

Redes y programas para el tratamiento de las drogodependencias

Fernando Martínez González

Jefe de la Oficina del Comisionado Regional para la Droga de la Junta de Castilla y León.

En el presente artículo se presentan las principales características de las redes de asistencia al drogodependiente existentes en España (principios rectores, recursos y programas que forman parte de ellas, funciones, organización, etc.), destacando la convivencia de dos grandes vertientes de intervención asistencial: programas libres de drogas y programas de reducción de los daños.

Las razones que han propiciado la implantación y generalización de los programas de reducción de los daños en España y las principales características de los mismos se desarrollan en la segunda parte del artículo.

Finalmente, se reflexiona sobre la necesidad y las ventajas de una buena asignación terapéutica y se presenta como soporte teórico para este fin el Modelo de cambio de Prochaska y DiClemente.

1. Introducción

La atención a las personas afectadas por problemas de drogodependencias es un proceso dinámico que evoluciona con el paso del tiempo. El avance en el conocimiento científico y las dificultades y nuevas necesidades encontradas en el tratamiento de los drogodependientes han hecho que la aproximación terapéutica haya experimentado profundas transformaciones en los últimos años.

Al analizar la evolución de la asistencia a drogodependientes en España durante los últimos veinte años, se observa como progresivamente se ha ido pasando de un **modelo restrictivo**, basado en programas de tratamiento muy rígidos y estrictos, cuya máxima expresión fueron las comunidades terapéuticas rurales regidas por ex-toxicómanos a finales de los setenta y comienzos de los ochenta, y en los que se pone en duda la capacidad del drogodependiente para tomar decisiones responsables, a un **modelo más tolerante**, caracterizado por la diversidad de la oferta asistencial, la flexibilidad de los objetivos terapéuticos (objetivos intermedios) y de los requisitos para acceder y permanecer en los centros de tratamiento, que se basa en la

voluntariedad y en la libre elección de modalidad terapéutica, lo que en el fondo supone un reconocimiento de la plena capacidad del drogodependiente para tomar decisiones. En otras palabras, se ha pasado de un modelo orientado al programa, en el que el drogodependiente debe adaptarse al tratamiento, y no viceversa, a un modelo orientado al paciente, en el que el tratamiento debe ser lo más individualizado posible y debe adaptarse a las necesidades, problemas y posibilidades particulares de intervención de cada caso concreto.

Resultado de esta progresiva evolución es que en la actualidad conviven en las redes asistenciales dos grandes vertientes de atención al drogodependiente. Por un lado, los **programas libres de drogas**, en los que la abstinencia es desde el principio un requisito insoslayable y en los que es posible diferenciar distintos niveles de exigencia. Por otro lado, los **programas de reducción de los daños, de objetivos intermedios o de baja exigencia**, en los que se admite el consumo de drogas y las actuaciones van encaminadas a mejorar la calidad de vida del drogodependiente.

2. Las redes de asistencia al drogodependiente en España

En España no hay una única red para el tratamiento de las drogodependencias. El hecho de que la ordenación de la asistencia al drogodependiente sea una competencia asumida por las Comunidades Autónomas hace que en realidad existan tantas redes como Planes Autonómicos sobre Drogas. No obstante, la existencia del Plan Nacional sobre Drogas contribuye a que estas redes tengan muchos elementos en común y una visión compartida de sus objetivos y prioridades.

Uno de los principios que sustenta la idea de red asistencial es que para cada drogodependiente hay que diseñar un plan individualizado de tratamiento que atienda convenientemente las demandas, necesidades y circunstancias particulares que concurren en cada caso. En dicho plan deben quedar fijados los objetivos terapéuticos que se pretenden conseguir y las intervenciones y recursos asistenciales necesarios para alcanzarlos. En la práctica, este planteamiento supone aceptar que, en muchos casos, la recuperación de un drogodependiente requiere una combinación coordinada de diferentes recursos asistenciales, unas veces simultáneamente y, otras veces, secuencialmente. En uno y otro caso cada recurso no es por sí solo una solución al problema, sino un elemento necesario, pero no suficiente, de un proceso terapéutico complejo del que forma parte. A modo de ejemplo piénsese en las piezas y en la maquinaria de un reloj o en el cuerpo humano y en sus órganos. En ambos casos, cada pieza u órgano es necesario pero no suficiente para el funcionamiento de un sistema más complejo del que es parte integrante.

De acuerdo con Apodaca (1996), cada tratamiento, con su filosofía y métodos particulares, tan sólo es capaz de atender eficazmente a una proporción limitada de la población drogodependiente, a aquella cuyas necesidades particulares se corresponden con las actuaciones terapéuticas en las que pone el énfasis dicho tratamiento. Por otra

parte, la población drogodependiente es un conjunto heterogéneo de individuos, en el que es posible encontrar subgrupos relativamente similares entre sí, pero notablemente distintos de otros. En definitiva, que ningún tratamiento es eficaz para toda la población drogodependiente, por lo que es estéril preguntarse cuál es el mejor tratamiento para todos los drogodependientes. La complejidad y variedad de los problemas y necesidades que presenta la población drogodependiente, así como su resistencia a establecer y mantener contacto con los recursos asistenciales (sobre todo si estos no responden a sus necesidades), ha hecho necesario que la oferta terapéutica se haya ido diversificando y especializando paulatinamente (Sánchez Pardo y Matellanes, 1993). Fruto de esta especialización y diversificación es que en la actualidad se pueden encontrar en cualquiera de las redes de atención al drogodependiente los siguientes recursos: centros específicos de tratamiento ambulatorio (CAD), unidades de desintoxicación hospitalaria (UDH), centros de día, comunidades terapéuticas, grupos de autoayuda, centros prescriptores y dispensadores de metadona, programas de reducción de los daños, servicios de asesoría jurídica y orientación legal, recursos específicos para la integración social, etc.

El funcionamiento de una red asistencial supone la asignación de funciones a los recursos que la integran, establecer una ordenación de los mismos y fijar una serie de mecanismos de relación y coordinación entre ellos. De hecho todas las redes asistenciales determinan los siguientes aspectos:

1. Recursos que forman parte de la red. Con frecuencia esta necesidad se atiende mediante la elaboración, actualización y distribución de Guías de recursos.
2. Funciones que debe desempeñar cada recurso de la red. Por ejemplo, en Castilla y León estas funciones se determinan en la Ley 3/1994 (Junta de Castilla y León, 1995) y se desarrollan por decreto en el Plan Regional sobre Drogas.

