Consideraciones y fundamentos para una terapéutica profesional de las adicciones

Souza y Machorro M*

RESUMEN

Se revisan brevemente algunos problemas de la porción terapéutica actual de las adicciones –la menos explorada en el país, en términos de su estudio formal reflejado en publicaciones nacionales–, desde el marco de la observación operacional de la función clínica, destinada tanto al diagnóstico como a la terapéutica propiamente dicha, la rehabilitación y la prevención. Se describen las áreas de responsabilidad de los profesionales y su actuación en la comunidad, y se ofrecen algunos fundamentos profesionales para la visualización genérica de un programa dedicado al manejo de las adicciones. Se concluye con el ofrecimiento de recomendaciones generales para el manejo de los casos de abuso/adicción de psicotrópicos.

Palabras clave: *adicciones, prevención, rehabilitación.*

Rev Mex Neuroci 2003; 4(5): 326-330

Foundation for a professional therapeutic approach for addictions

ABSTRACT

Some problems regarding the present therapeutics on addictions –the less explored in the country in terms of its formal study reflected in national publications– are briefly reviewed, from the point of view of the operational observation of clinical functioning, dedicates to diagnosis, as well as to the therapeutics itself, to rehabilitation, and to prevention. The responsibility areas for professionals are described, as well as their performance in the community. Some professional bases are given for the generic visualization of a program focused to treatment of addictions. It ends with the offering of general recommendations for the treatment of abuse/addiction to psychotropic cases.

Key words: *adictions, prevention, rehabilitation.*

Rev Mex Neuroci 2003; 4(5): 326-330

Puedo resistirme a todo, excepto a la tentación...

O. WILDE

Una parte del problema terapéutico de las adicciones, radica en el ánimo divergente que produce entre el personal de salud, en ellos sólo unos cuantos disponen de preparación formal. El resto –bajo el aval discrecional del estado– actúa con el favor de su experiencia subjetiva y la mayor parte lo hace desde el empirismo, sin bases observacionales confiables que crean confusión, iatrogenia y charlatanería. La otra parte se liga a la diversidad de modelos empleados, que no contribuyen a integrar la unidad funcional que ofrezca la respuesta eficaz que el problema requiere. Se han empobrecido las acciones diagnósticocurativas en la negligencia al uso de instrumentos diagnósticos. Además, la irregularidad en el uso de expedientes, la pobre resocialización de pacientes vía supervisión y evaluación de programas, la mala calidad de la psicoterapia empleada y la deficiente farmacoterapia empleada, no permite que los esquemas prevalecientes progresen al ritmo de la demanda asistencial operativa. Ello evade, soslaya y desacata la normatividad, especialmente entre ciertos grupos que continúan concibiendo el manejo en términos de penitencia o castigo. Dada la magnitud del problema y sus características, persisten escollos a librar: el papel de la mitología predominante y la desinformación que la acompaña y distorsiona, y el inadecuado uso de las herramientas técnicas para combatir esta patología, que se liga al fomento de una visión terapéutica plena de recursos teórico-prácticos capaz de hacer tal labor, en el marco de conocimientos y destrezas que distingan su carácter profesional. Tales deficiencias se agravan por la omisión, por ignorancia o inapropiado uso de la CIE-10 como clasificación oficial.[1] Es imprescindible la intención normativa de la salud y la utilización de un modelo profesional integral, que: Abarque el problema y su comorbilidad, del manejo agudo a la abstinencia prolongada. Ubique funcionalmente cada uno de los esfuerzos de los que se dispone contra la historia natural de la adicción en el lugar de su óptima aplicación, para realizarse conjunta y armónicamente en los planos inter y transprofesional. Jerarquice la importancia de cada esfuerzo en el orden teórico-

** Psiquiatra, psicoterapeuta y psicoanalista. Director General de la Clínica Hacienda San Dionisio. Emiliano Zapata 14. San Dionisio Ocotlán, Oaxaca. México. Tels: (01 951) 522 7123 – 522 7128. souzaym@hotmail.com.*

práctico de su indicación, utilidad y beneficio. Ello demanda preparación organizada de recursos humanos y materiales, y actualización constante supervisada con criterios de vanguardia. El gremio psiquiátrico-psicoterapéutico reclama profesionalización, experiencia y asesoría al personal; establecimiento de un cuerpo colegiado que avale la participación de cada grupo, en pro de la eliminación de la iatrogenia y la mejoría de la calidad de la atención.[2] Por tanto, deben considerarse requisitos para la terapéutica de los trastornos por consumo de psicotrópicos el que los profesionales dedicados a su manejo asistencial, tomen conciencia de sus propios puntos de vista sobre los papeles relativos a su responsabilidad personal laboral tanto como de las fuerzas que quedan fuera de su control, en el inicio y progresión de la recuperación a corto y largo plazos de tales trastornos. La responsabilidad de los profesionales dedicados al manejo clínico terapéutico y rehabilitatorio de las adicciones muestran distintas perspectivas. Las principales perspectivas terapéuticas son modelos que integran los aspectos biopsicosociales y se apoyan en los grupos de Ayuda Mutua, los grupos religiosos e incluso la visión de los aspectos judiciales, comunes en estos pacientes. Los factores que restringen o facilitan la responsabilidad personal en la enfermedad adictiva, su comorbilidad y complicaciones, incluyen:

1. Pobre o nula conciencia de falla o enfermedad (mental).
2. Conocimiento de una predisposición genética y la interpretación que los pacientes y familiares de éstos, hacen del trastorno.
3. Antecedentes familiares de automedicación, consumo abusivo y adicción a psicotrópicos.
4. Comprensión del proceso adictivo en términos de enfermedad; las condiciones psiquiátricas y/o médicas de la comorbilidad.
5. Adecuación de redes de apoyo.
6. Naturaleza del entorno psicofamiliar vivido en la infancia.
7. Grado de tolerancia hacia la automedicación, el abuso de sustancias y la dependencia y
8. Contexto sociocultural de los pacientes y la disponibilidad social de tratamiento adecuado en las comunidades.

Por otro lado, el grupo de factores que afectan la responsabilidad social son:

1. Grado de disponibilidad social de las drogas (compraventa).
2. Redes de tráfico y distribución.
3. Nivel social de tolerancia para el consumo de éstas en las comunidades.
4. Forma de abordaje o modelo empleado para conceptualizar judicialmente el problema (castigosanción *vs.* tratamiento).
5. Rechazo habitual de los individuos afectados al tratamiento debido a su ignorancia y prejuicios.
6. Despliegue de medidas informativas y educativo-preventivas, y de evaluación clínica temprana.
7. Existencia de programas comunitarios, disponibilidad, diseño, cobertura y alcances.
8. Existencia de programas educacionales a nivel escolar y laboral en la comunidad, el grado de acceso del que se disponga al tratamiento ambulatorio y en su caso residencial, en la localidad, entre otros.[3]

A efecto de la visualización de los fundamentos para un programa, se enlistan algunas consideraciones prácticas de aceptación universal:

1. Los síndromes adictivos de intoxicación y abstinencia, así como la dependencia a los psicotrópicos y otras sustancias de abuso, requieren de encuadre teórico para su visualización y desarrollo de acciones prácticas.
2. La patología adictiva es una nosografía psiquiátrica de la OMS.
3. El estudio de la patología adictiva y su comorbilidad requieren de un ordenamiento conceptual que la haga cognoscible y accesible, a quienes la estudian y padecen.
4. El estudio de la patología adictiva y su comorbilidad es mejor comprendida por su historia natural.
5. El marco epidemiológico de la historia natural de la adicción, conceptúa su etiología multifactorial en la interacción del agente, huésped y ambiente.
6. La historia natural de la adicción, conceptual-mente presenta vertientes complementarias: la ubicación evolutiva las prioridades clínicas y de diagnóstico, y las pautas de abordaje que traduzcan las acciones terapéuticas a desarrollar, según la condición a tratar.
7. La necesidad de organizar y aplicar recursos destinados a alcanzar las metas a cubrir en cada momento de la condición.
8. El esquema psiquiátrico-psicoterapéutico empleado recomienda una actuación profesional de atención personalizada a cada paciente.
9. Con base en la visión epidemiológica de esta patología, se plantean las siguientes directrices:

a. El sustrato biológico de la patología adictiva es neuroquímico.
b. Actitudinal y conductualmente hablando, el abusador/adicto es siempre un peligro potencial para sí mismo y la sociedad.
c. Por tanto, debe ser desmitificado de hábitos y creencias maladaptativas, informado, educado y ayudado a asumir su auto responsabilidad y con los demás, en un esquema autogestivo, a largo plazo y sin culpa, que le permita construir y desarrollar un proyecto de vida saludable.
d. Es preciso desarrollar conciencia de enfermedad mental, para visualizar la estrategia correctiva de la automedicación en los grupos organizados.
e. La personalidad del paciente y otras condiciones psicopatológicas (angustia, depresión, culpa y envidia, etc.) causan desestabilización psicosocial e impulsan el abuso/adicción a psicotrópicos.
f. La relación médico-paciente es esencial para las actividades diagnóstico-terapéuticas y para modificar la patología adictiva, su comorbilidad y complicaciones.
g. La meta de abstinencia permanente y sin concesiones, es el paradigma terapéutico a largo plazo contra la automedicación, el uso, maluso, abuso y adicción a psicotrópicos y otras sustancias de abuso.
h. La autorresponsabilidad del paciente es el pilar de la autogestión, pieza fundamental del tratamiento antiadictivo.
i. Se debe imbuir el espíritu terapéutico de la psicoterapia al paciente y sus familiares, para alcanzar un sentimiento de confianza respecto del cambio que permita dirigir las acciones de cambio hacia el desarrollo de las potencialidades humanas.
j. La "curación" del trastorno adictivo debe ser entendida como remisión de los síntomas y no tanto de la eliminación *ad integrum*, como de la respuesta global que muestre derivada de la estrategia empleada, a través de las acciones emprendidas dirigidas a él y sus familiares.
k. En dicha estrategia el paciente representa la porción decisiva del éxito o fracaso, ya que su participación resistente y sus maniobras de sabotaje, limitan la acción curativa y permiten o no, su reestructuración.
l. La acción confrontante de la estrategia –a menudo interpretada como agresiva–, se dirige contra la sintomatología en términos de un síndrome indeseable, evolutivo y contagioso. No debe entenderse contra la persona o intereses del portador.[4]

