

SOCIEDAD DE PSIQUIATRIA Y
NEUROLOGIA INFANCIA Y
ADOLESCENCIA



BOLETIN

SOCIEDAD DE PSIQUIATRIA

Y NEUROLOGIA DE LA INFANCIA

Y ADOLESCENCIA

AÑO 6 - Nº 3 - DICIEMBRE 1995

ISSN 0717-1331

DIRECTORIO 1995 - 1996

**SOCIEDAD DE PSICUIATRIA
Y NEUROLOGIA DE LA INFANCIA
Y ADOLESCENCIA**

AÑO 8 - N° 3 - DICIEMBRE 1995

ISSN 0717 - 1331

Presidenta: Dra. Ximena Keith
Vice-Presidente: Dr. Jorge Förster
Secretaria: Dra. Mónica Troncoso
Tesorero: Dr. Tomás Mesa
Directores: Dr. Hernán Alvarez
Dra. Leonor Avendaño
Dra. Verónica Burón
Dra. Anahí Martínez
Dr. Marcos Vallejos
Past-Presidente: Dra. Ledia Troncoso

Directora del Boletín: Isabel López

Comité Editorial: Freya Fernández
Gabriela Sepúlveda
Marcelo Díaz
Ricardo García

Secretarias: Carolina Martínez
Gabriela Cerda

Esmeralda 678 of. 303, Fonos: 6331955 - 6396171, Fax: 6391085 - Santiago

SUGERENCIAS PARA LAS CONTRIBUCIONES

Las contribuciones deben ser enviadas a la Secretaría de la Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia, Esmeralda 678 of. 303, Santiago. El formato de las contribuciones debe ser el siguiente: letra Arial 12, interlineado 1.5, márgenes de 25 mm. Las contribuciones deben ser enviadas en tres ejemplares. Los autores deben firmar y sellar con su sello personal y profesional los ejemplares. Las contribuciones deben ser enviadas a la Secretaría de la Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia, Esmeralda 678 of. 303, Santiago. El formato de las contribuciones debe ser el siguiente: letra Arial 12, interlineado 1.5, márgenes de 25 mm. Las contribuciones deben ser enviadas en tres ejemplares. Los autores deben firmar y sellar con su sello personal y profesional los ejemplares. Las contribuciones deben ser enviadas a la Secretaría de la Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia, Esmeralda 678 of. 303, Santiago.

DIRECTORIO - 1998

BOLETIN SOCIEDAD DE PSIQUIATRIA Y NEUROLOGIA DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

AÑO 6 - Nº 3 - DICIEMBRE 1995

ISSN 0717 - 1331

CONTENIDOS

	Página
INTRODUCCION	
Discurso Inaugural XIII Congreso. <i>Dra. Perla David Gálvez.</i>	3
CONFERENCIA	
"Tratamiento y Rehabilitación del Consumidor de Drogas" <i>Dr. Ricardo Fuentealba Herrera.</i>	7
RESUMENES	18
INDICE DE AUTORES	64
REUNIONES Y CONGRESOS	66
SUGERENCIAS PARA LAS CONTRIBUCIONES	67

Dr. Pablo Rodríguez P.
Director D.I.E.

INTRODUCCION

Dra. Perla David Gálvez

La Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia ha escogido como tema oficial para su XIII Congreso la Rehabilitación en Neurología y Psiquiatría por ser ésta cada día más importante en la medicina moderna y en especial en la edad infanto-juvenil.

Desde que la crueldad espartana sacrificara a los discapacitados arrojándolos desde el Monte Taijeto, la actitud hacia la discapacidad ha sido sustituida por la comprensión y el enlace social.

La medicina moderna es inminentemente rehabilitadora y, la rehabilitación supone una necesidad social y económica para el enfermo, la familia, la comunidad. Tiene ésta a su vez un fundamento humanista y antropológico en el que se inserta como derecho derivado de la persona.

En la declaración de derechos del hombre redactada por la UNESCO se habla del derecho a la salud para la conservación, curación o recuperación de la integridad personal, con el derecho a trabajar, con elección libre de su trabajo, el que debe ser capaz de permitirle al hombre vivir y ganar dignamente su sustento y de la forma mas adecuada a su naturaleza personal.

