



Dirección General

RESOLUCION DIRECTORAL

N° 137 - 2015-DG-HVLH

Magdalena del Mar, 15 de mayo de 2015

Visto; la Nota Informativa N° 073-OEPE-HVLH-2015 emitida por el Director Ejecutivo de la Oficina de Planeamiento Estratégico y la Nota Informativa N° 036-DPTO-ADICC-HVLH-2015 emitida por la Jefa del Departamento de Adicciones del Hospital Víctor Larco Herrera ;

CONSIDERANDO:

Que, La Ley N° 26842 Ley General de Salud, establece en el artículo IX que la norma de salud es de orden público y regula materia sanitaria, así como la protección del ambiente para la salud y la asistencia médica para la recuperación y rehabilitación de la salud de las personas. Nadie puede pactar contra ella;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 526-2011/MINSA del 11 de Julio del 2011 se aprueba las "Normas para la elaboración de documentos Normativos del Ministerio de Salud", la cual establece las disposiciones relacionadas con los procesos de planificación, formulación o actualización, aprobación, difusión, implementación y evaluación de los documentos normativos que expide el Ministerio de Salud;

Que, el artículo 8° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital "Víctor Larco Herrera", aprobado mediante Resolución Ministerial N° 132-2005/MINSA, determina los objetivos funcionales generales asignados al Hospital, siendo entre ellos, incisos d) Mejorar continuamente la calidad, productividad, eficiencia y eficacia de la atención de psiquiatría y salud mental, estableciendo las normas y los parámetros necesarios, así como generando una cultura organizacional con valores y actitudes hacia la satisfacción de las necesidades y expectativas del paciente y su familia;

Estando a lo informado por la Jefa del Departamento de Adicciones del Hospital "Víctor Larco Herrera"; y,

Con el visto bueno de la Jefa del Departamento de Adicciones, de la Jefa de la Oficina de Asesoría Jurídica y del Director Ejecutivo de Planeamiento Estratégico del Hospital "Víctor Larco Herrera";y,

De conformidad con lo previsto en el literal c) del artículo 11° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital "Víctor Larco Herrera" aprobado por Resolución Ministerial N° 132-2005/MINSA

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- Aprobar el "PROGRAMA DE TRATAMIENTO PARA PACIENTES CON TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDO AL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOTROPICAS Y OTRAS CONDUCTAS ADICTIVAS EN EL DEPARTAMENTO DE ADICCIONES DEL HVLH, el mismo que en documento adjunto a folios (19) forma parte integrante de la presente Resolución.

Artículo 2°.- El Departamento de Adicciones, es el responsable de la difusión e implementación del citado Documento.

Artículo 3°.- Disponer a la Oficina de Comunicaciones la publicación de la presente Resolución en el portal de Internet del Hospital "Víctor Larco Herrera".

Regístrese y comuníquese

Ministerio de Salud  
Hospital "Víctor Larco Herrera"

Med. Cristina Aguiguren Li  
Directora General  
CMP 17890 RNE 0270

Ministerio De Salud  
Hospital "Victor Larco Herrera"  
Dpto. de Adicciones  
Med. Alicia Chau Esquerre  
Jefa Del Dpto. de Adicciones  
C.M.P. N° 12100 R.N.E. N° 12309



# MODELO DEL PROGRAMA DE TRATAMIENTO PARA PACIENTES CON TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDO AL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOTROPAS Y OTRAS CONDUCTAS ADICTIVAS EN EL DEPARTAMENTO DE ADICCIONES DEL HOSPITAL "VICTOR LARCO HERRERA" (1991-2015)

**ALICIA CHU ESQUERRE**

Médica Psiquiatra, Jefa del Departamento de Adicciones del Hospital "Victor Larco Herrera".

## RESUMEN

La autora en base a una experiencia de 23 años en la conducción y organización del Departamento de Adicciones del hospital "Victor Larco Herrera" presenta el modelo del programa de tratamiento para pacientes con Trastornos mentales y del comportamiento debido al Consumo de Sustancias Psicotropas y otras Conductas Adictivas en el Departamento de Adicciones del Hospital "Victor Larco Herrera" (1991-2015).

Se basa en que con la participación de un equipo terapéutico multidisciplinario y de acuerdo con la realidad del Perú, realiza una aproximación humanista hacia el paciente y su familia dentro de un marco de Comunidad Terapéutica y un sistema de "proceso por etapas" con tareas y objetivos definidos que permite al paciente retornar como un ser útil y productivo al contexto sociocultural al que pertenece afrontándolo con un nuevo sentido.

Ministerio De Salud  
Hospital "Victor Larco Herrera"  
Dpto. de Adicciones  
Med. Alicia Chu Esquerre  
Jefa Del Dpto. de Adicciones  
C.M.P. N° 12100 R.R.B. N° 12300

Ministerio De Salud  
Hospital "Victor Larco Herrera"  
Dpto. de Adicciones

Med. Alicia Chu Esquerre  
Jefa Del Dpto. de Adicciones  
C.M.P. N° 12100 R.R.B. N° 12300





## 1.- INTRODUCCION

El consumo de drogas ha sido desde sus orígenes una práctica cultural que ha acompañado a la especie humana a través de muchas sociedades, al interior de las cuales los posibles efectos negativos se intentan reducir enmarcándolo dentro de un patrón social. Sin embargo a fines del Siglo XX, con el notorio avance de las comunicaciones y el mayor intercambio socio cultural a lo largo y ancho del planeta los compartimentos culturales se van diluyendo y las drogas son extraídas de un entorno tradicional hacia otras realidades sociales desconocedoras de su patrón social de consumo y de sus efectos. Esta asociación anómala ha hecho que actualmente el consumo de sustancias constituya uno de los principales problemas de salud pública que debemos enfrentar no solo en nuestro país sino también a nivel mundial. En EE.UU. el 18% de la población presenta un Trastorno por Consumo de Sustancias en algún momento de sus vidas.

