 representa a una *familia 5 estrellas*: saludable, equilibrada y triunfadora. Cada estrella simboliza una característica esencial de este tipo de familia. En el ámbito familiar, el objetivo final de la terapia es desarrollar una familia saludable.

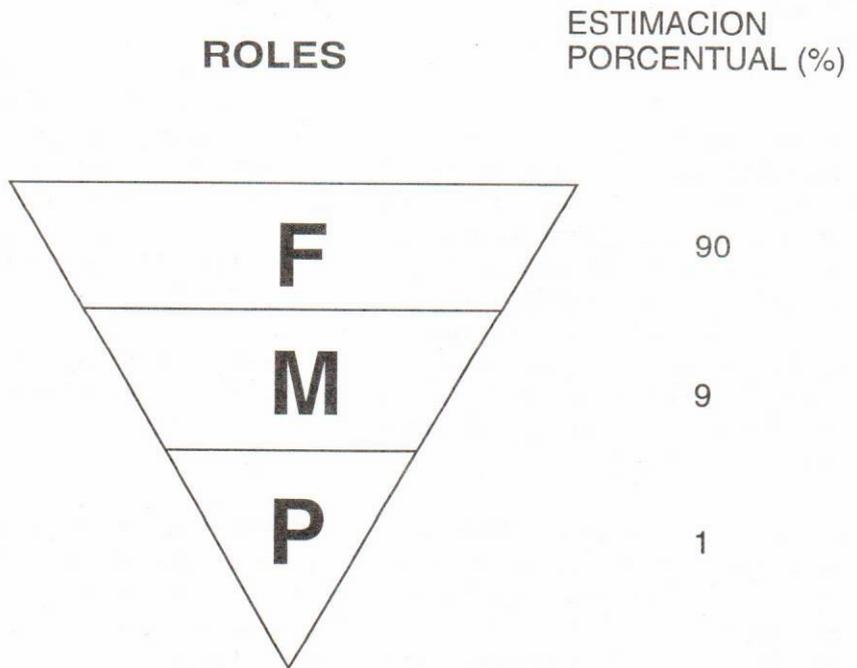
PROCESO TERAPEUTICO DEL ADICTO:

Es el manejo de los siguientes procesos psicopatológicos de rehabilitación y reeducación hasta el logro de la madurez de la personalidad del sujeto:

Terapia: manejo terapéutico de los siguientes síndromes y síntomas del adicto: psicosis tóxica, intoxicación, síndrome de abstinencia, adicción, inconsciencia de enfermedad, negativismo, sicopatización, oposiciónismo, violencia, ruina de la personalidad, histrionismo, irresponsabilidad, mendacidad, manipulación, seducción, simulación, estratagemas, maquinaciones, rol de víctima, regresión.

Rehabilitación y Reeducación: el proceso de recuperación promueve activamente el logro de: resignación, insight, autocrítica,

