

## **Sobre la planificación de la actividad terapéutica en drogodependencias. Una tarea orientada hacia los objetivos**

Francisco José Jaime Lora

Coordinador Asistencial del Centro Provincial de Drogodependencias.  
Diputación Provincial de Cádiz (España)

**Resumen:** *El presente trabajo parte de la necesidad de utilizar los métodos de la planificación sanitaria en la planificación terapéutica individualizada con adic-tos a las drogas, como elemento que garantice el máximo de eficacia en las intervenciones terapéuticas.*

*Previamente a realizar un recorrido por el marco teórico referencial, se exponen algunas ideas del autor, a modo de reflexiones iniciales sobre la evaluación, la eficacia y la formación de los profesionales en materia de planificación. A partir de la bibliografía y la propia experiencia del autor, se exponen de forma teórica la importancia del encuadre desde donde se parte, los conceptos sobre planificación y la importancia de la definición de los objetivos a través de distintos métodos. Se muestran los diversos modelos asistenciales y programas que actualmente son más utilizados con drogodependientes.*

*Se concluye con la necesidad de la formación en metodologías que garanticen una correcta implementación de los objetivos terapéuticos, haciendo énfasis en la participación del equipo de trabajo en la toma de decisiones y en la evaluación de la efectividad de las intervenciones.*

**Palabras Clave:** *Drogodependencia. Planificación terapéutica. Objetivos. Modelos.*

**Summary:** *This work presents the need of using methods of sanitary planning in the therapeutic planning individualized with drug addicts, as element that guarantee the efficiency maximum in the therapeutic interventions.*

### **CORRESPONDENCIA A:**

Francisco José Jaime Lora  
Centro Provincial de Drogodependencias de Cádiz.  
Avda. de Andalucía, 25. 11007 Cádiz.  
Tel.: (956) 20 06 18. Fax: (956) 20 03 76.

*Previously to accomplish a tour by the theoretical framework, are exposed some ideas of the author, to initial reflections manner on the evaluation, the efficiency and the training of the professionals in planning matter. Starting from bibliography and the own autor's experience, are exposed theoretically, the importance of the straddle from where depart, the concepts on planning and the importance of the definition of the objectives through different methods. They are shown the various therapeutics models and programs that currently they are more used with drug users.*

*It is concluded with the need of the training in methodologies that guarantee a correct implementation of therapeutic objectives, making emphasis on the participation of the work equipment in the decisionmaking and evaluation of efficiency about interventions.*

**Key Words:** Drug dependence. Therapeutic planning. Objectives. Models.

**Résumé:** *On parte a cet travail du besoin d'utilisation des méthodes de la planification sanitaire á la planification thérapeutique individuelle avec les attaches aux drogues, comme élément qui garante le maximun d'efficacit, aux interventions thérapeutiques.*

*Avant faire un parcours pour le cadre théorique, on fait une exposition de quelques ideés de l'auteur comme réflexions initiales sur l'évaluation, l'efficacit, et le formation des professionnels en matiere de planification. Dès la bibliographie et la prope experience de l'auteur, on fait une exposition théorique de l'importance du encadrement des objectifs á travers des divers méthodes. On voie les diverses modèles thérapeutiques et programmes qui aujourd'hui sont le plus utilisés avec les toxicomanes.*

*On termine avec le besoin de formation en mécanismes qui garantissent une correcte mis en fonctionnement des objectifs thérapeutiques en faisant d'importance á la participation du l'equipe de travail á la mis des décisions et á l'évaluation de l'efficacité des interventions.*

**Mots Clé:** Toxicomanie. Planification thérapeutique. Objectifs. Modèles.

## 1. Introducción

Si en España la preocupación asistencial con exigencia científica en el ámbito de las drogodependencias es relativamente reciente, más reciente son las experiencias y esfuerzos de algunos profesionales en incorporar la planificación sanitaria al abordaje asistencial de los problemas derivados del consumo de drogas.

El presente trabajo parte de la idea de que se puede progresar más rápidamente en lo que algunos profesionales de las drogodependencias consideran que es el aspecto menos prometedor de la estrategia de reducción de la demanda: el tratamiento o rehabilitación. Esto es porque cada vez se conoce más sobre lo que constituye una rehabilitación eficaz (Simpson, 1982; Ch'ien, 1994). En materia de drogodependencia, logramos que

ocurran los cambios deseados en la medida que somos capaces de poderlos planificar y en la medida que nosotros mismos creamos que los drogodependientes pueden cambiar.

Propongo mostrar la necesidad de utilizar los métodos de la planificación sanitaria en la propia planificación terapéutica individualizada, como elemento que garantice el máximo de eficacia en nuestras actuaciones. También parto de la idea de que el profesional de las drogodependencias es la herramienta esencial en este proceso de planificación de cambios (Selvini, 1988), el cual juega un papel vital en la medida que aporta todas sus tácticas, sus modelos, su formación y su propia personalidad en ayudar a las personas a conseguir y mantener cambios estables en aquellas conductas que se quieren corregir (Marlat, 1985). Así pues, hago un recorrido por el marco teórico referencial que implica el conocimiento de los diversos encuadres de estudio de los fenómenos, los propios conceptos de la planificación, los diversos modelos de enfoque de objetivos y de los programas asistenciales predominantes en la actualidad en el campo de las drogodependencias.