3. Ordenación de los recursos por niveles de intervención, determinando su cobertura espacial, forma de acceso y grado de especialización. En la ordenación por niveles, las redes asistenciales suelen determinar que tipo de recurso es el eje de la red, es decir, el encargado de diseñar y coordinar el plan individualizado de tratamiento para cada drogodependiente. Por lo común, todas las redes asumen el principio de la no separación del drogodependiente de su entorno habitual, por lo que esta función suele recaer en recursos ambulatorios.

4. Mecanismos de relación y de coordinación entre recursos, estableciendo, por ejemplo, protocolos de derivación, criterios de inclusión y de exclusión, etc.

Otra característica de las redes de asistencia al drogodependiente existentes en España es que son, por lo general, de carácter mixto. Mixto, porque en ellas tienen cabida recursos generales (centros de salud y servicios sociales de base), especializados (equipos de salud mental, unidades de hospitalización psiquiátrica y servicios de hospitales generales) y específicos (centros ambulatorios, centros de día, unidades de desintoxicación hospitalaria, comunidades terapéuticas, etc.). Y mixto, porque en ellas se integran recursos públicos y privados debidamente acreditados, que se vinculan de una u otra forma a un sistema asistencial de utilización pública, en el que independientemente de quien gestione los recursos todos ellos se utilizan como si fueran de dependencia pública.

2.1. Circuito terapéutico

Toda red asistencial, para optimizar su rendimiento, tiene una estructura y una organización de funcionamiento. En nuestro país la organización de estas redes se ha plasmado en lo que se ha venido en denominar circuito terapéutico.

La ordenación de los centros, servicios y programas asistenciales que forman parte de la red y que configuran el circuito terapéutico para la asistencia al drogodependiente se hace en niveles

funcionales de intervención, escalonados según su grado de especialización y de accesibilidad.

Primer nivel

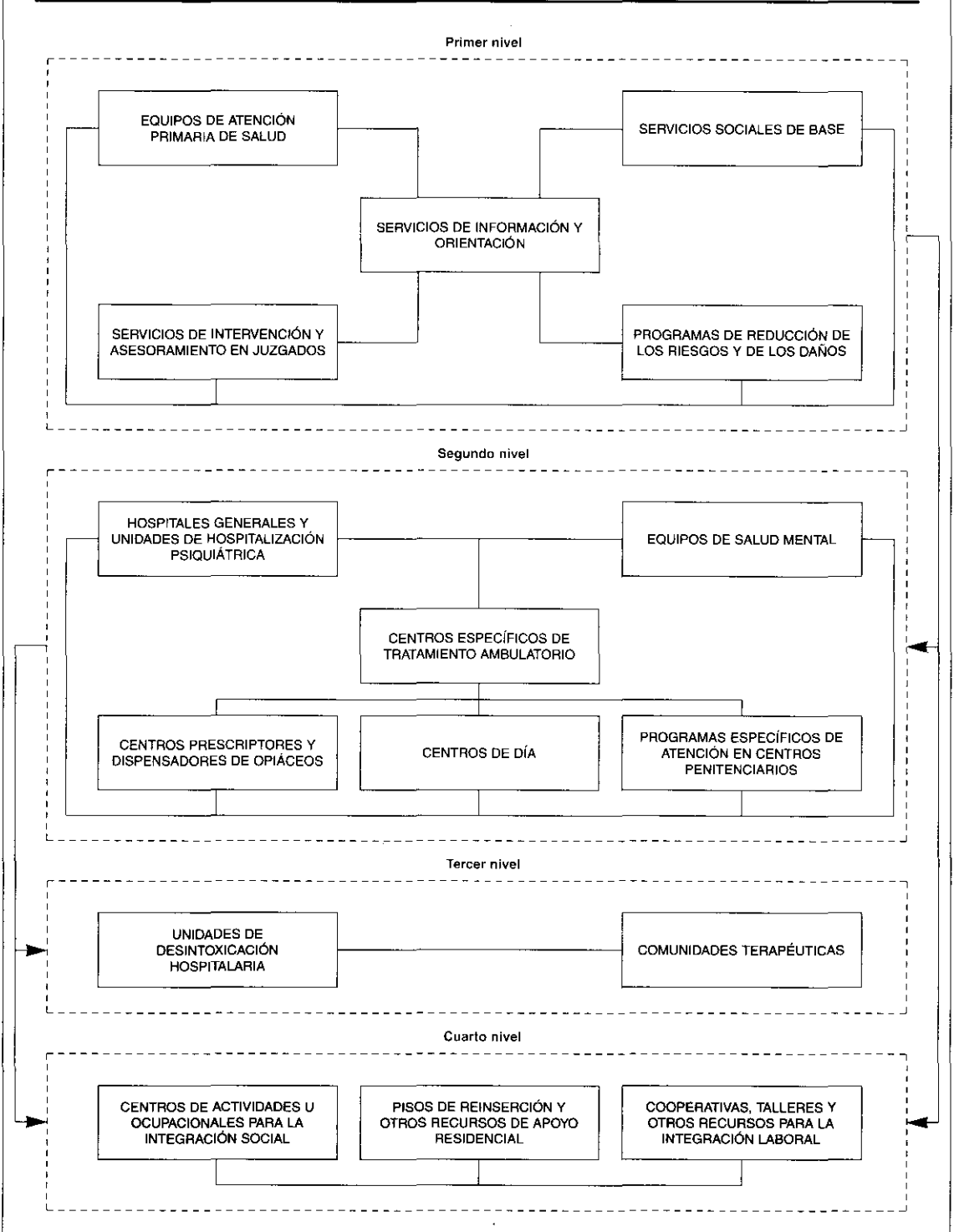
El primer nivel del circuito terapéutico es la principal puerta de entrada al sistema asistencial y sus recursos son los más accesibles (su acceso es directo) y los que menos exigencias plantean al drogodependiente de entre todos los que forman parte de la red asistencial. Sus principales cometidos son la detección, captación, motivación y derivación de drogodependientes a los servicios especializados para iniciar tratamiento y la atención de las necesidades sociales y sanitarias básicas del drogodependiente y de su familia. Igualmente, los servicios del primer nivel, proporcionan información y orientación al afectado y a su familia y desarrollan distintas actuaciones encaminadas a minimizar los riesgos y los daños relacionados con el consumo de drogas.

