

Una reflexión a la intervención en toxicomanías

PRESENTACIÓN

Atender a la invitación a participar en este evento e intentar reflexionar en torno a la Intervención en Toxicomanías, con la pretensión de tantear el quehacer del psicólogo en nuestro medio, convoca necesariamente a revisar las prácticas realizadas en el campo de la reeducación, el modelo médico-biologista, los modelos de comunidad terapéutica, los programas ambulatorios, la consulta privada y otros que, sin ser del campo del saber de la psicología, han implicado un lugar y una lógica en los discursos sociales, y que quizá hoy, sin exclusión, resultan relevantes con la complejidad vigente del uso de sustancias psicoactivas e incluso de otras adicciones.

En este sentido, resulta pertinente actualmente, en la formación clínica de los psicólogos, reflexionar los elementos teóricos y técnicos de la clínica con toxicomanías, relacionados con la escucha, la observación, el diagnóstico y, por supuesto, las estrategias terapéuticas de la intervención, enmarcados en el quehacer del psicólogo, además de diferenciar las bases conceptuales de la clínica desde los diferentes modelos de intervención existentes en el medio, y en especial, desde las experiencias desarrollados por dichos modelos.

Intentaremos entonces, presentar durante esta jornada los siguientes asuntos:

- Conceptualización
- El lugar del psicólogo clínico
- Direcciones de desarrollo de la clínica
- Diagnóstico del paciente toxicómano
- Plan de tratamiento del paciente toxicómano
- Las psicoterapias

CONCEPTUALIZACIÓN Y CONTEXTO DE ABORDAJE

La clínica de las toxicomanías podría estar sustentada desde la conceptualización que hace Freud al definir la psicoterapia como el procedimiento más antiguo y, donde al inducir un estado de «crédula expectativa», se logra que la disposición psíquica del paciente se convierta en factor influyente en el resultado de cualquier procedimiento. [1] Y en este sentido, el toxicómano es definido como aquel que ha establecido una relación particular con la droga, en la medida en que todos los aspectos de su existencia han sido subordinados al consumo reiterado de una o varias clases de sustancias, y cuya relación de tipo existencial está caracterizada por la autodestrucción progresiva, crisis de valores, vacío existencial y ausencia de sentido de vida. [2]

DESDE EL LUGAR DEL PSICÓLOGO. Indiscutiblemente éste tiene una responsabilidad y una justificación ética y moral en ese proceso de intervención. Es responsable de su decisión enmarcado en la cultura, enmarcado en los diferentes modelos de intervención. [3] El psicólogo parte de la premisa de considerar que el toxicómano es producto de las relaciones sociales, de la interacción del sujeto con los ideales de la cultura, del marco de referencia que conllevó a ese sujeto al uso de sustancias psicoactivas. [4]

Al describir el lugar de las instituciones educativas y estatales, además de los modelos de intervención y entre ellos, el consultorio, los programas ambulatorios, la comunidad terapéutica, la clínica psiquiátrica, se les requiere en la cultura como propuestas con la necesidad de ofrecer alternativas en la aproximación a una propuesta articulada a los criterios de la OMS, pero igualmente se reconoce la creciente demanda de las instituciones y la clínica en general en la intervención de la complejidad de los fenómenos psíquicos, la necesidad de crear y abrir alternativas para el mejoramiento de la calidad de vida de la persona toxicómana y por que no, la necesidad que tiene la sociedad, las instituciones educativas de ubicar «algún» quehacer para los psicólogos.

En los inicios, las propuestas de tratamiento para las toxicomanías en el año de 1.952 y desde la influencia de la misma psiquiatría -con el Dr. Maxwell Jones-, además de la experiencia recogida en institutos psiquiátricos, donde colegas suyos operaban desde 1.946 con un modelo de internamiento similar para enfermos mentales, los equipos clínicos permiten que los pacientes asuman un papel protagónico al encarar responsabilidades y actividades en el proceso terapéutico. [5] El médico y su equipo paramédico, pasan inicialmente de un lugar «activo» a uno «pasivo».

Desde este momento ya hay una «exclusión» simbólica, «marcante», «decisiva» en el modelo institucional. Ya no interesa tanto que el profesional interprete, califique a su paciente,

Esp. **Fabián Orozco Orozco**
Psicólogo USB. Especialista en
Farmacodependencia
Docente-investigador del programa de
Psicología -FUNLAM



Freedom From All Conventions

Pintura. Gouache sobre Papel.
Adevor

diagnostique..., interesa es que "el promotor del proceso curativo, sea el propio enfermo, quien a su vez puede colaborar en la curación de sus compañeros de tratamiento y dentro de los modelos institucionales, cada vez más parecidos a la realidad social convencional". Es así como el "ex - toxicómano" se apropia de un saber que en la actualidad es nombrado como operador de tratamiento y cuya característica constitutiva es haber vivido el consumo y haber pasado por un programa de tratamiento.

Desde la propuesta de Charles Dederich, ya no desde la ciencia, sino desde la experiencia, creyendo en la eficacia y poder del grupo, este vislumbra una posibilidad en el tratamiento de las toxicomanías. Surge pues SYNANON, como primera propuesta de tratamiento institucional para toxicómanos en 1.958 [6] donde los «pares» es decir, los similares en la vivencia del consumo "son los más indicados para asumir una postura terapéutica además de ser considerados privilegiados al contar con un saber sobre la vivencia en la droga" [7]. Su finalidad es mantener a un sujeto estable en la institución y como lo describe Domingo Comas, sin plantearse específicamente los problemas de integración social «externos» [8]. Durante muchos años los equipos clínicos –líderes ex –consumidores aún en proceso y aquellos ya re –socializados-, no permitían el acceso de ningún profesional del área de la psicología a la institución.

Durante las últimas dos décadas y considerando el intento de estandarización de propuestas de intervención en toxicomanías en Latinoamérica a partir de la política antidrogas norteamericana, se posibilita la remisión de algunos residentes, pero fuera del espacio institucional a los consultorios de los psicólogos y se hace para aquellos casos que no se adaptan o son considerados disonantes para la dinámica del Modelo. Posteriormente y a partir de considerarse relevante la presencia del psicólogo dentro de la institución, la Academia se involucra. Esta presencia se establece por las exigencias de las universidades y de las agencias de práctica o de las instituciones gubernamentales con las que se tiene convenios; además por una posición diferente del mismo profesional y por concientización interna de los mismos equipos clínicos – se permite inicialmente en consulta individual pero sin el acceso a los espacios grupales: confrontación, encuentros de la mañana, maratón de terapias o incluso terapias grupales y familiares. [9] Sólo en la última década en Latinoamérica se podría decir, el psicólogo ingresa a la dinámica de los modelos de intervención con toxicómanos con una participación activa en los procesos de los pacientes o residentes puesto que antes se encontraba con la limitación aun de evitar la «disonancia» y el «desencuentro» es decir, ocupando igualmente un lugar de «exclusión» en el marco institucional.

Consecuentemente con lo anterior, las evaluaciones realizadas por practicantes y profesionales de la psicología a partir de experiencias paralelas en sus consultorios privados acerca de las toxicomanías permitieron evidenciar para las instituciones y sobre todo aquellas de corte jerárquico, autocrático, que existían espacios de escucha desde el saber de los "ex-consumidores" pertinente para que otras disciplinas intervinieran igualmente desde otros lugares de escucha; se encontraban dificultades en la articulación a un dispositivo de escucha y trabajo psicoterapéutico, puesto que los pacientes encuentran las alternativas y respuestas en dicho espacio de saber obturando las posibilidades de acceso del psicólogo, además de dificultarse la continuidad de los procesos psicoterapéuticos por la rotación de la población. En este sentido la no formalización del quehacer del psicólogo en los programas residenciales, dificultaba su participación e intervención.

