

De la exclusión a la complementariedad: Una perspectiva psicológica del tratamiento de las drogodependencias.

Luis Mayor Martínez, Leonor Cano Pérez.

Depto. de Psicología Básica. Universitat de València

Roque López Camps

Psicólogo en drogodependencias

RESUMEN

Los autores llevan a cabo una reflexión acerca de la necesidad de cambiar el modo tradicional de entender el tratamiento de las drogodependencias, asociado a la idea de ajustar el sujeto al programa, y sustituirlo por otra visión en la cual la persona del drogodependiente ocupe el lugar central. Se alude a las diferentes modalidades de tratamiento y en relación a ellas se sugiere que hay que contemplarlas de modo complementario y no excluyente. Se propone como marco general de comprensión una perspectiva procesual del cambio que contenga a la vez objetivos a corto, a medio y a largo plazo.

PALABRAS CLAVE

Procesos de cambio, tratamiento, drogodependencias, modelos.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo aborda uno de los temas centrales en las drogodependencias: el tratamiento, estudiado en numerosos manuales y artículos que recogen de forma exhaustiva las diferentes modalidades de programas y las técnicas más utilizadas en el abordaje del cambio de las conductas adictivas. Pero el objetivo de este artículo no es catalogar el amplio abanico de recursos terapéuticos existente, sino integrarlos en un marco general de intervención apoyado en avances recientes en la investigación de las drogodependencias.

A menudo, estos estudios se acercan a la problemática del tratamiento desde la perspectiva única del profesional, sin tener en cuenta la del usuario de drogas. Con frecuencia también, la revisión de la literatura especializada persigue confirmar la postura teórica

previa. Así, quienes defienden los programas de mantenimiento con metadona o los programas libres de drogas lo hacen a veces frente a los otros o ignorándolos, y lo mismo ocurre con los defensores de las comunidades terapéuticas frente a los programas ambulatorios o con los profesionales de orientación psicodinámica frente a los partidarios de una intervención cognitivo-conductual, o viceversa. Es una forma habitual de proceder, basada en la confrontación o desconocimiento de las restantes aportaciones, que cae con facilidad en posturas exclusivistas cuando no dogmáticas. En cualquier caso, los problemas asociados al tratamiento se hacen girar en torno al eje de una teoría o programa terapéutico concretos, a los cuales ha de ajustarse el drogodependiente.

Probablemente esta forma de hacer no está desligada de los resultados terapéuticos, en general desalentadores, obteni-

dos hasta hoy en el tratamiento de las drogodependencias. En el mejor de los supuestos, alrededor del 20% de las personas que acuden a tratamiento logran finalizarlo y consiguen el nivel de abstinencia y al menos un 5% de estos individuos volverá a consumir drogas una vez concluido el programa terapéutico. Se impone, pues, cambiar este modo de hacer las cosas y articular una nueva propuesta, centrada en el sujeto drogodependiente, que entienda el programa de tratamiento desde su perspectiva. Afortunadamente, hay ya muestras de que se está enderezando el rumbo (Martínez, 1997).

En las páginas que siguen se presentan algunos aspectos fundamentales del modelo procesual de cambio para analizar posteriormente la función de las variadas modalidades de programas de intervención. Se concluye con algunas sugerencias con vistas a facilitar el cambio efectivo sobre la base de estas diferentes modalidades terapéuticas.

2. EL TRATAMIENTO DE LAS DROGODEPENDENCIAS DESDE UN MODELO PROCESUAL

Esta nueva óptica que parte de la persona adicta y hace de ella el centro de las decisiones, lleva necesariamente a preguntarse sobre los procesos que median entre un estilo de comportamiento dominado por el consumo de drogas y la consecución de la abstinencia cuando ello es posible. Comúnmen-

te, este tránsito se ha interpretado como un salto único y definitivo, de tal forma que se suponga que aquellos que acuden a los centros especializados lo hacen porque habían decidido firmemente dejar de consumir. Bajo este supuesto se han desarrollado la mayoría de programas de intervención que enfatizan la abstinencia como condición indispensable para comenzar el tratamiento y persiguen, con diferentes metodologías, más o menos útiles, que el sujeto mantenga su decisión indefinidamente. Cuando la abstinencia no se consigue, resultado que constituye más la norma que la excepción en determinadas adicciones, se apela para explicar este hecho a dos factores, de forma separada o conjunta: uno, la falta de voluntad del adicto, el otro, la falta de efectividad del programa.

