Competencias del Terapeuta Ocupacional en el <u>Fenómeno de las Adicciones</u> con un Modelo Biopsicosocial

Resumen

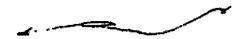
Este artículo compila una experiencia de trabajo en el área de salud mental, en personas con trastornos por consumo de sustancias como alcohol, alucinógenos o anfetaminas. El marco de trabajo es un modelo biopsicosocial, a partir del cual se integra el trabajo del terapeuta ocupacional, como integrante del equipo interdisciplinar y bajo el concepto de utilizar la ocupación como propósito y como medio para restaurar los estados de salud de las personas que sufren esta enfermedad. Palabras claves: Ocupación, hábitos, rutinas, equipo interdisciplinario.

<u>Abstract</u>

Claudia Marcela Rozo Reyes
Terapeuta Ocupacional
Especialista en Docencia
Universitaria
Universidad del Rosario
Directora Programa de Terapia
Ocupacional.
Facultad de Rehabilitación y
Desarrollo Humano.
Universidad del Rosario.

This article compiles a work experience in the area of mental health in disabled people for consuming of substances as alcohol, anfetamins an psychoactives drugs. The frame work is a biopsychosocial model what it includes the occupational therapist job as part of interdisciplinary team and the importance to use of occupation like purpose and medium to improve the health state of the this kind of disable people.

Key Words: Occupation, Habits, Routines, Interdisciplinary Team.

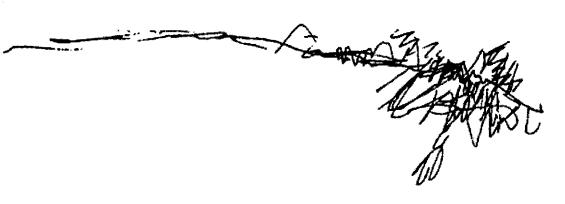


Introducción

El trabajo en el campo de las adicciones fue surgiendo como parte de la intervención que los terapeutas ocupacionales hemos ido realizando en el área de la Salud Mental y la intervención en esa área se ha perfilado en el curso del trabajo con esta población, ya que siempre se ha considerado la ocupación como un elemento esencial en la planificación de los procesos de rehabilitación.

Es indudable el crecimiento que se ha dado en el consumo de sustancias durante los últimos años y ese crecimiento ha llevado a que surjan diferentes tipos de programas para el tratamiento de esta enfermedad, los cuales han tenido diferentes aproximaciones teóricas y prácticas, y cuyos resultados han dependido de factores procedimentales, individuales, familiares y socioculturales. Sin embargo es importante recordar que el problema de la rehabilitación de individuo adicto, es muy complejo y que no sólo se enfrenta un problema epidemiológico, sino la interacción de factores biológicos, psicológicos, familiares y sociales.

Es por ello necesario hacer una consideración de las características particulares de las personas que asisten a programas de tratamiento, debido a que la orientación de tales programas ha tenido múltiples enfoques, como la Teoría de los doce pasos, las Comunidades Terapéuticas, los Grupos de Auto-ayuda, los Programas de las Clínicas y Hospitales Psiquiátricos, incluyendo los Hospitales Día o Programas Ambulatorios, los Programas de Hospitalización Total y aquellos donde se utilizan fármacos substitutos.



Todos ellos han presentado logros importantes vistos desde diferentes miradas, como períodos de abstinencia, disminución del consumo o posibilidades de recaída, disminución de la escalada de sustancias, entre otros. Pero para dar respuesta a los problemas que con lleva la adicción, es necesario considerar la compleja problemática en la que está inmersa el adicto, como son los aspectos biológicos, de dependencia física a las sustancias; psicológicos, de cambios de conducta y ambientales; familiares, como la disfunción de la dinámica familiar; sociales, por las consecuencias económicas y legales del consumo de sustancias, y ocupacionales, ya que implica cambios en los hábitos y las rutinas diarias de los individuos.

Así mismo considerar aquellas personas que además de su adicción presentan una enfermedad mental asociada, lo que hace necesario que se diseñen estrategias especiales que contemplen sus dificultades para comprometerse, relacionarse, establecer y mantener metas a largo plazo, todos estos elementos importantes para participar en un programa de Rehabilitación.