Los recursos que forman parte de este nivel pertenecen a dos categorías bien diferenciadas: recursos generales del nivel de Atención Primaria de Salud y de Servicios Sociales y recursos específicos con programas diversos de baja exigencia. Entre estos últimos cabe señalar los siguientes: servicios de información y orientación, (incluidos los de información telefónica), servicios de intervención y asesoramiento en Juzgados y programas diversos de reducción de los riesgos y de los daños, basados muchos de ellos en estrategias de acercamiento a la población drogodependiente. En Castilla y León este nivel se completa con los llamados centros y servicios específicos de primer nivel, los cuales, además de las funciones antes citadas, realizan actividades de apoyo al tratamiento ambulatorio y al proceso de integración social, asesoría jurídica y orientación legal y apoyo y asesoramiento a la familia y al entorno afectivo del drogodependiente.

Segundo nivel

El segundo nivel del circuito terapéutico es el eje sobre el que se vertebra el proceso asistencial. Buena parte de los recursos que lo integran están compuestos por equipos multidisciplinares. En la

Figura 1. Circuito terapéutico



mayor parte de las redes asistenciales la responsabilidad de realizar la evaluación diagnóstica de cada caso y el diseño y desarrollo de planes individualizados de tratamiento recae en los centros específicos de tratamiento ambulatorio (CAD). No obstante, en muchos casos, el tratamiento de un drogodependiente no puede realizarse en exclusiva a nivel ambulatorio, por lo que es preciso la coordinación y utilización de otros dispositivos terapéuticos de la red asistencial, en especial del tercer y cuarto nivel.

El acceso a estos recursos es directo en algunas Comunidades Autónomas, aunque también se puede acceder a ellos por derivación horizontal de otros recursos del mismo nivel o por derivación vertical desde los dispositivos del primer nivel. Los recursos que forman parte de este nivel presentan un diferente grado de especialización en drogodependencias, pudiendo agruparse del siguiente modo:

- Recursos específicos para el tratamiento de las drogodependencias: centros de tratamiento ambulatorio (CAD), centros de día y programas específicos de atención en centros penitenciarios.
- Recursos especializados de carácter general: equipos de salud mental, unidades de hospitalización psiquiátrica y servicios de hospitales generales. Estos recursos atienden fundamentalmente, a nivel ambulatorio y hospitalario, las complicaciones orgánicas y psiquiátricas que acompañan a las drogodependencias.

Los centros de tratamiento ambulatorio (CAD) desempeñan las tareas de evaluación diagnóstica, desintoxicación y deshabituación del drogodependiente. Asimismo cooperan en los procesos de integración social y diseñan y coordinan los planes terapéuticos individualizados de cada drogodependiente.

Los centros de día cubren un espacio intermedio entre los centros de tratamiento ambulatorio y las comunidades terapéuticas. Proporcionan una atención intensiva (el drogodependiente pasa

varias horas al día en el centro) y frecuente (asistencia diaria), sin necesidad de separar al usuario de su medio socio-familiar. Además de intervenciones propiamente terapéuticas suelen desarrollar actividades ocupacionales y educativas orientadas a la resocialización del drogodependiente.

Los programas específicos de atención a drogodependientes en centros penitenciarios se desarrollan a través de grupos multidisciplinares de intervención (GAD), constituidos por profesionales del medio penitenciario y por profesionales procedentes de recursos asistenciales de la comunidad. Estos programas ofrecen una variada gama de intervenciones asistenciales que van desde la motivación, desintoxicación y deshabituación de drogodependientes en el medio penitenciario, hasta la derivación de éstos a recursos de tratamiento de la comunidad y la realización de actividades diversas de reducción de los daños, incluidos tratamientos con metadona.

Los programas de prescripción y dispensación de opiáceos se desarrollan en este nivel asistencial, ocupándose de ellos recursos con distinto grado de especialización.

Tercer nivel

Está constituido por recursos específicos con un alto nivel de especialización para el tratamiento de las drogodependencias. Su acceso requiere la derivación de los dispositivos de tratamiento del segundo nivel. Forman parte de este nivel las unidades de desintoxicación hospitalaria y las comunidades terapéuticas.

En las unidades de desintoxicación hospitalaria se realiza el tratamiento del síndrome de abstinencia en régimen residencial. Esta forma de realizar la desintoxicación está especialmente indicada cuando no es viable hacerla a nivel ambulatorio. Las comunidades terapéuticas realizan tratamientos de larga estancia en régimen de internamiento en los que se aplican un conjunto diverso de medidas terapéutico-educativas destinadas a la deshabituación y rehabilitación del drogodependiente.

Cuarto nivel

Su función principal es la integración social del drogodependiente. En este nivel tienen cabida tanto recursos generales como específicos para dotar al drogodependiente de las habilidades y recursos necesarios para hacer efectiva su plena inserción social.

El acceso a los recursos de este nivel suele ser directo, aunque también se puede hacer por derivación de los dispositivos de tratamiento especializado del segundo y tercer nivel. Dentro de la categoría de recursos específicos para la integración social se pueden citar los siguientes:

- Centros de actividades u ocupacionales para la integración social. Su función básica es el apoyo al tratamiento ambulatorio y al proceso de incorporación social del drogodependiente. Realizan actividades diversas de carácter formativo, cultural, ocupacional, recreativo y social.
- Pisos de reinserción y otros recursos de apoyo residencial. Su función es colaborar en el proceso de integración social del drogodependiente ofertando soporte residencial a aquellas personas que carecen del mismo. Este apoyo se puede proporcionar a través de pisos tutelados o autónomos, familias de acogida y residencias específicas o generales con reserva de plazas para drogodependientes.
- Cooperativas, talleres y otros recursos para la integración laboral. Su cometido es apoyar el proceso de incorporación social y laboral del drogodependiente mediante la oferta de oportunidades de formación e integración laboral.

3. Los programas de reducción de los daños o de baja exigencia

Los programas libres de drogas han sido desde principios de los años 70 hasta finales de los 80 el único modelo terapéutico desarrollado en las redes de tratamiento de la mayoría de los países de Europa, España incluida. Una serie de circunstancias que se señalan a continuación han

contribuido a que a finales de los 80 y comienzos de los 90 empezaran a surgir, bajo la influencia del Reino Unido y Holanda, una serie de programas de baja exigencia a los que se ha calificado de reducción de los daños o de objetivos intermedios.

