

## COMENTARIO

## SOBRE EL ARTÍCULO: FACILITANDO EL CAMBIO EN PERSONAS CON TRASTORNO POR USO DE SUSTANCIAS

Virginia Corina Samaniego\*

El artículo realiza una considerable revisión de aspectos relativos a los trastornos por consumo de sustancias. Entre esos aspectos se refiere al cambio como posible, independientemente de si se acude a un tratamiento clínico asistido por un profesional o si se encara de manera autónoma. Indica un concepto importante en el campo de las adicciones en el sentido de señalar que el cambio es un proceso y no un evento, lo cual implica que es algo que debe ser sostenido en el tiempo con esfuerzo y manteniendo en muchos casos la conciencia sobre ese esfuerzo. Se reseñan investigaciones que han podido establecer, en parte, cuáles son algunos de los factores que permiten que el cambio encarado se mantenga y se remarca que en esto tiene especial importancia el compromiso con la abstinencia, el grado de autoeficacia presente en la persona, las estrategias de afrontamiento que puede desarrollar y el apoyo social con el que cuenta. Este tipo de desórdenes ha sido considerado como pudiendo ser limitado en el tiempo y encontrar la finalización o, desde otras perspectivas, como un padecimiento crónico susceptible de recaída. La autora ha decidido dejar de lado el tema de la dependencia a la nicotina por considerar que es bastante diferente a las otras drogas psicoactivas, sin embargo la diferencia no es tan marcada y muchos de los hallazgos identificados en el artículo respecto a características de los trastornos inducidos por sustancias y del tratamiento corresponden también al tabaquismo (Prochaska, Norcross y DiClemente, 1994). En la actualidad se han elaborado instrumentos de screening que intentan indagar sobre el uso de sustancias incluidas alcohol y tabaco así como desarrollado materiales para incluir en las prácticas de atención primaria a la intervención breve y manuales de autoayuda abarcando todas estas problemáticas (Henry-Edwards, Humeniuk, Ali, Monteiro y Poznyak, 2003; Henry-Edwards, Humeniuk, Ali, Poznyak y Monteiro, 2003; Humeniuk, Henry-Edwards y Ali, 2003).

Resulta pertinente leer el artículo mencionado desde el último documento que ha surgido desde la Organización Mundial de la Salud en conjunto con la Oficina sobre Drogas y Crimen de las Naciones Unidas (WHO-UNODC, 2008).

Una de las primeras cuestiones sobre las cuales el lector debe ser prevenido se refiere a que el panorama presentado en lo que respecta a tratamiento, políticas y propuestas se circunscribe al contexto de los Estados Unidos de Norteamérica, situación que no resulta ser extrapolable a otras regiones. Esto debe ser tenido en cuenta toda vez que la disponibilidad y accesibilidad a los tratamientos y las propuestas de cobertura se enraízan en un determinado sistema de atención de servicios de salud. Así McCrady señala cuáles son las fuentes de financiamiento para los tratamientos en Estados Unidos, los seguros privados o el estado. Sin embargo indica particularmente cómo el nivel y la duración de la atención que un individuo recibe están determinados en gran parte por la forma en que su tratamiento es financiado, remarcando que ese financiamiento es bastante restrictivo. Además algunos planes de seguro privado establecen un límite en el número de episodios que podrán recibir tratamiento o en el número de días de internación o cuidado ambulatorio. La autora señala en sus propuestas la necesidad de introducir cambios al respecto por ser esto incompatible con los hallazgos científicos.

En la Argentina, en cambio, la resolución conjunta del Ministerio de Salud y Acción Social Nro 362/97 y de la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico 154/97 aprobó el programa terapéutico básico para el tratamiento de la drogadicción, previsto en la ley nº 24455 y su decreto reglamentario, que debe ser cumplimentado por todas las obras sociales y asociaciones de obras sociales del sistema nacional del seguro de salud incluidas en la ley nº 23.660 y las empresas o entidades prestadores de servicios de medicina prepaga. En esa resolución se establece que el programa básico a cumplimentar deberá considerar necesaria la existencia de: 1) Tratamiento Ambulatorio, 2) Tratamientos en Centro de Día, 3) Tratamiento

\*Virginia Corina Samaniego  
 Universidad Católica Argentina. Universidad de Buenos Aires.  
 E-Mail: corina.saman@gmail.com  
 REVISTA ARGENTINA DE CLINICA PSICOLOGICA XVII p.p. 117-120  
 © 2008 Fundación AIGLE.