Figura N° 2

ROLES EN EL MANEJO TERAPEUTICO

F=Familia; M=Médico; P=Paciente

Figura N° 3

PODER MANIPULATORIO DEL ADICTO

OMNIMANIPULACION

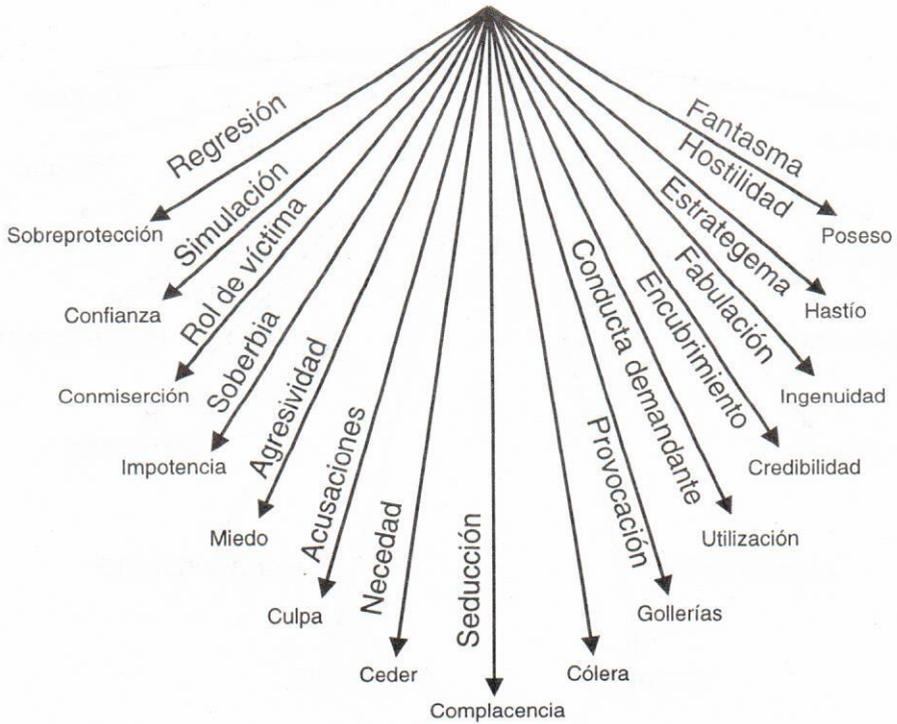


Figura N° 4

PODER FAMILIAR

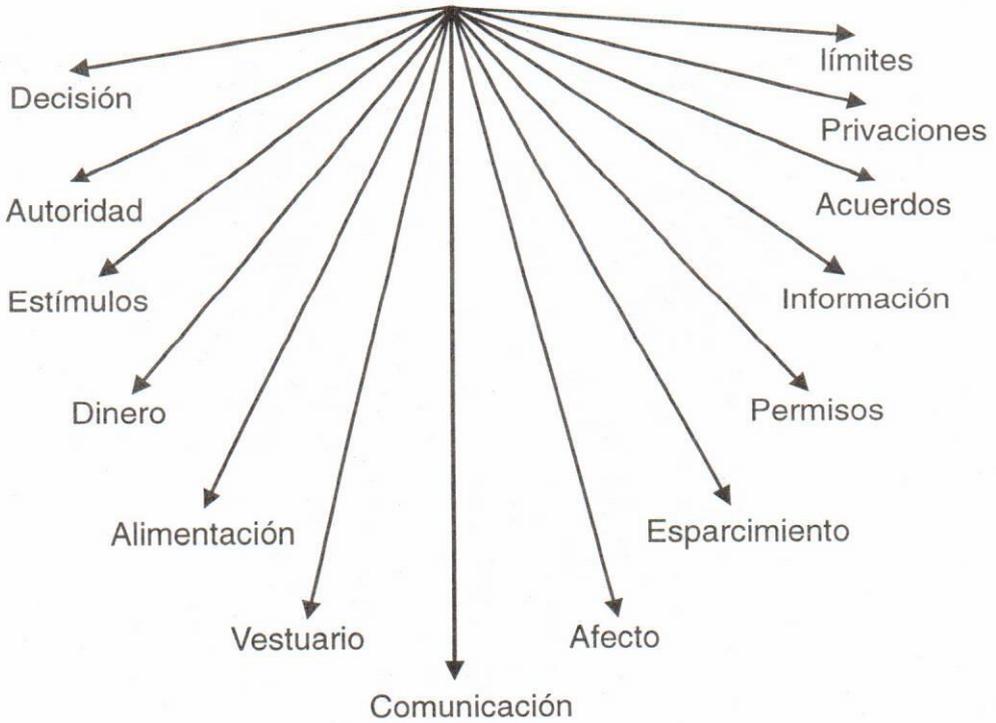
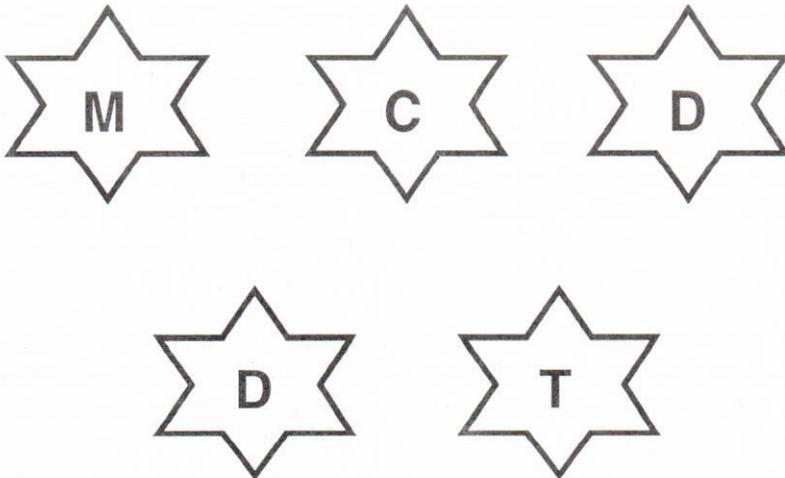


Figura N° 5
FAMILIA 5 ESTRELLAS



Presenta:

- Motivación
- Compromiso
- Decisión de cambio
- Disciplina
- Transparencia

conciencia de enfermedad, decisión de cambio, compromiso terapéutico, hábitos saludables, deseo de crecimiento y madurez.