En el caso de las instituciones influenciadas por propuestas pedagógicas europeas, donde precisamente esta pedagogía es la «columna vertebral» de los procesos y sobre todo en los programas para niños y adolescentes usuarios, infractores y contraventores de la ley penal, el lugar de la Academia ocupa un lugar de intervención activa y participativa, además de que su presencia constituye la posibilidad de dinamizar programas de formación y de corte terapéutico. Este es el caso de los programas reeducativos de la congregación de Religiosos Terciarios capuchinos. Es indudable que durante más de 112 años en el mundo y más de 50 en nuestra patria ha sido significativa. Pero no sólo ésta, hablo de la presencia de Proyecto Hombre de Italia, Daytop en estados Unidos y la presencia correspondiente en Colombia que durante los últimos 20 años han desarrollado una labor en las áreas asistencial, preventiva, docente e investigativa. Han intentado y acertado construir propuestas de tratamiento y de intervención que hoy se denomina como mixta, es decir, en los equipos técnicos ex-toxicómanos y profesionales de diversas áreas de la salud.

En el trasegar de estos años, se considera que nos aproximamos a estructurar un programa especializado de tratamiento integral y de «re-socialización» o en términos del I.C.B.F., a una "inclusión Social". Las Instituciones de tratamiento han intentado además aproximarse a una intervención con un enfoque holístico para un problema o una amenaza para la sociedad y donde se constituye así la necesidad de producir un efecto de identificación a un problema común y que desde la psicología habría un sustento para crear en un individuo la esperanza de sanación que contendría la razón de ser como soporte y alternativa social.

EL LUGAR DEL PSICÓLOGO EN LA INTERVENCIÓN INSTITUCIONAL Y EN LA CONSULTA PRIVADA.

Si se parte del concepto de que las intervenciones psicoterapéuticas se presentan en espacios institucionales de carácter cerrado, semicerrado o en los consultorios particulares, es necesario identificar algunos elementos de juicio que permiten igualmente diferenciar el abordaje:

El toxicómano en las instituciones se ve aislado de una serie de factores como la droga, los amigos consumidores, la familia y el dinero entre otros, durante un lapso de tiempo determinado, también es importante considerar que dicho aislamiento ha generado que los pacientes no afronten la realidad social, familiar, emocional y psíquica en interacción con el conflicto social que atraviesa antes del ingreso a la institución. Esta «extracción» o «aislamiento» se ha constituido además en un factor atravesado por lo imaginario y lo simbólico, predisponente y que ha provocado choques con la realidad e incluso, recaídas por la «burbuja» en la que se encontraba.

La idea de que el residente se identifique con el significante «Soy toxicómano, soy drogadicto» y de que en éste pueda nacer la esperanza de superación por su par «resocializado», posibilita la contención del paciente en la institución.

Pues bien, siendo esta descripción la que pretende aportar una posición al quehacer del psicólogo en la clínica, la propuesta institucional plantea lo comunicativo, lo formativo y que en este espacio «desprende» comportamientos, relaciones interpersonales y patrones de respuesta «inadecuados» y aprende otros «más sanos» y «adecuados».

La institución ha llamado su proceso como re-educativo y su visión aquí confluye en cambiar esquemas de comportamiento. La irresponsabilidad, la «inmadurez emocional», es decir, aquello que dificulte la convivencia social. Ello genera la necesidad de pensar en un tercero- el terapeuta o la institución- para posibilitar y facilitar el proceso de tratamiento. Aquel toxicómano como protagonista de un proceso; la elección y permanencia en la terapia es voluntaria, se encuentra con la realidad contradictoria por el efecto de presión, contención y temORIZACIÓN que se vive en la dinámica cotidiana y donde incluso la elección de su afectividad y vivencia de la sexualidad se determina desde el lugar institucional.

“...El farmacodependiente busca el placer y finalmente lo que intenta es no sentir dolor o sentir otra cosa, puesto que su economía psíquica es débil para enfrentar dicho dolor...” [10] . es así como la problemática del uso y/o abuso nocivo de sustancias psicoactivas en el mundo, “...demanda alternativas globales e integradas, dada la multicausalidad entendidas como elementos de un conjunto, que posee una dinámica donde sólo en la medida en que uno se relaciona con el otro, adquiere un sentido verdadero” [11]. Pero no sólo en el tratamiento sino además en la producción y comercialización, lo cual hace necesario pensar en un marco que no fragmente el fenómeno y “...Es así como para el manejo y comprensión del fenómeno de la farmacodependencia, es necesario considerar las variables bio-psico-socio-espirituales”. [12]

En nuestra función como psicoterapeutas institucionales o en consulta privada, es necesario partir de una ética y una moral frente a aquel sujeto que llega a nuestras instituciones en búsqueda de una opción distinta para su existencia. Sólo en la medida en que clarifiquemos qué es lo que ese sujeto espera, desea, busca y quiere; es que podemos ser un medio y cumplir una función en su cura.

La ética nos enseña que es por el respeto al otro y la consecuencia con lo que somos y representamos, que se puede actuar; de una manera eficaz, no involucrando nuestro deseo, sino posibilitando que ese sujeto que sufre, el adicto, se interrogue por su ser y pueda cambiar su hacer y estar en el mundo [13].

La ética nos recuerda que «solo el paciente lo puede hacer» porque el sujeto es el que define en última instancia desde su deber ser quien quiere ser. Sin embargo, el interés de la cultura en cuanto a la intervención psicológica, se centraría en elaborar a partir de sus lineamientos, una adaptación del individuo a la norma social de la cual se encontraba al margen. Si se entiende la identificación como aquello que implica un enlace afectivo a otra persona a quien se quiere imitar, ser como ella, cualquier intervención psicoterapéutica cumpliría una función re-educadora de la personalidad y buscaría mejorar en ella la autoimagen, el autoconcepto, la autoestima y así devolverle al YO las funciones de síntesis y autodominio perdidas durante el proceso de la toxicomanía. Todo lo anterior bajo la mirada del operador e incluso del psicoterapeuta a quien identificarse.

Por tal razón, es responsabilidad ética del psicólogo interrogar si toda toxicómano es un enfermo, o si toda toxicomanía es lesiva para el sujeto; recordemos que para muchos sujetos esta práctica, puede cumplir una función creadora, productiva y en muchos casos cuando es temporal, puede ser un puente entre fases evolutivas a nivel afectivo o cognoscitivo menos maduras y menos eficaces a otras fallas del desarrollo superiores e incluso, mejor adaptadas a la realidad exterior. [14]. Es importante hacer precisión en que no podemos desconocer el impacto que la droga tiene sobre lo real del organismo y sus imprevisibles efectos. Efectos que están determinados por los tres factores etiológicos en los que Freud siempre insistió al momento de concebir en fenómeno. Éstos son el constitucional, el circunstancial y el discursivo.

Cuando el psicólogo penetra en la institución a un tratamiento, debe enfrentarse a una demanda institucional que trata de absorberlo en su discurso, asignándole un lugar y unas funciones específicas. Esta situación lo convoca a responder a tal demanda desde una posición ética.

EL PSICÓLOGO SE ARTICULA A LA INSTITUCIÓN , NO LA INSTITUCIÓN AL PSICÓLOGO .

Una posición ética es reconocer que dentro de la «particular forma de operar» de una institución y de cada modelo particular, la consejería informal es reconocida por tener un real significado y se define como «conversando», además toma lugar en el contexto de evaluación individualizada y Plan de tratamiento.

El residente deberá hacerse al ser mediante el significante, nombrar lo que le pasa y decidir lo que debe hacer en su existencia, responsabilizarse de ella y no seguir culpando al otro.

En conclusión, debe reconocer que su lugar de escucha, es decir, su «respuesta ética» de intervención psicológica, busca rescatar la subjetividad y ofreciéndole al paciente un método distinto.

EVALUACIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE TOXICÓMANO

La idea, entonces, con esta evaluación es compartirles un poco la experiencia que he tenido a partir de la labor como psicólogo clínico en algunas instituciones de corte terapéutico, reeducativo, psiquiátrico y por supuesto, la vivencia en la clínica.

Para pensar el asunto de la evaluación diagnóstica es necesario partir de reconocer las vías para hacerlo y entre ellas la Psicología sustentada lógicamente en los manuales diagnósticos y que se rigen por concebir la toxicomanía como un asunto bio-psico-social de etiología múltiple, además su aparición va a depender del desequilibrio entre las áreas biológica, psicológica y social y cuyas consecuencias van a evidenciarse por la presencia de síntomas físicos, mentales y sociales en los individuos consumidores de estas sustancias.