3.1. Factores que han favorecido la aparición de los programas de reducción de los daños

Al menos cuatro factores han influido en la aparición de los programas de reducción de los daños en el ámbito de las drogodependencias. Son los siguientes:

1. A medida que se ha ido cronificando y envejeciendo la población consumidora de opiáceos, mayor ha sido el peso y la importancia concedida a los **problemas de salud** que afectan a este colectivo. El acontecimiento más influyente en este sentido ha sido la aparición y extensión de la infección VIH/SIDA entre los usuarios de drogas por vía parenteral (UDVP). De hecho, la irrupción de esta enfermedad ha supuesto una reordenación radical de las prioridades, hasta el punto de que algunos autores hablan de una verdadera revolución en la intervención en drogodependencias en la que se puede distinguir un "antes" y un "después" desde la aparición del SIDA (Des Jarlais, Friedman y Hopkins, 1985; Serpelloni y Starace, 1995).

Entre los consumidores de drogas por vía intravenosa las hepatitis víricas, la infección por el VIH, la tuberculosis y las enfermedades de transmisión sexual son enfermedades muy frecuentes (DGPNSD, 1996 a). Todo ello sin olvidar que las endocarditis, candidiasis, osteomielitis, pericarditis, etc., son igualmente enfermedades infecciosas prevalentes entre los UDVP. En consecuencia, la población consumidora de opiáceos, especialmente aquella que utiliza la vía intravenosa, es un colectivo de alto riesgo sanitario para sí mismo y para los demás (Martínez, 1996).

2. La red convencional basada en exclusiva en programas libres de drogas de alta exigencia deja **fuera del sistema asistencial a un amplio**

número de consumidores de drogas.

Hay que tener presente que la mayoría de los consumidores de opiáceos no quiere o no puede abandonar el consumo. De hecho la experiencia clínica demuestra que la adicción a la heroína sólo puede tratarse con el fin de conseguir la abstinencia a largo plazo. Según la OMS, el 85% de los consumidores crónicos de heroína tiende a autolimitar su consumo después de 6 a 8 años de adicción, mientras que entre un 5% y un 10% de los casos se convierte en permanentemente crónico (Serpelloni y Starace, 1995). En España estos datos se ven corroborados por la antigüedad de consumo de los casos que son admitidos a tratamiento ambulatorio por primera vez (DGPNSD, 1996 b).

3. Por otra parte, la aplicación exclusivista de los programas libres de drogas ha supuesto un **fracaso en la contención de los problemas asociados al consumo de drogas**, no sólo de carácter orgánico, como se apuntaba antes, sino también de orden social (prostitución, prisión, destrucción de vínculos familiares y afectivos, pérdida de trabajo, transeuntismo, etc.) Según datos de la Administración Penitenciaria, el 54% de las personas que ingresan en prisión son drogodependientes (Dirección General de Instituciones Penitenciarias. Memoria 1995).

4. Por último, la cronificación, mantenerse al margen de la red asistencial y el deterioro orgánico y social están íntimamente relacionados con un fenómeno que se podría calificar de **"puerta giratoria"**, según el cual un porcentaje considerable de drogodependientes (principalmente consumidores de opiáceos) estaría entrando y saliendo permanentemente de los programas libres de drogas, sin solucionar por ello su problema de drogodependencia.

3.2. Características de los programas de reducción de los riesgos y de los daños

Presupuestos filosóficos

Los programas de reducción de los daños (PRD) aceptan el consumo de drogas por parte del

usuario. Son conscientes de que muchos consumidores de drogas no quieren o no pueden abandonar el consumo y, sin embargo, defienden que a pesar de ello es mucho lo que se puede hacer. En definitiva, no estigmatizan al drogodependiente. Por otra parte, aceptan la plena voluntariedad del adicto para abandonar el consumo de drogas y para elegir libremente la modalidad terapéutica que consideren más adecuada para sus necesidades. Reconocen, por tanto, la plena capacidad del drogodependiente para tomar decisiones responsables.

Objetivos

Este tipo de programas asumen plenamente en la práctica las prioridades establecidas por la OMS en la intervención con drogodependientes (Serpelloni y Starace, 1995):

1. Mantener vivo y lo más sano posible al drogodependiente
2. Evitar su deterioro psicológico y social.
3. Conseguir la abstinencia en el consumo de drogas y su efectiva integración social.

Por consiguiente, aceptando que el objetivo principal debe ser en todo momento ayudar al drogodependiente a conseguir la abstinencia, hay que admitir que este objetivo se sitúa en un segundo término en cuanto al orden de prioridades. De acuerdo con lo anterior los objetivos de los PRD son los siguientes:

- a) Conectar con la población drogodependiente que se mantiene al margen de las redes asistenciales.
- b) Mejorar la calidad de vida a nivel orgánico, personal, familiar y social del drogodependiente, al tiempo que se trata de mejorar también la salud de la comunidad evitando la propagación de enfermedades infecciosas como el VIH/SIDA, las hepatitis víricas y la tuberculosis.
- c) Poner en relación al drogodependiente con otros recursos y programas terapéuticos de mayor exigencia.

Población-diana y consumos que pueden ser objeto de intervención

Por lo general los PRD se vienen aplicando de un modo exclusivo en España al consumo de opiáceos por vía intravenosa. Sin embargo, las posibilidades de estos programas no se agotan en estas formas de consumo. Así por ejemplo, es perfectamente posible educar para reducir los daños en el consumo de bebidas alcohólicas, fijando como objetivos: a) el consumo moderado, b) la restricción máxima para embarazadas y otros colectivos de riesgo y c) la abstinencia cuando se va a conducir o en centros de trabajo con alto riesgo de accidente laboral o en los que se ponga en peligro la seguridad de terceras personas. (Asociación Epsilon, 1996). Igualmente, los PRD son aplicables al consumo de drogas químicas, como lo ejemplifica la experiencia holandesa en la que se informa al usuario de este tipo de drogas de la composición exacta de las pastillas que pretende consumir, incluso mediante pequeños laboratorios móviles que se desplazan a las grandes fiestas o zonas de alto consumo. Asimismo, es muy frecuente que los PRD se dirijan a toxicómanos altamente cronificados y muy deteriorados, lo cual está perfectamente indicado siempre y cuando se cuestione la idea de "tocar fondo" como criterio exclusivo para incluir a un drogodependiente en un programa de baja exigencia. Conviene recordar, en este sentido, que "tocar fondo" es sinónimo de SIDA, hepatitis, tuberculosis, prostitución, prisión, sobredosis, marginalidad, pérdida del empleo y ruptura de los vínculos familiares para muchos drogodependientes. Por tanto, los PRD deben dirigirse también, adoptando estrategias de alcance (outreach), a usuarios cuyo consumo sea reciente (0-4 años) y que probablemente tienen muy pocos deseos de abandonar el consumo de drogas (Serpelloni y Starace, 1995).