<u>Desarrollo del</u> <u>Programa</u>

Teniendo en cuenta estos aspectos surgen los programas con ur enfoque basado en el modelo de trabajo BIOPSICOSOCIAL (Enge 1977).



El Modelo <u>Biopsicosocial</u>

Este modelo se derivó de muchas aproximaciones teóricas y prácticas, además de contemplar las necesidades de la población que accedía a procesos de rehabilitación en Clínicas psiquiátricas y hospitales especializados en Salud Mental, donde la experiencia mostraba la necesidad de organizar procesos que incluyeran a los consumidores jóvenes y mayores, hombres y mujeres, con y sin actividad laboral, de diferentes niveles socioeconómicos y educativos, y personas con desórdenes psiquiátricos asociados o no. De allí surge la concepción de considerar al ser humano como un individuo con un organismo complejo, transformado y transformador de la experiencia social y cuyo fin es la vida mental integrada. Esto hace que se reconozcan las necesidades individuales, que se tengan en cuenta las particularidades del ambiente donde se ha desarrollado la historia de cada persona, y se proyecten las opciones de rehabilitación.

Para ello se requiere de un abordaje interdisciplinar, no sólo para ver integralmente al individuo, sino también para posibilitar y ampliar la cobertura de los programas que trabajan bajo este esquema. El equipo interdisciplinar está conformado por Médicos Psiquiatras, Psicólogos,

Trabajadores Sociales, Enfermeras y Terapeutas Ocupacionales. Cada profesional tiene competencias, que están dadas por su área de formación y el tiempo de dedicación al programa.

El modelo de trabajo tiene un carácter eminentemente grupal, pero con una clara consideración de las necesidades individuales, de manera tal que se diseñan planes de trabajo para cada persona, siempre bajo las mismas condiciones.

Proceso

Primera Etapa:

El usuario ingresa al programa únicamente a través de la hospitalización total. La estabilización médica, controla la abstinencia, detiene el consumo y crea el vínculo con el tratamiento. Controlar la abstinencia es uno de los principales objetivos de esta primera etapa, ya que los individuos no logran beneficiarse del proceso, sin dejar de consumir la sustancia. Esta es una posición que se ha instaurado como parte de la filosofía del tratamiento de las adicciones. En esta primera etapa se presentan los principales problemas para el manejo, dados por la grave tendencia a la depresión, ansiedad y el acting-out.

El Terapeuta Ocupacional inicia el proceso evaluativo, la Historia Ocupacional constituye una valiosa herramienta que contribuye a la elaboración del Diagnóstico Clínico, y facilita la comprensión de la problemática actual.

Se realizan otro tipo de pruebas, como Listados de Metas, orientadas por la edad y el género, las cuales deben ser revisadas con cierta periodicidad, debido a que la conciencia de las dificultades comienza a surgir con el proceso de desintoxicación y el inicio de las actividades de Psicoterapia.

Durante esta etapa las personas asisten al servicio de Terapia Ocupacional, dentro del esquema de trabajo de una Clínica u Hospital especializado en Salud Mental. Pero se evita que el grupo sea atendido con poblaciones que presentan otro tipo de desórdenes mentales, para facilitar el manejo de límites, la exigencia en las rutinas y el establecimiento de conductas ocupacionales más cercanas a su propia realidad.

La duración de esta etapa depende de manera muy importante del tipo de sustancia que se consume, del apoyo familiar y de los roles ocupacionales que desempeñen los individuos, debido a que las responsabilidades laborales, educativas y económicas posibilitan la permanencia dentro de los programas de tratamiento.

Segunda Etapa:

La etapa se inicia una vez ha terminado el proceso de hospitalización total. Así se hace un vínculo a través de un Programa Ambulatorio Intensivo, en el cual las personas asisten en un horario similar al laboral y cuyo propósito fundamental es la facilitación de la adquisición o readquisición de las conductas ocupacionales apropiadas al desempeño de los roles ocupacionales propios.