Residencial o en Internación, 4) Centros de Admisión y Diagnóstico, 5) Centros de Desintoxicación, 6) Centro de noche. Se establecen “tiempos mínimos de prestación a fin de garantizar una cobertura mínima a los beneficiarios” pero no tiempos máximos. En efecto, la recomendación de la OMS en el documento mencionado (WHO-UNODC, 2008) señala respecto de la disponibilidad y accesibilidad al tratamiento de las adicciones que el pago en los servicios de rehabilitación y tratamiento pueden constituir barreras de importancia para personas sin ingresos. Así la cobertura por los seguros privados o la inclusión de estas prestaciones en el sistema de servicios públicos es entonces una clave para promover el acceso a aquellos que lo necesitan.

El principio 3 del documento de la OMS mencionado respecto a Tratamiento basado en la Evidencia considera el hecho de que existe una variedad de tratamientos farmacológicos y psicosociales basados en la evidencia que son adecuados a los diferentes momentos en la conducta adictiva y al proceso de tratamiento, y que no existe un solo tratamiento apropiado para todos los pacientes sino que esos tratamientos deben responder a las necesidades clínicas de cada caso. Además se señala allí que en el tratamiento de las enfermedades crónicas y con el fin de prevenir las recaídas, los tratamientos de mayor duración resultan ser las estrategias más efectivas. Este principio apunta, entre otras cuestiones, a lograr que la duración de los tratamientos se efectúe en base a las necesidades individuales y que no se establezcan límites preestablecidos. En Estados Unidos, según refiere McCrady, la intervención breve y la detección precoz en atención primaria no están cubiertas por los seguros de salud; en el mismo sentido los tratamientos de baja intensidad y larga duración continua no son financiados.

En el apartado de revisión de tratamientos efectivos la autora señala que existe en la actualidad evidencia importante que indica que involucrarse en grupos de autoayuda como Alcohólicos Anónimos (AA) y Narcóticos Anónimos (NA) se asocia con resultados positivos. Señala cómo estudios longitudinales recientes han sugerido no solo asociación sino una relación causal entre la participación en AA y resultados exitosos. Sin embargo, el documento de la OMS remarca que los grupos de autoayuda pueden funcionar como *complemento* de un tratamiento más formal y se pueden emplear para acompañar intervenciones psicosociales estandarizadas (WHO-UNODC, 2008). Cabe preguntarse si la modalidad de grupos de autoayuda tan extendida en Estados Unidos y su eficacia asociada no responde a aspectos intrínsecamente culturales de esa sociedad.

El artículo de McCrady indica de manera pertinente cómo el entrenamiento del personal a cargo

de los tratamientos en los Estados Unidos no es compatible con lo que señala la evidencia científica, en el sentido de que hasta hace poco los que estaban al frente de los tratamientos eran adictos recuperados o consejeros que no habían recibido formación científica. Asimismo los programas no cuentan con los perfiles profesionales necesarios para llevar a cabo la actividad, tales como psicólogos, médicos, psiquiatras y trabajadores sociales. Ciertamente el documento de la OMS hace hincapié en la necesidad de encarar tratamientos multidisciplinarios (y es menester agregar interdisciplinarios) para lograr eficacia (WHO-UNODC, 2008). Lo anterior está contemplado por ejemplo en la Argentina en la resolución conjunta del Ministerio de salud y la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico mencionada.

