

La intervención social en cocaína: una propuesta metodológica

José Luis Cernuda López

Trabajador social

Resumen

Por integración social se entiende la manera en cómo los individuos están dentro de la sociedad a la que pertenecen. Cuando un individuo comienza a consumir drogas se modifica, altera o rompe con las características y objetivos de su grupo social de pertenencia y crea otros nuevos. La intervención social con drogodependientes se basaría en recuperar aquellas relaciones que proporcionen al individuo la pertenencia a un grupo y en restablecer aquellas cohesiones sociales necesarias para mantenerse en el mismo y participar de su proceso y desarrollo. Para ayudarnos a establecer un proceso terapéutico nos valdremos de diversos métodos o modelos y señalaremos especialmente uno, que la experiencia parece demostrarnos que está funcionando mejor con cocainómanos, aunque de momento no tenemos estudios científicos que lo avalen. Comenzaremos por realizar un adecuado diagnóstico social basado en conocer el máximo de información del drogodependiente para después planificar la intervención social. Aquí se establecerán los objetivos e hipótesis de trabajo a desarrollar posteriormente. Como metodología proponemos utilizar el modelo transteórico del cambio de Prochaska y DiClemente (1982) junto con la entrevista motivacional de Miller y Rollnick (1991).

Se incluyen unas fichas para la recogida de la información y el trabajo de los objetivos según áreas de intervención social.

Palabras Clave

Cocaína, diagnóstico social, intervención social, entrevista motivacional y modelo de cambio.

Summary

By social integration we understand the way people are inside the society they are included in. When a person begins consuming drugs, the characteristics and objectives of the social group this person belongs are modified, altered, are broken and the person create another ones. The social intervention with drug consumers would base

Correspondencia a:
José Luis Cernuda López.
cernudalopez@wanadoo.es



in recover those relationship that give the person the beginning to a group and in reestablish those social cohesions needed to maintain this person inside this group and to participate in its process and development. In the order to help us to establish a therapeutic process, we are going to use several methods or models. We will sign specially one of them because the experience seems show us it is working better with cocaine consumers, although we haven't any scientific research about it. We will begin making a good social diagnosis based in knowing the most information about the drug consumer in order to planning the social intervention. Here it will be established the objectives and the hypotheses of work for developing later. As the methodology we propose the Tran theoretical model of health behaviour of Prochaska y DiClemente (1982) and the motivational interviewing of Miller y Rollnick (1991). There are included several filling cards witch collect the information and the working of the objectives in the different areas of the social intervention.

Key Words

Cocaine, social diagnosis, social intervention, motivational interviewing, Tran theoretical model of health behaviour.

Résumé

Par intégration sociale on comprend la manière dans comment les individus sont dans la société à laquelle ils appartiennent. Quand un individu commencera à consommer des drogues il est modifié, il altère ou rompt avec les caractéristiques et les objectifs de son groupe social de propriété et crée autres nouveaux. L'intervention sociale avec les toxicomanes se baserait en récupérer ces relations qui fournissent à l'individu la propriété à un groupe et à reconstituer ces cohésions sociales nécessaires de maintenir dans ce dernier et de prendre part de leur processus et la développe. Pour nous aider à établir un processus thérapeutique nous vaudrons diverses méthodes ou de modèles et indiquerons spécialement un, que l'expérience paraît démontrer nous qui fonctionne meilleur avec des cocaïnomanes, bien que pour l'instant nous n'ayons pas d'études scientifiques qui le garantissent. Nous commencerons par effectuer un diagnostic social basé adéquat en connaître le maximum d'information du toxicomane pour ensuite planifier l'intervention sociale. On établira ici les objectifs et l'hypothèse de travail à développer postérieurement. Comme méthodologie nous proposons d'utiliser le modèle transteórico du changement Prochaska et de DiClemente (1982) avec l'entrevue motivationnelle Miller et de Rollnick (1991). On inclut des fiches pour la récolte de l'information et le travail des objectifs selon des secteurs d'intervention sociale.

Most Clé

Cocaïne, diagnostic social, intervention sociale, entrevue motivationnelle et modèle de changement.



I. INTRODUCCIÓN

Por integración social se entiende la manera en cómo los individuos están dentro de la sociedad a la que pertenecen. Esta manera de pertenencia viene marcada por una serie de características que le son propias y que le identifican tanto con su grupo de pertenencia, como con su entorno, con sus relaciones sociales e incluso con su ámbito laboral.

Cuando un individuo comienza a consumir drogas se modifica, altera o rompe con las características y objetivos de su grupo social de pertenencia y crea otros nuevos. También cambia sus relaciones sociales y su propio entorno se ve modificado o alterado.