Por su parte en el Perú vivimos a la actualidad una peligrosa transformación en un país consumidor de drogas a predominio de alcohol, cocaína y pasta básica de cocaína, no teniendo ya solo el rol de país productor que lo ha identificado hasta ahora sino que además en esta nueva etapa se observa una tendencia a una disminución en la edad de inicio del consumo siendo las poblaciones más jóvenes el segmento más afectado.

El fenómeno del consumo de sustancias tiene implicaciones no solamente en la clínica psiquiátrica sino también en las áreas de investigación cerebral y la sociedad en general. Felizmente nuevos conocimientos en el campo de la adicción se han producido, desde la década de los 90 relacionados con la incorporación del concepto de enfermedad adictiva, los mecanismos receptores, la química de la membrana, los patrones de transmisión genética y aparición de nuevas sustancias que pueden ser útiles en el control de los Síndromes de abstinencia, ello, aunado a una mayor sensibilidad social y búsqueda de ayuda profesional nos obliga a quienes trabajamos en esta área a diseñar modelos útiles de tratamiento lo suficientemente flexibles y acordes con la comunidad a la que pertenecen que permita a los pacientes que abusan del alcohol y otras sustancias tener una nueva oportunidad.

Ministerio De Salud  
Hospital "Victor Larco Herrera"  
Dpto. de Adicciones

Med. Alicia Chu Bequerre  
Jefa Del Dpto. de Adicciones  
C.M.F. N° 12100 R.N.E. N° 12300

Ministerio De Salud  
Hospital "Victor Larco Herrera"  
Dpto. de Adicciones

Med. Alicia Chu Bequerre  
Jefa Del Dpto. de Adicciones  
C.M.F. N° 12100 R.N.E. N° 12300





## II.- MARCO CONCEPTUAL

### EL CONSUMO DE DROGAS UN FENOMENO MULTIFACTUORIAL

Se sabe que cualquier comportamiento humano obedece a diversas causas que interaccionan e influyen entre sí. El problema del consumo de drogas no escapa a esta premisa, en este caso se considera que son el resultado de tres grupos de factores:

- Una sustancia con determinadas propiedades farmacodinámicas.
- Las características personales del sujeto que las utiliza que incluye sus particularidades biológicas (factores, metabólicos, genéticos, neuroquímicos, etc.) y psicológicas (rasgos de personalidad y conflicto intrapsíquico)
- La naturaleza del contexto sociocultural en el que se produce el consumo.

El grado de influencia de cada uno de estos grupos de factores variará de acuerdo al momento histórico y cultural en que se desarrollen.

Por lo tanto no existen factores únicos para volverse un dependiente a sustancias, sino que a partir de la consideración de los tres vértices de un triángulo "sujeto, sustancias y contexto" se puede alcanzar una visión veraz de la realidad y una mejor aproximación terapéutica.

### TERMINOLOGIA (DSM IV – ICD.10)

**DROGA:** Toda sustancia legal o ilegal que introducida en el organismo produce cambios en la percepción, las emociones, el sujeto y el comportamiento y es susceptible de generar en el usuario una necesidad de seguir consumiéndola.

Aunque las características de cada sustancia son importantes a la hora de comprender una adicción, lo es más a la relación que el sujeto consumidor establece.

**USO DE SUSTANCIAS:** Es aquella forma de consumo que no genera consecuencias negativas para el sujeto.

**ABUSO:** Es el consumo persistente e injustificado de algunas sustancias y los intentos de disuadir o impedir el consumo de ésta se enfrenta a una gran resistencia a pesar de advertir al enfermo sobre el riesgo o la presencia de daño somático o mental.

Estos problemas pueden tener lugar repetidamente durante un periodo de 12 meses. A diferencia de los criterios para la dependencia. Los criterios para el

Ministerio De Salud  
Hospital "Victor Larco Herrera"  
Dpto. de Adicciones

Med. Alicia Chu Esquerre  
Jefa Del Dpto. de Adicciones  
C.M.F. N° 12100 R.N.S. N° 12300



Ministerio De Salud  
Hospital "Victor Larco Herrera"  
Dpto. de Adicciones

Med. Alicia Chu Esquerre  
Jefa Del Dpto. de Adicciones  
C.M.F. N° 12100 R.N.S. N° 12300



**abuso de sustancias** no incluyen la tolerancia, la abstinencia ni el patrón de uso compulsivo.

**DEPENDENCIA:** Se caracteriza por una adaptación psicológica, fisiológica y bioquímica como consecuencia de la exposición a droga (Teoría de la Neuroadaptación) haciéndose más necesaria su utilización para evitar los fenómenos que ocurren con su retiro. Existe un patrón de repetida autoadministración que a menudo lleva a la tolerancia, la abstinencia y a una ingestión compulsiva a la sustancia. El diagnóstico puede ser aplicado a toda clase de sustancias a excepción de la cafeína.

**TOLERANCIA:** Es el proceso que permite al organismo admitir progresivamente una mayor cantidad de sustancias para alcanzar la intoxicación o el efecto deseado o una notable disminución de los efectos de la sustancia con su uso continuado a las mismas dosis.

Existe la posibilidad de que determinada sustancia que genera tolerancia la induzca también para otra de similar familia farmacológica sin que el sujeto lo hubiera consumido lo que se denomina TOLERANCIA CRUZADA ejemplo: La tolerancia a los tranquilizantes que desarrollan los alcohólicos.

**ABSTINENCIA:** Conjunto de síntomas que se presentan en forma absoluta o relativa hacia una determinada sustancia tras un consumo reiterado, generalmente prolongado o a dosis elevadas. Coincide con la disminución de la concentración en sangre de la sustancia problema

**ADICCION:** Término utilizado como sinónimo de Dependencia:

Actualmente se ha determinado eliminarlo de la terminología oficial por cuanto ha devenido en término con connotaciones peyorativas y se ha extendido hacia otro tipo de problemas como la adicción al dinero o la adicción a la televisión.

Puede implicar solo el cambio conductual pero no la dependencia física.