Cuando la autora se pregunta sobre qué es lo que la literatura científica sugiere para alcanzar un sistema de servicios de atención óptimo para el tratamiento de esta patología en primer lugar se refiere a que el conocimiento sobre métodos efectivos para cambiar debería estar ampliamente disponibles para la comunidad. Sostiene esta afirmación en los hallazgos que indican que la mayor parte de las personas que padecen trastornos por abuso de sustancias cambian sin recibir un tratamiento específico sino por sí mismos. Resulta contradictorio entonces que sostenga que las creencias legas acerca de lo que se requiere para cambiar una conducta adictiva no están científicamente basadas y que se necesita trabajar para que la gente incremente su *conocimiento* sobre los elementos de un cambio efectivo. En primer lugar, ha sido el estudio de cómo se produce el cambio en las personas sin la intervención profesional, lo que ha permitido desarrollar uno de los modelos teóricos más efectivos hasta el momento en lo que se refiere al tratamiento de conductas adictivas que la misma autora señala, el modelo transteórico (Prochaska, Norcross & DiClemente, 1994). En segundo lugar, en lo que respecta hoy en día al ámbito de la modificación de conductas aplicada en los ámbitos de la promoción de la salud y la educación para la salud y en base tanto al mismo modelo transteórico como a otros como el modelo de creencias en salud, la teoría de la acción razonada, la teoría social cognitiva (Redding, Rossi, Rossi, Prochaska y Velicer, 2000), se conoce que no es el *conocimiento* lo que lleva al cambio ni dispara la posibilidad de cambio; si podemos decir que lo dispara la percepción de riesgo, las creencias, las actitudes, la susceptibilidad percibida entre otros factores, pero no el conocimiento. Si fuera así muchos más logros se hubieran conseguido en el campo de la Salud Pública a partir de la tradicional educación sanitaria.

Otro de los elementos clave que remarca McCrady para lograr un sistema efectivo es integrar la detección precoz y la intervención breve en los ámbitos de atención primaria y el proveer financiamiento para ello. Esto está en un todo de acuerdo con los postulados internacionales, pero la modalidad de identificar a los consumidores “en riesgo” refleja claramente cuál es el abordaje desde el cual se presentan las propuestas, desde el enfoque clínico tradicional (Ashton y Seymour, 1990) o también llamada estrategia de “alto riesgo” (Rose, 1994). Este enfoque, como muy bien lo ha descrito Rose, da lugar a la adopción por parte de los profesionales de medidas apropiadas para los individuos a los cuales se aconseja, donde se cuenta en general con una alta motivación del sujeto y también del profesional de la salud, sobre todo de aquellos a quienes les molesta intervenir sin que se les haya pedido ayuda o que sienten que deben lograr *ellos* el cambio en los pacientes. Sin embargo, esta estrategia se dirige a los individuos y en definitiva, como señala Rose, tiene un “carácter paliativo y provisorio, no radical. Esta estrategia no procura modificar las causas subyacentes de la enfermedad, sino identificar a los individuos que son particularmente susceptibles a dichas causas” (p. 905). Este es un enfoque comúnmente aplicado en Estados Unidos incluso en el campo de la promoción de la salud (Taylor, 2007), contrapuesto al que se ha dado en llamar el enfoque de la salud Pública (Ashton y Seymour, 1990) o estrategia poblacional (Rose, 1994) con la cual “se procura controlar los factores determinantes de la incidencia, reducir el nivel promedio de los factores de riesgo y desplazar en una dirección favorable toda la distribución de la exposición” (p. 907). Justamente esta última apunta a la población en su conjunto y a evitar la aparición de casos en el largo plazo. Esta perspectiva se articula con otro elemento faltante en la propuesta de McCrady que es el trabajar involucrando a la comunidad, a partir de intervenciones de base comunitaria que impliquen más participación y compromiso de la misma y que lleven tanto a la no estigmatización del paciente consumidor como al entendimiento de la problemática del abuso de sustancias desde una perspectiva multifactorial (Samaniego y col., 2005). Por esto la estrategia poblacional va de un todo de acuerdo en el marco de la formulación de políticas en salud mental más totalizadoras, multisectoriales, que incluyen al sector salud pero también a la legislación, la justicia y la sociedad civil.