Aspectos metodológicos

Los PRD suponen un determinado estilo de relación personal con el usuario, en el que impere la aceptación del toxicómano así como la flexibilidad y la calidez en el trato. Hay que hacer

hincapié en que uno de los objetivos es que el drogodependiente gane confianza y valore los servicios que se le ofrecen.

Otro aspecto importante que merece atención es la utilización de ex-toxicómanos en este tipo de programas. Varias son las ventajas que acompañan a la inclusión de la figura del ex-consumidor (National Institute for Alcohol and Drugs, 1994).

1. En primer lugar, han formado parte del mundo de las drogas, por lo que saben lo que pasa, conocen las reglas y por lo general también a muchos consumidores, sobre todo si no hace demasiado tiempo que abandonaron las drogas.
2. En segundo término, son mayores las posibilidades de ganar la confianza y de influir en sus antiguos compañeros de consumo de drogas, ya que por lo común tienen mayor credibilidad.
3. Pueden servir de modelo a imitar.
4. Pueden valerse de su experiencia personal para resolver determinados problemas o situaciones que surjan en la aplicación del programa.

En el otro extremo, el principal inconveniente es el que el riesgo de recaída puede verse incrementado, por lo que a los monitores ex-toxicómanos hay que ofrecerles la posibilidad de apoyo terapéutico permanente.

Tipos de programas

Varios son los tipos de programas que se pueden incluir dentro de la categoría de reducción de los daños o de baja exigencia (Nieva, P., Baulenas, G. y Borrás, T., 1995; Asociación Epsilon, 1996):

a) Programas de mantenimiento con metadona.

En estos programas al consumidor de opiáceos se le suministra una dosis oral de metadona por tiempo indefinido, mientras sea necesario. Por lo general la dosis de metadona se mantiene estable en el tiempo, si bien en algunos programas si se

produce una recaída en el consumo de heroína se eleva la dosis de metadona.

Algunos problemas que presentan los programas de mantenimiento con metadona se podrían resolver introduciendo el uso de nuevos opiáceos. Así por ejemplo, el LAAM podría ser una buena opción para pacientes con trabajo que tienen dificultades para acudir a diario a tomar sus dosis o para pacientes que viven lejos de los centros de dispensación. La buprenorfina, en una presentación comercial más adecuada que la que existe actualmente en España, podría ser una opción atractiva para captar consumidores de "speedball" que se mantienen al margen de los programas de mantenimiento con metadona. Igualmente, para los toxicómanos más recalcitrantes se ha sugerido el suministro médicamente controlado de heroína como una forma de acercarlos y retenerles en las redes de tratamiento.

En España, dentro de un enfoque de reducción de los daños, existen experiencias de suministro de metadona mediante unidades móviles (autobuses que hacen a diario una ruta preestablecida) y de aplicación de este tipo de tratamientos en prisiones.

b) Programas móviles. Se caracterizan por desplazarse a zonas marginales o de tráfico y consumo de drogas. El acceso a estas zonas se puede hacer mediante vehículos o por medio de educadores de calle o agentes de salud, entre los que se pueden encontrar ex-toxicómanos. Dentro de estos programas se pueden destacar las siguientes intervenciones:

- a) Suministro de jeringuillas y preservativos.
- b) Información y asesoramiento sobre recursos asistenciales.
- c) Servir de nexo de unión entre el usuario de drogas y la red general de salud y servicios sociales.
- d) Realización de cuidados mínimos de enfermería.
- e) Seguimiento de posibles complicaciones orgánicas.
- f) Información y educación sanitaria.

c) Centros de encuentro y acogida. En algunos países europeos se denominan centros de "calor y café", dada su función de espacios de descanso. Por lo general, están abiertos durante la tarde y la noche, ya que acogen a una población con graves problemas de marginalidad. Los servicios de estos centros se caracterizan por su inmediatez y por orientarse a mejorar déficits básicos, todo ello dentro de una perspectiva de intervención puntual y ocasional.

Los centros de encuentro y acogida, además de proporcionar diversa información útil, cuentan con servicios de intercambio de jeringuillas, distribución de material para la inyección y suministro de preservativos. Estos centros disponen, asimismo, de duchas y en algunos casos de lavadoras y secadoras donde los usuarios puedan lavar su ropa. También están equipados con una zona de estancia y descanso, donde poder charlar y tomar una comida o bebida caliente. Algunos centros cuentan incluso con una zona de dormitorio. Asimismo, los centros de encuentro y acogida suelen proporcionar atención sanitaria diversa, como por ejemplo: analíticas para la detección del embarazo, control de enfermedades asociadas al consumo, curas de accesos y pequeñas heridas, orientación y atención de consultas de diversa índole: jurídicas, sociales, laborales, etc.

d) Otros programas. Dentro de este apartado se pueden incluir otros programas de baja exigencia:

- a) Programas de vacunaciones y de detección, control y seguimiento de enfermedades infecciosas
- b) Asesoría jurídica y orientación legal
- c) Servicios de intervención y asesoramiento en Juzgados.

Resultados de los PRD

A la hora de valorar los resultados de los PRD hay que recordar que este tipo de programas no pretenden conseguir la abstinencia ni cambiar el estilo de vida del drogodependiente, su finalidad es mejorar la situación orgánica y social del usuario, admitiendo el consumo de drogas.

Entre los resultados obtenidos por este tipo de programas se pueden señalar los siguientes:

- a) Reducción de la incidencia de enfermedades infecciosas asociadas al consumo de drogas.
- b) Aumento del número de usuarios que han sido atendidos en otros recursos y programas.
- c) Aumento de las personas drogodependientes que, a partir de sus contactos con la Justicia, inician tratamiento.
- d) Disminución de las sobredosis y de otras urgencias hospitalarias.

3.3. Conclusiones

A la luz de todo lo anterior se pueden extraer las siguientes conclusiones:

1. Los programas libres de drogas y los PRD deben entenderse como complementarios entre sí y no, como desgraciadamente ocurre con cierta frecuencia, como vertientes antagónicas o drásticamente separadas. Ambas estrategias de intervención deben convivir armónicamente, existiendo una coordinación ágil entre ellas, que evite el paso traumático de una o otra, ya que la coexistencia conflictiva no hace otra cosa que perjudicar al drogodependiente.
2. Los PRD deben entenderse como una opción asistencial más dentro del amplio abanico de posibilidades de intervención con la población drogodependiente.
3. La convivencia pacífica entre ambos tipos de programas es posible, como lo demuestra el hecho de que en muchos centros específicos de tratamiento ambulatorio coexistan sin problemas programas libres de drogas y de mantenimiento con metadona. En la práctica también se pueden encontrar instituciones que desarrollan las dos estrategias de intervención, ofreciendo al drogodependiente una variada propuesta de programas terapéuticos, incluso sería muy deseable que cada recurso de atención a drogodependientes pudiera ofrecer de un modo generalizado opciones terapéuticas diversas y con

distinto nivel de exigencia que posibilitaran una asignación terapéutica realmente ágil y eficaz.