### EL MODELO DE ENFERMEDAD EN LOS TRASTORNOS DEBIDOS AL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOTROPAS (Washton)

Este modelo plantea que se habla de enfermedad cuando la persona ha cruzado el umbral del uso al de abuso de sustancias químicas y no puede regresar a un uso controlado sin que se desencadene de nuevo la adicción. Se menciona tres estadios en la progresión de la enfermedad:

- a) Uso experimental
- b) Uso regular
- c) Uso adictivo
- d) Uso crónico

Ministerio De Salud  
Hospital "Victor Larco Herrera"  
Dpto. de Adicciones

Med. Alicia Chu Esquerre  
Jefa Del Dpto. de Adicciones  
C.M.P. N° 12100 R.N.E. N° 12300



Ministerio De Salud  
Hospital "Victor Larco Herrera"  
Dpto. de Adicciones

Med. Alicia Chu Esquerre  
Jefa Del Dpto. de Adicciones  
C.M.P. N° 12100 R.N.E. N° 12300



**Uso Experimental.-** Motivado por la curiosidad, la invitación o la presión social y el deseo de compartir una experiencia placentera y supuestamente inofensiva. Es la etapa de "luna de miel".

**Uso Regular.-** La sustancia empieza a ser un hecho regular en el estilo de vida del sujeto, el patrón puede ser intermitente pero aún no se evidencia consecuencias negativas sin embargo los cambios bioquímicos como la repetida estimulación del centro de recompensa cerebral y la depleción de dopamina están empezando a producirse.

**Uso Adictivo.-** Cuando la persona pierde el control sobre el uso de la sustancia y ya no puede escoger entre utilizarlo o no presentando necesidad irresistible de consumo a pesar de la presencia de efectos negativos con incapacidad para controlar su uso, periodos de abstinencia breves y negación de que el uso de la droga sea un problema.

**Uso Crónico.-** (Dependencia propiamente dicha). A medida que el consumidor avanza en su adicción aparecen diversos cambios: se vuelve más irritable, depresivo, con mal humor, distraído, poco motivado, manipulador, conflictivo, aislado, muchas veces paranoide, violento o con tendencias suicidas. Gradualmente abandona sus responsabilidades y se destruyen las relaciones con el trabajo, los amigos, la familia y la propia vida, experimenta un cambio en su sistema de valores y en la conducta que no se deben necesariamente a una psicopatía primaria sino a que en un momento dado los cambios neuroquímicos cerebrales producen importantes alteraciones de la conducta y la personalidad, que muchas veces escapan a la voluntad del consumidor.

El problema real no solamente es la muerte o el trastorno físico para la mayoría de consumidores sino también la disfunción psicosocial que lo puede llevar a convertirse en un ser degradado y un parásito social.

## PERFIL DEL DEPENDIENTE A SUSTANCIAS

De acuerdo a nuestra experiencia los trabajos realizados por Navarro, Nizama, Becerra y otros se define las características psicológicas de la persona dependiente a sustancias en los siguientes términos:

1. Presenta un serio trastorno en el área de la voluntad que le impide dejar de consumir, con abulia o hipobulia y compulsión.
2. Presenta cambios de comportamiento caracterizado por:
  - Incapacidad para el autocontrol
  - Tendencia a emitir conductas manipulatorias con la finalidad de consumir la droga.
  - Utiliza con frecuencia conductas evitativas.



Ministerio De Salud  
Hospital "Victor Larco Herrera"  
Dpto. de Adicciones  
Med. Alicia Chu Esquerre  
Jefa Del Dpto. de Adicciones  
C.M.P. N° 12100 R.N.E. N° 12300



Ministerio De Salud  
Hospital "Victor Larco Herrera"  
Dpto. de Adicciones

Med. Alicia Chu Bequerre  
Jefa Del Dpto. de Adicciones  
C.M.P. N° 12100 R.N.E. N° 12300

- Puede presentar actos violentos contra sí mismo o terceras personas.
  - Presenta conductas antisociales pudiendo llegar a la mentira y al robo.
3. Trastorno en el área de las emociones: se muestra frío, con incapacidad, para experimentar placer y expresar emociones (anhedonia). Establece relaciones afectivas superficiales.
  4. Alteraciones en el contenido y formulación del pensamiento caracterizado por creencias, pensamientos y/o temores irracionales. Puede presentar además ideas delusivas y suspicacia o episodios psicóticos, transitorios.
  5. Alteraciones en la memoria e inteligencia: con presencia de amnesia o hipomnesia para los hechos acaecidos en el periodo de ingesta y gradual disminución de las habilidades sociales (inteligencia social) que puede ser reversible en la medida que abandone el consumo.
  6. Se evidencia interrupción en la maduración de la personalidad: con baja autoestima, baja tolerancia a la frustración, incapacidad para resolución de conflictos, para elaborar metas y proyectos de vida y una alteración en su sistema de valores.
  7. Presenta trastornos en el área de funcionamiento laboral con abandono de sus responsabilidades que van desde el ausentismo hasta la pérdida del trabajo.  
Igualmente se altera su funcionamiento en el seno familiar llegando desde el conflicto, el rechazo o la autoexclusión de la vida familiar.  
En el aspecto social se refugia en una subcultura que refuerza sus conductas psicopáticas pudiendo pasar fácilmente del hurto y la estafa a la microcomercialización o el narcotráfico.
  10. En el área legal: con frecuencia puede tener problemas policiales o judiciales pudiendo llegar a la exclusión total con la reclusión en cárcel.
  11. Puede presentar episodios de ansiedad y depresión asociadas o independientes del consumo de sustancias.
  12. Utiliza con frecuencia mecanismo de defensa para minimizar su problema, y si en algún momento los deja de lado puede caer en la desesperanza y el abandono con sensación de "vacío existencial" que lo puede llevar a pensar en la idea de suicidio o a ejecutar algún intento, en ocasiones con éxito.
  13. No tiene conciencia de enfermedad adictiva.
  14. En casos extremos puede presentar problemas médicos o psiquiátricos asociados (comorbilidad).