En consecuencia, el programa tiene la meta de ofrecer servicios de alta calidad y amplia cobertura, cuya resocialización y mantenimiento prolongado de la abstinencia, permita y fomente el crecimiento personal y comunitario. Profesionalizar la terapéutica adictiva no es sólo dejarla en manos de los profesionales, es formalizar la labor vía conocimiento veraz, que combata la mitología prevaleciente. Es facilitar la pronta recuperación de la salud, con base en lineamientos específicos, en particular en la atención de casos agudos y subagudos de los síndromes adictivos.

Sus actividades deben incluir varios objetivos conectados con el riesgo y daños del proceso adictivo sobre la población, como:

1. Retraso del inicio del consumo exploratorio en los grupos poblacionales.
2. Establecimiento de metas a corto, mediano y largo plazos destinadas a reducir el consumo nocivo, abuso y adicción de psicotrópicos.
3. Disminución del impacto de los problemas derivados del consumo individual, familiar o comunitario.
4. Favorecimiento de la autogestión.
5. Diagnóstico integral (biopsicosocial) que permita remitir la sintomatología y producir y mantener la abstinencia prolongada.
6. Tratamiento individualizado acorde con la nosología internacional.
7. Promoción del logro de la conciencia de enfermedad que sustente el deseo de mantener la abstinencia prolongada.
8. Información científica sobre el problema.
9. Desarrollar la capacidad de solicitar ayuda en caso necesario.
10. Mantener el propósito de continuar un tratamiento externo a largo plazo (cinco años).
11. Disminuir los factores de riesgo para el consumo de psicotrópicos.
12. Proveer actividades informativas para la educación del paciente y su familia y desarrollo de acciones rehabilitatorias y preventivas a la comunidad.
13. Incrementar y fortalecer los factores protectores del consumo de sustancias.
14. Incorporar a la familia tanto en el tratamiento residencial y su seguimiento.
15. Favorecer el proceso autogestivo al interior de la comunidad, que genere la noción de una vida sana y libre de drogas.
16. Iniciar de modo expedito los procesos de rehabilitación de las áreas afectadas.
17. Desarrollar programas de prevención de re-

caídas y de promoción del crecimiento personal-familiar a largo plazo.
18. Desarrollar programas de investigación epidemiológica, sociomédica y clínica que permitan mejorar la atención del paciente y sus familiares.
19. Ofrecer programas de capacitación profesional y actualización, supervisión clínica individualizada y asesoría profesional a instituciones académicas o de salud y grupos interesados.
20. Generar conciencia individual-familiar-social sobre los efectos nocivos del consumo de psicotrópicos.
21. Disminuir el impacto social asociado al consumo nocivo de sustancias.[4]

En consecuencia, sus metas son:

1. La abstinencia definitiva y total del consumo de psicotrópicos.
2. Remisión sintomática total sostenida de por lo menos 70% de la población atendida.
3. Consolidación de un mejor desarrollo individual, familiar y social.
4. Apoyo a la reinserción comunitaria participativa y productiva.
5. Disminución de las cifras macrosociales de morbimortalidad asociada y otros problemas.
6. Retraso de la edad de inicio en el consumo de sustancias psicotrópicas.
7. Disminución de los costos e incremento de los beneficios de los servicios de atención.
8. Mejoría de los sistemas de diagnóstico y tratamiento a abusadores/adictos.
9. Disminución de la violencia familiar asociada al consumo.
10. Disminución de la morbimortalidad y complicaciones psicosociales asociadas.[4]

Las acciones destinadas al logro de las metas, tras el control farmacológico agudo de los síntomas son: la psicoterapia individual, psicoterapia grupal, psicodrama, cine-debate, círculo de lectura, meditación, actividades culturales, recreativas y deportivas *ad libitum,* grupos de Ayuda Mutua y grupos psicoterapéuticos de información a familias.[4]