La formulación de orientaciones acerca del cambio en fases y concretamente el modelo transteórico propuesto por Prochaska y DiClemente, ha aportado un nuevo enfoque al problema del tratamiento de las adicciones. El descubrimiento de que el cambio de conducta no consiste en un paso discreto y dicotómico, sino que supone una secuencia de cambio intencional que cursa con diferentes fases o estadios, ofrece la posibilidad de diseñar estrategias de intervención diferenciadas en función del momento en que se encuentre el sujeto en su camino hacia la modificación, eventualmente definitiva, de su conducta adictiva.

Desde que una persona comienza a consumir drogas hasta que desarrolla una adicción y, después, quizá, deja de ser adicta, se producen característicos procesos psicológicos cuyo estudio en los últimos años ha generado distintos modelos y teorías para explicar la etiología, el mantenimiento y la modificación de este comportamiento.

Partiendo de la observación del auto-cambio y del cambio en las conductas adictivas con ayuda profesional, Prochaska y DiClemente conjeturan que ha de haber una serie de factores comunes a los dos tipos de cambio.

Proponen así un modelo general de cambio, no exclusivo de las conductas adictivas, aplicable en principio a cualquier comportamiento (Prochaska, DiClemente, Velicer y Rossi, 1992). Este modelo cuenta con cierto grado de apoyo empírico, ampliado recientemente (cfr. Albiach, Palau, Llinares y Santos, 1998; Luque, Diaz y Liebana, 1998). En nuestro país se ha puesto a prueba la variable procesos de cambio en adictos a opiáceos con resultados que pueden confirmar la validez del modelo en adictos a estas sustancias (Tejero, Trujols y Casas, 1997).

Algunas de las dudas que trata de resolver el modelo son: ¿Todos los individuos están preparados para cambiar en cualquier momento?, ¿en que condiciones un individuo adicto desea cambiar su conducta? La primera respuesta intuitiva ante estas cuestiones podría ser que una persona querrá cambiar su comportamiento cuando este suponga para ella un problema. Pero al afirmar esto se estaría dando por sentado, precipitadamente, algunos supuestos. En primer lugar, se estaría asimilando dos conceptos que no tienen porque ir unidos: el hecho de ser conscientes de un problema y la motivación inmediata para poder solucionarlo. Si fuera así, ¿por que personas con importantes problemas cara a los generados por el abuso de tabaco siguen fumando o por que consumidores habituales de heroína con enfermedades graves continúan con sus hábitos de consumo? El grado de motivación para cambiar no puede identificarse, es claro, con el nivel de conciencia de enfermedad. Este es el caso de los heroínómanos, por ejemplo, la inmensa mayoría de los cuales son conscientes de su dependencia cuando solicitan voluntariamente algún tipo de ayuda, aunque lo hacen con grados de motivación muy diversos (Mayor y Cano, 1995).

En segundo lugar, el hecho de que la mayoría de adictos sean conscientes de su adicción, no significa que sean conscientes de los problemas asociados a ella, sino que creen que puede contro-

DOSSIER

lar la situación o que no va a causarles grandes trastornos. Tal vez lo que pasa es que los beneficios de modificar su conducta les parecen inferiores a los inconvenientes de seguir en ella.