Sin embargo, esta argumentación no es suficiente para el abordaje del problema, puesto que si bien ella es aceptada por algunos de los que desde el área de la salud y otras áreas afines atendemos este tipo de pacientes, es necesario tener presente que la mayoría de estos individuos no se consideran a ellos mismos como sujetos enfermos y que a nivel social el asunto continúa en muchos sectores siendo abordado más como un problema moral, legal y económico que como un asunto de salud. Para ninguno de nosotros es ajena la utilización de términos despectivos para referirse a estos pacientes, ni tampoco nos es ajeno el hecho de que para muchas personas existe un vínculo constante entre el consumo de sustancias psicoactivas y la delincuencia; por último las implicaciones económicas de este problema tienen que ver no sólo con el tráfico y distribución de estas sustancias sino también con el hecho de que las alteraciones físicas, mentales y sociales de estos individuos muchas veces se reflejan en problemas laborales, siendo constantes el subempleo y el desempleo, afectándose entonces la capacidad de producción del individuo. Lo anterior ha hecho que el consumidor de sustancias psicoactivas haya sido considerado por la sociedad como "un vicioso, un delincuente y un vago" y que por lo tanto se le haya negado uno de los derechos fundamentales del hombre como es el derecho a la salud.

Los psicólogos no hemos escapado de la influencia de estas concepciones erradas de la sociedad en el enfoque de estos pacientes. Es muy significativo, por ejemplo, el hecho de que aún este tema se le de una importancia mínima o nula en los programas académicos de formación en las ciencias humanas en el sentido técnico del fenómeno. Por otro lado, aún los profesionales de la salud han olvidado que al evaluar un paciente, nuestra función no es emitir juicios valorativos, quizá más bien interrogar cual es la relación particular, causal y fenomenológica que el paciente tiene con la droga.

Si partimos del hecho de que aceptamos que el consumidor de sustancias psicoactivas es un sujeto que recurre a consulta para interrogarse por su relación particular con el objeto droga y reconocemos que nuestra función como psicólogos es interrogar su lugar, sus roles o funciones sociales haciendo alusión al sujeto como un sujeto que hace lazo social y tiene una responsabilidad con ese contexto, a la luz de la Psicología Clínica, podemos entonces responder a la siguiente pregunta: ¿Para qué sirve la evaluación clínica de éstos pacientes?

En primer lugar, la evaluación clínica sirve para realizar una elaboración diagnóstica que oriente el plan de tratamiento del paciente. ¿Cuáles diagnósticos son posibles en estos pacientes?

Desde el punto de vista que nos interesa es importante entonces el reconocimiento de intoxicaciones agudas y crónicas, síndromes de abstinencia y la coexistencia de otras enfermedades físicas y mentales.

En segundo lugar, la evaluación clínica nos va a ayudar a definir si el paciente puede asistir a un programa ambulatorio, si es necesario solicitar interconsultas a otras especialidades o si es necesaria su hospitalización.

En tercer lugar, nos permite educar al paciente en el conocimiento de su enfermedad y finalmente nos orienta en la elaboración de un plan de tratamiento.

Una vez que sabemos cuál es la utilidad de la evaluación clínica podemos entonces preguntarnos acerca de cómo se hace dicha evaluación. Esta evaluación no difiere mucho de la evaluación clínica de cualquier paciente y se basa en la realización de un interrogatorio (anamnesis) que involucre el examen físico, mental y social del paciente los cuales que van a llevar a una presunción diagnóstica y a la definición de conductas a seguir.

A continuación desarrollaremos el tema de la anamnesis y pos supuesto, la interconsulta con el médico para evaluar el organismo e intervenir desde ese lugar una desintoxicación si es necesario antes o paralelamente al tratamiento psicoterapéutico. Se consideran los aspectos que tengan que ver con el consumo de sustancias psicoactivas teniendo siempre en cuenta que los síntomas (manifestaciones) y los signos (hallazgos objetivos) son diferentes para cada paciente y van a estar determinados, entre otras cosas, por factores tales como la calidad, cantidad y patrón de consumo de la sustancia; personalidad previa del individuo y circunstancias ambientales.

ANAMNESIS

1. IDENTIFICACIÓN: Se consignan los datos referentes al nombre, edad, sexo, estado civil, escolaridad, ocupación, religión, dirección y teléfono del paciente.

Lo anterior nos permite llamar al paciente por su nombre, y de acuerdo a su edad, escolaridad y ocupación escoger el lenguaje adecuado para un mejor entendimiento con él.

2. MOTIVO DE CONSULTA:

En este punto debemos hacer algunas consideraciones. Recordemos que como ya habíamos mencionado la mayoría de estos pacientes no se consideran a sí mismos como sujetos disfuncionales y con una trastorno o patología y por lo tanto generalmente asisten a la consulta porque es obligatorio dentro de un modelo de atención o porque son remitidos por otras disciplinas. Las remisiones generalmente son hechas por médicos o psiquiatras y en algunos casos por comisarías de familia, el proyecto de auto composición familiar de la Fiscalía y por el Instituto de Bienestar Familiar.

Respecto a estos últimos me parece importante citar al Dr. Carlos Gaviria Díaz : "Es posible que a una persona la sancionen por consumir droga y el reproche se le formule porque se considere que esa conducta es censurable, o que se le diga de una manera eufemística que no es que se le este sancionando sino que es que se le está tratando". Esto es importante porque aquellos pacientes que asisten "obligados" por estas instituciones, colegios o familiares a los programas de tratamiento y que experimentan dichos programas como una sanción tienen pocas probabilidades de aceptar, comprender y aprovechar el tratamiento que se les ofrece. Es decir, el tratamiento como elemento de enganche y alternativa incluso para seguir viviendo es una alternativa interesante.

3. ENFERMEDAD ACTUAL: Aquí se consignan los datos que tienen que ver con las sustancias consumidas. Para cada una de ellas debe consignarse la edad de inicio, fechas críticas y motivación para el consumo, frecuencia actual de utilización de la misma, tiempo máximo de abstinencia y fecha del último consumo. Además deben consignarse los síntomas relacionados con el consumo y la abstinencia.

4. ENFERMEDAD ACTUAL: Aquí se consignan los datos que tienen que ver con las sustancias consumidas. Para cada una de ellas debe consignarse la edad de inicio, fechas críticas y motivación para el consumo, frecuencia actual de utilización de la misma, tiempo máximo de abstinencia y fecha del último consumo. Además deben consignarse los síntomas relacionados con el consumo y la abstinencia.

Debe recordarse indagar por el consumo de cigarrillo y consignar toda la información mencionada.

Por último debe consignarse cuál es la motivación del paciente para asistir al programa.

Esta información nos orientará en la búsqueda posterior de síntomas y signos, y además nos indicará cuál es la principal preocupación del paciente dándonos herramientas para mejorar la motivación del paciente.

A continuación menciono algunos de los síntomas que con mayor frecuencia relatan los pacientes consumidores de sustancias psicoactivas y que incluso tienen que ver en primera instancia con su organismo ya sea desde su reporte o desde el que da el médico:

Síntomas generales: fatiga, mareo, sudoración y cambios de peso.

Cabeza: cefalea.

Ojos: disminución de la agudeza visual, visión borrosa.

Oídos, nariz, boca y garganta: epistaxis (hemorragia nasal), dolor de garganta u oídos, sensación de cuerpo extraño en garganta, cambios en la voz y problemas en la dentadura.

Tórax, corazón y pulmones: dolor torácico, palpitaciones, tos, expectoración y dificultad para respirar.

Estómago e intestinos: falta de apetito, náuseas, vómito, constipación o diarrea, intolerancia a los alimentos, gastritis, hemorragias, dolor abdominal y hemorroides.

Genitales y sistema urinario: alteraciones en la orina, patología en órganos genitales (dolor, lesiones, flujo, etc.), trastornos en el deseo y las relaciones sexuales (problemas de erección, eyaculación, anorgasmia, etc.).