En definitiva, abogo por la necesidad de no sólo tener en cuenta la personalidad del terapeuta, su formación científica en los modelos de tratamiento o el grupo socio-profesional de pertenencia, como elementos mediatizadores del quehacer terapéutico, sino también en la necesidad de que la aplicación de estos modelos o técnicas se realicen de la forma más efectiva, más conveniente y más coherente, aplicando una metodología que permita programar nuestra intervención.

## 2. Reflexiones iniciales

Los resultados que se obtienen del tratamiento de las drogodependencias

dependen esencialmente de tres factores en continua interacción: los factores propios del tratamiento -y aquí incluiríamos el tipo de tratamiento y el modo de ser administrado el mismo-, la psicología del drogodependiente y los factores sociales del entorno. La complejidad de estos elementos hacen que no se pueda hablar de análisis simples y fáciles. La dificultad en la categorización, no obstante, no puede ser óbice para incrementar el esfuerzo en el análisis de los factores que inciden en que se produzcan los cambios en nuestros usuarios. El fenómeno de la dependencia es un trastorno crónico, complejo y grave, pero bastante menos irremisible de lo que se venía pensando hace unos años. (Stimson, 1978; Simpson, 1982; Rousanville, 1987; Carrón, 1994).

El hecho anterior implica el no saber muchas veces realmente qué factores están en juego, máxime cuando la actividad asistencial casi se desarrolla mecánicamente por los profesionales de los centros y apenas si hay tiempo de analizar qué tipo de tratamiento estamos poniendo en marcha, en qué entorno o simplemente para qué tipo de pacientes.

Pero lo que sí sabemos es que los tratamientos funcionan, son válidos y efectivos. Numerosos autores extranjeros demuestran la efectividad de los tratamientos con sofisticados métodos epidemiológicos (Carrón, 1994), aunque en España aún no exista una sólida cultura evaluadora, los datos son suficientes para acabar con el pesimismo reinante en determinados profesionales de las drogodependencias que tienden a asumir la supuesta relatividad de la atención a personas que padecen las dificultades derivadas del consumo de drogas y sólo lo conciben como algo que hay que hacer porque "es humanitario". Pero desde esta postura nihilista-pesimista caminamos al polo contrario o postura

omnipotente, donde encontramos a aquellos que piensan que sólo funcionan aquellos tratamientos que ellos administran. Ambas posturas simplifican el debate y desprecian la racionalidad que nos brinda la planificación terapéutica individualizada.

El hecho de la complejidad del problema y la necesidad del enfoque interdisciplinario, no pueden ser las excusas en la que frecuentemente nos amparamos para conectar la realidad de quienes nos demandan atención con el rigor profesional exigible de los que supuestamente debemos conducir los cambios solicitados.

Si hoy aceptamos que no puede aplazarse la evaluación de los programas y de los modelos que implantamos, tampoco puede aplazarse una verdadera formación de los profesionales, que desde una visión globalizadora permita hacer una continua revisión sobre el diseño de los objetivos que nos marcamos con nuestros usuarios y sobre cómo los implantamos sobre ellos; es decir, una verdadera planificación de la actividad asistencial. Esto es especialmente importante en drogodependencias, ya que los procesos de cambio en este área no son nunca lineales, sino dinámicos y en espiral (Prochaska, 1992).

No podemos olvidar que el diseño de un plan terapéutico individual, es decir intentar una cosa u otra, de una forma u otra, para ayudarles a cambiar, conducen a la larga a situaciones y soluciones muy diferentes.

### **3. Marco teórico referencial**

#### **3.1. Los encuadres de estudio de los fenómenos**

Los fenómenos relacionados con las drogodependencias son siempre muy complejos y difícilmente podemos estu-

diarlos en su totalidad, por lo que solemos limitarlos o circunscribirlos de forma consciente y racional o de forma intuitiva e inconsciente. El hecho de aceptar que todo tiene relación con todo en el campo de las drogodependencias nos lleva a infinitas relaciones que dudosamente podríamos captar unitariamente.

Cuando al estudiar un fenómeno (en este caso la conducta adictiva) lo enfocamos en función de unas variables y de unas relaciones entre las mismas, estamos hablando de utilizar un encuadre u otro. El encuadre de estudio no es sólo un modelo de pensamiento, sino que refleja la ubicación filosófica del profesional y el modo de contacto con el campo de trabajo: la drogodependencia y el drogodependiente. De esta forma queda en primer lugar o en primer plano determinadas categorizaciones sobre el fenómeno.

A tenor de lo expuesto, se valora como importante conocer desde qué óptica hacemos lo que hacemos, es decir, desde qué encuadre funcionamos. Los encuadres para el estudio de la conducta son múltiples y nunca se utilizan de forma pura; no obstante merece la pena hacer una alto y reflexionar. Bleger (Bleger, 1979) enumera los más importantes, distinguiendo los siguientes:

*Encuadre histórico:* De forma bastante general se entiende la descripción, relato, recuerdo o reconstrucción, realizado en la seriación cronológica de acontecimientos, conductas y circunstancias. Se indaga la relación entre las distintas conductas que se han ido sucediendo en el curso del tiempo, para llegar al establecimiento de nexos causales significativos entre los distintos acontecimientos de la vida de una persona.