El problema acontece cuando se desvincula de su familia, pierde su trabajo o rompe con su medio social habitual, "creando" unas nuevas relaciones cuyo centro de cohesión pasa a ser la droga y se manifiesta un nuevo "estilo de vida" vinculado con la misma.

Sin embargo, la ruptura del individuo con su entorno no quiere decir que necesariamente deba sustituir la relación social anterior. Tampoco que deba desvincularse de sus grupos de pertenencia, simplemente, el individuo ha ido poco a poco excluyéndose de la sociedad que él conocía y ésta, a su vez, lo ha ido apartando al verlo como un posible peligro para su desarrollo y evolución.

Al final, el propio individuo comienza a creer que no puede solucionar sus problemas con el consumo de drogas, terminando por modificar su integración en la sociedad que conocía al principio y adaptándose a una nueva que le permita sobrevivir junto con el consumo de drogas. Pero sin olvidar que en realidad esta situación debería ser transitoria.

La intervención social con drogodependientes se basaría en recuperar aquellas

relaciones que proporcionen al individuo la pertenencia a un grupo y a restablecer aquellas cohesiones sociales necesarias para mantenerse en el mismo y participar de su proceso y desarrollo.

Con todo ello, la complejidad del problema, las innumerables variables a tener en cuenta y la propia idiosincrasia del individuo, podemos establecer algunos apartados comunes a todos los procesos a seguir cuando queremos intervenir terapéuticamente con un consumidor de drogas y en nuestro caso, con un consumidor de cocaína.

El proceso terapéutico seguirá las siguientes fases:

- Fase de acogida y desintoxicación
- Fase de deshabituación
- Fase de rehabilitación
- Fase de reinserción

Para ayudarnos en el proceso terapéutico nos valdremos de diversos métodos o modelos y señalaremos especialmente uno, que la experiencia parece demostrarnos que está funcionando mejor con cocainómanos, aunque de momento no tenemos estudios científicos que lo avalen.

Antes, unas breves reseñas sobre el consumo de cocaína.

2. BREVES RESEÑAS RESPECTO AL CONSUMO DE COCAÍNA

• Cocaína:

Es claramente la segunda droga ilegal en España en cuanto al volumen de problemas generados. En los últimos años ha aumentado mucho tanto el consumo como los problemas asociados.



Todos los indicadores son consistentes en este aumento. La prevalencia de consumo en los últimos 12 meses entre la población de 15-64 años pasó de 1,6% en 1999 a 2,7% en 2003 (cerca de 800.000 personas).

El número de personas tratadas por primera vez en la vida se ha incrementado desde 1.892 en que iniciaron tratamiento en el año 1996 hasta los 7.438 que lo hicieron en 2002. Por su parte, la proporción de urgencias hospitalarias por reacción aguda a drogas en que se menciona cocaína pasó de 48,7% en 1999 a 49% en 2002. La proporción de muertes DRD (directamente relacionadas con las drogas) en que se detecta cocaína y no opioides ha pasado de 1,2% en 1983-1989 a 1,3% en 2002, siendo la responsable directa en 50 casos.

Fuente: Observatorio Español sobre Drogas, nº 6 noviembre de 2003.

• Los consumos de cannabis y de cocaína entre los escolares han aumentado de forma importante desde 1998

En 1998 un 4,5% de jóvenes entre 14 y 18 años decía haber consumido cocaína en los doce meses anteriores, en 2004 se aumenta hasta un 7,2%.

Entre estas mismas fechas y por parte de la misma población, el consumo de cannabis durante los últimos doce meses se ha incrementado desde 25,7% hasta 36,6%.

	Año 1998	Año 2004
Consumo Cannabis	25,7 %	36,6 %
Consumo Cocaína	4,5 %	7,2 %

Fuente: Encuesta Estatal sobre uso de drogas en enseñanza secundaria en el 2004 (Prevalencia del consumo de cannabis y cocaína según sexo y edad).

Todos estos datos son preocupantes, en la medida de que el consumo de cocaína se ha normalizado en nuestra sociedad. Además, la percepción del riesgo hacia este consumo parece algo habitual y casi aceptable en la sociedad actual. "Lo hace todo el mundo". "Vayas dónde vayas, en cualquier lado, hay cocaína". "No conozco a nadie que no la use alguna vez", son algunas de las frases que nos dicen quienes la consumen.

3. EL DIAGNÓSTICO SOCIAL EN EL TRATAMIENTO DEL DROGODEPENDIENTE

Tras el análisis de la realidad que hemos esbozado anteriormente, ahora vamos a tratar de establecer algunos criterios e indicadores para alcanzar unos objetivos y estrategias terapéuticas que nos guíen en el proceso de intervención con el drogodependiente.