Ministerio De Salud  
Hospital "Victor Larco Herrera"  
Dpto. de Adicciones

Med. Alicia Chu Bequerre  
Jefa Del Dpto. de Adicciones  
C.M.P. N° 12100 R.N.E. N° 12300





## EL CONCEPTO DE COADICCIÓN

En la medida que el problema de la Dependencia a sustancia no solo depende del tipo de sustancia, las características del sujeto que lo consume y el vínculo que establece con ésta sino también del entorno ambiental en el cual éste se desarrolla, la familia cobra especial importancia cuando se intenta iniciar algún tipo de intervención terapéutica.

El dependiente a sustancias facilita una alteración en el sistema familiar pudiendo ser rechazado por algunos de sus miembros y protegido por otros. Se establece entonces el fenómeno de la coadición muchas veces asumido por la pareja o la madre del dependiente.

La persona coadicta desconoce las características de la enfermedad adictiva, e intenta mitigar los problemas inmediatos derivados del consumo de la sustancia ya sea encubriendo la conducta, minimizando o proporcionando las facilidades o los medios (dinero, excusas, mentiras) para que el dependiente siga consumiendo justificándose en un sentimiento de "ayuda", conmiseración, miedo oculto, o amor malentendido.

Por lo tanto cualquier programa de tratamiento deberá considerar este aspecto como elemento importante dentro de la rehabilitación del paciente.

Ministerio De Salud  
Hospital "Victor Larco Herrera"  
Dpto. de Adicciones  
Med. Alicia Chu Esquerre  
Jefa Del Dpto. de Adicciones  
C.M.P. N° 12100 R.N.E. N° 12300

## **III. EL MODELO DE TRATAMIENTO**

Nuestro modelo de tratamiento se orienta a los pacientes que presentan algún trastorno mental y del comportamiento por el consumo de Sustancias Psicotrópicas y otras conductas adictivas (F10 al F19 incluyendo F63 según ICD- 10).

Se incluyen varios aspectos que a continuación señalamos:

### FUNDAMENTO

- a) El reconocimiento de que la dependencia a sustancias psicoactivas es enfermedad biogenética y psicosocial crónica, progresiva y potencialmente fatal, caracterizada por una pérdida de control, así como por cambios variados de la personalidad y consecuencias sociales.
- b) El Desarrollo de una nueva forma sana de ser y de vivir.



Ministerio De Salud  
Hospital "Victor Larco Herrera"  
Dpto. de Adicciones  
Med. Alicia Chu Esquerre  
Jefa Del Dpto. de Adicciones  
C.M.P. N° 12100 R.N.E. N° 12300



## CARACTERISTICAS DE NUESTRO MODELO DE TRATAMIENTO

Nuestro Modelo de Tratamiento se caracteriza por ser multimodal, a predominio grupal e individual según la etapa de tratamiento en que se encuentre el paciente, de acuerdo con la realidad del Perú.

Incluye: Desintoxicación, Farmacoterapia, Tratamiento cognitivo conductual y modificación del comportamiento, Psicoterapia, Autoayuda y Comunidad Terapéutica Rehabilitación, Reinserción social y además un trabajo de motivación y cambio de las conductas adictivas de acuerdo al modelo de Prochaska y Di Clemente (1993).

1. Es un programa estructurado con reglas, responsabilidades, límites y principios básicos para el manejo del dependiente a sustancias.
2. La abstinencia total a drogas legales e ilegales.
3. El programa de tratamiento de desenvuelve dentro de un sistema de "proceso por etapas" en cada uno de los cuales están definidos tareas y objetivos específicos para éste.
4. El tiempo de duración promedio es de 6 meses a un año.
5. Se presta especial importancia a la valoración diagnóstico multiaxial que permita delimitar el perfil individual de cada caso.
6. Se ofrece una terapia combinada grupal e individual de acuerdo a la fase de tratamiento en que se encuentra el paciente evitando así la masificación del tratamiento.
7. El diseño de nuestro programa permite una retroalimentación positiva a través de autoevaluaciones permanentes.
8. Permite lograr que el paciente asuma la responsabilidad de su tratamiento y la autodeterminación a través de una sucesión de informaciones y vivencias.
9. Permite la aproximación humanista hacia el paciente que se extiende desde la perspectiva de los principios de la comunidad Terapéutica de Maxwell Jones hasta los principios logoterapéuticos y valorativos de Víctor Frankl y Honorio Delgado.
10. La estructura del programa de tratamiento permite la atención no sólo del paciente sino la participación activa de la familia identificando el fenómeno de Coadicción y reeducándola.
11. Cuenta con un Equipo Multidisciplinario (médicos, psicólogos, enfermeras, asistentes sociales, técnicos de enfermería) que participan activamente en la atención del paciente, manteniéndose el médico como responsable final de cada individuo.

Ministerio De Salud  
Hospital "Victor Larco Herrera"  
Dpto. de Adicciones

Med. Alicia Chu Esquerre  
Jefa Del Dpto. de Adicciones  
C.M.P. N° 12100 R.R.E. N° 12300

Ministerio De Salud  
Hospital "Victor Larco Herrera"  
Dpto. de Adicciones

Med. Alicia Chu Esquerre  
Jefa Del Dpto. de Adicciones  
C.M.P. N° 12100 R.R.E. N° 12300





## CRITERIOS DE EXCLUSION

1. Pacientes consumidores menores de 18 años y mayores de 65.
2. Psicóticos Duales Crónicos o con Psicosis severa.
3. Pacientes con Personalidad Borderline
4. Pacientes con Psicopatía Primaria
5. Pacientes con Trastorno del Humor severo.
6. Presencia de enfermedad física, aguda o crónica severa.
7. Pacientes con Retardo Mental o Síndrome Orgánico Cerebral Agudo o Crónico severo.
8. Pacientes con problemas Judiciales (amenaza de prisión efectiva).

## INSTRUMENTOS

1. Intervenciones individuales y grupales con el paciente y su familia.
2. Elaboración de la historia clínica completa.
3. Solicitud de análisis y exámenes complementarias según el caso
4. Evaluación psicológica y social.
5. Contrato Terapéutico con el paciente y su familia con aceptación del tratamiento.
6. Elaboración de un plan de tratamiento.
7. Utilización de fármacos cuando sea necesario según criterio médico.