*Encuadre genético:* Se refiere al estudio de los fenómenos en función de su origen e

implica el supuesto de que todo objeto tiene su origen último o primero, que es posible situarlo o detectarlo, y antes del cual no existía en absoluto. Es un encuadre histórico, pero que tiende al estudio del origen relativo del problema y su desarrollo en el tiempo.

*Encuadre evolutivo:* Sostiene que los fenómenos complejos se han desarrollado a partir de fenómenos simples, pasando progresivamente por distintos niveles. Cada nivel superior implica más complejidad, más organización y más diferenciación, y además presenta nuevas cualidades que no estaban presentes en el nivel inferior.

*Encuadre situacional:* Define el campo de trabajo como un corte transversal e hipotético de una situación dada, por lo que un fenómeno es la resultante del campo presente con la totalidad de factores coexistentes y mutuamente dependientes en un momento dado; así pues, las causas del mismo están presentes en ese momento.

*Continuidad genética:* No se trata de un encuadre nuevo, sino de la integración o sistematización de los anteriores e implica la observación, registro y análisis minucioso del fenómeno, del contexto o totalidad del medio y de la propia continuidad genética, que nos impone no aceptar ningún hecho o conducta como *sui generis*, sino considerarlo como partes de una serie evolutiva.

*Encuadre dinámico:* Este encuadre implica varios niveles: a) estudio de la conducta como proceso en movimiento; b) reducción de todo fenómeno a las fuerzas que lo originan y condicionan; y c) estudio de los fenómenos centrado en las motivaciones de la conducta.

*Encuadre dramático:* Significa realizar el estudio de la conducta en términos de experiencia, de acontecer o suceso humano; es decir, dentro del mismo nivel de inte-

gración en el que realmente ocurre. Este encuadre mantiene la descripción y el estudio de la conducta en el nivel psicológico.

### 3.2. De la planificación sanitaria a la planificación terapéutica

La tarea esencial del clínico cuando se dispone a atender una demanda de drogodependencia al igual que en otras áreas, es una labor de corrección, con un esquema instrumental y en una situación determinada (Kesselman, 1972). Esta corrección implica una labor de guía hacia el/los individuo/s atendido/s para que aprendan a lo largo del proceso nuevas formas de enfrentar los conflictos que le han llevado a una situación dada y que limitan sus capacidades. No entenderíamos esta función sin una formación en una disciplina que garantice un adecuado proceso corrector: la planificación de la intervención.

La planificación se ha venido utilizando desde la salud pública como una tentativa organizada, consciente y racional, para seleccionar entre varias soluciones la mejor y la más conveniente para alcanzar objetivos específicamente determinados en el ámbito de los programas (San Martín, 1984); pero cuando llegamos al nivel clínico, este método para elegir, organizar y evaluar la conducta para satisfacer las necesidades y demandas de los usuarios no ha tenido igual desarrollo. Nuestro objetivo en este momento es trasladar los conocimientos de la planificación desde el ámbito comunitario al ámbito individual.

Una definición del concepto de planificación con una absoluta aplicabilidad al campo clínico-terapéutico podría ser aquella que nos habla de "proceso de pensar, analizar y sintetizar inteligente y anticipadamente las acciones futuras en términos de qué hacer, cómo hacerlo y cómo se está logrando lo

que se ha intentado hacer" (Allende de Rivera, 1987).

El plan terapéutico individualizado en drogodependencias es, pues, fundamental en la medida que nos permite hacer un registro mental de todos los aspectos a tener en consideración, mediante un proceso continuo integrado por fases o etapas interrelacionadas.

A nivel clínico, la planificación tiene tres propósitos esenciales:

- a) identificar (diagnóstico) y definir los cambios o mejoras deseadas tanto por el demandante, su familia, como por el demandado;
- b) obtención de los logros así especificados;
- c) medición del grado de adecuación de los logros especificados (evolución y seguimiento).

Hablaremos por lo tanto de planificación terapéutica individual, cuando el método utilizado contenga, al menos, las siguientes etapas:

- a) Acogida-análisis de la demanda-diagnóstico, donde se trata de identificar qué tipo de demanda se nos realiza, los problemas de salud a nivel físico, psíquico y social expresados y aquellos que lleguemos a objetivar. Es una etapa dedicada a conocer objetivamente la realidad de los problemas para los cuales se nos pide ayuda (Jaime, 1995).
- b) Análisis de los recursos personales disponibles, tanto por parte del paciente identificado como por el grupo familiar, para solucionar o modificar la situación identificada como problema.
- c) Elección del objetivo u objetivos más adecuados y eficaces para conseguir los cambios en los problemas, previamente consensuados, y para satisfacer las necesidades expresadas por el o los demandantes. Dichos objetivos deberán

plantearse según unos criterios de prioridad previamente determinados.

- d) Una vez determinados los objetivos específicos, se propondrá una programación de actividades según el modelo de trabajo y la formación tanto del profesional como del equipo y unos plazos para el logro de objetivos.
- e) La evaluación de los resultados que se van obteniendo en relación a los objetivos formulados.
- f) La retroalimentación, concebida como el proceso de corrección permanente de los objetivos y actividades, en relación al desarrollo del plan terapéutico y a los cambios que se vayan produciendo en los problemas y necesidades de los pacientes.