4. No obstante lo anterior, es preciso evitar la mezcla de drogodependientes con diferentes propósitos y grados de motivación, de modo que los menos motivados o dispuestos al abandono del consumo de drogas influyan negativamente en los más comprometidos con la abstinencia.
5. Todos los programas de intervención, sean de alta, media o baja exigencia, deben apuntar siempre a objetivos más ambiciosos, el mayor de los cuales es la abstinencia en el consumo de drogas, el cambio del estilo de vida y la integración social del drogodependiente; del mismo modo que todos los programas deben orientarse a minimizar los daños del consumidor de drogas. (Apodaca, 1996).

4. La asignación terapéutica

Cada drogodependiente debe recibir el tratamiento individualizado que mejor se ajuste a sus demandas, necesidades y posibilidades de intervención en un momento dado. Por tanto, la asignación terapéutica al mejor modelo de intervención ha de responder a criterios técnicos y científicos y debe huir de acciones voluntaristas o guiadas por principios ideológicos. En todo momento hay que tener en cuenta que la asignación terapéutica debe efectuarse para maximizar los éxitos, por modestos que éstos sean, y para minimizar los fracasos. La asignación terapéutica no es neutra y una mala indicación de tratamiento puede ser perjudicial para ciertos pacientes (Apodaca, 1996). La acumulación de fracasos afecta negativamente a la percepción de **autoeficacia** del drogodependiente y de los profesionales que le atienden. Por autoeficacia se entiende la percepción que tiene el individuo sobre su capacidad para introducir cambios en su comportamiento y en su ambiente (Bandura, 1982). Evidentemente, un drogodependiente que acumula diversos fracasos al intentar abandonar las drogas tendrá una autoeficacia muy disminuida y, en consecuencia, un peor pronóstico para

conseguir la abstinencia, bien por tener un mayor riesgo de recaída ante situaciones de alto riesgo, o bien por presentar un estado de indefensión que le impulse a abandonar el tratamiento a la menor dificultad o a no demandar ayuda ante las escasas expectativas de éxito (Marlatt y Gordon, 1985; Echeburúa y De Corral, 1986). En suma la autoeficacia determina lo que se intenta, cómo se intenta e influye en el resultado de lo que se intenta.

Una buena asignación terapéutica supone: a) reducir los riesgos y los daños del drogodependiente, b) aumentar las posibilidades de éxito, no sólo de la intervención en curso, sino también de intervenciones futuras y c) elevar el grado de motivación de los profesionales que intervienen en drogodependencias y combatir el síndrome de "estar quemado".

Afortunadamente en la actualidad se dispone de modelos teóricos que permiten orientar científicamente la asignación terapéutica. Este es el caso del **Modelo Transteórico de Cambio de Prochaska y DiClemente** (Prochaska y Prochaska, 1993; Prochaska, DiClemente y Norcross, 1994; Tejero y Trujols, 1994). Según este modelo el drogodependiente en su proceso de cambio pasa por distintas etapas, de modo que los objetivos de intervención deben variar conforme a la etapa en la que se encuentre el drogodependiente. Por otro lado, al tratarse de un modelo de cambio dinámico, el terapeuta puede hacer avanzar al adicto por las sucesivas etapas utilizando para ello las técnicas terapéuticas más adecuadas en cada momento.

Las diferentes **etapas** por las que pasa un drogodependiente en su historia de adicción, los distintos **procesos de cambio e intervenciones terapéuticas** que se pueden utilizar para hacerle progresar en esas etapas para situarle finalmente en condiciones de conseguir y mantener la abstinencia y la **asignación terapéutica** más adecuada en cada etapa de cambio se presentan en Tabla 1.

En la **etapa precontemplativa**, en la que se puede incluir la fase inicial denominada "luna de miel", aunque éste es un período que va más allá y que

puede cubrir un espacio de tiempo más amplio de la historia de adicción, la base motivacional es inexistente (resistencia total) o muy insuficiente (resistencia parcial). En esta etapa la demanda de tratamiento, cuando se produce, se hace por presiones del entorno, de modo que cuando éstas desaparecen el drogodependiente abandona el tratamiento. En algunos momentos de esta etapa el individuo empieza a considerar que el consumo de drogas puede suponer un problema y que para superarlo es preciso cambiar (resistencia parcial). No obstante, esta motivación inicial es inconsistente.

Los individuos precontempladores se caracterizan por procesar poca información sobre sus problemas y por dedicar poco tiempo y energía a evaluarse. Igualmente, experimentan menos reacciones emocionales ante las consecuencias negativas de su adicción que otros individuos y hacen pocos esfuerzos para solicitar ayuda a los demás con el fin de superar sus problemas. Se puede afirmar que los drogodependientes en la etapa precontemplativa no se dan cuenta de sus problemas o los minimizan, no es que no puedan ver la solución, es que no pueden ver el problema. Por tanto, lo característico de esta etapa es una resistencia a reconocer o a modificar la conducta problema.

Por consiguiente, incluir a un drogodependiente en esta etapa en un programa libre de drogas tiene muchas probabilidades de fracasar, de ahí que las mejores asignaciones terapéuticas sean los programas de reducción de los daños (vacunaciones, suministro de material estéril y educación sanitaria orientada a cambiar la vía y la intensidad de consumo) desarrollados por medio de estrategias de acercamiento. En el plano motivacional, las intervenciones terapéuticas dirigidas a hacer progresar de etapa al drogodependiente deben orientarse a estimular tres procesos de cambio:

a) aumento de la conciencia sobre la drogodependencia, es decir, disponer de más información sobre sí mismo y sobre sus problemas.