Nos basamos en el Diagnóstico Social como paso previo y necesario para establecer las estrategias y objetivos de la Inserción Social del Drogodependiente. Con el fin de facilitar dicho diagnóstico debemos recoger una serie de datos sobre la persona que solicita tratamiento y tener presentes los siguientes indicadores:

I. Datos de Identificación y la fecha de recogida de los mismos.

- ✓ Nombre y apellidos.
- ✓ Fecha de nacimiento y lugar.
- ✓ D.N.I.
- ✓ Domicilio actual, Código Postal, Localidad y Distrito Municipal.



- ✓ Teléfonos de contacto y si debe ser confidencial o no.

- ✓ Estado Civil actual.

- ✓ En el caso de extranjeros: situación de legalidad en España.

2. Situación Socio-Familiar y Convivencial.

- ✓ Composición de la familia de origen: nombre, parentesco, edad, ocupación y domicilio.

- ✓ Relaciones familiares. Hechos más destacados.

- ✓ Composición de la familia propia: nombre, parentesco, edad, ocupación y domicilio.

- ✓ Relaciones familiares.

- ✓ Convivencia de los hijos y situación legal. Relaciones con el usuari@.

- ✓ Intervención de otros organismos e instituciones en la familia. Dificultades.

- ✓ Convivencia actual, lugar y adecuación a sus necesidades.

- ✓ Consumidores en el ámbito familiar.

- ✓ Antecedentes de marginalidad y situación actual.

- ✓ Familiares que se implicarían en el tratamiento.

3. Entorno Social y Relacional.

- ✓ Recursos que conoce y utiliza del barrio o localidad.

- ✓ Pertenencia a alguna asociación o utilización de servicios.

- ✓ Relaciones con otros drogodependientes.

- ✓ Composición del grupo de relaciones.

- ✓ Actividades de Ocio y Tiempo Libre.

- ✓ Aficiones.

- ✓ Adecuación a sus necesidades.

4. Vivienda.

- ✓ Tipo de vivienda y régimen de tenencia.

- ✓ Condiciones de habitabilidad. Cobertura de necesidades y gastos.

- ✓ ¿Consume en la vivienda, dónde guarda el material?

5. Educación y Cultura.

- ✓ Estudios finalizados y estudios comenzados.

- ✓ Trayectoria escolar y formación complementaria.

- ✓ Interés y motivación hacia algún tipo de formación prelaboral.

- ✓ Autoformación y experiencia.

- ✓ Conocimiento de recursos formativos y culturales. INEM, Centros Formativos Autonómicos, Casas de Cultura, Universidades Populares,...

6. Situación Laboral y Económica.

- ✓ Situación laboral actual.

- ✓ Compatibilidad laboral con el tratamiento. Horarios, posibilidad de baja, Incapacidad Laboral, etc.

- ✓ Conocimiento en el trabajo de su problemática con las drogas. Modo de afectación.

- ✓ Satisfacción laboral y posibilidades de cambio.

- ✓ Ingresos económicos y procedencia.

- ✓ Posibilidad de pensiones u otro tipo de prestaciones económicas: Rentas de Inserción, Pensiones No Contributivas, Subsidio Excarcelación, etc.

- ✓ Adecuación de su situación actual a sus necesidades y posibilidades o expectativas de cambio.



7. Situación Judicial.

- ✓ Situación judicial actual. Penal y Civil.
- ✓ Antecedentes penales, causas y motivos.
- ✓ Tiempo de condena.
- ✓ Causas pendientes y situación actual.
- ✓ Solicitudes de cumplimientos alternativos, indultos u otras situaciones.
- ✓ Tratamientos realizados en prisión.
- ✓ Multas y sanciones Administrativas.

8. Historia de Consumo.

- ✓ Sustancia principal que motiva el tratamiento.
- ✓ Forma, vía y cantidad consumida.
- ✓ Consumo de otras sustancias.
- ✓ ¿Dónde, cuándo y con quiénes se inicia?
- ✓ Tratamientos e intentos anteriores.
- ✓ Tiempo máximo de abstinencia.

9. Valoración social inicial y formulación de objetivos e hipótesis.

La problemática del drogodependiente es múltiple y variada por eso recoger los datos necesarios y conocer su realidad debe ayudarnos a elaborar una adecuada intervención que constituya la base sobre la que fundamentar y abordar el fenómeno de las drogodependencias y los tratamientos integrales necesarios a utilizar en cada ocasión.

Demasiados aspectos tampoco deben hacernos olvidar cómo priorizar las necesidades y problemáticas con las que nos encontraremos en los diferentes casos, esto nos implica, realizar tratamientos individualizados y flexibles para cada persona y circunstancia.