La Organización de Naciones Unidas ha formulado una tabla de principios que estipula que la persona impedida es, una persona con todos los derechos humanos y debe recibir de su país, todas las medidas de protección, asistencia y oportunidad de rehabilitación, ya que por la naturaleza de su impedimento está expuesta a trastornos psicológicos y tiene derecho a exigir de la sociedad comprensión y ayuda para ser un ser humano activo, constructivo y siempre integrado a la sociedad.

La Rehabilitación nace como tal, junto a otras especialidades relacionadas íntimamente a ella desde la segunda Guerra mundial y como una responsabilidad del estado.

Es así como actualmente los países más desarrollados son los que prestan mayor interés al problema y, es un rasgo que los define en su grado de desarrollo.

La Rehabilitación se define como un proceso continuo, progresivo e integral, que involucra acciones dirigidas a personas discapacitadas, con el fin que desarrollen al máximo sus capacidades remanentes, para lograr su independencia, autocuidado y adaptación social, conjugando armónicamente la satisfacción personal y familiar con la utilidad y productividad social e incluye variadas acciones de distintas áreas de Salud, Pedagógicas, Sociales, Éticas y Legales.

La Rehabilitación debe ser un programa de trabajo muy creativo, ya que demanda participación activa y continua del paciente, vinculado a su familia y la comunidad. La atención debe ser hecha en equipo multidisciplinario, el que requiere ser adaptable y tener espíritu de cooperación mutua.

Los objetivos de la Rehabilitación son mejorar o mantener las funciones alteradas o habilitar las funciones aún no adquiridas, lo habitual en niños es habilitar las funciones estimulando el óptimo desarrollo en todas las áreas de su crecimiento y desarrollo, además de prevenir complicaciones secundarias en forma simultánea.

Parte fundamental del equipo de Rehabilitación es su constitución con la familia, sin cuya participación es muy difícil cumplir la función. Es por ésto que es indispensable una familia lo más equilibrada y colaboradora posible, la presencia de psiquiatra y psicólogo, para el apoyo del equipo de Rehabilitación. El trabajo multiprofesional es vital en la orientación escolar, recreativa y vocacional, hasta su inserción laboral.

La finalidad de la Rehabilitación es permitir a la persona con discapacidad física, psíquica o sensorial que dificulten su integración social, llegar a la recuperación de la funcionalidad y mantenimiento y de no ser posible ésto, desarrollar destrezas funcionales y dotar de elementos compensatorios alternativos.

La Rehabilitación ha sido denominada tercera fase de la medicina y dentro de ésta los principios éticos que regulan las acciones de salud son cada día más importantes. En la toma de decisiones médicas es necesario tener presente el derecho de participación del paciente y cuando esta decisión sea compleja se debe tener un marco teórico de referencia o pedir apoyo al comité de ética que debe existir en todos los centros de salud, además de consideraciones de tipo religioso, culturales y personales del paciente de la familia y locales.

Los conceptos básicos de Rehabilitación deben ser parte importante, integrante del servicio médico en todos los niveles y locales de atención, al igual que el diagnóstico, tratamiento y pronóstico, donde el consejo genético juega un rol importante especialmente en algunas enfermedades incapacitantes. Igualmente importante es unificar términos entre las distintas especialidades integrantes del equipo de rehabilitación, para luego unificar criterios comenzando con conceptos internacionales.

La OMS define: Impedimento «como el compromiso corporal anatómico o funcional». Discapacidad como «la limitación que presenta una persona para realizar una actividad de la manera considerada como normal, como consecuencia de un compromiso anatómico o funcional». Desventaja a «la limitación como ser social y determinada por la sociedad».