La estructuración de un cambio sustancial en la terapéutica adictiva debe considerar:

1. El mejoramiento de los procedimientos básicos de recolección de información con base en la NOM.[5]
2. Uso sistemático de la historia clínica especializada.
3. Revisión de los preceptos que guían el trabajo, actualización e incorporación de los criterios de validez comparativa internacional, como formato oficial para los documentos institucionales.
4. Promoción de una adecuada formación y actualización continua del personal.
5. Promoción de la investigación clínica que vigorice la enseñanza profesional del campo y reoriente las políticas de servicio y el conocimiento de los niveles de complejidad de la enfermedad.[6-8]

En consecuencia, en la atención de un caso se debe solicitar:

1. Que el responsable establezca lo más precozmente posible un diagnóstico antes de recomendar y desencadenar las maniobras correctivas.
2. Discrimine entre las sustancias de abuso y adicción responsables de la condición que enfrenta y sus consecuencias.
3. Establezca un grado de severidad aproximado del caso, así como los diagnósticos diferenciales y la comorbilidad adictiva y psiquiátrica.
4. Señale las variantes posibles de las indicaciones terapéuticas a realizar, incluidas las valoraciones e interconsultas.
5. Evalúe en la admisión la severidad global del caso y establezca su posible pronóstico.[7,8]

Paralelamente, las recomendaciones psicoterapéuticas para el abordaje inicial de los casos se basan en ofrecer:

1. Retroalimentación específica sobre las áreas vitales dañadas.
2. Énfasis en la responsabilidad personal.
3. Promover una clara advertencia de la tendencia al cambio.
4. Ofrecer las opciones alternativas necesarias.
5. Relación empática como el estilo de la asesoría profesional.
6. Autogestión.
7. Persuasión de que la eficacia de las acciones recae en el interesado.[9]

En conclusión, el reconocimiento temprano del problema, la corrección efectiva y el apego a la normatividad son un imperativo de salud pública, la actuación individual/familiar son objetivo factible y capital para impedir los tradicionales alcances negativos. El autoconocimiento y la autoaceptación del abuso/adicción son elementos preventivo-terapéuticos importantes, que permiten o no, el desarrollo de estrategias para la modificación de hábitos riesgosos. Como el conoci-

miento de la personalidad premórbida del paciente y el manejo inadecuado de sus emociones se liga a la recaída, es imprescindible la abstinencia a largo plazo, para promover su reincorporación psicosocial y la elevación de su calidad de vida. Dedicación, profesionalismo, tolerancia y respeto son los valores capitales e insustituibles en el ejercicio de esta actividad:[10] el arte, la ciencia y la técnica del hombre al servicio del hombre.[4]

REFERENCIAS

1. *Souza y MM. Enseñanza e investigación sobre adicciones en la Ciudad de México. Psiquiatría. 1998; 2ª. Época; Sept.-Dic., 14(3): 100-6.*
2. *Souza y MM. Las NOM y la profesionalización de la terapéutica de las adicciones. Simposio "Panorama actual, políticas y procedimientos clínico- terapéuticos de las adicciones". XVII Congreso Nacional de la Asociación Psiquiátrica Mexicana, A. C. y Simposio Regional de la Asociación Psiquiátrica de América Latina. Cancún Q. Roo 16-20 Nov., 2001.*
3. *Committee on addictions of the group for the advancement of psychiatry. Responsability and options in drug addiction. Psychiatry Services. 2002; 53: 707-13.*
4. *Souza y MM. Diagnóstico y tratamiento de los síndromes adictivos. Editorial Ciencia y Cultura Latinoamérica. México, 2000.*
5. *Souza y MM. El reto de la auténtica identificación social del alcoholismo. Rev Fac Med UNAM 1990; 33(3): 15-26.*
6. *Souza y MM, Martínez AJ, Mercado CG. Consideraciones sobre la farmacoterapia del alcoholismo. Psiquiatría. 1999; 2ª. Época Ene.-Abr. 15(1): 12-9.*
7. *Tagle OI, Mercado CG, Martínez AJ, Martínez MJ, Souza y MM. Por qué profesionalizar la terapéutica de las adicciones. Psiquiatría. 2000; Época 2 Sept.-Dic.; 16(3): 110-6.*
8. *Souza y MM. El papel de la mitología popular, la semántica y la iatrogenia en las adicciones. Rev Mex Neuro 2001, 2(1): 25-27.*
9. *Monti PM. Colby SM. Brief Intervention for harm reduction with alcohol and older adolescents in a hospital emergency department. J Consult Clin Psychol 1999; 67: 989-94.*
10. *Díaz Barriga SL; Souza y MM. Psicoterapia psicodinámica de las adicciones. Liber@ddictus 2003; 69: 13-6.*