### **3.3. Una tarea orientada hacia los objetivos**

El hecho de ser la tarea principal la implantación de los cursos de acción seleccionados para alcanzar los objetivos, nos obliga a pararnos en ellos.

Un buen plan de trabajo indica cuáles son las herramientas necesarias, cuándo y dónde utilizarlas; pero además de todo esto, hace que el proyecto de recuperación integral del drogodependiente sea menos vulnerable a cualquier tipo de crisis. Para poder ayudar a los usuarios de nuestros servicios a construir su nuevo proyecto de vida, también necesitamos un "buen plano" donde quede reflejado el trabajo a desarrollar.

No hacemos una buena planificación del proceso terapéutico simplemente porque conozcamos diversas técnicas e instrumentos. Es necesario estructurar el trabajo con todo aquello que podría ayudar a construir "la casa de la recuperación" (Ch'ien y Zackon, 1994). Cuando tenemos definido los objetivos específicos orientados hacia la meta propuesta, y hemos determinado los

recursos que vamos intentar utilizar y cómo lo vamos a hacer, tenemos un plan terapéutico individual.

La rehabilitación es un camino plagado de conceptualizaciones muy variadas, imbuido de miles de teorías y cientos de técnicas de posible aplicación. Como en las organizaciones, también desde el programa terapéutico buscamos la máxima efectividad, y es por lo que debemos invertir todas nuestras energías en este propósito. Cuando un plan terapéutico tiene los objetivos apropiados hemos dado muchos pasos en el camino, pero no olvidaremos identificar los recursos personales del usuario, así como, medir y ajustar los progresos que se van consiguiendo a lo largo del camino.

### 3.3.1. Los objetivos SMART (Ch'ien y Zackon, 1994)

Los objetivos de la programación no son unas buenas intenciones por nuestra parte, ni anuncios publicitarios. Cuando enunciamos el objetivo de "Enseñar a nuestros usuarios a vivir sin drogas" estamos enunciando una circunstancia de una gran ambigüedad, nada precisa y de difícil manejo. Una de las mejores maneras de conocer cómo formular los objetivos es el llamado método SMART, compuesto por las iniciales de las características que deben cumplir y que pretende ayudarnos a clarificar y focalizar nuestra visión en la dirección correcta:

*ESpecíficos:* Los objetivos deben de ser claros y precisos. "Enseñar a nuestros usuarios a vivir sin drogas" es muy importante, pero es vago. "Enseñarles a ser productivos" puede llegar a tener significado en el proceso de recuperación, pero no es claro. Productivo ¿en qué sentido?, ¿bajo qué condiciones?, ¿durante cuánto tiempo?, etc. Cuando enunciamos nuestros objeti-

vos debemos poner el máximo empeño en ser lo más específico posible en cuanto a qué tipo de trabajo es el que queremos hacer en relación a los focos de necesidades más prioritarios, valorando las circunstancias, actitudes, conductas y recursos que pueden ayudarnos al cambio.

*Medibles:* Una buena formulación de nuestros objetivos debe de ayudarnos a responder a la pregunta de ¿en qué grado o cuánto hemos conseguido lo que pretendíamos? La medibilidad es un aspecto de los objetivos que nos habla del acercamiento o alejamiento de la línea base de un suceso definido, y por lo tanto nos habla del grado de progresión de nuestro trabajo. Hacemos un objetivo del plan terapéutico individual medible cuando lo planteamos en términos tales como "Aumentar en un 50% el número de días sin consumo durante los dos siguientes meses". El hecho de utilizar escalas con validez demostrada, nos permite ante determinados objetivos propuestos conocer el grado de progreso y hacer el objetivo más verdaderamente medible.

*Alcanzables:* Si un líder político dijera que quiere "una sociedad sin drogas", reformulando la propuesta "reducir la prevalencia de uso de drogas ilegales a cero en el país y mantenerla a cero indefinidamente" estaría hablando de un objetivo específico y medible pero difícilmente aceptable y alcanzable. Los programas terapéuticos también ponen en marcha objetivos inalcanzables: lo más frecuente es plantearles a todo el mundo por igual la necesidad de la abstinencia total. Esta es la meta total o última que requiere de una graduación de esfuerzos y una variedad de recursos, que deberán ser materializados por un importante número de objetivos intermedios orientados hacia la meta final. No podemos olvidar que tanto los drogodependientes como sus familiares pueden tener una

variedad de necesidades urgentes que atender, cuidados de salud, hogar, comida, etc., las cuales desde los programas de tratamiento de drogodependientes deben ser estudiadas y valoradas.

*Relevantes:* Los objetivos que engloban un plan terapéutico deben de estar secuenciados guardando una coherencia en relación al momento o circunstancias de que se trate. "Ayudar a un grupo de pacientes no activos en el consumo a incorporarse a un taller ocupacional sobre ordenadores", podría ser un objetivo apropiado, si no fuera porque éstos deben volver a una sistema de vida de economía agraria donde no hay ordenadores.