Es por ésto que la Rehabilitación debe tener su origen en la comunidad, para desarrollar en ella, actitudes positivas hacia los individuos discapacitados. La rehabilitación es un problema aún no evaluado en el mundo, mientras el sufrimiento emocional y la disminución de oportunidades adquiere una inmensurable carga familiar, especialmente en enfermedades

causadas por desórdenes del Sistema Nervioso Central (SNC). En éstas los mecanismos fisiopatológicos subyacentes y las bases de los distintos métodos de rehabilitación permanecen pobremente entendidos, con un costo económico y social que la revolución Científico-Tecnológica no ha logrado solucionar. Es más, en algunos aspectos ha contribuido a aumentar la incidencia de patologías médicas que requieren mayores esfuerzos y costos. Por ejemplo la rehabilitación del Traumatismo Encefalocraneano constituye un problema de capital importancia económica por la curva creciente en el mundo y Chile se encuentra en el cuarto lugar, constituyendo un tremendo problema de salud pública al igual que el consumo de alcohol y drogas. En Chile, sólo en Arica y Santiago existen 300.000 consumidores de pasta base de alto riesgo y se sitúa en el segundo lugar en Latinoamérica. Los efectos de la ingestión excesiva de drogas y alcohol asociados a psicotrópicos y tranquilizantes, crean problemas médico-sociales graves, que afectan a la familia y a la sociedad.

Estos antecedentes demandan atención urgente con campañas nacionales de prevención.

Las enfermedades crónicas Infanto-juveniles son otro grave problema emergente como consecuencia de la disminución de la mortalidad por enfermedades infecciosas agudas y mayor sobrevida por otros problemas médicos. Estas tienen en Chile una magnitud de 500.000 niños y dos tercios de ellas son causadas por trastornos del SNC y requieren intervención multidisciplinaria. Las más importantes dentro de éstas son la Epilepsia y el retardo mental, seguidas por la parálisis cerebral que va en aumento como consecuencia de nuevas terapias. Esto hace necesario mayores esfuerzos para lograr su integración, lo que es un desafío en la actualidad.

La fisioterapia, el método rehabilitatorio más comúnmente empleado, está presente en distintos servicios de salud y a pesar de su amplia distribución en el mundo no se ha logrado determinar si sus propósitos se logran, y si es así, en que proporción y en qué tipo de pacientes. Probablemente la falta de evaluaciones en

grupos específicos y las dificultades para realizarlas en forma cuantitativa y cualitativamente, con grupo control y evolutivas a largo plazo, constituyen un vacío a este respecto.

Emergen múltiples interrogantes y entre éstas se encuentra la plasticidad del SNC, proceso dinámico e interrelacionado entre el medio interno y el medio ambiente mediante el cual se le concede al ser humano la capacidad de restablecer al menos en parte una función del SNC que ha sido dañada. El daño o severidad del compromiso va a depender de la edad en que ocurre, su intensidad y las estructuras comprometidas.

Experimentalmente se ha demostrado recuperación funcional diferencial en concordancia con mayor reinervación y menor degeneración en respuesta a daño neurológico temprano. Este conocimiento abre la posibilidad de intervenciones experimentales que estimulen procesos reparativos e inhiban el daño que lleva al retardo mental y síndromes secundarios a compromiso del SNC.

Desde 1990 se sabe que las neuronas lesionadas en sus axones son capaces de regeneración en los nervios periféricos. Se cree que en las del SNC existen moléculas inhibitorias relacionadas estructural o antigénicamente que pueden ser manipuladas y lograr promisorios avances en cerebro y médula. Aunque en ésta última han sido más difíciles los trasplantes fetales, son ya un campo conocido en la enfermedad de Parkinson, y otros productos actualmente en experimentación.

La colaboración entre científicos investigadores del área básica y clínica desde neurociencias a Neurología, fisiatría, y ciencias afines es esencial para obtener efectividad y plantea nuevas fronteras en la Rehabilitación, con interrogantes como las siguientes:

¿Podemos determinar con cuáles medicamentos podemos ayudar a la recuperación y encontrar drogas biológicamente activas para mejorar las funciones sensoriomotoras?

¿Podemos todos en conjunto proveer mejores pronósticos medibles en el humano en este momento?

¿Podremos ser capaces de satisfacer al menos en parte algunas de nuestras inquietudes generales desde la perspectiva de nuestras diferentes profesiones en este congreso, unificar algunos conceptos básicos y lograr entendernos en un lenguaje común?

Si logramos sólo esto último ya habremos dado un paso más hacia nuestra integración multidisciplinaria en beneficio de nuestros pacientes.