Tabla 1. Asignación terapéutica y modelo transteórico de cambio de comportamiento de Prochaska y DiClemente

Etapa de cambios	Proceso de cambio	Intervenciones terapéuticas más adecuadas para cada proceso de cambio	Mejores asignaciones terapéuticas
I. Precontemplación	Aumento de la conciencia	<ul style="list-style-type: none"> - Observaciones - Confrontaciones - Interpretaciones - Biblioterapia 	<ul style="list-style-type: none"> - Programas de reducción de los daños desarrollados por medio de estrategias de acercamiento
	Alivio dramático	<ul style="list-style-type: none"> - Psicodrama - Pérdida de aflicción - Representación de roles 	
	Reevaluación del entorno	<ul style="list-style-type: none"> - Entrenamiento empático - Documentales 	
II. Contemplación	Autoevaluación	<ul style="list-style-type: none"> - Clarificación de valores - Imaginación - Corrección de experiencias emocionales 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fase 1: <ul style="list-style-type: none"> - Reducción de los daños, incluido el mantenimiento con sustitutivos de bajo umbral • Fase 2: <ul style="list-style-type: none"> - Reducción de los daños, incluido el mantenimiento con sustitutivos de bajo umbral - Asesoramiento legal - Apoyo psicosocial • Fase 3: <ul style="list-style-type: none"> - Programas de tratamiento con sustitutivos de diferente umbral • Fase 4: <ul style="list-style-type: none"> - Motivación orientada a la inclusión en programas libres de drogas
III. Preparación	Autoliberación	<ul style="list-style-type: none"> - Terapia para la toma de decisiones - Resoluciones de Año Nuevo - Técnicas de logoterapia - Técnicas para el realce de propósitos 	<ul style="list-style-type: none"> - Programas de reducción de los daños - Reforzamiento de las actividades de motivación destinadas a la inclusión en programas libres de drogas
IV. Acción V. Mantenimiento	Autogobierno	<ul style="list-style-type: none"> - Contratos de contingencias - Refuerzo explícito y encubierto - Autovigilancia 	<ul style="list-style-type: none"> - Programas libres de drogas de distintos niveles de exigencia - Prevención de recaídas
	Relaciones de ayuda	<ul style="list-style-type: none"> - Alianza terapéutica - Apoyo social - Grupos de autoayuda 	
	Contracondicionamiento	<ul style="list-style-type: none"> - Relajación - Desensibilización - Asertividad - Autoestados positivos 	
	Control de estímulos	<ul style="list-style-type: none"> - Reestructuración ambiental - Evitación de situaciones de alto riesgo - Técnicas de desvanecimiento 	

Adaptado de Prochaska, DiClemente y Norcross (1994).

b) alivio dramático, o lo que es lo mismo, experimentar y expresar sentimientos ante los problemas y sus posibles soluciones.

c) reevaluación del entorno, o valorar en qué medida los propios problemas afectan al entorno físico en el que se desenvuelve el drogodependiente.

Durante la **etapa contemplativa** el drogodependiente se muestra ambivalente, ha llegado a la conclusión de que existe un problema y piensa seriamente en resolverlo, pero aún no se siente del todo preparado para intentarlo, es decir, no hay un compromiso concreto de pasar a la acción para conseguir la abstinencia. En este estado de duda los individuos pueden permanecer atascados durante largo tiempo. Es característico de esta etapa sopesar los pros y los contras de la adicción y su abandono. Los contempladores parecen luchar con cierta ambivalencia en la que los aspectos positivos de la conducta adictiva todavía son importantes. No obstante, en esta fase ya se empieza a percibir la necesidad de ayuda externa, aunque no hay una demanda explícita en este sentido. También suele ser frecuente en esta etapa que el drogodependiente haga intentos de autolimitar su consumo en los que por lo general suele fracasar.

Durante la etapa contemplativa se pueden distinguir diferentes fases, cada una de las cuales con objetivos de cambio distintos:

Fase 1. El drogodependiente sólo se plantea cambiar aquellas conductas que llevan aparejados daños para la salud. En esta fase la mejor asignación terapéutica son los programas de reducción de los daños, incluido el mantenimiento con sustitutivos de bajo umbral.

Fase 2. Los objetivos de cambio en esta fase se centran exclusivamente en una serie de actividades relacionadas con el consumo (prostitución, robos, tráfico de drogas, etc.) de los que se derivan conflictos o situaciones difíciles (prisión, problemas laborales, conflictos familiares,

marginación social, etc). Además de las asignaciones terapéuticas señaladas en la fase anterior las mejores opciones en esta fase son el asesoramiento legal y el apoyo psicosocial.

Fase 3. En esta fase el drogodependiente quiere abandonar el consumo de la droga principal, pero a pesar de ello quiere continuar consumiendo sustancias psicoactivas. En consecuencia, la mejor asignación terapéutica es la inclusión en programas de tratamiento con sustitutivos de diferente umbral, según las posibilidades de cada caso.

Fase 4. Al llegar a este punto el drogodependiente es consciente de la necesidad de abandonar el consumo de drogas, por lo que una buena asignación terapéutica es la inclusión en programas de motivación para demandar ayuda en tratamientos libres de drogas.

Hay que significar que los drogodependientes en la etapa contemplativa se caracterizan, en comparación con los precontempladores, por estar más abiertos a recabar información sobre sí mismos y sobre sus problemas, por ser más capaces de reevaluar sus valores, problemas, e incluso a sí mismos, tanto afectiva como cognitivamente, y por valorar los efectos de la conducta adictiva en su entorno, y de un modo muy especial en las personas más cercanas. Por tanto, la autoevaluación es el proceso de cambio que más activamente hay que trabajar para mejorar su motivación, entendiendo por autoevaluación los esfuerzos que hace el individuo para valorar sus propios pensamientos y sentimientos respecto al problema.

A la **etapa de preparación**, Prochaska y DiClemente la denominaron originalmente: toma de decisión. En ella los drogodependientes ya han tomado la decisión de pasar a la acción para cambiar en un futuro próximo, de hecho informan de pequeños cambios en el comportamiento adictivo (por ejemplo, reducción de la dosis), aunque todavía no han alcanzado el criterio de cambio (abstinencia). Por lo general, los individuos

han intentado sin éxito abandonar el consumo de drogas en el pasado reciente, como por ejemplo en el último año.

Los drogodependientes en preparación se caracterizan por dar pequeños pasos hacia la abstinencia y por utilizar técnicas como el contracondicionamiento y el control de estímulos para empezar a reducir el uso de sustancias psicoactivas. Durante esta etapa las mejores asignaciones terapéuticas son, además de todas las señaladas con anterioridad para reducir los daños (vacunaciones, suministro de material estéril, educación sanitaria, tratamiento con metadona, asesoramiento legal y apoyo psicossocial), el reforzamiento de las actuaciones de motivación destinadas a la inclusión del drogodependiente en un programa libre de drogas. En este sentido, el proceso de cambio en el que se deben concentrar los esfuerzos es la autoliberación, es decir, la toma de decisión y compromiso de pasar a la acción y la creencia en la propia capacidad de cambio.