La familia del adicto puede rehabilitar definitivamente a su enfermo si en el **manejo terapéutico** se procede a:

- Eliminar las emociones, los sentimientos, las ideas, actitudes, conductas y creencias insanas hacia el enfermo tales como: angustia, miedo, cólera, tristeza; así como la culpa, conmiseración, depresión, frustración, minusvalía, desesperanza, indolencia, impotencia, hipersensibilidad, endiosamiento, vergüenza y la estigmatización; al igual que la condición de posesos, deseo de abandono, odio, resentimiento, venganza y deseos tanáticos, entre otras manifestaciones psicopatológicas.
- Sentirlo enfermo de la voluntad, aceptando que es incapaz de autocontrolarse; reconocer la inexistencia o en todo caso la ineficacia de la *fuerza de voluntad*; es absurdo exigirle que se comprometa con el tratamiento o que *ponga de su parte*; es inútil esperar que haga conciencia de adicción antes de los dos años de tratamiento como mínimo. No basta comprender, saber o creer que se encuentra enfermo; es necesario sentirlo profundamente. Con mucho, es una falacia creer que *todo depende de él*, o que puede cesar su adicción *por sí solo*; no permanecer *ciegos, sordos, o zombis*; no esperar que *toque fondo* porque la adicción suele avanzar implacablemente.

Adquirir un compromiso total con el tratamiento. No ocultar, negar ni minimizar el problema adictivo; por el contrario, proce-

der con transparencia; no poner obstáculos ni oposición irracional, dejar de lado las racionalizaciones; liberarse del prejuicio del: *que dirán* o de la creencia de *ya lo sé*; no ocultar la adicción por temor a que el enfermo pierda su trabajo; optar y garantizar la plena entrega de la familia al tratamiento; erradicar los juegos adictivos, juegos de azar, juegos de perdedor, juegos tanáticos, rol de víctima o rol de salvador; deshechar la creencia que sólo la medicación lo va a curar; tener fe, confianza y esperanza en el tratamiento; cesar el consumo de drogas legales en el hogar; descartar el endosamiento fácil e irresponsable; aceptar que la familia también se encuentra enferma; no simular estar de acuerdo con el tratamiento cuando en realidad se está en contra; comer para vivir y no vivir para comer; aceptar que el tratamiento es a largo plazo y que no hay cura mágica, milagrosa, breve ni fácil. Conducirse con perseverancia y tranquilidad; ser conscientes que la familia es *responsable* más no *culpable* de las adicciones; y, aplicar estrictamente el programa terapéutico, administrar la medicación, acudir regularmente a las citas y efectuar el saneamiento ambiental.

- Ceser el poder del enfermo. No caer en diálogo necio con él ni atender su *música celestial*; descalificar sus manipulaciones, seducciones o simulaciones; dejar de ser posesos (poseídos por el enfermo); no *endiosarlo* ni creer que es un genio o un ser intocable; no suministrarle dinero ni facilitarle su obtención; separarlo de las compañías malsanas, de los amigos; desaprobar su soberbia, suprimirle las gollerías; *cortarle las alas*.

- Asumir el poder familiar, estableciendo normas, reglas de juego claras y límites

bien definidos; procediendo con coraje, firmeza y decisión. Acabar con la permisividad, complacencia, tolerancia ilimitada, rigidez excesiva, autoritarismo y la sobreprotección. No hacer concesiones ni proceder con injusticia. Sancionar proporcionalmente las trasgresiones y abusos del adicto. Tampoco, permitir interferencias ajenas.

- Desactivar la pirámide adictiva; cambiar el ambiente social y eliminar el contacto con el círculo de amigos; modificar los estilos de vida personal y familiar insanos; cesar la co-adicción; privar al adicto del uso de todo tipo de drogas, de las conductas adictivas y de los juegos patológicos; prodigándole protección ambiental, social y familiar continua.