Músculos, huesos y articulaciones: dolores generalizados e inespecíficos.

Piel, cabello y uñas: palidez, fragilidad de las uñas y caída del cabello.

Sistema nervioso: parestesias (calambres, hormigueos, entumecimientos), temblor y alteraciones en la sensibilidad y motricidad.

Estado mental y emocional: nervios, irritabilidad, tensión, ansiedad, depresión, ideación suicida, alteraciones de concentración y memoria y trastornos del sueño.

Esta revisión nos alertará acerca de cuáles son los órganos que pueden estar más afectados y a los cuales debemos prestar más atención durante el examen físico.

Pero además todos los síntomas que tienen que ver con las alteraciones en su vida psicosocial y en lo concerniente principalmente con lo insoportable para el otro (familia, instancia laboral, social), la presencia de una persona que comienza a ser disfuncional con las actividades y funciones sociales como parte de un contexto particular o institucional determinado.

5. ANTECEDENTES PERSONALES:

Acá se consignan las enfermedades que el paciente ha sufrido durante su vida, cuáles de estas han ameritado hospitalización y si actualmente toma alguna medicación.

Los antecedentes por los cuales debe preguntarse son:

Infecciosos: virosis de la infancia, tuberculosis, hepatitis, enfermedades de transmisión sexual y otras.

Traumáticos: accidentes, lesiones por cualquier tipo de arma, fracturas y trauma encéfalo-craneano.

Quirúrgicos: antecedentes de cirugía.

Tóxicos: ocupacionales, alimentarios, sobredosis de sustancias psicoactivas e intentos suicidas con

tóxicos.

Alérgicos: ambientales, medicamentosos, etc.

Psiquiátricos: diagnóstico, tratamiento, hospitalización.

Otras enfermedades: hipertensión arterial, cardiopatías, diabetes, etc.

Cuando se evalúan pacientes mujeres también debe realizarse una historia gineco-obstétrica que contenga los siguientes datos: Edad de la menarquia (primera menstruación), fecha de la última menstruación, número de embarazos y abortos, condiciones de los partos, fecha del último parto, método de anticoncepción utilizado, fecha y resultado de la última citología vaginal, examen de mamas y la presencia de sintomatología a este nivel.

Todos estos datos nos brindan información acerca de cómo ha sido el estado de salud del paciente, permitiéndonos saber cuáles de las enfermedades padecidas por él pueden ser producidas o agravadas por el consumo de sustancias psicoactivas. También nos permite conocer cuál ha sido su respuesta a diferentes modelos de tratamiento. Respecto a los medicamentos podemos saber si la medicación y la posología son adecuadas para la patología, si el paciente esta abusando de algún medicamento y puede alertarnos acerca de las posibles interacciones que puedan presentarse en el caso de ser necesaria alguna intervención farmacológica.

6. ANTECEDENTES FAMILIARES:

Debe interrogarse acerca de la presencia de las siguientes enfermedades en los familiares cercanos: hipertensión, cardiopatías, enfermedades cerebrovasculares, diabetes, asma, tuberculosis, epilepsia, cáncer, trastornos mentales, alcoholismo y abuso de sustancias psicoactivas. Con esto se pretende determinar la influencia de patologías familiares en el estado actual de salud del paciente.

7. HISTORIA PERSONAL Y SOCIAL:

Los datos que deben consignarse aquí son los siguientes:

- Número de hermanos, cantidad de hombres y mujeres, fallecimientos y lugar ocupado por el paciente entre los hermanos.
- Padres, debe indagarse por la edad, la ocupación y la relación del paciente con ellos.
- Cónyuge o compañero, edad, sexo, ocupación y relación de pareja.
- Número de hijos, edad, sexo y calidad de la relación.
- Nivel socio-económico: ocupación, condiciones de la vivienda, etc.
- Vida sexual: cantidad y calidad de compañeros, utilización de preservativo, grado de satisfacción con las relaciones sexuales.
- Alimentación: cantidad y calidad
- Deporte: tipo y frecuencia.
- Cafeína: cantidad y frecuencia.
- Conductas delictivas: tipo de delito y pasado judicial.

Los hábitos y vida social del individuo nos informan acerca de cómo estas áreas pueden estar contribuyendo a la aparición y perpetuación del problema de consumo y de los síntomas que se están evidenciando en ellas, además son de mucho valor en la evaluación de la personalidad del paciente

EXAMEN FÍSICO

1. DESCRIPCIÓN GENERAL (Giraldo, Ana María 1997)

Además del examen físico el cual se inicia desde medicina, donde se evalúan los SIGNOS VITALES, y donde el reporte regular de esta disciplina es alteraciones de los mismos y los cuales pueden igualmente estar relacionados con la ansiedad que le produce al paciente la evaluación médica o los consumos frecuentes. Además de cabeza y órganos de los sentidos donde los pacientes llegan con hematomas de traumas encefalocraneanos recientes o lejanos; evaluación de los OJOS y en especial la irritación y en el fondo del ojo la ambliopía producida por el tabaco y el alcohol.

- OÍDOS, NARIZ, BOCA Y GARGANTA: Varias de las sustancias psicoactivas son muy irritantes para estas áreas, siendo común el hallazgo de patología inflamatoria e infecciosa.

En los pacientes consumidores de cocaína por vía inhalatoria es muy constante la congestión, ulceración y señales de sangrado en la mucosa nasal.

Como ya habíamos mencionado en la revisión de sistemas son usuales los problemas dentales tales como mala higiene, caries y falta de piezas dentarias.

- CUELLO: Debido a lo anterior también se encuentran a menudo adenopatías (ganglios inflamados) a este nivel.

- CARDIOPULMONAR: En este punto del examen debemos determinar si las alteraciones sobre el pulso, la presión arterial y la frecuencia respiratoria están relacionados con problemas a nivel

cardiopulmonar evaluando la presencia de arritmias, soplos, cardiomegalia, alteraciones respiratorias, broncoespasmo, o signos infecciosos a nivel pulmonar.

- MAMAS: Este examen debe realizarse tanto en hombres como en mujeres, recordando que sustancias como el alcohol, la marihuana y la cocaína pueden producir ginecomastia (aumento del tamaño del tejido mamario en los hombres)

- ABDOMEN: La inspección, palpación, percusión y auscultación del abdomen permiten descubrir la patología existente a este nivel. Algunos hallazgos comunes son alteraciones circulatorias, dolor a la palpación en diferentes áreas, aumento del tamaño del hígado y trastornos en la motilidad intestinal.

- GENITALES: Con este examen podemos descartar la presencia de lesiones o secreciones que se relacionen con enfermedades de transmisión sexual y en los alcohólicos en ocasiones se detecta atrofia testicular.

- LINFÁTICO: Podemos encontrar adenopatías dolorosas o no, relacionadas con cuadros infecciosos en diferentes órganos.

- OSTEOMUSCULAR: Es usual la presencia de signos relacionados con trauma y secuelas de los mismos.

En pacientes muy deteriorados es evidente la atrofia muscular.

- VASCULAR: en este punto se evalúa la presencia de alteraciones de la circulación.

- PIEL, CABELLO Y UÑAS: Debido a efectos tóxicos de las sustancias o deficiencias nutricionales podemos encontrar alteraciones como palidez, sequedad de la piel, pérdida del vello corporal, fragilidad de las uñas y el cabello.

- SISTEMA NERVIOSO: Este examen debe ser detallado pues muchos pacientes pueden presentar hallazgos que no hayan sido apreciados por ellos.

Debe incluir la evaluación de los nervios craneales y espinales, del equilibrio, de la marcha, de la sensibilidad y la motricidad, de los reflejos superficiales y profundos.

En estos pacientes es frecuente encontrar temblor a nivel de manos, lengua o generalizado; nistagmus (movimientos rítmicos involuntarios de los ojos); parálisis de músculos oculares o faciales;

Alteraciones de la marcha relacionados con trastornos del equilibrio o compromiso de nervios periféricos, etc.