En la **etapa de acción** el drogodependiente participa activamente en los programas libres de drogas. No hay que confundir, sin embargo, acción con cambio. El cambio exitoso significa alcanzar la abstinencia. Con frecuencia durante la etapa de acción es preciso trabajar antes del cambio, como también hay que trabajar después para mantenerlo en la etapa de mantenimiento.

Los individuos en la etapa de acción modifican su comportamiento y las circunstancias que le rodean con el fin de superar sus problemas, para ello confían en su fuerza de voluntad y en la capacidad de cambio, creen en su autonomía para cambiar sus vidas, utilizan con éxito técnicas como el contracondicionamiento y el control de estímulos y confían en el apoyo y comprensión de familiares y amigos.

Durante la **etapa final de mantenimiento** los individuos trabajan para prevenir una recaída y consolidar los resultados obtenidos durante la fase de acción. En consecuencia, los drogodependientes en mantenimiento evalúan las circunstancias en las que se produce o se puede producir una recaída y están vigilantes para evitarla.

Los procesos de cambio que operan durante las etapas de acción y de mantenimiento y sobre los que hay que centrar la atención son los siguientes:

- a) autogobierno, o vigilancia de los cambios adoptados por parte de uno mismo y de los demás.
- b) reacciones de ayuda, es decir, disposición y solicitud de ayuda a los demás, así como de proporcionar apoyo y comprensión a los otros cuando lo necesitan.
- c) contracondicionamiento, o lo que es lo mismo, sustituir por conductas alternativas saludables las conductas-problema.
- d) control de estímulos, es decir, evitar o escapar de las circunstancias que hacen más probable o que posibilitan la aparición de las conductas-problema.

Por desgracia muchos de los tratamientos disponibles en la actualidad sólo son efectivos para individuos que se encuentran en las etapas de preparación o acción, pero no para aquellos que están en las etapas de precontemplación o contemplación (Prochaska, DiClemente y Norcross, 1994). También, por desgracia, muchos programas terapéuticos ignoran estas etapas y fuerzan las intervenciones orientadas a la abstinencia en un momento en el que los individuos todavía no están preparados para ese cambio. En otras palabras, actúan como si el drogodependiente estuviera en la fase de acción cuando en realidad se encuentra en una etapa previa, con lo que el resultado suele ser el abandono del tratamiento con el consiguiente deterioro de la autoeficacia. Hay que tener en cuenta que Prochaska y DiClemente han puesto de manifiesto en diversas investigaciones que los resultados de la intervención terapéutica están en función de la etapa de cambio en la que se halla el drogodependiente antes del tratamiento. Por tanto, el ajuste del tratamiento a la etapa de cambio en la que se encuentra el drogodependiente es fundamental (Prochaska, DiClemente y Norcross, 1994).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Apodaca, I.** (1996): "¿Qué es el paradigma de la asignación de pacientes a tratamiento?". *Revista Española de Drogodependencias*, 21 (2), pp. 85-95.
- Asociación Epsilon** (1996): "La Asistencia a drogodependientes: los programas de reducción de los daños". *Boletín* n.º 17, pp. 14-16.
- Bandura, A.** (1982): "Teoría del aprendizaje social". Espasa Calpe, Madrid.
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas** (DGPNSD, 1996 a): "Plan Nacional sobre Drogas. Memoria 1995". Ministerio del Interior, Madrid.
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas** (DGPNSD, 1996 b): "Sistema Estatal de Información sobre Toxicómanos (SEIT). Informe Año 1995". Ministerio del Interior, Madrid.
- Des Jarlais, D. C., Friedman, S. R. y Hopkins, W.** (1985): "Risk reduction for the acquired immunodeficiency syndrome among intravenous drug users". *Annual International of Medicine*, 102, pp. 755-759.
- Dirección General de Instituciones Penitenciarias:** "Memoria 1995". Ministerio del Interior. (documento multicopiado).
- Echeburúa, E. y De Corral, P.** (1986): "Predicción de la recaída en las conductas adictivas: estrategias de intervención". *Drogalcohol*, XI (1), pp. 16-24.
- Junta de Castilla y León. Consejería de Sanidad y Bienestar Social** (1995): "Ley de Prevención, Asistencia e integración social de Drogodependientes de Castilla y León. Ley 3/1994, de 29 de marzo". Valladolid.
- Mariatt, G. y Gordon, J.** (1985): "Relapse Prevention: Maintenance strategies in addictive behavior change". Guilford Press, New York.
- Martínez, F.** (1996): "Los cambios en la intervención asistencial". En "Situación Actual de las Drogodependencias en Castilla y León: VII Jornadas Autonómicas de Socidrogalcohol". Centro Asistencial San Juan de Dios, Palencia.
- National Institute for Alcohol and Drugs (NIAD, 1994):** "Manual Europeo de apoyo entre compañeros. El apoyo entre compañeros como método de prevención del SIDA en comunidades de UDI". NIAD, Utrecht.
- Nieva, P., Baulenas, G. y Borrás, T.** (1995): "Centros de Encuentro y acogida" Grup Igía, Barcelona.
- Prochaska, J. O. y Prochaska, J. M.** (1993): "Modelo transteórico de cambio para conductas adictivas". En **Casas, M. y Gossop, M.:** "Recaída y prevención de recaídas" CITRAN, Barcelona.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. y Norcross, J. C.** (1994): "Cómo cambia la gente. Aplicaciones en los comportamientos adictivos" *RET. Revista de Toxicomanías*, 1, pp. 3-14.
- Sánchez Pardo, L. y Matellanes, M.** (1993): "La especialización de los recursos para la atención de las drogodependencias". *Adicciones*. Vol.5, n.º 2, pp.127-140.
- Serpelloni, G. y Starace, F.** (1995): "Un nuevo abordaje pragmático de la adicción crónica a la heroína en la era del SIDA". *Adicciones*. Vol. 7, n.º 3, pp. 343-372.
- Tejero, A. y Trujols, J.** (1994): "El modelo transteórico de Prochaska y DiClemente. Un modelo dinámico del cambio en el ámbito de las conductas adictivas". En **Graña, J. L.** (Ed.) "Conductas Adictivas. Teoría, evaluación y tratamiento". Debate, Madrid.