Teniendo en cuenta lo que antecede, parece darse una perspectiva temporal con al menos dos momentos diferentes: 1º Hay conciencia de adicción, pero no conciencia de problema: falta motivación para cambiar; 2º Hay conciencia de adicción y conciencia de problema, y también motivación para empezar a cambiar. Tradicionalmente no se ha tenido en cuenta esta perspectiva temporal y se ha pensado que por el hecho de ser adictos los sujetos asumen claramente su adicción y los problemas asociados a ella y, además, están dispuestos a dar los pasos necesarios para solucionarlos (Prochaska y Prochaska, 1993). Hoy, a tenor de los datos de que se dispone, esto no parece ser cierto, así, por ejemplo, casi el 90% de los usuarios del programa terapéutico «Proyecto Hombre» durante 1995, manifestaban que habían intentado anteriormente abandonar el consumo de las diferentes sustancias a las que eran adictos (Asociación Proyecto Hombre, 1996).

En el proceso de cambio, las personas adictas parecen pasar por una serie de fases definidas. En el estadio de precontemplación se sitúan aquellos individuos que no manifiestan deseo de cambiar su conducta en los siguientes seis meses; además, no creen tener un problema de adicción igual al de otros adictos (Prochaska y Prochaska, 1993; Prochaska, DiClemente y Norcross, 1994). En este estadio, las tareas psicológicas fundamentales serían propiciar la duda e incrementar la percepción del sujeto acerca de los riesgos y problemas de su conducta actual (Mayor y Montoro, 1997).

En un segundo momento, de contemplación del cambio, se sitúan los individuos que son conscientes de que tienen un problema y piensan seriamente en superarlo, pero aun no se han comprometido a pasar a la acción, por lo

que, cuando acuden a tratamiento, se muestran reacios a cualquier compromiso para cambiar.

A este periodo, puede seguir otro de preparación, determinación o toma de decisiones, en el cual el adicto se prepara para actuar.

La etapa de acción es aquella en la cual el sujeto modifica su comportamiento, sus experiencias o su entorno con el fin de superar sus problemas, lo cual requiere de una gran cantidad de esfuerzo.

En la fase de mantenimiento, la persona se mantiene alejada del comportamiento adictivo y es capaz de comprometerse consistentemente en un nuevo estilo de vida durante más de seis meses.

Puede, y es un hecho frecuente, producirse una recaída. Este momento se puede integrar en el modelo como una variable importante. Es, además, la norma, más que la excepción (Prochaska, DiClemente y Norcross, 1994).

Además de identificar los pasos psicológicos que da el adicto en su proceso de cambio, Prochaska y DiClemente consiguen aislar una serie de procesos básicos que utilizan la mayoría de adictos que cambian efectivamente, sea por sí mismos o a través de un tratamiento formal, con independencia del modelo de terapia que se adopte (conductismo, psicoanálisis, psicoterapia existencialista, etc). En concreto, identifican los diez procesos de cambio básicos, comunes a las diversas orientaciones terapéuticas, que recoge el cuadro sinóptico.

PROCESOS BÁSICOS EN EL CURSO DEL CAMBIO

1. Concienciación

Obtener más información sobre uno mismo y su problema.

2. Auto-reevaluación

Evaluación cognitivo-afectiva de los costes y beneficios que supone mantener sus valores y cambiarlos por otros.

3. Reevaluación ambiental.

Es la evaluación cognitivo-afectiva de la forma en que los propios problemas afectan a su entorno físico, del impacto que su conducta tiene en sus relaciones interpersonales, así como las consecuencias, tanto positivas como negativas, que supondría el cambio.

4. Relieve dramático

Expresión de sentimientos ante los problemas asociados a su conducta adictiva.

5. Auto-liberación

Se caracteriza por el compromiso tendente a actuar o creer en la propia capacidad de cambio. Se fundamenta en la sensación de autoeficacia.

6. Liberación social

Incremento de alternativas para desarrollar conductas no problemáticas, acordes con la sociedad en que vive.

7. Manejo de contingencias

Consiste en hacer aumentar la probabilidad de ocurrencia de determinada conducta, a través del refuerzo de los demás o del auto-refuerzo.