BIBLIOGRAFIA

Neurologic Rehabilitation Neurologic Clinics, 1987; 5: 4, 519-529.

Lisa A, Kurtz M, and Schirley A. MS, PT. Rehabilitation for developmental Disabilities: Pediatrics Clinics of North America 1993, 40: 629-643.

David S. Management of the mayor disorders of children with cerebral palsy. Clinics in Developmental Medicine 90; 1984.

Committee on Children with Disabilities Provision of Related Service for Children with Chronic Disabilities Pediatrics, 1993 : 92:6, 879-881.

Korpela R, Seppanen RL, Koivikko. Technical aids for daily activities; A regional Survey of 204 disabled children. Developmental Medicine Child Neurology. 1992; 34(11) : 985-98.

Steadman. P. The Vew Disability Living Allowance Archives Disease of Child, 1993; 68(1) : 73-4.

Ley de Integración Social de las personas con discapacidad N° 19.284, Santiago de Chile, Enero de 1994. Ministerio de Planificación y Cooperación.

Shapiro BK, Gallico RP Ed D. Learning

Disabilities Pediatrics Clinics of North America 1993; 40:3. 491-505.

Nenacker, S, MD Visual Function in children with Developmental Disabilities. Pediatrics Clinics of North America, 1993; 40: 3, 659-675.

Committee on Children with Disabilities and Psychosocial aspects of child and Family Health. Psychosocial Risk of Chronic Health Conditions in childhood and Adolescence. Pediatrics 1993;92:6, 876-878.

López I, Gelman N, Sepúlveda H. Enfermedades Crónicas de los niños en atención primaria. Revista Chilena de Pediatría 1993; 64 (4); 49-54.

Lovell RN, Rens A, MD. Dual Diagnoses Psychiatric Disorders in Developmental Disabilities. Pediatrics Clinics of North America 1993;40:3. 579-593.

Newacheck D. and Stoddard T. MD. Prevalence and impact of multiple childhood chronic illnesses. The Journal of Pediatrics 1994;124.1, 41-97.

Eichert, Batshaw M.L, MD. Cerebral Palsy. Pediatrics Clinics of North America 1993, 40:3, 537-551.

Lerg SE, Hyman SL, MD. Pediatric assessment of the child with Developmental Delay. Pediatric Clinics of North America 1993, 10:3, 465-477

Beca JP, Trejo C, Cowley P. Dilema Etico: Proporcionalidad del tratamiento. Revista Chilena de Pediatría, 1993. 64(6); 411-413.

Beca JP, Relación Médico paciente en pediatría. Revista Chilena de Pediatría. 1994. 65(4); 242-246.

Pellegrino E., La Metamorfosis de la Etica Médica. Una Mirada Retrospectiva a los últimos 30 años. Revista Chilena de Pediatría 1994, 65(3) 184-193.

Traumatic Brain Injury Kenneth MT. MD. Pediatrics Annals 1994: 23: 1, 8-52.

Montgomery JW, PhD. Easily overlooked Language Disabilities during childhood and adolescence. Pediatrics Clinics of North America 1992, 39: 3. 513-525.

Iannaccone S. Pediatrics Aspects of Spinal rehabilitation. Course on Neurorehabilitation, Spinal cord Injury. American Academy of Neurology May 1, 1993.

Selzer M, MD, PhD. Regenerative potencial of The Spinal cord. American Academy of Neurology February 1, 1993.

Dobkin B, Edgerton V, Fowler E. Sensory input during Treadmill Training alters rhythmic locomotor EMG output in subjects with complete Spinal cord injury. Proceeding of The annual meeting of the Society For Neuroscience. Anaheim, CA, 1992: 1403.

Dobkin B, Edgerton V, Fowler E, Hodgson J. Training induces rhythmic locomotor EMG patterns in subjects with complete SCI. Neurology 1992; 42(Suppl 3) : 207-208.

Rosenberg RNI, MD. A Neurological gene map Archives of Neurology 1993, 10: 1269-1273.

TRATAMIENTO Y REHABILITACION DEL CONSUMIDOR DE DROGAS

Modelos y Alternativas Actuales.