El examen del sistema nervioso debe incluir también la evaluación del estado mental. En LAS INSTITUCIONES HOSPITALARIAS se les practica a todos los pacientes el "minimal test" o "mini-examen mental" el cual además de ser una herramienta ágil y fácil de aplicar, nos brinda información muy valiosa acerca del estado de las funciones cognitivas del paciente. Este examen permite evaluar la orientación en persona, espacio y tiempo, la memoria, la atención y el cálculo, la comprensión verbal y escrita y la capacidad para la escritura y el dibujo. Los pacientes deben responder y realizar ejercicios sencillos que se califican con " 1 " punto si la respuesta es correcta o con " 0 " si es incorrecta; puntuaciones bajas se asocian usualmente con demencias o trastornos psiquiátricos mayores.

En los pacientes consumidores de sustancias psicoactivas se encuentran comúnmente alteraciones en orientación, memoria, atención y cálculo.

El examen del estado mental también incluye la evaluación del estado de conciencia, la capacidad de razonamiento abstracto y juicio y la estabilidad emocional, los cuales no requieren de herramientas específicas y que pueden evaluarse durante todo el desarrollo de la evaluación clínica.

La anterior descripción del interrogatorio y el examen físico no es un esquema rígido ni contiene toda la sintomatología y signología que es posible hallar en los pacientes, sin embargo pretende enfatizar en la necesidad de elaborar historias clínicas completas y menciona aquellos síntomas y signos que con mayor frecuencia observamos en la consulta médica de nuestro hospital.

Una vez realizado el interrogatorio y el examen físico debe tenerse un diagnóstico o presunción diagnóstica que oriente la conducta a seguir.

EXÁMENES DE LABORATORIO

En muchas ocasiones será necesario solicitar exámenes de laboratorio. En este punto también debemos preguntarnos cuál es la utilidad de estas pruebas y tener siempre presente los costos de las mismas, puesto que un gran porcentaje de nuestros pacientes tiene dificultades económicas.

Estos exámenes deben solicitarse para confirmar una impresión diagnóstica o para evidenciar algunas alteraciones que pueden no ser obvias pero que se sabe son frecuentes en este tipo de pacientes; por ejemplo las alteraciones del ácido úrico y el colesterol que se presentan en los pacientes alcohólicos crónicos.

Respecto a los exámenes confirmatorios de consumo de sustancias psicoactivas, éstos deben reservarse para aquellos pacientes con cuadros de intoxicación aguda en los cuales sea necesario clarificar la(s) sustancia(s) implicada(s) para tomar decisiones terapéuticas.

En las instituciones no hospitalarias no se acostumbra solicitar dichos exámenes en los pacientes

que asisten habitualmente al programa porque además de las limitantes económicas que ya mencionamos, consideramos que muchos pacientes cumplen con los requisitos iniciales de vinculación que son: asistir voluntariamente y participar honestamente del programa.

Con alguna frecuencia los padres de familia, directores de colegios y algunos terapeutas solicitan que la realización de estas pruebas para corroborar sospechas de consumo o recaídas. Sin embargo debe tenerse presente que estos exámenes deben contar con el consentimiento del paciente y que ninguna conducta clínica debe ser interpretada como una sanción.

A continuación enumeramos algunos de los exámenes que se deben solicitar y algunas alteraciones comunes:

- Hemoleucograma y Sedimentación: anemia, aumento o disminución de leucocitos, alteraciones en el recuento diferencial de leucocitos, aumento o disminución de plaquetas, aumento de la sedimentación.
- Perfil hepático que incluya bilirrubinas, transaminasas, fosfatas alcalinas y tiempo de protrombina: usualmente alteradas en el paciente alcohólico crónico.
- Perfil lipídico: aumento de colesterol y triglicéridos y diversas alteraciones de las lipoproteínas.
- VDRL Y VIH: Debido a que el consumo de sustancias psicoactivas es una conducta de riesgo para el desarrollo de enfermedades de transmisión sexual estos exámenes deben solicitarse teniendo en cuenta el consentimiento del paciente.
- OTRAS AYUDAS DIAGNÓSTICAS: En muchos casos también es necesario solicitar radiografías, pruebas de función pulmonar, endoscopias digestivas, electrocardiogramas y electromiografías.

La necesidad de otros exámenes se definirá de acuerdo a la patología presentada por los pacientes.

DIAGNÓSTICO

El adecuado desarrollo de las etapas anteriores nos va a permitir la elaboración del diagnóstico. Aquí debemos tener en cuenta la utilización de términos adecuados que describan con la mayor exactitud posible la patología del paciente, pues continúan utilizándose muchos términos que no son aceptados como diagnósticos oficiales.

Para fines terapéuticos y estadísticos es muy importante que las instituciones que trabajamos con estos pacientes utilicemos el mismo lenguaje y en este sentido sería muy útil que todos conociéramos el capítulo de los trastornos relacionados con sustancias del DSM-IV, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.

Como ya habíamos mencionado en estos pacientes es muy frecuente la presencia de comorbilidad tanto a nivel físico como mental y en la mayoría de los es difícil establecer si se trata de patologías previas, agravadas o producidas por el consumo. Desde el punto de vista físico los diagnósticos de comorbilidad que más frecuentemente encontramos son: hipertensión arterial, enfermedad ácido-péptica, dislipidemias, desnutrición crónica, infecciones respiratorias y enfermedades de transmisión sexual.

Desde el punto de vista mental los más frecuentes son los trastornos de la personalidad, los trastornos de ansiedad y los trastornos afectivos.

PLAN DE TRATAMIENTO

La conducta a seguir con el paciente después de conocer su(s) diagnóstico(s) involucra varios pasos:

- EDUCACIÓN: una parte muy importante del tratamiento es la educación que se da al paciente acerca de su enfermedad.

Además existen muchos otros tópicos sobre los cuales debe educarse al paciente tales como: prevención de enfermedades de transmisión sexual, exámenes para detección precoz de cáncer, hábitos alimenticios, deporte, higiene del sueño, etc.

Para nadie es un secreto que la prevención es y seguirá siendo la mejor estrategia en salud, sin embargo seguimos subestimando el papel del médico como educador.

- MOTIVACIÓN: La consulta psicológica y desde el staff o grupo técnico debe ser aprovechada para motivar al paciente a continuar vinculado al programa.

- TERAPIA FARMACOLÓGICA: La decisión acerca de los medicamentos a prescribirse por medicina se hace teniendo en cuenta los diagnósticos, las posibles interacciones con otras medicaciones que el paciente esté recibiendo y las posibilidades económicas del paciente, recordando que es un deber para el médico dar indicaciones claras verbales y escritas acerca de la posología de los medicamentos y sus posibles efectos adversos. También es muy importante recordar ser muy cautos con el manejo de ansiolíticos y tranquilizantes pues es bien conocido el potencial de abuso que puede presentarse en estos pacientes.

- INTERCONSULTAS Y REMISIONES: el estado del paciente va a definir la necesidad de remisiones e interconsultas.

En nuestros programas de comunidad terapéutica y ambulatorios frecuentemente se hacen interconsultas psiquiátricas para definir necesidad de iniciar medicación de este tipo o de hospitalización y capacidad del individuo para asistir a la terapia grupal. En otros casos también se solicita interconsulta a trabajo social para definir la necesidad de iniciar precozmente la terapia

familiar.

Las remisiones más comunes son hacia los servicios de Nutrición y Dietética, Medicina Interna, Neurología y Oftalmología.

- HOSPITALIZACIÓN O PROGRAMA RESIDENCIAL: Esta puede ser necesaria cuando los pacientes presenten cuadros de intoxicación aguda, síndromes de abstinencia de intensidad moderada a severa, gran deterioro físico o cualquier tipo de patología, física o mental, que no sea susceptible de manejo ambulatorio.