La intervención a realizar debe tener claros los objetivos a conseguir pero también debe

preocuparse de la metodología a emplear para conseguirlos. No se trata de alcanzar la abstinencia del sujeto a cambio de convertirlo en un autómatas sino alcanzar que sea una persona que no se haga daño ni a ella misma ni a su entorno por consumir drogas.

También es fundamental el trabajo en equipo y la coordinación con el resto de profesionales que intervengan en el caso.

4. PLANIFICACIÓN DE LA INTERVENCIÓN PARA LA INSERCIÓN SOCIAL

Repasemos, antes de comenzar a planificar, toda la información que hemos obtenido.

Contamos con toda la información de los datos obtenidos en el diagnóstico. Contamos con la información de los otros profesionales y terapeutas. También con los familiares, el propio sujeto y con todos los recursos implicados en el proceso.

Contamos en general, con los deseos de cambio del sujeto y los elementos que tenemos que utilizar para poder realizar y mantener dicho cambio.

Por eso debemos planificar la intervención, para conocer para qué quiero cambiar, por qué deseo conseguir determinados objetivos y sobre todo, cómo voy a alcanzar y mantener las metas establecidas con el sujeto.

Asimismo, se hace necesario dar respuesta a sus demandas sociales, especialmente las de mayor urgencia social (vivienda, alimentación, situación legal, salud, documentación, trámites asistenciales, transporte, trabajo, familia), ya que van a ayudarnos a crear una mejor adherencia al tratamiento iniciado.

Comenzaremos a trabajar la resolución de cuestiones que el sujeto establece como



prioritarias y que no tienen porqué coincidir con las establecidas por el Equipo de Tratamiento. Por ejemplo el dinero. En la fase de consumo activo es normal que el paciente haya dejado deudas o problemas asociados al tema económico y lo priorizan sobre todas las demás problemáticas o incluso por encima del tratamiento, abandonando el tratamiento, en ocasiones, al no encontrar una respuesta que les satisfaga. Así, es relativamente frecuente encontrarnos con sujetos que después de llevar unos días o meses de tratamiento creen estar bien y no necesitar más ayuda, por lo que dejan de acudir a citas o, simplemente, ellos mismos establecen su actuación al margen de sus terapeutas.

La intervención se focalizará en la adherencia al tratamiento, la prevención y en la inserción o normalización.

La prevención debemos coordinarla con el resto de profesionales y estará dirigida a prevenir consumos, situaciones de riesgo, usos problemáticos de otras sustancias, accidentes dentro del ámbito laboral y familiar, delincuencia y, cualquier otro aspecto o circunstancia que pudiese alterar el cambio iniciado.

La normalización la iniciaremos buscando la consolidación de los cambios efectuados en el estilo de vida del sujeto y dentro de las siguientes áreas de Inserción:

- ✓ Laboral-formativa.
- ✓ Jurídica.
- ✓ Sanitaria.
- ✓ Familiar.
- ✓ Ocio y Tiempo Libre.
- ✓ Participación Comunitaria.
- ✓ Relaciones Sociales.
- ✓ Educativa.

En la medida en que el usuario vaya realizando cambios o bien vaya tomando conciencia de sus problemas, será necesario un mayor control de la situación y establecer una estrategia adecuada para su solución.

Es necesario que comprenda que reflexione y que analice su problemática, especialmente si continua con consumos o relacionándose con consumidores ya que le puede impedir solucionar problemas como temas laborales, custodia de menores, utilización de recursos. O puede ver agravada todavía más su situación con nuevos problemas legales, económicos o de salud.

Resumiendo, realizaremos las siguientes cuestiones:

- a) Conocimiento y evolución de la historia de consumo, así como de los problemas que ello pudiera haberle acarreado.
- b) Conocimiento de la situación actual, individual y familiar, ante su tratamiento.
- c) Conocimiento de las variables sociales externas que puedan incidir en el proceso del tratamiento.
- d) Realización de las actuaciones oportunas de cara a la valoración del caso y a la gestión y coordinación con los recursos y servicios sociales necesarios.
- e) Estudio y valoración del entorno familiar: historia socio-familiar; detección y vivencia del problema, posicionamiento de los miembros de la familia ante el problema, alteraciones y cambios realizados, obstáculos y participación en el tratamiento.
- f) Valoración de la posibilidad de formación previo estudio de la situación y evolución realizadas en el ámbito educativo.
- g) Conocimiento de la historia de la vida laboral y conocimiento de su situación actual,



valorando diversas posibilidades y actuaciones, así como valoración de la posibilidad de incorporarse al trabajo, capacitación, motivación o derivación a recurso de inserción laboral.

h) Conocimiento de su situación jurídico-legal, valorando posibles actuaciones y coordinándose con los servicios jurídicos necesarios.

i) Conocimiento de la situación del ocio y tiempo libre y las relaciones interpersonales.