8. Relaciones de ayuda

Se trata de confiar en personas que puedan servir de apoyo para el cambio.

9. Contracondicionamiento

Cambio esencialmente conductual que consiste en generar respuestas alternativas ante los estímulos condicionados a la conducta adictiva.

10. Control de estímulos

Evitar la exposición a estímulos que recuerden la conducta adictiva.

3. MODALIDADES TERAPEUTICAS Y NIVELES DE EXIGENCIA

En función de estas fases de cambio y sus correspondientes procesos psicológicos característicos, tiene sentido diversificar las diferentes modalidades de programas y los procedimientos o técnicas terapéuticas a utilizar; siempre en relación a un continuo con grados superiores de exigencia.

A la hora de clasificar las diferentes modalidades de programas suelen distinguirse dos grandes categorías: por un lado, los programas libres de drogas y, por otro, los de reducción de daños. Sin embargo, esta clasificación es excesivamente amplia y lleva a menudo al error de interpretarlas como modelos independientes de abordar el tratamiento. Por esta razón, resulta más plausible contemplar tres niveles de exigencia: baja, media y alta y en función de ellos recurrir a las diferentes clases de programas.

La exigencia puede entenderse tanto desde la perspectiva del programa, como desde la del adicto. La primera acepción puede asimilarse a los criterios de admisión a tratamiento de un determinado recurso, de este modo aquellos programas que admiten solo a los individuos abstinentes serían programas de alta exigencia y, por el contrario, los que aceptan a adictos en activo serían de baja exigencia. La segunda posibilidad se refiere al tipo de demanda que hace el drogodependiente, poniendo más énfasis en las características individuales: motivación, situación sociosanitaria, años de consumo, etc., en este sentido la exigencia vendría determinada por los objetivos que puede o quiere alcanzar el individuo, lo que sin duda se relaciona con los objetivos del programa. Por tanto, los programas cuyos objetivos son solo mejorar algunos aspectos de la calidad de vida del individuo serían programas de baja exigencia y los que plantean el abandono definitivo de las drogas lo serían de alta (Cano y Mayor, 1998b).

Este último planteamiento es el que se va a tomar en consideración a la hora de distinguir entre diferentes alternativas terapéuticas, ya que, como se dice más arriba, lo que interesa es clasificar los programas en función de los objetivos previstos. De este modo se remite el tema de la admisión a tratamiento a la capacidad de cada recurso para ser más o menos flexible y adecuar sus intervenciones a las necesidades propias de cada individuo.

Como puede verse, los objetivos de cada modalidad de programa varían en función del nivel de exigencia. Además, la disposición jerarquizada de los niveles y los objetivos implica que al lograr

los de mayor exigencia también se consiguen los anteriores.

La necesidad de individualizar los tratamientos es una de las ideas que durante tiempo se ha sostenido con más fuerza por los expertos. Otra cuestión relacionada con la anterior y ampliamente compartida por el colectivo de profesionales que atienden a personas drogodependientes, hace referencia a la necesidad de diversificar la oferta terapéutica y a la complementariedad de las distintas modalidades de tratamiento. Sin embargo, la plasmación práctica de estas ideas parece más un deseo que una realidad. Salvo pocas excepciones, el desarrollo de un plan