- DURACIÓN DE LA EVALUACIÓN CLÍNICA : Después de haber desarrollado el tema, podemos deducir fácilmente que este tipo de evaluación no puede hacerse en 30 minutos, que es el tiempo que actualmente se acostumbra asignar para la atención PSICOLÓGICA desde Los programas de salud y también podemos darnos cuenta que este tiempo va a ser variable de acuerdo al paciente. En el servicio hospitalario en medellín se acostumbra realizar citas de 45 minutos, separadas por intervalos de tiempo (usualmente entre 5 y 15 días) de acuerdo a las necesidades detectadas en la primera evaluación. Esto posibilita que en la segunda consulta se indague por la presencia de síntomas de abstinencia, se revisen los resultados de laboratorio y permite aclarar dudas que hayan surgido durante la valoración previa además de reconocer que un diagnóstico no se realiza en una sesión. La necesidad de nuevas consultas estará determinada por condiciones individuales. Obviamente aquellos pacientes que presentan patologías crónicas tales como hipertensión arterial, diabetes mellitus, artritis, etc., deben ser evaluados periódicamente para garantizar el adecuado control de las mismas. Además hay que abrir los espacios de intervención en proceso terapéutico y no sólo de asesorías a estos pacientes. La psicoterapia no es mágica ni es supresión de síntomas solamente.

En algunos pacientes con síndromes de abstinencia leves a moderados, es posible hacer tratamiento ambulatorio el cual se evalúa y se vigila estrechamente mediante valoraciones médicas diarias.

UN VÍA, LA PSICOTERAPIA BREVE

En 1946 Alexander French afirma: "para que un conflicto neurótico cambie, terapéuticamente tiene que ser vivido en el presente. Sus seguidores comienzan así, a hacer cambios en la duración del tratamiento, y en asignar un papel más activo al terapeuta; teniendo en cuenta que el psicoanálisis era el análisis más largo y más completo, pero que sus resultados no necesariamente eran los mejores.

En 1970 comienzan concretamente a experimentar con cambios técnicos, en la terapia de corta duración.

El crecimiento y demanda psicoterapéutica en las instituciones ha requerido la organización de recursos teóricos, humanos y técnicos para enfrentar dicha actividad. Se avanza pues y en términos de Fiorini... «hacia una psiquiatría social, hacia una comprensión más totalizadora del paciente, con las limitaciones de una experiencia tradicionalmente basada en la práctica privada y su correlativa concepción individualista de la comunidad». [15]

"...Se orienta su intervención hacia la comprensión psicodinámica de los determinantes actuales de la situación de enfermedad, crisis o descompensación..." [16]

Se ocupa de las "condiciones de vida", se alude aquí no solo a la constelación de vínculos interpersonales, sino a condiciones de vivienda, trabajo, perspectivas del futuro, grupo social, familiar y cultural.

La psicoterapia breve organiza sus recursos de modo elástico "principio de flexibilidad" que contrasta con la estructura única de una técnica reglada en un encuadre estricto, como es el caso del psicoanálisis. Este método "flexible" de la psicoterapia se refiere a que pacientes diferentes, necesitan tratamientos diferentes. Se organizan los recursos en función de una evaluación total de la situación del paciente, de su grado de enfermedad y del potencial adaptativo de su personalidad.

Se orienta hacia el fortalecimiento de las áreas del yo libres de conflicto. Una psicoterapia breve logra, mediante el esclarecimiento de aspectos básicos de la situación del paciente, un fortalecimiento en su capacidad de adaptación.

En otras palabras, se intenta una comprensión psicodinámica del sujeto en el contexto del diario vivir de la institución, contexto familiar o social. Este interjuego o relación entre el mundo «interno» y «externo», constituye un conjunto de factores que operan más allá de la etapa de neurosis infantil y que establece la compleja organización dinámica de las relaciones objetales tempranas, frente al mundo actual de objetos reales...

«Se establecerán relaciones entre psicopatología y aquellos comportamientos potencialmente adaptativos». [17]

Significaría la posibilidad de que aquellos pacientes con modelo de conducta patológica puedan dar cuenta de toda la conducta del paciente, de su existencia total. Pacientes que fuera de los espacios de intervención institucional, en nuestro caso, la comunidad terapéutica, el residente asume una postura diferente: irresponsabilidad, indiferencia, agresividad, soledad, etc. Pero luego de estar en el espacio de comunidad terapéutica, sus aptitudes y comportamientos son contrarios, es decir, aquellos sujetos se muestran responsables, desempeñando actividades sociales con participación activa, constructiva y altamente adaptativa.

Hartman [18] ha desarrollado la concepción psicodinámica de la enfermedad, planteando que no es posible entenderla sin considerar su interacción con el funcionamiento normal. Con la Psicoterapia Breve se organizaría los recursos de forma elástica, lo que Fiorini ha llamado

«principio de flexibilidad» y es a través de una evaluación total del paciente, de su grado de conflicto o disfuncionalidad y del potencial adaptativo de su personalidad: elabora su estrategia según que capacidades están libres de conflictos o libres de ellos.

La intervención desde los «modelos motivacionales y conflictivos de la personalidad [19]», tienen como parámetro la dualidad que establece Fiorini entre aspectos sanos y enfermos y estos presentes en el sujeto desde el nivel motivacional de tipo infantil y adulto. La intervención psicoterapéutica apuntaría a la posibilidad de que estos comportamientos ligados primitivamente a lo infantil adquirieran en el desarrollo funciones con un fin en sí mismas. Se observaría además la necesidad de entender al individuo como un sistema de múltiples motivaciones organizadas.

Sin perder la concepción existencialista de las instituciones de reeducación, además de la visión logoterapéutica de Victor Frankl, la psicoterapia breve se articula con dicha concepción en la orientación del sujeto hacia el futuro, su organización en proyectos de alcance diverso que incluye una relación con cierta imagen de sí y con un mundo de metas y alcances reales.

El Terapeuta desempeña en la psicoterapia breve un papel esencialmente activo. No se limita al material que aporta el paciente, además explora, o interroga, promueve el diálogo e introduce sus iniciativas para la confrontación.

El Terapeuta hace una planificación que se basa en la evaluación de algunos aspectos dinámicos: a qué áreas de conflicto parecen ligarse más directamente los síntomas, cuáles de las defensas que resulta conveniente modificar, y qué otras deben fortalecerse. Todo lo anterior aportando al foco de tratamiento (interpretación central sobre la que se basa todo el tratamiento). Se lleva al paciente hacia el foco mediante interpretaciones parciales. El terapeuta debe entrenarse para "dejar pasar" material atractivo, siempre que el mismo resulte irrelevante o alejado del foco. La focalización de la terapia, es su condición esencial de eficacia.

CONDUCTA DEL TERAPEUTA

-Pedidos y emisión de información al paciente:

-Operaciones de encuadre.

-Intervenciones de esclarecimiento, señalamiento y confrontaciones. Se reformulan los mensajes clarificándolos y se ponen de relieve las contradicciones entre lo verbalizado y la conducta actuada.

-Interpretaciones de condiciones actuales de descompensación, síntomas y conflictos.

Las interpretaciones transferenciales no intervienen en psicoterapia breve como lo hacen en el psicoanálisis. Se evalúan aspectos de la relación bipersonal. Las condiciones de encuadre de la Terapia Breve limitan las posibilidades de la regresión transferencial, por su menor frecuencia en las sesiones, por la intervención más personal y directiva del terapeuta y por hacerse "frente a frente". El control visual coloca mucho más al paciente en "situación de realidad". El tiempo limitado del tratamiento no posibilita el desarrollo de una neurosis transferencial.

Sólo debe hacerse interpretación transferencial cuando ésta aporta al foco de tratamiento, de ahí que la psicoterapia breve va más hacia afuera del paciente y no centra su atención en la relación terapéutica. Es una orientación constante hacia la realidad, no busca la represión, se busca con esto recuperar en el paciente lo antes posible, su capacidad para remover los obstáculos que le impiden lograr una homeostasis; en consecuencia actúa confrontando sistemáticamente al paciente con su realidad social, personal y familiar (Toda mejoría del paciente deberá acompañarse de cambios en sus condiciones de vida).

RESULTADOS DE LA PSICOTERAPIA BREVE

-Alivio o desaparición de síntomas.

-Modificación en el manejo de las defensas con el reemplazo de técnicas más represivas por otras más adaptativas.

-Mejor ajuste en las relaciones con el medio.

-Incremento de la autoestima.