Ministerio De Salud  
Hospital "Victor Larco Herrera"  
Dpto. de Adicciones

Med. Alicia Chu Esquivre  
Jefa Del Dpto. de Adicciones  
C.M.P. N° 12100 R.N.E. N° 12300

## RECURSOS HUMANOS (Equipo Multidisciplinario)

En nuestro Programa de Tratamiento el personal se capacita y actualiza frecuentemente debido a la variabilidad de los cuadros clínicos derivados del consumo de sustancias y la aparición de las NSP (nuevas sustancias Psicoactivas). Incluye:

1. Médicos Psiquiatras entrenados en el área de Adicciones.
2. Psicólogos
3. Enfermeras
4. Asistentes Sociales
5. Técnicos de Enfermería

## ETAPAS DEL PROGRAMA DE TRATAMIENTO

### **A. PRIMERA ETAPA: ADMISION Y ATENCION DE PACIENTES**

Depende de las características individuales de cada caso.  
El contacto inicial se realiza en dos modalidades:

- A.1 Ambulatorio (Consultorios Externos): Incluye Terapia Motivacional.
- A.2 Intervención en Crisis: (Emergencia)



Ministerio De Salud  
Hospital "Victor Larco Herrera"  
Dpto. de Adicciones

Med. Alicia Chu Esquivre  
Jefa Del Dpto. de Adicciones  
C.M.P. N° 12100 R.N.E. N° 12300



## A 1. AMBULATORIO

El paciente acude en compañía de un familiar u otra persona no adicta., que le pueda brindar soporte social y emocional en un inicio. Es evaluado por el médico psiquiatra especialista en Adicciones quien determina la etapa de enfermedad adictiva en que se encuentra el paciente y decide si deberá continuar en tratamiento ambulatorio u hospitalizarse.

En todos los casos se deberá realizar el examen físico correspondiente para descartar otras enfermedades asociadas (ETS, SIDA, TBC, PARASITOSIS, etc.) y el examen mental y psicopatológico para descartar patología psiquiátrica (Esquizofrenia, Trastorno del Humor, o un Trastorno de Personalidad (Borderline), disociar, etc.) o problemas legales (Narcotráfico). Para ello utilizara los recursos necesarios con tal fin, apoyándose en pruebas psicológicas, exámenes de laboratorio, evaluaciones sociales y otros. Igualmente deberá evaluar el grado de motivación del paciente (criterio de Prochaska y Di Clemente).

Esta información quedara registrada en la historia clínica correspondiente y se instalara el tratamiento farmacológico pertinente.

Si existe patología asociada realizara oportunamente las derivaciones correspondientes con otros Departamentos del Hospital "Víctor Larco Herrera".

Se evaluara además las características del contexto familiar y el grado de aceptación y/o rechazo hacia el paciente.

En estas condiciones se concluirá con un diagnóstico inicial del perfil del paciente y un plan de tratamiento que podría incluir farmacoterapia.

### Grupo de Motivación

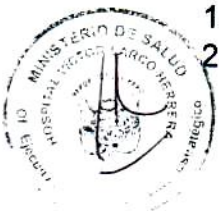
Se realiza con pacientes ambulatorios en un trabajo conjunto entre el personal de psicología y servicio social. Incluye:

#### a) Grupo de Motivación para Familiares

1. Brinda apoyo, información y orientación a los familiares y/o personas que apoyan al paciente para la comprensión y conocimiento de la enfermedad.
2. Se identifican las conductas de coadición
3. Se proporcionan instrumentos para ejercer control social sobre el paciente.
4. Se informan las características del Programa de Tratamiento.

#### b) Grupo de Motivación para Pacientes

1. Se basa en el modelo de Prochaska y Di Clemente
2. Se identifica el nivel de motivación en que se encuentra el paciente



Ministerio De Salud  
Hospital "Víctor Larco Herrera"  
Dpto. de Adicciones

Med. Alicia Chu Esquerre  
Jefa Del Dpto. de Adicciones  
C.M.F. N° 12100 R.N.E. N° 12316



3. Se brinda información acerca de la enfermedad adictiva y las características del Programa de Tratamiento.
4. Se identifican los mecanismos de consumo del paciente y las conductas psicopáticas
5. Se le invita a mantener la abstinencia a través del auto control y en caso de recaídas frecuentes se le motiva para acceda a un tratamiento prolongado en el área de hospitalización
6. Se realizan intervenciones terapéuticas preventivas.

#### A.2. INTERVENCION EN CRISIS (EMERGENCIA)

Se trata de pacientes adictos que son traídos en contra de su voluntad por familiares y/o la policía o serenazgo por problemas de intoxicación aguda o por conductas violentas que comprometan la vida del paciente, de sus familiares o de terceras personas.

Se debe realizar la historia clínica de Emergencia que incluya un examen físico minucioso procediéndose a derivar oportunamente si hay algún tipo de complicación física a un hospital nivel II.

En caso de agitación psicomotriz se aplicara el procedimiento correspondiente para estos casos.

Luego de resolver el proceso agudo, en el término de 72 horas el Psiquiatra del Departamento de Adicciones reevalúa el caso y determina de acuerdo a la condición clínica y con la aceptación del paciente, su hospitalización o su traslado a Consultorios Externos para continuar con su tratamiento.

#### B. SEGUNDA ETAPA: HOSPITALIZACION

Luego de haber pasado la primera etapa y definido la necesidad de continuar con un tratamiento residencial o de hospitalización el paciente en forma voluntaria se compromete por escrito a continuar con su proceso de cambio.

Los pacientes reciben intervenciones individuales y / o grupales según lo requieran en diferentes momentos de su permanencia en el programa., se integran gradualmente a la fase residencial mediante el Sistema de Comunidad Terapéutica al interior del cual atraviesa por tres niveles de intervención, de acuerdo a sus características individuales y obtención progresiva de las metas terapéuticas planteadas.