*Time-bound (Acotados en el tiempo):* Que un objetivo sea aceptable o relevante depende enormemente de cuánto tiempo tardemos en conseguirlo. Parece como si la tendencia natural cuando trabajamos a nivel clínico es a no acotar el tiempo, y en general a demorar actividades de forma continua. Por ejemplo, si estoy decidido a llevar a la práctica un taller de salud en aspectos relacionados con el sida para todos los usuarios que pasen por el servicio, se refuerza mucho más si digo que empezaré tal día de tal mes. Darle coordenadas temporales a los objetivos ayuda en la medida que pone en marcha nuestras expectativas así como las del resto del equipo de trabajo. Si no conseguimos poner en marcha los objetivos en el tiempo marcado, puede ser un síntoma de posibles problemas, por lo tanto debemos analizar qué ha ocurrido y reformular los objetivos si fuera preciso.

### **3.3.2. La gestión por objetivos: La filosofía MBO (Management by Objectives)**

Aunque la psicología de las organizaciones es una disciplina diferente a todo

lo que tiene que ver con la programación de la rehabilitación de drogodependientes, ambas poseen importantes áreas en común. No podemos dejar a un lado las teorías de las organizaciones, cuyos conocimientos pueden ofrecernos unas experiencias que pueden ser implementadas con éxito en los programas de rehabilitación de drogodependientes.

La filosofía MBO (Ch'ien y Zackon, 1994) no es sistema formal, pero es un conjunto de ideas que aportan un excelente antídoto para la "plaga de la ineficacia" de los profesionales que desarrollan su trabajo dentro de una organización humana. Entre los principios esenciales de una programación efectiva destacamos:

*Tener un programa claro (misión):* La misión es el propósito esencial de la organización. Es necesario tener establecido de forma clara cual es la meta final de nuestra actuación, ya que no es lo mismo decir que nuestra meta es "Ofrecer un rehabilitación integral a los drogodependientes y sus familias" que "Nuestro programa existe para ayudar a los drogodependientes de sexo masculino, que viven en nuestra provincia y que son mayores de 18 años, a volver a su ámbito normalizado sin consumo de drogas y preparados para seguir el proceso de rehabilitación con los recursos propios de la comunidad".

*Conseguir apoyos desde arriba y desde abajo:* Obviamente si la misión es ignorada, ésta carece de valor; así pues será necesario considerar cómo envolver en nuestro programa tanto a nuestros compañeros de equipo como a los responsables de la organización y de la implantación de los programas. La llave para conseguir los apoyos está en la negociación y en las consultas con los demás para al final llegar a una buena toma de decisiones. El poner en marcha decisiones consensuadas y no

coercitivas implica, además, hacer un análisis de la propia filosofía del equipo así como de la propia política en drogodependencias que se pretende llevar a cabo.

*Priorizar los objetivos específicos:* La misión establecida sirve a unos objetivos finales, de los cuales se derivan unos objetivos específicos que a simple vista todos aparecen como muy importantes. Una vez enumeradas las necesidades desde donde partimos: cumplimentar datos del paciente (atender las demandas de los pacientes, coordinación con el equipo...), todas son igualmente importantes, pero no podemos dedicarle igual tiempo ni son igual de urgentes, por lo tanto demos ordenarlas en un plan integrado encaminado a conseguir la meta propuesta.

*Reconocer y permitir a otros el perseguir objetivos de forma creativa:* Un terapeuta que no es capaz de hacerse revisar las decisiones que toma acerca de los usuarios, que no cree o pone resistencia a ser supervisado, difícilmente puede llegar a ser efectivo.

Desafortunadamente, muchos responsables de programas no brillan por trasladar el control de los programas a los equipos de profesionales. De otro lado, los equipos de profesionales en drogodependencias se dejan llevar por la inercia y muestran escasa creatividad a la hora de hacerle frente a su trabajo. Estas dos circunstancias perpetúan un círculo vicioso de sobredependencia de unos hacia otros que es necesario romper, introduciendo procesos de consultas abiertas para la definición de los programas.

*Establecer soportes adecuados para conseguir las metas:* Como comentábamos en el punto anterior, necesitamos de un sólido programa de intervención terapéutico que haya sido construido desde el consenso,

y para ello es necesario tener los soportes adecuados que nos permitan llevarlo a buen término.

El terapeuta que quiere poner en marcha una técnica terapéutica novedosa en drogodependencias genera en sus compañeros de equipo una situación de duda, duda que puede ser aún más grande si no se conoce la validez y las posibilidades de la misma. Más dudoso es aún hacerlo sin ser explicada y comprendida por el equipo. El llevar a cabo esto, implica dar unos pasos sistemáticos en orden a conseguir el máximo de apoyo, donde resulta fundamental eliminar las resistencias lógicas de cualquier grupo humano hacia los procesos de cambio.

*Tener un sólido desarrollo de un sistema de información de datos:* El sistema de información es la forma de recopilar regularmente datos de los usuarios por los cuales vamos a evaluar de forma continua nuestro trabajo, permitiendo medir el impacto que está teniendo nuestra intervención y en qué medida estamos consiguiendo nuestros objetivos. Este sistema no sólo nos permite valorar la efectividad del trabajo, sino que ayuda a tomar decisiones de una forma más racional así como poder transmitir nuestras evidencias de forma organizada al resto de los profesionales.