- Reeducar a la familia para la práctica de una comunicación abierta, transparente y cordial; prodigarse afecto, caricias y establecer contacto visual continuo; desarrollar hábitos y estilos de vida saludables, desechando los malsanos; enseñar a vivir sin drogas, a organizar el tiempo en forma útil y a practicar el disfrute sano; capacitar para la competitividad, la productividad y el éxito; cultivar activamente la espiritualidad y la cultura creativa; estimular el esfuerzo y el anhelo de triunfar; enseñar a valorarse como seres humanos; estimular el desarrollo de la madurez en los miembros de la familia; lograr una vida familiar armónica, saludable y gratificante.

REHABILITACIÓN INTEGRAL:

Dentro del proceso de reeducación, la rehabilitación integral se constituye en unos de los pilares que viabilizan el éxito

terapéutico, asegurando de este modo la reinserción social del paciente.

Ello, implica rehabilitación así como reinserción de la persona, no sólo al ámbito social y laboral; sino principalmente al entorno familiar, el cual es el primero en ser afectado seriamente en la dinámica adicto-familia .

En el Modelo Familiar se prioriza la activa participación de la familia, la misma que deberá comprometer a todo el núcleo familiar y desarrollar la cooperación mutua; promover activamente la reinserción progresiva del paciente en el área académica, laboral y social; asistir regularmente a las consultas médicas y cumplir estrictamente con el programa terapéutico; supervisar estrechamente la terapia ocupacional en el domicilio (grafoterapia, arteterapia, lectura educativa, lectura informativa, lectura electiva, lectura espiritual y terapia de silencio electrónico); proteger al paciente en sus salidas del domicilio hasta que desarrolle autonomía responsable; supervisar el manejo del dinero hasta que aprenda el ahorro y el uso adecuado del mismo y estimular al paciente a ejercer progresivamente su libertad individual con responsabilidad. Otro aspecto importante, es descubrir y facilitar el desarrollo vocacional del paciente, a través de una adecuada evolución de la misma, que favorezca el proceso de capacitación, rehabilitación o el desarrollo de habilidades específicas. Por otro lado, también se induce a que el paciente elabore su proyecto de vida personal. Igualmente, se procura reinsertarlo en una dinámica social saludable y se asegura la continuidad del proceso de rehabilitación hasta su culminación.

El proceso de rehabilitación integral también comprende el desarrollo de los miembros de la familia hasta el logro de la madurez, estabilidad y cohesión; así como la restauración de la imagen del grupo familiar reinsertándolo a un contexto social saludable.

SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO

Las actividades de seguimiento comprenden: estar alerta al quehacer cotidiano del

paciente observando cualquier conducta regresiva y de riesgo; evaluar con él las consecuencias de los actos personales, la experiencia en sí y cómo él afronta las situaciones que implican algún riesgo de recaída; asegurar la preservación de los logros obtenidos en el proceso terapéutico, de rehabilitación y reeducación; acompañar al paciente al control médico semestral; estimularlo activamente para el logro de su realización personal y obtener su alta definitiva.

REFERENCIAS

- (1) NIZAMA M. Modelo ecológico de tratamiento de la adicción. *Anales de Salud Mental* 1992. Vol VIII N° 1 y 2:27-45.
- (2) SAAVEDRA A. CACHAY C. ANGELES V. SANEZ Y. MAGAN MA. PONCE ME. LAVARELLO H. GONZALES. VALDIVIEZO G & ZUMARRIVA G. Modelo biopsicosocial para el afronte de pacientes fármacodependientes. *Anales de Salud Mental*. 1991. Vol VII: 47-60.
- (3) AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV)*, APA, Washington D. C. 1994.
- (4) WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Tenth Revision of the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. Chapter V: Mental and Behavioral Disorders*. Ginebra. 1992.
- (5) NIZAMA M. *Tratamiento ecológico de la dependencia de drogas*. Imprenta Valdivia. Lima. 1992.
- (6) NIZAMA M. Estudio fenomenológico descriptivo de 120 pacientes dependientes principalmente a pasta básica de cocaína. *Anales de Salud Mental*. 1991. Vol VII. N° 1 y 2: 1-31. Lima.
- (7) SAAVEDRA A. Epidemiología de la dependencia a sustancias psicoactivas en el Perú. *Revista de Neuro-Psiquiatría*. 1994. 57: 150-169.
- (8) NIZAMA M. Morbilidad y Comorbilidad Adictiva en 227 casos de dependencia de drogas. Departamento de Farmacodependencia del Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi". Resultados preliminares, 1995.
- (9) NIZAMA M. CACHAY C. SAAVEDRA A. ANGELES V. SANEZ Y & HUANCA L. Adicción a Sustancias Psicoactivas: Glosario. *Revista de NeuroPsiquiatría*, 57: 181-201, 1994
- (10) NIZAMA M. Problemática de la dependencia de drogas: un enfoque holístico. *Acta Médica Peruana*. 1992. Vol XVI. N°2. Lima.