La etapa está fundamentada en el trabajo realizado por el Terapeuta Ocupacional, porque el eje central de todo el proceso de rehabilitación está centrado en la reorganización de la vida diaria de estas personas, quienes en su gran mayoría y debido a las características de su personalidad y al condicionamiento que ofrece el ambiente de consumo, tienen dificultades para aceptar y seguir rutinas y mantener hábitos saludables en su cotidianidad.

El proceso evaluativo es complementado con listado de roles y evaluación constante de habilidades y destrezas durante el transcurso del tratamiento.

Esta etapa tiene un carácter grupal y debido a la dinámica que se genera en todos los grupos se podrían determinar dos fases fundamentales en el proceso, que marcan directamente la participación de cada uno de los miembros del grupo y su madurez.

Fase <u>Adaptativa</u>

Al iniciarse la etapa del programa a nivel ambulatorio, el individuo está nuevamente en contacto con su medio familiar y social, lo que exige que la persona haga un vínculo más auténtico con el proceso de rehabilitación y pueda iniciar la reorganización de sus conductas ocupacionales, dado el contacto con la familia y con sus grupos sociales. La motivación es un elemento fundamental dentro de esta fase, donde las posibilidades de una recaída son muy amplias debido a la disponibilidad del ambiente extrahospitalario de conseguir la sustancia o las opciones de contacto con grupos sociales consumidores.

El Terapeuta Ocupacional se constituye en el pilar de fundamentación de aspectos que contribuyan a apoyar la motivación. Basándose en el Modelo de Ocupación Humana (Kielhofner, 1985) son ellos el descubrimiento de habilidades, creencia en la eficacia de esas habilidades y posibilidades de ejercer el control sobre el éxito y el fracaso. Esto sin embargo no significa que el Terapeuta Ocupacional ofrezca gratificación al individuo o al grupo de manera constante, sino la posibilidad de mantener un grado de dependencia suficiente hasta que cada uno sea capaz de ejercer control sobre sus propias emociones y acciones, apropiadas o no.

Durante esta fase, también se facilita la experiencia de frustración y ansiedad, a través del uso de la actividad terapéutica como vehículo de expresión y tratamiento, como también de las dificultades de la personalidad. Tales dificultades se podría referir al uso de conductas inadaptativas a nivel ocupacional, como la pérdida de roles o la sustitución por otros, que no son sanos o productivos personal y socialmente. Estas experiencias de frustración y ansiedad se modulan en intensidad hasta que el individuo pueda afrontar la adversidad y el estrés de manera productiva.

La dinámica generada al interior del grupo asigna por sí misma roles dentro de éste, que debe ser controlados por el equipo interdisciplinar, siendo que se pueden constituir en altamente productivos o destructivos; por eso deben generarse espacios de discusión que apoyen la cohesividad de los criterios de la actuación interdisciplinar. Así la dinámica debe ser orientada hacia el apoyo del mantenimiento de la abstinencia y el reconocimiento de la problemática que genera el consumo dentro de la vida, porque la mayor parte de las personas que se encuentran dentro del programa centran su problemática en el consumo, sin considerar las dificultades reales por las cuales éste se ha generado, o que se han producido con éste.

Ésta se constituye también en la oportunidad, dentro del tratamiento, para descubrir y ser consciente de las dificultades para asumir roles y conductas ocupacionales apropiadas a las condiciones individuales, y para actuar de acuerdo a lo que socialmente se espera. Cuando esto se logra, la posición y el rol dentro del grupo del individuo cambia de manera importante y se podría ubicar dentro de la siguiente fase del proceso, ya que se inicia la necesidad de ser productivo.

Fase Productiva

Una vez se ha logrado un grado importante de conciencia de la problemática que genera el consumo de sustancias, es necesario orientar el proceso hacia la generación de cambios que ayuden a reorganizar la vida del individuo, afectada por el ambiente social y cultural del consumo de sustancias. Así se puede considerar lo escrito por Khantzian, Halliday y McAuliffe (1990):

«Aunque lo que lleva a un individuo a tratamiento es la adicción, lo que le conducirá a abandonar el consumo de drogas y a experimentar un cambio profundo en la percepción de sí mismo y de su entorno es el tratamiento de su personalidad. A largo plazo consideramos que el tratamiento de los trastornos de la personalidad es el camino mejor hacia la recuperación de la adicción».