-Incremento en su autoconciencia (mayor comprensión de sus dificultades).

-Aproximación al insight.

-Ampliación de perspectivas personales (trabajo de proyecto individual)

Limitaciones:

En psicopatías, no puede producir cambios en la estructura de personalidad, aunque sí modificaciones dinámicas.

Pacientes que obtienen mayor beneficio:

Cuadros paranoides, obsesivo-compulsivos, psicósomáticos crónicos, perversiones sexuales, sociopatías (sólo una terapia intensiva a largo plazo sería benéfica)

Pacientes con mejoría:

Pacientes en crisis o descompensaciones, situaciones de cambio, transición, con alto nivel de ansiedad, alteraciones en la autoestima, trastorno en las relaciones interpersonales, déficit en la productividad personal, con falta de proyecto de vida.

Características del Paciente para una Psicoterapia:

- Capacidad de introspección y disposición a transmitir con honestidad lo que pueda reconocer de sí mismo.
- Actitud de participación activa.
- Disposición a ensayar, a experimentar los cambios que se hayan identificado durante la terapia.
- Con optimismo hacia el tratamiento en lograr resultados positivos.
- Disposición de hacer cambios para acceder a esos logros.

Si el paciente carece de estas condiciones podrá ser más beneficiosa una psicoterapia de apoyo, más directiva. La motivación es un dato importante para la elección de la terapia a seguir.

Ejes del proceso en Psicoterapia:

Producir en el paciente una activación de sus funciones yoicas, elaboración de un foco y relación de trabajo. Es necesario un yo activo para focalizar la tarea. La relación de trabajo requiere la cooperación de las capacidades yoicas, si esto no se logra es recomendable la psicoterapia de apoyo, más directiva. El yo activo se refiere a funciones adecuadas de atención, percepción, memoria y pensamiento.

El trabajo psicoterapéutico se orienta hacia la delimitación de un eje o punto nodal de la problemática del paciente.

Focalización: Identificación de problemas prioritarios. Obliga a trabajar más sobre asociaciones guiadas, que sobre asociaciones libres como en el psicoanálisis.

El foco tiene un eje central, el cual está dado por el motivo de la consulta (síntomas perturbadores, situación de crisis, etc).

El foco está formado por el motivo de consulta y un conflicto nuclear que es lo que constituye la situación actual estructurada. A lo largo del proceso el foco puede modificarse.



Relación de Trabajo : Situación de comunicación, cercana a la relación interpersonal, se comparte una relación igualitaria aunque los roles sean diferentes.

Esta relación depende de las condiciones del paciente, momento evolutivo, nivel cultural, etc., y depende de la capacidad del terapeuta para realizar aportes específicos al vínculo de:

1. Establecer contacto empático (gestos, demostrar interés, no interrumpir y facilitar la comunicación)
2. Mostrar que el paciente no le es indiferente.
3. Espontaneidad: Crear un clima de libertad, creatividad y permisividad que invita al paciente a aflojarse, a que exprese mejor lo que en él acontece.
4. Iniciativa: El terapeuta desempeña un rol activo, estimulante de las capacidades del paciente.
5. Actitud docente: Facilita el aprendizaje con su rol docente, recomendación de material bibliográfico, explicación de temas pertinentes a la terapia.

Existen 4 modelos de psicoterapias :

Psicoterapia intensiva, de apoyo, de esclarecimiento o insight y PBIU. Estas psicoterapias tienen un enfoque psicodinámico basado en la teoría de las relaciones objetales. Se plantea entonces desde un punto de vista estructural, tres instancias dotadas de fuerza dinámica que son:

- EI ELLO o ID.
- EI YO o EGO.
- EI SUPERYO o SUPEREGO.

Se habla de este abordaje estructural puesto que se trata de sistemas, de funciones en las que no se puede entender el todo sino en función de las partes y estas en su relación con la totalidad.

Del ELLO surge el YO y entre el tercer y quinto año de la vida surgen las funciones de auto-observación, autocrítica y conciencia moral, que se agrupan bajo la denominación de SUPEREGO.

El ELLO corresponde a la suma total de las tendencias instintivas, aquello que no es susceptible de ser modificado por el aprendizaje y que se acompaña siempre de una representación mental que se denomina fantasía. En este aspecto, el instinto se establece como un eslabón funcional entre lo que llamamos somático y lo que denominamos psíquico.

¿Por qué en psicoterapia cobra mayor importancia el YO?

Porque como sistema de funciones aparece dotado de una movilidad mayor que la del ELLO y el SUPERYO. Funciones yoicas:

- BÁSICAS: Percepción, atención, memoria, pensamiento (exploración, ejecución y anticipación).
- DEFENSIVAS: Dirigidas a neutralizar la ansiedad (disociación, negación y evitación).
- Funciones INTEGRADORAS, SINTÉTICAS U ORGANIZADORAS, permiten mantener una cohesión, una organización de las relaciones con el mundo.

Los efectos de las funciones yoicas son:

Adaptación a la realidad, sentido y prueba de realidad, control de impulsos, regulación homeostática de la ansiedad, mayor tolerancia a la frustración, productividad.

Cualidades de las funciones yoicas:

- Autonomía: Es la capacidad de adaptación y ajuste de un individuo a la realidad.
- Fuerza: Se refiere a la capacidad de un sujeto para mantener activos los recursos de adaptación en una situación difícil.
- Plasticidad: Capacidad de reajuste, de adaptarse a sus modelos funcionales,
- A menudo el enfoque terapéutico utilizado en una psicoterapia es fortalecer dichas funciones yoicas.

La indagación y verbalización de lo vivido, instala un proceso de objetivación que también logra el fortalecimiento yoico.

Otras intervenciones del terapeuta:

- Indicar específicamente la realización de ciertas conductas (intervenciones directas).
- Sugerir actitudes determinadas de cambio.
- Recapitular (resumir puntos esenciales surgidos en el proceso).
- Saludar, anunciar interrupciones en el discurso del paciente, variaciones ocasionales de horario en las citas, etc.
- Aclararle al paciente elementos de higiene sexual, problemática social, recomendación de lectura etc.

Para la formación de todo terapeuta la experiencia del propio tratamiento psicoanalítico constituye un bagaje de conocimientos, vivenciado, sufrido y gozado en carne propia, de enorme importancia para el ejercicio terapéutico, y así evitar una proyección de patologías propias al paciente.

PSICOTERAPIA	INTENSIVA	DE APOYO	DE ESCLARECI-MIENTO O INSIGHT	PBIU
OBJETIVO	Alivio de las dificultades emocionales del paciente en el vivir y la eliminación de la sintomatología.	Atenuación o supresión de la ansiedad u otros síntomas clínicos para favorecer el retorno a la situación de homeostasis previa a descompensación o crisis. Modificación de pautas de conducta.	Igual a la psicoterapia de apoyo, además desarrolla en el paciente una actitud de autoobservación y un modelo de comprender sus dificultades aproximándose al nivel de sus motivaciones y conflictos.	Curar síntomas y efectuar recuperaciones sociales, trabaja síntomas a corto plazo.
ESTRATEGIA	Compenetración y comprensión de las raíces de los problemas y de esta manera de provocar cambios en la estructura dinámica de la personalidad del paciente.	Establecer un vínculo reasegurador, protector y orientador. La eficacia depende de la influencia correctora del vínculo real con el terapeuta.	Establecer una relación de indagación, concentrado en establecer conexiones significativas, biografía, vínculos básicos conflictivos. Estimula el aprendizaje en la autocomprensión.	Aprendizaje-Desaprendizaje-Reaprendizaje para introducir las variables que logran una adaptación más efectiva en el paciente y puede haber oportunidad de reconstruir al paciente a un nivel mayor que el premórbido.
TERAPEUTA	ROL: Observador - Participante - Debe ser capaz de escuchar - tener fuentes extraprofesionales de	ROL: Reasegurador y Directivo. Conducta discretamente cálida. Definición clara de roles (paciente	ROL: Docente experto, conducta cálida y espontánea, debe favorecer un diálogo fluido y	ROL: Comunicador, debe comprender al paciente de la manera más completa posible.