Mientras dure el internamiento el paciente se sujeta a tres principios o reglas básicas

- No consumo de drogas
- No realizar actos violentos
- Controlar su conducta sexual y erótica





### Sistema de Comunidad Terapéutica

En nuestro modelo el sistema de Comunidad Terapéutica se rige dentro de los principios básicos reconocidos internacionalmente:

- a) Sistema de tratamiento residencial con características de una microsociedad organizada con estructura jerárquica, centrada en que el adicto asuma sus propias responsabilidades para favorecer una vida libre de drogas así como que propicie las condiciones para el cambio en su estilo y filosofía de vida a través de la incorporación mantenimiento de los valores positivos y el desarrollo de su aspecto psicológico y espirituales.
- b) Existencia de personal profesional de salud, multidisciplinario y entrenado en el campo de las adicciones.
- c) Desarrollo de un programa terapéutico definido con base científica y objetivos claros orientados a un cambio de conducta a través de técnicas psicoterapéuticas diversas y complementarias conducentes a la reinserción socio familiar y el seguimiento con criterio bien definidos de diagnóstico, admisión y alta.
- d) Requiere la participación activa y organizada de la familia en el acompañamiento del proceso terapéutico que realiza el paciente.
- e) Respeto a los derechos del paciente

Ministerio De Salud  
Hospital "Victor Larco Herrera"  
Dpto. de Adicciones  
Med. Alicia Chu Esquerre  
Jefa Del Dpto. de Adicciones  
C.M.P. N° 12100 R.N.E. N° 12300

### Sistema de Niveles

Los niveles corresponden a los diferentes estadios del proceso de tratamiento al interior de los cuales se desenvuelve el paciente durante su permanencia en hospitalización. Coexiste simultáneamente con el sistema de Comunidad Terapéutica y tiene la ventaja de proporcionar flexibilidad al modelo de tratamiento adecuándolo a cada paciente, así pueden entrar en diferentes niveles y avanzar por ellos a diferente ritmo. A su vez permite al paciente asumir en forma gradual la responsabilidad de su recuperación y al mismo tiempo sirve como un sistema de recompensa y estímulo positivo cada vez que completa un nivel. Es útil además como un elemento protector para evitar un alto número deserción o abandono del tratamiento.

Nosotros consideramos tres niveles:

- a) Nivel I
- b) Nivel II
- c) Nivel III

Ministerio De Salud  
Hospital "Victor Larco Herrera"  
Dpto. de Adicciones

Med. Alicia Chu Esquerre  
Jefa Del Dpto. de Adicciones  
C.M.P. N° 12100 R.N.E. N° 12300





**a) Nivel I-**

Corresponde al primer contacto del paciente con el sistema de Comunidad Terapéutica y al cese del consumo de sustancias a través de intervenciones individuales y grupales simultáneamente en donde es acogido. En este nivel se maneja el Síndrome de Abstinencia y se procede a la desintoxicación si es necesario. Se requiere aun mantener vigilancia sobre el paciente.

El paciente permanece un promedio de 30 a 45 días, luego de los cuales es reevaluado por el Equipo Multidisciplinario para decidir la posibilidad de continuar o cambiar de nivel. Para ello deberán haberse cumplido los siguientes objetivos:

- Adaptación del paciente al sistema de hospitalización y el grado de motivación.
- Estabilización de los efectos negativos de la abstinencia.
- Identificación de los factores condicionantes y desencadenantes de la enfermedad desde la perspectiva del paciente y con la orientación del equipo terapéutico.
- Se define el perfil del paciente a través del diagnóstico multiaxial.
- Se formula el Plan Terapéutico.

**b) Nivel II.-**

Se basa en el manejo y desarrollo potencial personal y la autoevaluación a través de la confrontación con sus conductas, pensamientos y sentimientos.

En este nivel el paciente ha aprendido a manejarse dentro de la microsociedad artificial que le provee nuestro modelo de tratamiento, y que le sirve de apoyo, está motivado y convencido de que debe poner el máximo esfuerzo para lograr sus objetivos y se muestra dispuesto a enfrentar el reto a pesar del sufrimiento que de ello se pudiera derivar. En este momento se trabaja el proceso de CAMBIO propiamente dicho y el paciente realiza una modificación en el sentido de su vida y de su existencia recuperando su sistema de valores y dignidad humana.

El promedio de permanencia es de 90 días en los cuales se programa un alejamiento relativo del entorno familiar con encuentros quincenales, a los que accede de acuerdo a la evaluación del equipo terapéutico.

Los objetivos que deben cumplirse en este nivel son:

- Eliminación de la personalidad adictiva
- Manejo y resolución de los conflictos personales
- Prevención de recaídas
- Identificación del perfil vocacional y de habilidades





- Elaboración de un plan de vida a corto y mediano plazo que involucre un cambio de estilo y calidad de vida libre de drogas.

**c) Nivel III.-**

Después de haber cumplido con los objetivos del Nivel II, el equipo multidisciplinario determina el cambio del paciente al Nivel III. Aquí comienza a ejercer algún nivel de autoridad y de modelo frente a sus compañeros de otros niveles, experimenta una sensación de alegría y temor al mismo tiempo porque sabe que se encuentra próximo a regresar a la sociedad real y a su grupo familiar modificado. En este momento debe comenzar a dar los primeros pasos para su reinserción laboral y obtener algún sustento económico. Muchas veces en este aspecto tenemos dificultades por cuanto muchos de nuestros pacientes no consiguen una actividad laboral relativamente sana que los proteja por lo menos en un inicio de una recaída pudiendo prolongarse un poco más de lo previsto su permanencia en el programa: en estos casos les ofrecemos las alternativas de Clínica de Día o Clínica de Noche como elemento de protección.

Así pues, en este nivel le corresponde poner en práctica los cambios y decisiones contempladas en su Plan de Vida.

- Iniciar la ejecución de su Plan de Vida a través de la reinserción en el modelo laboral o educativo.
- Reanudación o reubicación de un entorno familiar modificado.
- Incorporación a grupos de autoayuda.
- El promedio de permanencia en Nivel III es de 45 a 90 días.

Una vez culminado el Nivel III se procede a dar el alta en la etapa de hospitalización y pasa a la Tercera Etapa o de Seguimiento.