Es claro aquí que la labor de los programas de tratamiento no es controlar únicamente el consumo, sino producir cambios en las diferentes áreas del individuo y concientizarlo de que sus problemas en la vida diaria están directamente relacionados con el consumo de drogas o el alcohol. Así el objetivo principal durante esta fase se centra en posibilitar la experimentación de una «vida en sobriedad» y rescatar el disfrute de la vida diaria, especialmente de la sensación de control sobre la conducta y la relación con otros. Entonces comienza a jugar un papel muy importante la asignación de responsabilidades dentro del funcionamiento del programa y del grupo. Sin embargo a lo largo de todo el proceso, la persona ha asumido responsabilidades, aunque están más referidas al cumplimiento de horarios y de actividades.

Estas nuevas tareas, además, brindan un nuevo estatus dentro del grupo, que ofrecen un magnífico escenario, para ser confrontado por el grupo y el equipo interdisciplinario, lo cual puede brindar la opción de revaluar el proceso de adquisición o readquisición de conductas ocupacionales. Esto debe ser conducido por el Terapeuta Ocupacional de manera tal que sea el individuo quien pueda describir su propio desempeño y calificar cómo esa

responsabilidad se puede traducir en otras conductas dentro de su vida por fuera del programa.

Durante toda esta fase, la persona debe lograr identificar y modificar, los aspectos de su personalidad que han sido los puntos de partida para la adicción, y cómo el consumo ha sido tomado como opción de recibir gratificación o de expresión de conflictos o necesidades. Esto último es reemplazado por el uso de la actividad como medio para cambiar la función que hasta ahora han tenido las sustancias. El proceso que se genera con el uso de la actividad permite que el Terapeuta Ocupacional señale al individuo cada una de las fortalezas o debilidades, que posee su conducta ocupacional y pueda así transferirla a otras esferas de su vida, fuera del contexto terapéutico.

 lias, pero el vínculo que exige el programa por parte de la familia, le asigna a ésta un rol muy importante, que no está abiertamente expresado, pero actúa como evaluador de los cambios.

La experiencia logró identificar que la percepción del individuo sobre su familia no es persecutoria, sino más como un veedor de logros constantes. Ello no significa que todas las familias tengan iguales comportamientos, ya que las dinámicas familiares siempre se afectan por la adicción y no todas las familias tienen respuestas o comportamientos como los señalados y por ende las percepciones de los individuos sobre el papel de sus familias no son las mismas. Otro recurso utilizado es el uso de exámenes paraclínicos, tomados de manera esporádica, con el fin de detectar los niveles de la sustancia en el cuerpo. Esta es una medida que puede parecer coercitiva, en un medio donde se promueve principalmente la concientización de las propias necesidades de cambio, pero brinda una estructura de funcionamiento y fija el compromiso real con el tratamiento.

Es importante señalar que no es posible establecer indicadores de logro generales para el grupo. Para determinar cuándo está listo para seguir con otra etapa del tratamiento, es evaluado de manera individual con cada persona y el equipo interdisciplinario, porque la particularidad de las historias no admite el establecimiento de este tipo de criterios. Sin embargo los cambios actitudinales se constituyen en el mejor índice de los resultados, como también la visión de la familia y los resultados de los exámenes paraclínicos.



Etapa de Entrenemiento

En este modelo de trabajo existe una política clara respecto al empoderamiento de la persona del tratamiento, lo que hace que el programa se convierta en un facilitador de los procesos, pero no ofrece opciones de rehabilitación profesional o reubicación laboral o escolar, ya que el mensaje que se transmite permanentemente es la autovalía

Así el individuo sale del tratamiento ambulatorio intensivo y comienza a enfrentar su propia vida, con o sin actividad laboral o educativa, debido a que él debe ser el organizador de su propia conducta ocupacional. El programa continúa haciendo un acompañamiento y mantiene el vínculo mediante reuniones semanales con participación de las familias y ofrece opciones de reforzar el proceso o de recibir ayuda en etapas difíciles, asistiendo a una o varias jornadas diarias del programa y la participación en todas las actividades que ello implica.