CLASIFICACIÓN DE LOS PROGRAMAS EN FUNCIÓN DE LOS NIVELES DE EXIGENCIA

NIVELES DE EXIGENCIA	MODALIDADES DE PROGRAMAS	TIPOS DE PROGRAMAS	OBJETIVOS
BÁJA	Programas de reducción de daños	<ul style="list-style-type: none"> • Los grupos de usuarios. • Programas de tratamiento con heroína. • Programas de información y educación para un mejor uso de sustancias. • Programas móviles. • Centros de encuentro y acogida. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mejora de la calidad de vida de los usuarios de drogas • Ampliar y diversificar las posibilidades de intervención en los centros de tratamiento • Identificar las necesidades de los usuarios que no están en tratamiento • Influir en la comunidad para facilitar la comprensión de los problemas derivados del consumo
MEDIA	Programas de sustitución con agonistas	<ul style="list-style-type: none"> • Programas de metadona orientados al cambio • Programas de mantenimiento con metadona • Programas de mantenimiento con LAAM 	<ul style="list-style-type: none"> • Sustitución de una droga ilegal, por otra, controlada clínicamente y menos perjudicial. • Mejora de la calidad de vida: social, familiar, etc. • Regulación del sistema opioide • Disminución de la delincuencia • Disminución del riesgo de transmisión de enfermedades infectocontagiosas
ALTA	Programas libres de drogas	<ul style="list-style-type: none"> • Comunidades terapéuticas • Centros ambulatorios • Centros de día • Unidades de desintoxicación hospitalaria • Programas de reinserción 	<ul style="list-style-type: none"> • Desintoxicación • Deshabitación • Reinserción • Logro de la abstinencia • Consecución de un estilo de vida libre de drogas • Cambios profundos en las áreas, social, familiar, etc.

DOSSIER

terapéutico individualizado no se llega a materializar (véase por ejemplo, Abeijón, 1998) y en los casos en que ocurre solo es posible para aquel 50% de los adictos que acceden a los dispositivos asistenciales «normalizados», bien sean comunidades terapéuticas, centros de día o programas de mantenimiento con agonistas opiáceos (Calafat, 1995).

En cuanto al segundo aspecto, si bien es cierto que comienzan a aparecer en nuestro país diversas modalidades de programas con objetivos y niveles de exigencia diferenciados, sigue abierto el debate, a nuestro juicio más filosófico que científico, sobre la prevalencia de unos sobre otros, buscando la exclusividad de los programas libres de drogas frente a los de reducción de daños o viceversa.

Una perspectiva procesual del cambio además de poner de manifiesto la complementariedad de diferentes dispositivos asistenciales, hace necesaria la convivencia real de programas que atiendan de forma diferencial los distintos momentos del proceso.

4. CONCLUSIONES

De las consideraciones anteriores es plausible desprender una serie de propuestas que enumeramos a continuación.

1. Se hace necesario sustituir el modelo de intervención centrado en el programa por otro modelo terapéutico centrado en el sujeto psicológico. Si antes era el drogodependiente quien habla de adaptarse al programa, ahora es este el que ha de ajustarse a la persona beneficiaria.

2. Hablar de un único modelo holístico de abordar el tratamiento de las conductas adictivas no significa, en modo alguno, excluir ninguna modalidad terapéutica, sino todo lo contrario, buscar su complementariedad. El modelo sobre el que asentar la intervención ha de partir de los logros y técnicas efica-

ces de las distintas aproximaciones terapéuticas decantadas en el curso histórico de la psicología. La misma consideración se ha de hacer de los diferentes tipos de programas, todos en principio útiles y necesarios en relación a algún momento o fase del proceso de cambio. Por tanto, las modalidades de programas de intervención deben articularse alrededor de un modelo general de tratamiento, siendo los objetivos la clave diferenciadora entre ellas.

3. Este modelo general de tratamiento tiene un objetivo claro que no es otro que la mitificación definitiva de la conducta adictiva que acaba en la abstinencia: Lograrla ha de ser la meta terapéutica más ambiciosa sobre la que debe gravitar dicho modelo, lo cual implica que hay que articular las estrategias terapéuticas necesarias para hacerla posible. Sin embargo, no debe confundirse objetivo «último» con objetivo «único», como históricamente se ha tendido a hacer. Tanto las intervenciones de tipo paliativo como las que persiguen la abstinencia deben estar integradas en un modelo general que tenga en cuenta la posible consecución de objetivos de diferente nivel: la reducción del daño es uno de ellos, otro es la consecución de una vida libre de drogas.