**ORGANIZACIÓN FUNCIONAL**

La etapa de hospitalización mantiene una dinámica propia a través de:

1. Programación del tiempo: a través del cumplimiento estricto de un horario de actividades que involucra levantarse a las 6.00 a.m. y acostarse a las 10.00 p.m.  
El tiempo será invertido en diversas actividades previamente programadas y diferenciadas para cada nivel.
2. Desarrollo de Habilidades Sociales:  
Incluye la revaloración personal de sus potencialidades y esquema de valores así como la participación en reuniones grupales para la elaboración del Periódico mural, participación en actividades recreativas, científicas culturales, laborterapia, talleres y deportes.

Ministerio De Salud  
Hospital "Victor Larco Herrera"  
Dpto. de Adicciones  
Med. Alicia Chu Esquerre  
Jefa Del Dpto. de Adicciones  
C.M.F. N° 12100 R.N.E. N° 12300



Ministerio De Salud  
Hospital "Victor Larco Herrera"  
Dpto. de Adicciones  
Med. Alicia Chu Esquerre  
Jefa Del Dpto. de Adicciones  
C.M.F. N° 12100 R.N.E. N° 12300



3. Actividades Socioterapéuticas:
  - Asamblea de Comunidad (diaria) matinal.
  - Reunión de autoayuda, diaria, vespertina.
  - Grupos de autoayuda para Nivel II y III, (N.A. y A.A.) 2 veces por semana.
  
4. Terapia Individual:
  - Cognitivo Conductual relajación.
  - Logoterapia
  - Transaccional.
  - Manejo del conflicto conyugal familiar
  
5. Terapia Familiar:
  - Individual y multifamiliar Coadicción.

**C. TERCERA ETAPA: SEGUIMIENTO**

Se realiza cuando el paciente ha salido de la etapa de hospitalización y regresa a su entorno.

Sirve para ayudarlo en el proceso de resocialización y continuar con su maduración personal y proyección al futuro que le permite consolidarse íntegramente en los diferentes aspectos de su vida de acuerdo al plan que ha desarrollado en la etapa previa y evitando las recaídas.

Nosotros utilizamos una modalidad ambulatoria a predominio individual y en forma complementaria intervenciones grupales.

Los objetivos a desarrollar son:

- Que el paciente continúe con el esfuerzo para obtener una madurez adecuada y su resocialización a través de la recuperación de la confianza en sí mismo.
- Que mantenga la abstinencia y una actitud de autoprotección frente al consumo de sustancias.
- Que ponga en práctica los nuevos comportamientos aprendidos y se mantenga atento frente a sus recursos y sus límites personales, para evitar las recaídas

En nuestro programa y de acuerdo a reportes de Vaillant sobre seguimiento de abuso de sustancias a largo plazo hemos considerado una duración de cinco años, después de los cuales consideramos el cuadro en REMISION.

Ministerio De Salud  
Hospital "Victor Larco Herrera"  
Dpto. de Adicciones

Med. Alicia Chu Esquerre  
Jefa Del Dpto. de Adicciones  
C.M.P. N° 12100 R.N.E. N° 12300



Ministerio De Salud  
Hospital "Victor Larco Herrera"  
Dpto. de Adicciones

Med. Alicia Chu Esquerre  
Jefa Del Dpto. de Adicciones  
C.M.P. N° 12100 R.N.E. N° 12300



## TERAPIA FAMILIAR

Se realiza en todas las etapas del tratamiento. La familia desde el momento que acude a solicitar ayuda para su paciente se compromete a involucrarse en el proceso terapéutico y participar activamente en éste sometiéndose también a un "cambio de actitud" a través de la orientación del equipo multidisciplinario. Se procede entonces a identificar el fenómeno de coadición y se diseñan estrategias para su modificación; en caso que el familiar comprometido requiera o padezca además algún trastorno ansioso o depresivo severo, se le insta a buscar una terapia individual específica con el psiquiatra general. Por otro lado la familia se mantiene informada sobre los logros y dificultades del paciente y ésta a su vez comunica algunos hechos que pudieran ser motivo de preocupación sobre la evaluación del paciente, esto permite el establecimiento de un dialogo fluido (alianza terapéutica) entre la familia y el equipo multidisciplinario.

Si bien al inicio la finalidad de la terapia radica en la orientación e información sobre la enfermedad, gradualmente con el involucramiento y la modificación de actitudes de esta lo que buscamos es que en la medida que el paciente mejore, la familia recupere su confianza en este y se establezcan relaciones saludables las que generalmente están deterioradas al inicio del tratamiento; de esta forma realizamos un intervención sobre el ambiente del enfermo sugiriendo modificaciones saludables que favorezcan la resocialización y la posibilidad de recaídas. Si ello no fuera posible, advertimos a la familia de su responsabilidad y las consecuencias que de ello se derivarían.

La modalidad de trabajo utilizado es a predominio grupal y excepcionalmente individual con contactos semanales o quincenales con el programa. Estos contactos se mantienen en forma indefinida y el programa se muestra disponible y abierto a sus visitas y consultas en el momento que lo requieran.

Ministerio De Salud  
Hospital "Victor Larco Herrera"  
Dpto. de Adicciones

Med. Alicia Chu Esquerre  
Jefa Del Dpto. de Adicciones  
C.M.P. N° 12100 R.N.E. N° 12300





## CRITERIOS DE ALTA

En el caso de pacientes hospitalizados el alta clínica se programa cuando han cumplido 6 meses de internamiento y luego de aprobar el PLAN DE VIDA, elaborado con supervisión del equipo terapéutico.

1. El alta definitiva se dará cuando el paciente ha cumplido con asistir a su tratamiento ambulatorio o de hospitalización siguiendo las pautas de nuestro modelo de tratamiento y ha mantenido abstinencia por 5 años consecutivos (Vaillant); se considera que el cuadro se encuentra en REMISION.
2. En caso de que el paciente no desee continuar con el programa de tratamiento en etapa de hospitalización, tiene derecho a retirarse en cualquier momento, previa firma de un documento de retiro voluntario que exonere al hospital de cualquier responsabilidad.