La intervención vendrá por tanto determinada por la jerarquización de sus necesidades e hipótesis a trabajar, estableciendo las estrategias adecuadas en coordinación con el resto de recursos y servicios tanto propios como institucionales.

En resumen, podemos establecer como principales puntos a trabajar:

a) Establecimiento de un diagnóstico social que permita un plan de intervención.

b) Mantenimiento de la coordinación con otras instancias e instituciones que estén interviniendo en el caso o que puedan repercutir en el mismo.

c) Información y asesoramiento al sujeto y a su familia de los posibles recursos necesarios para dar respuesta a las necesidades y demandas planteadas.

d) Continuación con la intervención individual y familiar.

e) Dejar un mayor protagonismo y participación al propio individuo, proporcionando los espacios necesarios para ello.

f) Iniciar formación hacia el empleo según posibilidades del sujeto.

g) Valoración de búsqueda de empleo activa según cada caso.

h) Estudio y valoración de la situación penal y judicial.

i) Seguimiento y evaluación de la acción social acordada con el sujeto, así como de las incidencias y acontecimientos nuevos que pudieran surgir.

j) Cualquier otra cuestión que pudiese acontecer.

Con todo ello, alcanzar la inserción social del drogodependiente también dependerá del azar, de los diversos acontecimientos que constituyen el "libre albedrío". Ignorarlos sería desdeñar cambios y situaciones que no tendrían otra explicación o sin los cuales, el ser humano, dejaría de ser libre.

5. UNA PROPUESTA METODOLÓGICA PARA LA INTERVENCIÓN CON PACIENTES COCAINÓMANOS

5.1 Perfil Del Usuario De Cocaína: (Fuente: Proyecto Hombre, septiembre 2005)

- El 89% son varones de 30 años, soltero que vive en una gran ciudad y en residencia propia.

- Edad de inicio en el consumo de cocaína: 17,5 años por vía nasal y aparte de esta sustancia consume habitualmente alcohol y cannabis. Empezaron a consumir alcohol y cannabis a los 16 años y medio. Llevan 12 años consumiendo alcohol y 9 años con el cannabis. El 43% de usuarios ha consumido anfetaminas y en menor medida, heroína y otros.

- Policonsumidores: La edad de inicio se sitúa en torno a los 20 años y han estado con este patrón de consumo 7,5 años.

- La mayoría de los usuarios tiene completos los años de educación básica obligatoria



y un 25% ha cursado estudios superiores durante un promedio de 3 años.

- **Ámbito laboral:** El 80,3% trabaja a tiempo completo. Aunque el número de meses trabajados por los hombres es superior a las mujeres.

- **Situación legal:** El porcentaje de usuarios del programa de cocaína que han estado en prisión es menor que en el caso de los heroínómanos. Pocos usuarios fueron juzgados por delitos violentos.

- **Relaciones familiares:** Estructura familiar conservada. La mayoría viven con sus padres, pareja e hijos.

- **Salud:** El 45,1% de los usuarios que acudió a tratamiento por su adicción a la cocaína había recibido en alguna ocasión tratamiento ambulatorio por problemas psicológicos o emocionales: El 46,2% experimentó depresión severa, un 59,5% ansiedad y un 40,2% problemas para controlar conductas violentas.

- **Gasto:** Una persona que consume cocaína de forma habitual puede llegar a gastar más de 1.270 euros mensuales sólo en esta droga, mientras que invierte otra gran parte en cannabis, drogas de diseño o alcohol.

Sin embargo, no podemos decir que exista un solo perfil de paciente cocainómano de hecho, el incremento del consumo de cocaína en los últimos años nos lleva a la necesidad de incorporar a los dispositivos públicos programas específicos de tratamiento de este problema.

Este aumento de consumo ocurre tanto en los usuarios de programas de mantenimiento con metadona como en otros pacientes para los que la cocaína es la droga principal, unida o no a otras sustancias. Por tanto, podemos establecer dos tipos de perfiles generales de consumidores de cocaína:

- El primero es el paciente que está en tratamiento de mantenimiento con metadona, que ha abandonado total o parcialmente el consumo de opiáceos, pero que ha iniciado o incrementado el consumo de cocaína.

- El segundo son pacientes consumidores de estimulantes como droga de elección, asociado o no al consumo de otras sustancias. Es frecuente en estos pacientes la asociación con otras drogas llamadas depresoras (heroína, alcohol, tranquilizantes), en un intento de autorregular los efectos del estimulante.