En términos generales, los diversos estudios de seguimiento sobre efectividad de la intervención terapéutica en drogodependencias (Carrón, 1994), nos hablan de la medición de la combinación de una serie de dimensiones en distintos períodos del tratamiento: uso de drogas y alcohol (cuáles, cantidad, frecuencia, circunstancias del consumo, etc.), actividades ilícitas (existencia de delitos, ingresos en prisión, etc.) y productividad social (incorporación a cursos de formación, estudios, trabajos, etc.). Estas tres dimensiones serían las

esenciales, aunque no podemos dejar a un lado otras como el grado de conflictividad familiar. Una cuestión fundamental relacionada con este tema es la referente a la delimitación del concepto de éxito terapéutico. Según afirma Newman (Newman, 1987), los profesionales nos hemos acostumbrado de tal manera a los criterios que tanto legisladores y políticos, como la propia opinión pública, e incluso del adicto, hemos aplicado en nuestros programas terapéuticos, que lo hemos adoptado, ayudando así a propagar y perpetuar demandas de resultados que son poco realistas y poco razonables. Por consiguiente, al evaluar las intervenciones terapéuticas habrá que hacerlo comparando sus resultados con los objetivos que previamente nos habíamos fijado.

Existen diversos instrumentos diagnósticos a modo de cuestionarios para la recogida de la información, tanto para los consumidores de opiáceos como para los alcohólicos. El problema que presentan casi todos ellos es que aún no han sido experimentados en nuestro país a nivel diagnóstico (Casas, 1994), pero considero interesante el enumerar algunos de ellos por lo que representa de organización de la recogida de información. El *Addiction Severity Index* (ASI) es uno de los más ampliamente utilizados en EE UU (McLellan, 1980) para evaluar problemas relacionados con el consumo de alcohol y otras drogas, dando lugar a un perfil de gravedad del problema en torno a diversas áreas. El *Severity of Alcohol Dependence Questionnaire* (SADQ) nos indica de forma cualitativa el grado de dependencia, además de permitirnos evaluar las etapas evolutivas del desarrollo de la dependencia (Stockwell, 1983). Por último, hacer referencia al *Chemical Use, Abuse, and Dependence Scale* (CUAD) que deriva tanto de los índices de gravedad de las sustancias químicas como de los diag-

nósticos de trastorno por uso de drogas del DSM-III-R (McGovern, 1992).

### **3.3.3. Un modelo de organización de la información desde la Programación Neurolingüística: El Modelo PACER (Retivoff, 1994)**

Existen muchos modelos diseñados para ordenar toda la información que se produce en el encuadre clínico-terapéutico para facilitar que se produzcan los cambios oportunos en una persona. Como ya sabemos, el consumidor de drogas no llega a un servicio y realiza una demanda clara y congruente acerca de sus problemas, sino que se presenta como un verdadero rompecabezas mental, al cual hay que ayudar a organizar y detectar incongruencias en sus demandas. Este modelo nos permite organizar unas metas gigantescas "Abstinencia total de drogas" y frecuentemente presentadas con total incongruencia, en objetivos pequeños, precisos y encajados a la meta.

Este tipo de modelo nos facilita tanto a los terapeutas como a los usuarios el tener un *feedback* continuo e igualmente preciso de los logros, da seguridad en la medida que se va viendo cómo se consigue lo que se pretende, cómo se van superando las limitaciones y se va creyendo cada vez más en los recursos y capacidades personales.

El esquema general del modelo PACER implica las siguientes características:

*El objetivo tiene siempre que formularse en positivo.* Un motivo es que cuando se formulan en términos positivos, lo que empieza a ponerse en marcha son nuestros recursos, y éstos se dirigen a la consecución de los objetivos. Si la persona dice y manifiesta lo que no quiere "consumir", siempre se mantiene en "estado problema"; sin em-

bargo, si le pedimos que lo formule de forma positiva, lo que el mismo paciente empieza a conseguir es su "estado deseado".

*Es muy importante dar a la persona el feedback de lo que va a lograr.* Esto ejerce una influencia sobre la seguridad, ya que una vez que logra su objetivo puede ver que eso ha funcionado, y cuando sabe que puede conseguir algo lo que venga después le será más fácil de lograr. El objetivo acabado permite que terapeuta y paciente tengan señales precisas de la consecución del objetivo formulado y proporciona un *feedback* externo para que perciba las reacciones de los demás una vez conseguido el logro.

*Es necesario señalar que es de la persona de quien depende la consecución y el mantenimiento del objetivo.* Es decir, ésta es la que tiene el control. Es un trabajo de investigación de aquellos factores mantenedores de la conducta adictiva el que hay que realizar con el paciente, de forma que éste encuentre algo importante que le permita iniciar y mantener ese objetivo propuesto.

*Debemos recordar aquí la función que tiene el síntoma dentro del su sistema de relaciones, y que cualquier cambio focalizado en la persona portadora del síntoma tendrá influencias en su ambiente más cercano.* La ecología de la persona nos advierte si el cambio va ser funcionalmente adaptativo para ésta o si no lo va ser. La verificación de la ecología se realiza estando atento a la congruencia de las respuestas a preguntas tales como ¿Qué sucederá una vez consigas ese objetivo?, ¿cómo será para las personas cercanas a tí?, a la forma de responderlas, a los gestos, etc. Otra pregunta que suele funcionar para que afloren las limitaciones o creencias limitantes es preguntar qué le impide conseguir ese objetivo.