(11) NIZAMA M. Algunos aspectos clínicos del dependiente de drogas. Acta Médica Peruana. 1991. Vol XV. Nº 3-4. Lima

(12) CABELLO C. ORDOÑEZ C. VALLEJO J. GUEVARA W. MONTOYA P & CARBAJAL E. Drogadependientes, reinserción laboral. ICARES Editor. Fondo Editorial de la Pontificia Universidad Católica del Per. Lima 1993.

(13) NAVARRO R. Cocaína. Aspectos clínicos, tratamiento y rehabilitación. Ediciones Libro Amigo. Lima. 1992.

(14) NIZAMA M. AREVALO J. DE LOS RIOS H. PE-A M & ASPAJO H. Proyecto de un Servicio de Farmacodependencia en el Centro de Rehabilitación del Enfermo Mental de Iquitos. Anales de Salud Mental, 1993. Vol IX. Nº 1-2:161-175. Lima.

(15) NIZAMA M. CACHAY C. SANEZ Y & LAVARELLO H. Proyecto de un Plan Nacional para la Prevención, Tratamiento, Rehabilitación y Seguimiento de las Adicciones. Revista de Neuro-Psiquiatría. 1994. 57:27-45. Lima.

Dirección Postal: Alfredo Salazar 314. Oficina 303 - Lima 27

Dirección Electrónica: maniva @ amauta.rcp.net.pe

PRUEBA DE CONOCIMIENTOS**23) La actitud que muestra la familia en relación al tratamiento del adicto:**

- a) 30% no lo busca, 30% lo obstruye, 40% facilita el éxito
- b) 65% lo obstaculiza, 30% lo evade, 5% facilita el éxito definitivo
- c) 50% lo facilita, 50% no lo busca o lo obstaculiza
- d) 65% lo evade, 30% lo obstaculiza inconscientemente, 5% facilita el éxito definitivo
- e) Ninguna de las anteriores.

24) Marque verdadero (V) o falso (F) según corresponda:

- () La adicción es una enfermedad biogenética, volitiva, crónica y pandémica
- () Estimaciones conservadoras informan que en la actualidad habría en el país entre un millón y un millón doscientos mil alcohólicos
- () El impacto familiar del alcoholismo afecta alrededor de cuatro millones de personas, según estudios conservadores.
- () El autor halló en su estudio en fármacodependientes: antecedentes familiares de adicción en 20% de ellos, y antecedentes de adicción familiar múltiple en 10%
- () La evolución psicosocial de las adicciones cursa por 4 fases: encubierta, negación familiar, abierta y terminal

25) El autor propone la intervención de la familia en la prevención a través de:

- a) Educación familiar humanística, calidad de vida, sólida cohesión familiar
- b) Formación espiritual del niño, elección de pareja idónea, paternidad-maternidad responsable
- c) Desarrollo de una personalidad madura en los miembros de la familia, hábitos de vida organizados
- d) Familia saludable, promoviendo la armonía familiar, respeto y buen trato, sano esparcimiento
- e) Todas las anteriores

26) La familia interviene en el tratamiento del adicto a través de :

- a) La detección precoz del adicto encubierto
- b) El manejo terapéutico familiar
- c) a + b
- d) Ninguna de las anteriores

27) El quehacer terapéutico del Modelo Familiar se basa en los siguientes supuestos, excepto:

- a) El adicto es un enfermo de la voluntad y carece de conciencia de enfermedad
- b) La familia es el eje principal del tratamiento
- c) El tratamiento es a largo plazo y consiste en la reeducación individual y familiar
- d) El objetivo del programa terapéutico es desarrollar la madurez de la personalidad del paciente y lograr una familia saludable
- e) Ninguna de las anteriores.