La manera que afecta el consumo de cocaína a cada grupo anteriormente descrito presenta sin embargo algunos aspectos en común. En general, se manifiestan alteraciones afectivas (aumenta la agresividad y los malos tratos) y de personalidad y, la cada vez mayor prevalencia de trastornos psiquiátricos asociados al consumo. Estos trastornos pueden ir desde la psicosis tóxica, los trastornos de alimentación o la aparición de otras problemáticas como la ludopatía.

Toda esta situación generada por el consumo de la cocaína nos lleva a encontrarnos con pacientes poco motivados al cambio de su estilo de vida, escasamente conscientes de su problemática y con terapeutas que no saben cómo abordar las entrevistas necesarias para iniciar dichos cambios o mantener los iniciados. Es precisamente en este contexto donde los modelos motivacionales nos ayudarán a establecer con el paciente una serie de aspectos fundamentales como son: la motivación hacia el cambio, la interrelación con el terapeuta, articular su ambivalencia y tomar decisiones, la ayuda del terapeuta para que el paciente resuelva sus ambivalencias y el mantenimiento de los cambios a lo largo del tiempo.



5.2. El modelo transteórico del cambio y la entrevista motivacional.

Resulta relativamente frecuente encontrar, en la práctica profesional, métodos basados en sesiones informativas destinadas a conseguir cambios conductuales, pero los resultados suelen ser escasos e incluso en ocasiones inversos al objetivo pretendido dado que nos solemos encontrar con pacientes poco motivados, carentes de querer iniciar cambios en su vida y poco realistas de su problemática de consumo, por tanto, son situaciones que en general originan desgaste y frustración al terapeuta y el posible abandono del tratamiento por parte del usuario. Frente a estos métodos proponemos un modelo de entrevista que desarrolla unas habilidades basadas esencialmente en trabajar la motivación del sujeto para el cambio de un hábito o actitud por otro más saludable.

En este sentido, el modelo de Entrevista Motivacional (EM) desarrollado por Miller y Rollnick en 1991 nos proporciona una herramienta de trabajo centrada en explorar y resolver las ambivalencias del paciente. Con ella se pretende ayudar, apoyar a las personas para que reconozcan y se ocupen de sus problemas, tanto los presentes como los potenciales, en la que la terapia se concibe como una colaboración entre afectados y profesionales. Con la Entrevista Motivacional no se pretende cambiar el estilo de trabajo de un profesional, su orientación, sino aportar unas herramientas y habilidades de comunicación centradas en la experiencia del paciente, en la creación de un clima de empatía y colaboración mutua, respetando siempre las decisiones de cambio o no del propio paciente.

Un modelo que nos puede servir para entender de qué manera cambian las personas es el Modelo Transteórico del Cambio de Prochaska y DiClemente (1982).

Este modelo delimita una serie de etapas por las que discurren los procesos de cambio, en una gradación de menor a mayor compromiso: a) precontemplación: no hay ninguna intención de cambiar el comportamiento en un futuro próximo. En esta fase no es que no se vislumbre ninguna solución, sino que no se percibe ningún problema; b) contemplación: se es consciente del problema pero aun no se está preparado para iniciar un plan de actuación, aunque se comienza a considerar la resolución del problema; c) preparación: sería semejante a un proceso de toma de decisión en la que el individuo comienza a realizar pequeños cambios en dirección a la solución del problema (como por ejemplo evitar discotecas que frecuenta el fin de semana en las que consume cocaína); d) acción: se realizan modificaciones de conducta y/o ambientales que permiten un período de abstinencia de entre 1 día a 6 meses; los cambios son visibles y suelen recibir reconocimiento del entorno familiar y social; y e) mantenimiento: en esta fase las personas trabajan para prevenir la recaída y consolidar los cambios realizados en la fase de acción, por un período superior a 6 meses.

Con demasiada frecuencia, los terapeutas que trabajan en conductas adictivas en general y en la deshabituación de cocaína en particular, asumen que cuando un paciente acude a tratamiento, se encuentra preparado para cambiar (es decir, en la fase de acción) y diseñan programas bajo esta presunción. Por desgracia, la evidencia señala lo inadecuado de esta práctica, que se refleja en las altas tasas de



abandono inicial de los tratamientos a las que estamos tan acostumbrados. Este abandono puede estar condicionado por una apreciación errónea o apriorística de la disponibilidad hacia el cambio del paciente que acude a tratamiento. (Lorea I, Fernández-Montalvo J, López-Goñi JJ, Landa N).

Dentro de este modelo podemos hablar de ocho estrategias que, combinadas entre sí, nos ayudan a aumentar la efectividad hacia el cambio y que resumimos de la siguiente manera: 1) Ofrecer consejo. El consejo por sí solo puede que no induzca al cambio pero sí puede ayudar a facilitarlo. 2) Eliminar obstáculos. Identificar los posibles obstáculos hacia el cambio y ayudar al paciente a eliminarlos. 3) Ofrecer alternativas. Nos ayuda a eliminar la resistencia. 4) Disminuir la deseabilidad de la conducta. 5) Practicar empatía. 6) Dar feedback. 7) Aclarar metas. 8) Ofrecer ayuda.