Dr. Ricardo Fuentealba Herrera

1. ANTECEDENTES

El uso de sustancias capaces de modificar el estado anímico, las percepciones, las emociones y el pensamiento comenzó aparentemente junto con la historia de la humanidad. También existen evidencias, sin embargo, de que nunca llegó a constituir una amenaza de tal magnitud para las personas, sus familias y la organización social, que hubiese requerido la preocupación y esfuerzos de toda la sociedad para su control, como ocurre hoy.

El consumo de drogas en las culturas primitivas estaba restringido a ceremonias religiosas, bélicas u otros ritos aceptados culturalmente, limitados en el tiempo, lugar y a determinadas personas. Por otra parte los preparados no tenían el refinamiento químico que hoy existe, por lo que los principios activos estaban contenidos en proporciones menores, las que además eran consumidas generalmente en forma oral, por ingestión o eran fumadas. Tal uso no podría ser catalogado de abuso o dependencia, de acuerdo a las clasificaciones modernas.

Esta situación ha cambiado radicalmente en nuestra civilización. El uso de sustancias alucinógenas con fines recreativos o de evasión

de la realidad creció junto con el presente siglo y ha tenido un giro dramático en la segunda mitad del mismo. El refinamiento químico de productos naturales y la aparición de drogas sintéticas ha sido parte de este cambio, que está poniendo en jaque todos los esfuerzos por prevenir el consumo, tratar a los afectados y controlar el tráfico ilícito de tales sustancias.

En nuestro país la principal sustancia adictiva que es objeto de abuso y dependencia sigue siendo el alcohol, producto que ocasiona un enorme daño a la salud pública y grandes pérdidas económicas, estimadas en 2.000 millones de dólares anuales. A este problema se ha sumado el uso de sustancias alucinógenas, principalmente la marihuana, y alcaloides, como el clorhidrato de cocaína y la pasta base de cocaína, de reciente aparición.

Estas drogas son consumidas en todas las regiones del país, en todas las edades y todos los niveles socio-económico, como ha sido demostrado por el reciente Estudio Nacional de Consumo de Drogas, realizado por el Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes. Los niveles de consumo, expresados en prevalencia de vida y según sexo, son los siguientes:

TIPO DE DROGA CONSUMIDO	MUJERES	HOMBRES	TOTAL
Marihuana	6.6	20.0	12.9
Pasta Base	0.9	3.3	2.0
Cocaína	0.7	4.4	2.4
Cualquier Droga	7.1	20.6	13.4

El 13,4% de los encuestados declararon haber consumido drogas alguna vez en su vida. Los hombres con mayor frecuencia consumen drogas, superando a las mujeres en una proporción de 3:1. El 20,6% de los encuestados varones ha consumido drogas alguna vez, versus el 7,1% de las mujeres que está en igual situación.

Estas cifras son preocupantes, en especial al ser comparadas con los niveles de consumo constatados en estudios similares realizados en otros países de Latinoamérica. Nuestro país tiene el segundo consumo más alto de estas drogas en Latinoamérica, a juzgar por las publicaciones oficiales, superado solamente por Colombia, país que ha publicado recientemente un Estudio Nacional de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas.

Este estudio colombiano, realizado por prestigiosos académicos, incluyó la población urbana y rural. La prevalencia de vida de consumo de clorhidrato de cocaína es de 8,1% en la población general, de pasta base o «bazuco» de 11,5% y de marihuana de 31%.

México ha realizado ya dos Encuestas Nacionales de Adicciones en la población urbana. La última de ellas, realizada en 1993, encontró una prevalencia de vida de 3,9%.

Consideradas las tres drogas mencionadas, su consumo en Chile es más alto en el estrato socio-económico alto y disminuye hacia los estratos más bajos.

La edad de comienzo del consumo es entre los 13 y 15 años, con la excepción del tabaco y el alcohol cuyo consumo se inicia antes de los trece años. La prevención, por lo tanto, debe comenzar alrededor de los diez años de edad. La prevalencia de vida de consumo de las drogas ilegales mencionadas es más alta en adolescentes y adultos jóvenes.

Estamos hoy frente a una situación sin precedentes, en donde las naciones de mayor desarrollo económico e industrial, no han escatimado esfuerzos ni recursos para controlar el problema, sin resultados evidentes.