*Por último hay que estudiar los recursos que tiene la persona que le son útiles para conseguir sus objetivos y qué necesita para lograrlo.* Algo a tener en cuenta es que para que el cambio se produzca, la persona tiene que "poder hacerlo", y son sus creencias, valores o criterios los que permiten o impiden que se consiga.

Para subir al Everest (mantenerse abstinente) se necesita plantear pequeños objetivos claros; preparar físicamente el cuerpo, conseguir la guía de un experto, conocer las diversas técnicas de escalada, obtener el apoyo de un grupo que sustente la expedición, tener los instrumentos de escalada adecuados, etc.; y en un período de tiempo estimado se podrá conseguir el objetivo final.

### 3.4. Modelos y programas asistenciales

Las diversas bases teóricas subyacentes en los profesionales de las drogodependencias han propiciado diversos constructos teóricos que han desembocado en otros tantos modelos terapéuticos. Lo que si pretenden todos estos modelos es estar caracterizados por tres circunstancias: globalizadores, interdisciplinarios y coordinados.

Entre los diversos modelos coexistentes y complementarios (Rodríguez, 1988), destacamos los siguientes:

*Modelo psicosocial:* Parte de la concepción de que la dialéctica individuo-sociedad constituye el eje definitorio de la problemática social real en que tienen lugar los procesos de consumo y recuperación y donde los procesos de integración social forman el objetivo primordial de todo proceso recuperador. Las palabras clave de este modelo serían: individuo-sustancia-contexto social, normalización y estilo de vida.

*Modelo psicodinámico:* Surge desde la psicología dinámica como un instrumento al servicio de la reconstrucción y maduración yoica del drogodependiente. Está centrado en la relación terapéutica individual. Las palabras claves de este modelo serían: individuo, relación terapéutica, síntoma y personalidad.

*Modelo relacional:* Desde la visión sistémica-relacional, se explica la drogodependencia como un desajuste funcional del subsistema familiar vinculado al sistema social. La intervención está centrada en las características del sistema familiar, sus redes internas, etc. Las palabras claves serían: demanda, sistema familiar, homeostasis y procesos de crecimiento.

En relación a los diversos programas que se vienen llevando a cabo desde los centros ambulatorios, y coincidiendo con las distintas fases de la planificación terapéutica, describiremos muy sucintamente los objetivos que se pretenden cubrir en cada uno de ellos:

a) Programas libres de drogas.

a.1. *Programas de acogida, preparación al tratamiento y diagnóstico:*

- Análisis de la demanda y sus características, motivación y expectativas (Jaime, 1996).
- Exploración diagnóstica general y establecimiento de un clima de confianza.
- Información sobre los recursos disponibles y el proceso a seguir.
- Motivar y preparar para iniciar un tratamiento.

a.2. *Programas de desintoxicación:*

- Restablecimiento del equilibrio biológico perdido y manifestado por el síndrome de abstinencia. El proceso y los métodos de la desintoxicación variarán según se realice de forma ambulatoria u hospitalaria.

- Abordaje general de la sintomatología derivada de la privación del tóxico con apoyo farmacológico adecuado.
- Revisión general del estado físico y exploraciones complementarias.

a.3. *Programas de deshabitación:*

- Conseguir el mantenimiento de la abstinencia.
- Reordenación general de la situación a nivel personal, familiar y social.
- Reforzar las capacidades individuales y familiares para que aumenten sus recursos y potencialidades.

Existen diversas posibilidades para la consecución de estos objetivos, según la valoración de cada caso:

- a) Programa psicoterapéutico ambulatorio;
- b) Programa psicoterapéutico en régimen intermedio o en centro de día;
- c) Programa psicoterapéutico en régimen cerrado o en comunidad terapéutica.

a.4. *Programas de reinserción y seguimiento:*

- Apoyo en orden a conseguir el mayor grado posible de inserción en los quehaceres cotidianos a nivel ocupacional, educativo, relacional, etc.

Los diversos programas que se pueden llevar a cabo en coordinación con la red sociocomunitaria hacen que las posibilidades sean múltiples y sus objetivos, jeraquizados a la meta descrita, muy variados en función de la creatividad y de los recursos disponibles.

b) Programas de disminución del daño asociado al consumo:

- Atención a los consumidores de drogas, que por las circunstancias que fuesen, no quieren o no están en disposición de abandonar el consumo.

- Aumentar la salud y la calidad de vida de los consumidores.
- Permitir la supervivencia de los consumidores y mitigar los niveles de marginalización.
- Posibilitar medidas terapéuticas más ambiciosas, en la medida que se establecen relaciones estables con los equipos de tratamiento.

Entre las medidas más frecuentemente utilizadas destacamos los programas de mantenimiento con sustitutivos opiáceos, el intercambio de jeringuillas, la distribución gratuita de preservativos y la creación de centros de contacto e impulso social (Nieva, 1995).