El enfoque de la relación terapéutica basada en los elementos de la entrevista motivacional se mantiene constante a lo largo de todo el tratamiento atendiendo a una serie de principios básicos: 1) Expresar empatía. La aceptación y respeto hacia el paciente, comprensión sin juicio, sin crítica de lo que siente. 2) Descubrir discrepancias. Se pretende que el paciente sienta que existe una discrepancia entre su situación actual, aquello donde uno está, y la situación en que se gustaría ver, aquello donde uno quiere ir. 3) Evitar discutir. La discusión provoca que el paciente se reafirme en su libertad para hacer lo que quiere y provoca resistencias. 4) Avanzar con la resistencia. Se intenta dar al paciente otros posibles enfoques de su problemática. 5) Potenciar su autoeficacia.

Se pretende ayudar al paciente a cambiar la percepción sobre su capacidad de hacer frente a la posibilidad de cambio.

Con este modelo de intervención terapéutica intentamos que los pacientes cocainómanos verbalicen o expresen un compromiso de cambio y se lleve a cabo un plan de acción voluntario y consecuente con las demás áreas de intervención bio-psico-sociales del paciente.

El plan de acción terapéutico debe abarcar toda la complejidad biopsicosocial del paciente cocainómano dando respuestas sucesivas e incisivas a lo largo de la intervención según las circunstancias lo determinen. Así, es probable que los aspectos biológicos o neurológicos de la adicción deban ser los que inicialmente determinen nuestra intervención, seguidos de los aspectos psicológicos, sociales, familiares y como constante en todos ellos, la entrevista motivacional como herramienta y modelo de intervención motivacional del cambio.

6. BIBLIOGRAFÍA

Álvarez-Vara, C. y D. Comas (Coordinadores). (1989). *Bibliografía comentada sobre drogodependencias*. Madrid. Ed. Comunidad de Madrid.

Alvarez Vara, C., Estivill, J., García Roca, J., Puig De La Bellacasa, R. (1990). *"Incorporación social de colectivos marginados"*. Editorial Acebo.

Beneit, J.; García, C. y Mayor, L. (1997). *La intervención en drogodependencias. Un enfoque multidisciplinar*. Madrid. Ed. Síntesis.

Blanca Molina M. (2001). *El Diagnóstico Social en el Tratamiento del Drogodependiente*. Madrid. Boletín IEAnet.



- Cabrera, R. y Torrecilla, J. (1998). *Manual de drogodependencias*. Madrid, Ed. Cauce.
- Colegio Oficial de Psicólogos (1996). *La Intervención en Drogodependencias: Áreas y Técnicas*. Madrid: Colegio Oficial de Psicólogos.
- Drogodependencias e incorporación social. Propuestas para pensar y actuar. Madrid, 1991. Formato: 26,5 x 19,5 cms. ISBN: 84-7670-315-5. 61 págs.
- Freixa, F. (1994). *Perspectiva médica y consecuencias sociales de la restricción de estupefacientes*. Adicciones, 6 (4), 373-388.
- Funes Artiaga, J. (1996). *La incorporación social de las personas con problemas de drogas*. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. Vitoria-Gasteiz.
- Funes, J. (1991). *Drogodependencias e incorporación social. Propuestas para pensar y actuar*. Plan Nacional de Drogas.
- Gregorio Rodríguez Cabrero. (1988). *La integración social de drogodependientes*. Madrid,
- Linares, E. (1993). *La estrategia comunitaria en la inserción*. Revista de servicios sociales y política social, nº 29, Págs. 23-28.
- Lorea I, Fernández-Montalvo J, López-Goñi JJ, Landa N. *El soporte teórico en los programas de deshabituación de cocaína: un modelo integrador*.
- Martín Sánchez, L., Rodríguez Guirado, M., Romero Toro, M.a. (1994). *La atención al drogodependiente: una novedad en atención primaria de salud*. Trabajo Social y Salud. Nº 17, Págs. 95-104
- Miller, W.R. y Rollnic, S. (1991) *La entrevista motivacional*. (traducido por A. Tejero Pociello, 1999). Madrid. Ed. Paidós
- Navarro J. (1995). *Intervención en redes sociales de adictos*. Rev Psicoterapia 5: 99-117.
- Plan Nacional Sobre Drogas. Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008 y 2008-2010
- Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. (1994). *Cómo cambia la gente: Aplicaciones en los comportamientos adictivos*. RET 1: 3-14.
- Puchol Esparza, D. (2004). *Trastornos adictivos II: ámbitos fundamentales de intervención*.
- Sánchez-Hervás, E.; Tomás, V. y Morales, E. (2004). *Un modelo de tratamiento psicoterapéutico en adicciones*. Trastornos Adictivos, 6 (3), 159-166.
- Silva A., (1994), *La evaluación de programas en drogodependencia*. Madrid. Ed. G.I.D.
- Solé J. *Tratamiento del consumo de cocaína. Integrando psicoterapia y farmacoterapia*. Adicciones 2001; 13(2): 209-225.
- Torbay, A.; Heras, M. y Marrero, M. (2003). *La evaluación de las necesidades socio-personales de drogodependientes, desde un programa de intervención: la perspectiva de los implicados*. Anales de Psicología, 19 (2), 173-186.



