

ACEPTACION DE LA TERAPIA FISICA POR EL PACIENTE FARMACODEPENDIENTE

Raquel PEREZ (*)

INTRODUCCION

El uso de sustancias psicoactivas en el Perú ha ido en aumento desde la década del 70. Así, en relación al alcohol, el consumo per cápita expresado en alcohol absoluto fue, en 1970, de 7.22 litros, mientras que en 1980 fue de 7.65 litros por persona (1). En la actualidad, se calcula que existe en el país aproximadamente un millón de alcohólicos y el impacto familiar generado de este problema podría estar afectando a 4 millones de personas (2), que sumados a la cifra anterior constituye casi la cuarta parte de la población nacional, afecta por el problema del alcoholismo. Con respecto a otras sustancias psicoactivas, existen diversos estudios a nivel nacional, de encuestas en hogares realizados en los años 1986 (3) y 1988 (4); y en colegios secundarios (5).

Consiguientemente, el problema de la fármacodependencia constituye un problema de salud pública que sobrecarga los servicios de salud, cuyos recursos son siempre deficitarios, obligando así a los profesionales a desarrollar alternativas de atención que respondan a las necesidades de la población. El Departamento de Fármacodependencia del Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi", en este sentido, utiliza afrontés multidisciplinarios e intervenciones de carácter multimodal (6) en el tratamiento de los adictos .

En el área de la terapia física, de otro lado, se dispone cada vez más de datos sobre la positiva influencia del ejercicio sobre el individuo, haciéndolo sentirse bien, mejorando su salud, su aspecto y capacidad física y de relajación. Adicionalmente, tal terapia modifica también las curvas de envejecimiento en diversos aspectos tanto físicos como mentales (7).

En lo que respecta a la terapia física aplicada a los pacientes fármacodependientes, la literatura demuestra importantes hallazgos que la señalan como una estrategia efectiva para la reducción de la probabilidad de recaída en el paciente fármacodependiente. Se sabe que la práctica regular del ejercicio reduce la sensación de privación y pérdida que acompañan a la terminación del patrón adictivo (8), gracias a la sensación de bienestar y placer que produce facilitando, de este modo, la transformación de hábitos negativos de vida en positivos (9).

(*) Terapeuta Física, Departamento de Fármacodependencia INSM "HD-HN"; Profesora Universidad Nacional Federico Villareal

Como resultado de la ejecución de las actividades físicas se obtiene una variedad de beneficios tanto a nivel físico como psicológico-espiritual. Las respuestas corporales incluyen, a nivel muscular, la disminución de las mialgias y de la fatiga, frecuentes en los pacientes alcohólicos (10). A nivel miocárdico, incrementa el abastecimiento de oxígeno, la disminución del gasto cardíaco, y , mejora asimismo la conducción eléctrica (9).

En lo que respecta al área psicológica, la rehabilitación física favorece la disminución de los niveles de ansiedad y depresión; reduce los períodos de aburrimiento e inactividad; mejora algunas funciones intelectuales (memoria e imaginación) (11); hace al paciente más receptivo a la psicoterapia permitiéndole, además, una mejor organización de su tiempo libre. Adicionalmente, favorece el descanso y la inversión del ciclo del sueño, muchas veces alterado. Si esto es así, no sólo a nivel teórico, sino también en base a las experiencias foráneas, es importante una experiencia nacional sobre el tema.

OBJETIVO

El objetivo general fue determinar la aceptación y la importancia percibida respecto a las actividades de Terapia Física por parte del paciente fármacodependiente. Los objetivos específicos fueron: describir algunas características sociodemográficas y clínicas de pacientes participantes en el programa de terapia física; sus antecedentes de práctica de actividades físicos-deportivas; el grado de deterioro físico a su ingreso al programa; asimismo establecer la regularidad en la asistencia y las causas de inasistencia a la terapia.

METODOLOGIA

El Departamento de Fármacodependencia fue fundado el 3 de febrero de 1988, brinda desde esa fecha atención especializada a través de dos modelos de intervención terapéutica: el familiar y el biopsicosocial.