¿Qué ha ocurrido que pone en jaque el desarrollo científico y la organización social, llegando al extremo de hacer tambalear a un Estado?

¿Cuáles son las claves, médicas o no, para efectivamente evitar que nuevos niños y jóvenes prueben sustancias adictivas, y por tanto, prevenir el consumo de drogas?

¿Cual es el método o técnica que me permitirá ser eficaz y eficiente en el tratamiento del drogadicto?

2. CONSIDERACIONES PREVIAS AL TRATAMIENTO

Para iniciar el tratamiento de una persona que consume drogas es necesario saber precisamente cual es el problema de esa persona, es decir que características tiene el consumo de drogas y los principales factores que pueden estar complicando su situación, o por el contrario, podrían contribuir a su recuperación.

Hay enormes diferencias entre quien consume en forma esporádica, recreacional y mantiene sus actividades normalmente, incluida una sólida red familiar y social de apoyo, en comparación con quien ha desarrollado un hábito de consumo diario, generalmente con características de dependencia, con evidentes daños a su situación personal, familiar y social.

Una evaluación cuidadosa previa al tratamiento, nos permitirá, además de ofrecer la alternativa adecuada a la persona, definir donde deberán ser puestos los énfasis del tratamiento, considerando los aspectos deficitarios y las fortalezas de su situación.

La siguiente es una breve descripción de las áreas que podrían ser evaluadas y descritas para el propósito señalado. En primer lugar las áreas que nos permiten definir el diagnóstico global del paciente.

2.1. Evaluación del Paciente

a) *Tipificación de la gravedad del hábito.*

Para este aspecto afortunadamente se disponen de clasificaciones aceptadas y conocidas en nuestro medio. Dos entidades nosológicas resultan particularmente útiles: el concepto de abuso de sustancias, del Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders, DSM IV, y el concepto de dependencia de la Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE 10.

Estos dos criterios diagnósticos, que sugiero consultar en las respectivas publicaciones, nos permitirán diferenciar tres grupos de consumidores de drogas:

- Consumidores ocasionales o sin signos de abuso o dependencia
- Consumidores con abuso de sustancias
- Consumidores dependientes de una o más sustancias.

Un elemento adicional es la presencia o no de un síndrome de abstinencia o privación. Este debe ser identificado y descrito, de modo de brindar el apoyo necesario cuando se presente la Sintomatología.

Evidentemente las personas que han desarrollado dependencia a una sustancia tendrán más dificultades para obtener la abstinencia, especialmente si esa dependencia ha tenido consecuencias graves sobre su situación personal, familiar y social. En este caso las posibilidades de recuperación parecen mejorar cuando el drogodependiente toca fondo y reconoce su condición.

La ONU al respecto señala que «llegar al fondo», significa llegar a un punto en que las consecuencias funestas del uso indebido de drogas hacen que el individuo abandone su actitud de resistencia y tenga la disposición a participar activamente en el proceso de tratamiento.

«En ese momento las consecuencias negativas del uso indebido de drogas han llegado a un punto en que cabe esperar que la vida de esa persona cambie de dirección y comience a subir hacia la recuperación y liberación de las drogas» (ONU, Sesión Extraordinaria, Asamblea General, 1990).

Sin embargo, son muchos los alcohólicos y drogadictos que tocan fondo solo cuando presentan un profundo deterioro físico, psicológico y social, cuando sufren lamentables tragedias o experiencias traumáticas, o cuando la familia los abandona por completo, generalmente luego de haber intentado reiteradamente motivarlo a tratarse.

Esto nos obliga a intervenir y motivar al consumidor para que inicie un tratamiento antes de llegar a tan lamentable situación, aún en contra de su sólida convicción de que no lo necesita por cuanto estima que él «maneja» la droga y que puede dejarla cuando quiere, o porque no tiene evidencias de daños, o cualquier otra razón.

b) Condición física

Debe considerarse el estado nutritivo del paciente, los daños inherentes a la droga que está consumiendo, en especial los posibles efectos sobre el sistema nervioso central, ya demostrado para la cocaína y solventes volátiles, y los efectos sobre otros sistemas del organismo.

c) Condición Psíquica

Interesa fundamentalmente la presencia de patología psiquiátrica, concomitante, la que incluso podría contribuir a explicar el fenómeno del consumo, y la evaluación de daños psicoorgánico atribuible a la droga.