ANEXOS

TABLA 2. Tareas y estrategias adaptadas a los estadios del cambio.

ESTADIOS	TAREAS	ESTRATEGIAS
Precontemplativo <i>No ve el problema</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Priorizar el hábito y estudiarlo • Elaborar mapa de creencias • Trabajar la ambivalencia • Evitar y trabajar las resistencias • Aumentar la autoeficacia y la automotivación 	EMPATIA <ul style="list-style-type: none"> • Apoyo narrativo • Evitar trampas • Reconocer resistencias
Contemplativo <i>Ve el problema pero con muchas dudas</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar las contradicciones entre lo que hace y lo que desea 	EMPATIA <ul style="list-style-type: none"> • Lo anterior • Diario de salud • Hoja de balance
Determinación <i>Dispuesto a cambiar</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Que el paciente verbalice el compromiso de cambio • Ayudar a elegir la mejor estrategia • Desarrollar un plan de actuación conjunto 	EMPATIA <ul style="list-style-type: none"> • Hacer sumarios • Preguntas activadoras
Acción <i>Ha iniciado el cambio</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar la autoeficacia • Informar sobre otros modelos que hayan tenido éxito 	EMPATIA <ul style="list-style-type: none"> • Apoyo narrativo • Preguntas activadoras
Mantenimiento <i>Mantiene el cambio</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Prevenir las recaídas • Aumentar la autoeficacia 	EMPATIA <ul style="list-style-type: none"> • Identificación conjunta de las situaciones de riesgo y elaboración de estrategias para afrontarlas
Recaída <i>Vuelve a la conducta anterior</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Reconstruir positivamente y ayudar a renovar el proceso • Aumentar la autoeficacia y la automotivación 	EMPATIA <ul style="list-style-type: none"> • Señalamiento emocional • Reestructuración positiva

Ficha objetivos personales de cambio

AUTORA: Mónica Castaños Cid (psicóloga)

Valora cada una de las siguientes áreas en los tres momentos que refleja la tabla: 1) en el pasado más o menos reciente, antes de que iniciaras este tratamiento; 2) en la actualidad; y 3) en el futuro que tú deseas.

Como ves, este ejercicio te puede servir para reflexionar sobre tus propios objetivos de cambio. Es muy importante que a la hora de establecerlos pienses en metas REALISTAS

y CONCRETAS. Muchas personas se sienten mal consigo mismas porque se marcan metas no realistas y por tanto nunca llegan a cumplirlas; por otra parte si son metas muy generales o vagas, será difícil determinar si se han alcanzado o no.

Un *objetivo* es algo que quieres alcanzar; cambiar o ser capaz de hacer. Puedes querer por ejemplo, pasar toda una tarde con tu pareja sin discutir o conseguir un trabajo mejor pagado. Puede ayudar mucho el describir exactamente qué es lo que quieres.



	En el pasado, cuando consumías	En el momento actual	Cambios deseados en el futuro
Salud			
Familia			
Trabajo/ Formación			
Economía			
Relaciones sociales			
Tiempo libre			
Relaciones afectivas			
Sobriedad Abstinencia			
Equilibrio psicológico			
Situaciones Legales			



Ficha de la intervención social

Autor: José Luis Cernuda López (Trabajador Social)

Nombre del paciente:				
Nº Hº:	Fecha:	Asistencia:	Puntualidad:	Actitud inicial:
Motivo de la cita:				
Demanda planteada por el paciente:				
Demanda detectada por el TS:				
Acuerdos alcanzados:				
Recursos utilizados o a solicitar:				
Objetivos terapéuticos establecidos y tiempo de consecución previsto:				
* * * *				
Acciones a llevar a cabo:				
* * * *				
Acuerdos anteriores y consecución de los mismos:				
* * * *				
Breve resumen de la cita:				
Notas sobre el proceso de la intervención social del paciente:				