A partir de la salida del paciente del programa, se hace un seguimiento telefónico, dirigido a reconocer las actividades que está desarrollando la persona, laborales o educativas, el consumo, las relaciones sociales y familiares que está manteniendo. Este seguimiento es realizado con una periodicidad de 6 meses.

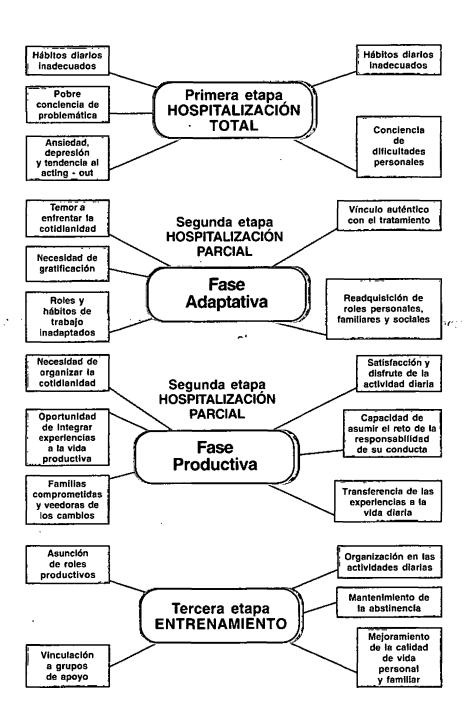
Además, durante todo el proceso de tratamiento se promueve que los individuos se vinculen a grupos como Alcohólicos Anónimos o Narcómanos Anónimos, dado que la vinculación con estos grupos facilita el mantenimiento de la abstinencia luego de la salida.

Esta es una etapa que podría decirse que no termina, como tampoco se puede considerar que un individuo adicto está curado y que puede volver a consumir con moderación. Se puede afirmar así que la labor del Terapeuta Ocupacional es menos activa, ya que el programa también es menos activo y tiene la concepción de permanecer de esta forma porque ante todo busca ser una figura de apoyo en la vida del paciente y no crear una dependencia con él.

Como es lógico dentro de cualquier proceso de tratamiento se pueden dar recaídas en el consumo o en actitudes que se constituyen el punto de partida para reiniciar el consumo. Generalmente, cuando esto se presenta se evalúa el caso en particular y se decide una nueva hospitalización total u otro tipo de medidas que pueden ser menos severas, de acuerdo con lo que pueda haber presentado el individuo.

Concluyendo, ésta es una alternativa de tratamiento que posee una visión de la persona más como gestor de sus propios procesos de cambio, que como tradicionalmente ha sido tratado, como «paciente», es decir un ser pasivo, en el que se realizan una serie de procedimientos y quien espera que los sistemas sociales o de salud hagan transformaciones en su actuación.

La concepción de generar cambios en las actitudes, en las propias actuaciones y conductas diarias, pueden realmente garantizar resultados, como que el 36% de los pacientes que culminan el proceso mantienen la abstinencia durante el primer año, considerado como el más crítico.



Etapas del proceso de trabajo

Recomendaciones

El trabajo con esta población es muy exigente, demanda de equipos interdisciplinares sólidos, con una amplia formación en el área, con metas claras y buenos procesos comunicativos.

El liderazgo del equipo debe ser siempre compartido, ya que las competencias de cada uno de los profesionales enriquecen el proceso terapéutico y permiten proponer objetivos más reales y comprensivos de las realidades particulares de cada uno de los individuos que se benefician del programa.

Los programas de tratamiento no pueden centrarse en detener el consumo, aunque esa debe ser la primera condición para el ingreso, sino modificar la vida diaria de los individuos como una estrategia para producir resultados permanentes.



1. ENGEL, G. L. The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. Science. 1997.

- KAPLAN, Harold. Terapia de grupo. Tercera Edición. Editorial Médica Panamericana. Madrid, 1998.
- Dirección Nacional de estupefacientes. Modalidades de tratamiento y rehabilitación de farmacodependientes en Colombia. Ministerio de Justicia. Santafé de Bogotá, 1997.
- KIELHOFNER, Gary. Conceptual Foundation of Occupational Therapy. Second Edition. F.A. DAVIS COMPANY. 1997.