#### 4. Conclusiones

- 1) Todos los autores recientes y nuestra propia experiencia clínica señalan la necesidad de no sólo tener formación suficiente en los modelos de intervención en drogodependencias y conocimientos objetivos, fiables y veraces sobre el fenómeno en sí, sino en tener la necesaria formación en la aplicación de los conocimientos mediante una correcta implementación de los mismos.
- 2) La planificación de las intervenciones asistenciales se revela como fundamental a la hora de efectuar una correcta intervención terapéutica y evitar intervenciones estandarizadas, que al no incluir esta capacidad planificadora los convierte en más vulnerables a la crisis y al fracaso.
- 3) Dar énfasis a la participación del equipo de trabajo en las decisiones que puedan afectar a un plan terapéutico individualizado, por cuanto las decisiones grupales suponen el entorno natural de análisis de los objetivos propuestos, estimulan la implantación de procesos retroalimentación y

suponen el mejor soporte de nuestras decisiones. Compartir los conocimientos desde diversas perspectivas y buscar el consenso tanto del equipo como de los propios usuarios en los objetivos resulta esencial.

4) La retórica actual del trabajo asistencial con drogodependientes, basado en la planificación de actividades de índole biopsicosocial es correcta, pero teoría y práctica son a veces imprecisas en cuanto al cómo se establecen los objetivos individualizados.

5) La evaluación de la efectividad de nuestras intervenciones con drogodependientes es posible si las intenciones de los responsables administrativos y los objetivos de los profesionales están definidos claramente, utilizando un marco conceptual como el aquí descrito.

6) Concluimos el tema con las palabras de Salvador Minuchin enunciadas en el prólogo del libro *The Family Therapy of drug Abuse and Addiction* (Stanton, 1982): "Son prerrequisitos esenciales para trabajar con drogodependientes un obstinado rechazo a aceptar la derrota, una libertad para hacer valer nuestra autoridad y liderazgo, una flexibilidad para dar un giro a la crisis y una capacidad de rabia y compasión. Sin estos ingredientes personales, la terapia con desviantes sociales está destinada a fallar". A estas palabras podríamos añadir, sin temor a equivocarnos, "y habilidad para trabajar con unos objetivos según las necesidades de cada persona, según sus circunstancias y sus propias capacidades".

#### Bibliografía

Allende de Rivera, C. (1987). *Planificación y desarrollo de sistemas, programas y servicios de salud: principios y estrategias*.

- San Juan. Escuela Graduada de Salud Pública, Universidad de Puerto Rico.
- Bleger, J.** (1979). *Psicología de la Conducta*. Buenos Aires. Paidós.
- Carrón, J. et al.** (1994). *La evaluación de programas en drogodependencias. Vol II*. Toledo. Grupo Interdisciplinar sobre Drogas GID; Plan Nacional sobre Drogas.
- Casas, M.; Gutiérrez, M.; San, L.** (1994). *Psicopatología y alcoholismo*. Barcelona. Ediciones en Neurociencias-Citran.
- Ch'ien, J.; Zackon, F.** (1994). *Addiction rehabilitation. Principles of effective programming for developing nations*. Geneve. International Labour Organization.
- Jaime, F.J.** (1995). Sobre la demanda y el análisis de la demanda en drogodependencias. *Adicciones*, 7, 4.
- Kesselman, H.** (1977). *Psicoterapia breve*. Madrid. Fundamentos.
- Marlat, G.A.; Gordon, J.R.** (1985). *Relapse prevention: maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York. Guilford Press.
- McGovern et al.** (1992). The Chemical Use, Abuse and Dependence Scale. Rationale, reliability and validity. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 9, 27-38.
- McLellan, A.T. et al.** (1980). An improved diagnostic instrument for substances abuse patients: The Addiction Severity Index. *Journal of Nervious Mental Disorders*, 168, 26-33.
- Nieva, P. et al.** (1995). *Centros de encuentro y acogida*. Barcelona. Grup Igia; Plan Nacional sobre Drogas.
- Newman, R.G.** (1987). Frustrations among professionals working in drug treatment programs. *British Journal of Addictions*, 82, 115-117.
- Prochaska, J. O.; DiClemente, C.C.; Norcross, J.C.** (1982). In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47, 1102-1114.
- Retivoff, T.; Toro-Lira, E.** (1994). *Cambiar adentro, cambiar afuera. La esencia de la programación neurolingüística*. Madrid. Mandala Ediciones, S.A.
- Rodríguez G.** (1988). La integración social de drogodependientes. Madrid. Plan Nacional sobre Drogas.
- Rounsaville, B.J.; Kosten, T.R.; Kleber, H.D.** (1987). The antecedents and benefits of achieving abstinence in opioid addicts: a 2'5 year follow-update study. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 13 (3), 213-129.
- San Martín, H.; Pastor, V.** (1984). *Salud comunitaria. Teoría y Práctica*. Madrid. Díaz de Santos, S.A.
- Selvini, M. et al.** (1988). *Al frente de la organización. Estrategias y tácticas*. Buenos Aires. Paidós.
- Simpson, D.; Sell, S.** (1982). Effectiveness of treatment for druf abuse: an overview of DARP research program. *Alcohol and Sustances Abuse*, 2, 7-29.
- Stanton, M.; Tood, T.C.** (1982). *The family therapy of drug abuse and addiction*. Nueva York. Guilford Press.
- Stimson, G.; Oppenheimer, E.; Thorley, A.** (1978). Seven year follow-up of heroin addicts. Drug use and outcome. *British Medical Journal*, 1, 1190-1192.
- Stockwell, T. et al.** (1983). The severity of alcohol dependence questionnaire: its use, reliability and validity. *British Journal of Addiction*, 7, 145-55.