4. La intervención terapéutica ha de ser, en cada caso concreto, lo más individualizada posible. Entender el programa de tratamiento como un medio a utilizar siempre en relación a la persona adicta, supone ajustarlo al máximo posible a las necesidades y también a las limitaciones personales de cada sujeto.

5. El perfil profesional del psicólogo en el campo de las drogodependencias ha de someterse a revisión por los propios profesionales, a fin de atender a estas exigencias que ponen sobre el tapete un número cada vez mayor de investigaciones y experiencias recientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABEIJÓN, J. A. (1998). La Comunidad Terapéutica como intervención estratégica en una situación de toxicomanía. La estrategia de un sistema en el sistema. La experiencia de la Comunidad Terapéutica Manuene del Servicio Vasco de Salud-Osakidetza. Algunos postulados teóricos y la experiencia práctica. En *V Encuentro Nacional sobre drogodependencias y su enfoque comunitario. Libro de ponencias*. Chiclana de la Frontera (Cádiz).
- ALBIACH C.; PALAU, C.; LLINARES C. y SANTOS, P. (1998). Estudio sobre la adherencia a tratamiento en sujetos con adicción a diferentes sustancias que acuden a servicios ambulatorios. En *V Encuentro Nacional sobre drogodependencias y su enfoque comunitario*. Chiclana de la Frontera (Cádiz).
- ASOCIACION PROYECTO HOMBRE (1996). *Perfil psicosocial de los usuarios*. Aravaca (Madrid).
- CALAFAT, A. (1995). ¿Existe un modelo español de abordaje de las drogas? *Adicciones*, 7, 2, 123-130.
- CANO, L. y MAYOR, L. (1998a). La intervención psicológica en el marco de los servicios sociales: el caso de la drogodependencias. *Informació Psicológica*, 66, 10-18.
- CANO, L. y MAYOR, L. (1998b). Acción mediadora de la comunidad en los programas de reducción de daños con drogodependientes. *Revista Española de Drogodependencias*, 23 (2), 149-160.
- LUQUE, F.; DIAZ, J. y LIEBANA, C. (1998). Programa de intervención grupal transteórica en adicciones (I.G.T.A.): Evaluación de una experiencia asistencial. En *V Encuentro Nacional sobre drogodependencias y su enfoque comunitario, libro de comunicaciones*. Chiclana de la Frontera (Cádiz).
- MARTINEZ, F. (1997). Redes y programas para el tratamiento de las drogodependencias. *Estudios de juventud*, 40, 79-93.
- MAYOR, L. y CANO, L. (1995). Motivación y drogodependencias. En L. Mayor y F. Tortosa (eds.). *Ámbitos de aplicación de la psicología motivacional*. Bilbao. Desclee de Brouwer (DDB), 2a ed. revisada.
- MAYOR, L. y MONTORO, L. (1997). Procesos cognitivo-motivacionales en las drogodependencias. En J. Escamez (ed.). *Prevención de la drogadicción*. Valencia. Nau llibres.
- PROCHASKA, J. O. y PROCHASKA, J. M. (1993). Modelo transteórico de cambio para conductas adictivas. En M. Casas y M. Gossop. *Recada y prevención de recaídas*. Sitges. Citran. Ediciones en Neurociencias.
- PROCHASKA, J. O., DICLEMENTE, C. y NORCROSS, J. C. (1994). Como cambia la gente. Aplicaciones en los comportamientos adictivos. *RET, Revista de toxicomanías*, 1, 3-14.
- PROCHASKA, J. O.; DICLEMENTE, C. C.; VELICER, W. F. y ROSSI, J. S. (1992). Criticisms and concerns of the transtheoretical model in light of recent research. *British Journal of Addiction*, 87, 6, 825-828.
- TEJERO, A.; TRUJOLS, J. y CASAS M. (1997). Estructura factorial, consistencia interna y eficacia discriminativa del inventario de procesos de cambio para adictos a la heroína. *Adicciones*, 9 (3), 331-345.