En el año 1993, se atendieron en el Departamento 164 pacientes, brindándose 2789 atenciones, tanto al paciente como a su familia, en las especialidades de psiquiatría, enfermería, psicología, servicio social y Tecnología Médica (Terapia Física), registrándose la mayor afluencia de pacientes durante los primeros meses del año y luego en mayo.

El modelo terapéutico Biopsicosocial está basado en la consideración que el paciente está ligado, en su condición personal, psicológica y biofísica, a relaciones interfamiliares y sociales. En esta perspectiva, la Terapia Física es inseparable del afronte terapéutico integral.

La población del presente estudio estuvo conformada por 95 pacientes atendidos en Terapia Física (Modelo Biopsicosocial) en el Departamento de Fármacodependencia durante el año 1993.

Se utilizó la Historia Clínica, la Ficha de Evaluación de Terapia Física para pacientes fármacodependientes y el registro de asistencia. Se procedió a la elaboración de la base de datos para su presentación en cuadros. Se usó el chi cuadrado para la prueba de significancia estadística.

RESULTADOS

Características sociodemográficas. Del total de pacientes el (92,6%) fueron varones y el porcentaje restante, mujeres. En el Cuadro N° 1 se presenta la distribución de la población por sexo y edad.

Cuadro N° 1. DISTRIBUCION POR SEXO Y EDAD

Edad	Sexo	Masculino (n=88)	Femenino (n=08)	Total (N=95)
-19		8,0	0,0	7,4
20-29		37,5	28,6	36,8
30-39		42,0	57,1	43,2
40-49		9,0	14,3	9,5
+50		3,4	,0	3,1

En relación a la situación laboral más de la mitad (54,7%) se encontraba desocupado y el porcentaje restante desempeñaba algún tipo de labor. Más de la mitad tenían estudios secundarios (52,6%); algunos años de estudios superiores (40%); y el porcentaje restante nivel primario y analfabeto. En el estado civil, el (56,8%) de los participantes eran solteros, (6,3%) en condición de separados, correspondiendo el porcentaje restante a casado/conviviente. Tres de cada cuatro participantes eran residentes en el Cono Norte de Lima y el porcentaje restante de otros distritos de la capital.

Nivel físico, funcional y psicomotriz. Del total de la población estudiada el (63,2%) informó haber realizado alguna práctica física previa de tipo deportiva, más no el porcentaje restante. Sin embargo, la evaluación inicial en el Programa de Terapia Física reveló que la condición física, funcional y psicomotriz no era bueno en el (76,8%).

Luego de participar en el programa de rehabilitación el (50%) presentó un nivel físico funcional y psicomotriz bueno, siendo el resultado mucho mejor en aquellos con antecedentes de práctica física, tal como se observa en el Cuadro N° 3.

Cuadro N° 2. NIVEL FISICO Y FUNCIONAL INICIAL POR CARACTERISTICAS SOCIO-DEMOGRAFICAS

Características Sociodemográficas		Nivel Físico/funcional Bueno (n=22) %	Malo (n=73) %
Situación laboral:	Trabaja	59,0	40,0
	No trabaja	41,0	60,0
Instrucción:	Analfabeto	0,0	1,3
	Primaria	0,0	8,0
	Secundaria	59,0	50,7
	Superior	41,0	40,0
Estado civil:	Soltero	50,0	59,0
	Casado	50,0	33,0
	Separado	0,0	8,0
Procedencia:	Cono Norte Lima	86,0	74,0
	Otros distritos	14,0	26,0

Cuadro N° 3 NIVEL FISICO FUNCIONAL POR ANTECEDENTE DE PRACTICA FISICA

Antecedente práctica física	Nivel físico/funcional Bueno (n=22) %	Malo (n=73) %
Actividad física regular	82,0	58,0
No actividad física regular	18,0	42,0

Cuadro N° 4 NIVEL FISICO/FUNCIONAL INICIAL Y ACTUAL

Actual \ Inicial	Bueno (n=22) %	Malo (n=73) %	Total (N=95) %
Bueno	95,0	35,0***	50,0
Malo	5,0	65,0	50,0