	seguridad - Satisfactoria. Debe poseer autoestima estable. Falta de seguridad en el terapeuta aumenta la ansiedad en el paciente.	subordinado, terapeuta posición superior). Intervenciones de tipo sugestivo directivos. no interpretaciones transferenciales.	activo, ofrece explicaciones pedagógicas acerca del método de tratamiento. Características funcionamiento mental, expectativas sobre la evolución del paciente. Analiza la transferencia.	
--	---	---	--	--

TÉCNICA	Aclaración de las dificultades del paciente mediante la observación de las vicisitudes en la relación terapeuta - paciente; la personalidad humana solo puede comprenderse en términos de relaciones interpersonales. Las dificultades emocionales en el vivir son dificultades en las relaciones interpersonales, de las que el paciente tiene poco conocimiento. Conociendo sus problemas y dificultades resolverá su sintomatología. Éxito en la terapia: El paciente se libera del potencial del temor, ansiedad.	La relación interpersonal debe ser claramente definida, evitándose los silencios y la distancia afectiva del terapeuta al paciente. El terapeuta interviene en forma sugestiva directa, no es esencial que el paciente comprenda el significado de sus trastornos. Las intervenciones interpretativas transferenciales no son adecuadas porque pueden favorecer la reintroducción del objeto perseguidor en la relación terapéutica.	La relación con el terapeuta es básicamente complementaria, ambos roles son activos y deben incluir aspectos simétricos.	De 10 a 12 sesiones de 50 minutos cada una. Seguimiento. Conocimiento sobre aspectos médicos y sociales. Terapia individual, familiar y de apoyo.
TIEMPO	8 meses	3- 6 meses	7- 12 meses	3-6 meses

¿Cómo pensar entonces la propuesta terapéutica desde la psicoterapia en el medio institucional y particular?

Las instituciones de tratamiento en toxicomanías y en especial la Comunidad Terapéutica cuenta con una notoria influencia pedagógica en la metodología que utiliza, pero también cuenta con fundamentos teóricos que se pueden encontrar en las corrientes psicológicas humanista, cognitivista y psicodinámica y son una mezcla de los modelos europeo y norteamericano con Victor Frankl, Albert Ellis y Erickson respectivamente como sus más notables exponentes. [20]

Frankl propone el modelo de Logoterapia y fundamenta su teoría en la idea de la presencia de un «vacío existencial» en el individuo, debido a la pérdida de valores que la sociedad moderna con su técnica ha traído y por lo tanto, hace la propuesta de «llenar» ese «vacío existencial» con unos valores ideales practicándolos en la Comunidad Terapéutica : Responsabilidad, autocontrol, honestidad, etc. y finalmente con la idea de un Dios o de un trascendente. [21]

Ellis, mediante la Terapia Racional Emotiva, sugiere detectar en los problemas que expone un individuo, las ideas irracionales que orientan su vida ocasionándole sufrimiento, con el propósito de cuestionarlos y hacerlos más acordes con la realidad consensual exterior. [22]

Erickson, desde una interpretación de la teoría, concibe al drogadicto como un inmaduro emocional que tiene trastocada su edad cronológica con su maduración psicológica, y donde la propuesta consiste en devolver al adicto a su estado infantil mediante elementos simbólicos: Retención de sus documentos, control de su libertad, pérdida de

La posibilidad de ofrecer al paciente un clima permisivo, vínculos interpersonales nuevos, regulados, que favorezcan la catarsis de sus fantasías, temores, deseos y que serán censurados en su medio habitual.

En el banco institucional que es adecuado para una «experiencia emocional correctiva», se favorecerá el aprendizaje de la autoevaluación, objetivación y crítica de sus conductas habituales tanto en su interacción familiar y social, como institucional.

Se posibilitará a alentar al paciente a que asuma errores que favorezcan, por el ejercicio, su capacidad de discriminación y ajuste realista.

La psicoterapia individual y/o grupal.

La terapia ocupacional, que orientada según la comprensión dinámica del paciente se constituye en un nuevo campo significativo de aprendizaje, de expresión motriz y actividades grupales.

La acción terapéutica sobre el grupo familiar.

Actividades grupales de tipo comunitario (asamblea, grupo de discusión, grupo de actividad

cultural).

Admisión e inicio del proceso de tratamiento.

Finalmente, el psicoterapeuta tiene una responsabilidad en el proceso final del paciente, llamado por la institución, RE-INSERCIÓN. Esta responsabilidad ética se sustenta en reconocer que dicho proceso sigue y seguirá siendo la «piedra en el zapato» de las instituciones puesto que desde el paradigma bio-psico-socio-espiritual, el sujeto nunca sale de lo social. Esto desde una mirada epistemológica y la certeza paradójica ilimitada en cualquier institución de corte semi-cerrada o cerrada.

Referencias bibliográficas:

[1](#) Dewald, Paul A. Psicoterapia, un enfoque dinámico. Segunda edición. Barcelona Toray, 1.984.362p.

[2](#) Memorias 1.995 Fundación Hogares Claret.

[3](#) Documento Day Top. Historia de la Comunidad Terapéutica.

[4](#) Idem

[5](#) Goti, María Elena. La Comunidad Terapéutica , Un Desafío a la Droga. Ediciones Nueva Visión 1.990 Tucumán Buenos Aires Argentina 126p.

[6](#) Goti, María Elena. La Comunidad Terapéutica. Un Desafío a la Droga Ediciones Nueva Visión Buenos Aires Argentina 1.990 126p.

[7](#) Vanegas., Julián. Informe Final de Cuarto Semestre de Prácticas. Noviembre de 1.993.

[8](#) Comas, Arnau Domingo. El Desarrollo de la Comunidad Terapéutica Profesional: La función de la Evaluación Quinta Conferencia Latinoamericana de Comunidades Terapéuticas y Primer Encuentro Nacional Cartagena de Indias 1.994.

[9](#) Doctor Holmes Londoño Medina. Director Escuela de Operadores Fundación Hogares Claret.

[10](#) Duns Casriel. Historia de la Comunidad Terapéutica. Documento Day Top.

[11](#) Compenio de Farmacodependencia. Hospital San Vicente de Paúl.

[12](#) Idem.

[13](#) Idem.

[14](#) López, Adolfo León. Una Posición del Psicólogo en Comunidad Terapéutica. Documento 1.997.

[15](#) Fiorini, Hector J. Teoría y Técnica de Psicoterapias. Ediciones Nueva Visión Buenos Aires Argentina 1.984 219p.

[16](#) Idem.

[17](#) Idem.

[18](#) Idem.

19 Idem

20 López, Adolfo León. Una Posición del Psicólogo en Comunidad Terapéutica. Documento 1.997

21 Idem

22 Idem.

Lecturas recomendadas

ACEVEDO CARDONA, Ramón Emilio. Alcohol y alcoholismo: generalidades, diagnóstico, complicaciones y tratamiento. Medellín: Universidad de Antioquia, 1989. 289 p.

FUENTES G., Jesualdo. Intoxicaciones por sustancias que actúan sobre el sistema nervioso central: antidepressivos, escopolamina y cocaína. P. 105-112. En: HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN VICENTE DE PAUL Y UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA. Urgencias toxicológicas. Medellín, 1994. 144 p.

GALLEGO ROJAS, Hugo Alberto. Situaciones clínicas urgentes del paciente farmacodependiente – Síndrome confusional agudo. P. 113 – 122. En: HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN VICENTE DE PAUL Y UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA. Urgencias toxicológicas. Medellín, 1994. 144 p.

SCHUCKIT, Marc Alan et al. Trastornos relacionados con sustancias. P 181-278. En: PICHOT, Pierre et al. Ed., DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson,S.A. 1995. 908 p.

KENBERG, Otto. La teoría de las relaciones objetales y el psicoanálisis clínico. Editorial PAIDOS; México, 1993. GONZÁLEZ, Ricardo. Psicología para médicos generales. Editorial Científico-Técnica; La Habana , 1984.

TORO, Ricardo José y YEPES, Luis Eduardo. Fundamentos de medicina. Medellín, 1985.