Se le brindara además la opción de solicitar atención en Consultorios Externos de Adicciones del Hospital "Víctor Larco Herrera", cuando lo estime conveniente.

Ministerio De Salud  
Hospital "Victor Larco Herrera"  
Dpto. de Adicciones  
Med. Alicia Chu Esquerre  
Jefa Del Dpto. de Adicciones  
C.M.P. N° 12100 R.N.E. N° 12300

Ministerio De Salud  
Hospital "Victor Larco Herrera"  
Dpto. de Adicciones

Med. Alicia Chu Esquerre  
Jefa Del Dpto. de Adicciones  
C.M.P. N° 12100 R.N.E. N° 12300





## BIBLIOGRAFIA

1. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4° Edition Revised A.P.A. – Washington.
2. DELGADO, H.- "Curso de Psiquiatría" 3° Ed. Científico Médica. 1963
3. DELGADO, H.- "La objetividad de los valores frente al subjetivismo existencialista" Philosophia Nros. 20-21,1995. Argentina.
4. DELGADO, H. "La función del espíritu en la Higiene Mental". Revista de Neuropsiquiatría, Nro. 3. 1961. Lima,
5. ELLIS,A: "Terapia racional emotiva con alcohólicos y toxicómanos" 2° Ed. Desclée de Brouwer. 1992. Bilbao.
6. FAD. "Información general para la prevención de Drogodependientes" Ed. FAD. 1997. Madrid.
7. GALANTER, M.: "Tratamiento de los trastornos por Abuso de Sustancias de la American Psychiatric Press", Ed. Masson. 1997.
8. KAPLAN, H and SADOCKS, "Sinopsis of Psychiatry". 7° Ed. Williams and Wilkins. Baltimores. USA.
9. LUKAS, E. "Dare un senso alla vita". 2° Ed- Cittadella. Assissi 1986.
10. MARIATREGUI, J: "Problemática del Alcoholismo en el Perú. Una visión en Perspectiva". Revista de Neuropsiquiatría, 47: 1-21. 1984.
11. MAXWELL JONES, "La comunidad terapéutica: La terapéutica del medio ambiente", en MILLION "Psicopatología y Personalidad". 2° Ed. Interamericana. 1974
12. MIGUEZ, H. "Uso de Sustancias Psicoactivas – Investigación Social y Prevención Comunitaria". Ed. Paidós. Argentina
13. NAVARRO, R.: "Cocaína. Aspectos Clínicos, Tratamiento y Rehabilitación". Ed. Libro Amigo. Lima 1992.
14. NIZAMA, M: "Modelo Ecológico de Tratamiento de la Adicción". Anales de salud mental VIII: 27-45.1992.
15. "Programa de Capacitación para Comunidades Terapéuticas" CONTRADROGAS (Versión preliminar). 1997
16. "Programa Nacional de Prevención y Rehabilitación 1998 – 2002". CONTRADROGAS (Mimeografiado).Lima
17. ROJAS, M. "Epidemiología de Drogas en población urbana peruana" Monografía CEDRO. 1997.
18. SAAVEDRA – CASTILLO, A.: "Manual de Atención Primaria para el manejo de los problemas relacionados al uso y Abuso del alcohol". Ministerio de Salud. 1997.
19. "THE 16 th IFNGO CONFERENCE for the Prevention of drug and Substance Abuse" Ed. Board. Indonesia. 1997
20. THE ICD -10 Clasification of Mental and Behavioral Disorders: Clinical description and diagnostic guidelines. OMS 1992.
21. VALLANT, G: "Elements of Recovery A. longitudinal Analisis". En Treatment Choices for Alcoholism and Substance Abuse. Milkman, H. Ed. Lexington Books Massachusets. 1990

Ministerio De Salud  
 Hospital "Victor Larco Herrera"  
 Dept. de adicciones

Med. Alicia Chu Esquivel  
 Jefa Del Dpto. de Adicciones  
 C.M.P. N° 12100 R.N.E. N° 12300



Ministerio De Salud  
 Hospital "Victor Larco Herrera"  
 Dept. de Adicciones

Med. Alicia Chu Esquivel  
 Jefa Del Dpto. de Adicciones  
 C.M.P. N° 12100 R.N.E. N° 12300



22. VALLEJO, N: "Aspectos toxicológicos de la Drogodependencia" 2º SEDRONAR. Bs.As. Argentina 1998.
23. WASHTON, A: "La adicción a la Cocaína Tratamiento, recuperación y prevención" Ed. Paidós. 1995
24. Becoña, E., Cortes, M.: (2010). Manual de Adicciones para Psicólogos especialistas en Psicología Clínica en formación. Valencia. Socidrogalcohol.
25. DEVIDA-UNODC; (2013). Pasta Básica de Cocaína. Cuatro décadas de historia, actualidad y desafíos. Lima – Peru (documento)
26. UNODC (2012) Informe Mundial sobre las drogas. Viena
27. Volkow, N y Li, T. (1995). The Neuroscience of addiction. In: Nature Neuroscience. Nº.8 pp. 1429-1430.
28. DEVIDA- PRESIDENCIA DEL CONSEJO DE MINISTROS (2012). Informe ejecutivo. Encuesta Nacional. Consumo de Drogas Población General Perú 2010. Lima – Perú (documento).
29. Zavaleta, A., Tapia, L. Rojas, M., (2013) Epidemiología de Drogas en Población Urbana Peruana 2013: Encuesta en hogares. CEDRO (documento)

+++++

Ministerio De Salud  
Hospital "Victor Larco Herrera"  
Dpto. de Adicciones

Med. Alicia Chu Esquerre  
Jefa Del Dpto. de Adicciones  
C.M.P. N° 12100 R.N.E. N° 12300

Ministerio De Salud  
Hospital "Victor Larco Herrera"  
Dpto. de Adicciones

Med. Alicia Chu Esquerre  
Jefa Del Dpto. de Adicciones  
C.M.P. N° 12100 R.N.E. N° 12300