2.2. Aspectos que contribuyen a definir el tratamiento y estimar el pronóstico.

a) Motivación para dejar el consumo.

Este es un aspecto de difícil evaluación, y para el cual no contamos con herramientas prácticas como el caso anterior. Sin embargo su importancia nos obliga a apreciar cuidadosamente cual es la real disposición del consultante, cuanto hay de interés genuino por dejar la droga y cuanto de su asistencia se debe a la presión de terceros, generalmente familiares.

Lo óptimo es evaluar este, y otros aspectos que veremos, mediante entrevistas con distintos

miembros del equipo o con éste en su conjunto. De otra manera la habilidad comunicacional del consumidor experimentado podría inducirnos a error. Otro elemento que puede ayudar es la presencia de exconsumidores en los equipos de tratamiento, quienes descubren con mayor facilidad las claves comunicacionales y pueden ser eficientes colaboradores en el tratamiento y rehabilitación.

Frente al consumidor de drogas se da la curiosa situación, para un terapeuta, que rara vez la persona que solicita ayuda es el posible paciente, el consumidor. Generalmente es la familia, amigos, y con menor frecuencia un tribunal de justicia, los que solicitan tratamiento. Esto aún cuando consulte directamente el propio consumidor, asegurando que desea dejar la droga; ya que fácilmente es posible descubrir que se someterá a tratamiento, para evitar ser expulsado de ella, para evitar el abandono por parte de su cónyuge, o incluso para evitar medidas legales que adoptará su familia en caso de no asistir al tratamiento.

El terapeuta debe enfrentar esta paradoja y lograr la motivación genuina a dejar la droga, la que llegará sólo cuando el consumidor asuma plenamente su situación de persona no libre, dañada por el hábito, e incapaz de dejarlo sin ayuda.

b) Conciencia de Daño

Este tercer elemento, muy relacionado con el anterior, se refiere a la evaluación que hace el consumidor de su hábito y de las consecuencias que ha tenido para su persona, su familia y actividades sociales, tales como amistades y trabajo.

c) Conductas antisociales

Generalmente la presencia de conductas antisociales dice relación con la gravedad del hábito de consumo, e incluso es posible constatar clínicamente una relación directamente proporcional entre la severidad de ambos problemas.

Además de informarnos de la gravedad, la presencia de conductas antisociales con frecuencia requiere de un tratamiento específico de tales problemas, y de considerar la dificultad que puedan significar para la reinserción del paciente en su comunidad, en la actividad laboral, e incluso en su familia.

d) Tratamientos previos

Si el paciente ya ha sido sometido a tratamientos previos, especialmente si han sido intentos de larga duración, indica mayor gravedad del cuadro. Cuando se disponen de buenos antecedentes de la institución o equipo profesional y a pesar de un esfuerzo terapéutico bien establecido no se obtuvo mejoría, el pronóstico es peor.

Sin embargo esto debe ser considerado con precaución, toda vez que es posible que la propuesta terapéutica ofrecida no haya sido adecuada para ese paciente por razones religiosas u otras, no necesariamente inherentes al proceso terapéutico propiamente tal.

e) Red social de apoyo

Este es un aspecto de gran importancia, y con frecuencia definitivo para la recuperación del consumidor de drogas; en especial la presencia o ausencia de relaciones afectuosas significativas.

Si incluimos la familia y sus características en la red social, tenemos que hay una enorme diferencia entre sujetos que tienen una familia que evidencia cariño y preocupación por él y aquellos que parecen absolutamente solos, sin el apoyo de nadie. Incluso algunos grupos terapéuticos no reciben a quienes no tienen a nadie que se haga corresponsable de la terapia.

Por otra parte la presencia de una familia estable, sin conflictos evidentes, no nos asegura disponer del sustento afectivo y apoyador adecuado al tratamiento y rehabilitación. Recientes estudios han demostrado que la falta de conflictos explícitos no necesariamente se asocia a mejor salud mental de los miembros de la familia.