*** p < 0.001

Cuadro N° 5 NIVEL FISICO/FUNCIONAL ACTUAL POR REGULARIDAD EN LA ASISTENCIA AL PROGRAMA

Asistencia \ Nivel físico/funcional	Bueno (n=47) %	Malo (n=48) %	Total (N=95) %
Asiste	76,6	45,8**	61,0
No asiste	23,4	54,2	39,0

** p < 0.01

En relación a la regularidad de la asistencia a la terapia física el (61%) lo hizo y (39%) no, siendo el nivel físico funcional bueno en el (76,6%) de los que asistieron regularmente. Entre las causas de inasistencia, lo más frecuente fue la falta de motivación por el programa (59,5%); seguido de hospitalización en una Comunidad Terapéutica (8,1%); derivación a otros servicios (5,4%), y viaje al extranjero (2,7%).

Entre las características clínicas, el (77,9%) inició el consumo de sustancias psicoactivas antes de los 19 años, el (18,9%) entre los 20-29; y el porcentaje restante, entre los 30-39 años de edad. El (67,4%) era consumidor de una sola droga y el (32,6%) multi-dependiente. Entre los tipos de sustancias consumidas: PBC por el (31,6%); alcohol y PBC (31,6%); alcohol (26,3%); cocaína (2,1%) y benzodiazepinas (2,1%); codeína (1%) y otras sustancias (5,3%).

COMENTARIOS FINALES

Los beneficios de la terapia física resultan evidentes en este estudio. Así, en la evaluación inicial el nivel físico funcional y psicomotriz era bueno sólo en el (23%) y luego de la terapia física este porcentaje aumentó al (50%). En posteriores estudios se indagará sobre otros factores, además de la inasistencia, que expliquen la falta de mejoría del nivel físico funcional, a fin de hacer ajustes en el programa orientados hacia una mayor efectividad.

REFERENCIAS

- (1) ALMEIDA M. La investigación del alcoholismo en el Perú en los últimos 30 años: 1956-1986. *Revista de Neuropsiquiatría*, 1987; 50:116-128
- (2) SAAVEDRA A. Epidemiología de la fármacodependencia en el Perú. En *Curso de Alta Especialización en Fármacodependencia*. Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi". Lima, 1989
- (3) JUTKOWITZ JM, ARELLANO R, CASTRO DE LA MATA R, DAVIES PB, ELLINSON J, JERI FR, SHAYKOFF M & TIMANA J. Uso y abuso de drogas en el Perú: Una investigación epidemiológica en el Perú urbano. Centro de Información y Documentación para la Prevención del Abuso de Drogas. Monografía de Investigación N° 1. Lima, 1987
- (4) FERRANDO D. Uso de drogas en las ciudades del Perú. Encuesta de hogares, 1988. CEDRO Monografía de Investigación N° 5. Lima, 1990
- (5) FERRANDO D. Conocimiento y uso de drogas en los colegios de secundaria. Encuesta nacional 1992. Ministerio de Educación. COPUID. Lima, 1992
- (6) SAAVEDRA A. Modelo biopsicosocial para el afronte del paciente fármacodependiente: experiencias iniciales. *Narcotráfico Internacional. Una respuesta peruana*. Oficina Ejecutiva del Control de Drogas. Lima, 1993
- (7) DINUBILE N y colab. *Clínicas de Medicina Deportiva*. Editorial Panamericana. Madrid, 1991
- (8) MARLATT A. Lifestyle modifications. En *Relapse Prevention*. Marlatt A & Gordon J (eds). The Guilford Press. New York, 1985
- (9) LIGA MUNDIAL CONTRA LA HIPERTENSION. *El ejercicio en el tratamiento de la hipertensión*. 1993

(10) PORILD E & LABERG J. Proceeding of the 35th International Congress on Alcoholism and Drug dependence. The effect of physical training on relapse prevention. En Alcoholics. Ragner Waahborg. Oslo, 1988

(11) LINDERMAN K y colab. Tratado de rehabilitación. Labor SA. Barcelona, 1975