La autora plantea un cuarto elemento clave que se refiere a desarrollar modelos que permitan a los programas proveer incentivos para la abstinencia sin costo adicional para el programa en el marco del enfoque de manejo de contingencias (*contingency management*). Este resulta ser nuevamente un señalamiento muy específico para el sistema de

prácticas clínicas que se desarrollan en Estados Unidos ya que, si bien el manejo de contingencia se ha incluido como uno de los enfoques psicoterapéuticos que han demostrado eficacia en el tratamiento de personas que padecen trastornos por abuso de sustancias (WHO-UNODC, 2008), su mayor desarrollo se encuentra todavía en el ámbito de los Estados Unidos. En países como Inglaterra, por ejemplo, han surgido apreciaciones que señalan que la implementación del enfoque tal como ha demostrado eficacia en Estados Unidos implicaría un cambio significativo y un desafío en la cultura actual de los servicios de salud ingleses. Asimismo se señala la necesidad de un debate ético sobre su aplicación (Weaver y cols., 2007).

Por último, el artículo deja de lado aspectos sensibles de la problemática tales como la articulación con el sistema judicial, la consideración de la dignidad y los derechos de las personas que sufren estos trastornos, para quienes es necesario evitar prácticas discriminatorias o punitivas, incluso en aquellos casos en que las personas no están motivadas para dejar de consumir. Involucrando a estos últimos tampoco se han hecho consideraciones respecto a la política de reducción de daños de aplicación en otros países como Inglaterra o parcialmente en Argentina.

Es por todo lo señalado que sería oportuno modificar el título de la presentación a *Facilitando el cambio en personas con Trastorno por uso de Sustancias en Estados Unidos. ¿Qué nos dicen las investigaciones?* a fin de que los lectores pueden ubicarse en el contexto de la revisión, entendiendo que las perspectivas y prácticas desde donde se puede facilitar el cambio se encuadran en una determinada política de salud en el marco de una determinada sociedad.

## BIBLIOGRAFÍA

- Ashton, J. y Seymour, H. (1990). *La Nueva Salud Pública*. Barcelona: Ed Masson- SG Editores.
- Henry-Edwards, S., Humeniuk, R., Ali, R., Poznyak, V. y Monteiro, M. (2003). *The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): Guidelines for Use in Primary Care (Draft Version 1.1 for Field Testing)*. Geneva: World Health Organization.
- Henry-Edwards, S., Humeniuk, R., Ali, R., Monteiro, M. & Poznyak, V. (2003). *Brief Intervention for Substance Use: A Manual for Use in Primary Care. (Draft Version 1.1 for Field Testing)*. Geneva: World Health Organization.
- Humeniuk, R., Henry-Edwards S. y Ali, R. (2003). *Self-Help Strategies for Cutting Down or Stopping Substance Use:*

- A Guide. (Draft Version 1.1. for Field Testing). Geneva: World Health Organization.
- Prochaska, J.O., Norcross, J.C., y DiClemente, C. (1994). *Changing for good*. New York: William Morrow and Company, Inc.
- Redding, C.A., Rossi, J.S., Rossi, S.R., Prochaska, J.O., y Velicer, W.F. (2000). Health Behavior Models. En G.C. Hyner, K.W. Peterson, J.W. Travis, J.E. Dewey, J.J. Foerster, y E.M. Framer (Eds.), *SPM Handbook of Health Assessment Tools*. Pittsburg, PA: The Society of Prospective Medicine & The Institute for Health and Productivity Management reprinted in *The International Electronic Journal of Health Education*, 3 (Special Issue), 180-193.
- Rose, G. (1994). Individuos enfermos y poblaciones enfermas. En C. Buck, A. Llopis, E. Nájera y M. Terris. *El Desafío de la Epidemiología (3ra reimp. pp 900-909)* Publicación científica 505. Washington: Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud.
- Samaniego, V.C., Antivero, N., Bártolo, M., Bonzo, C., Btsh, E., Domínguez, C. y col. (2005). Evaluación de una estrategia comunitaria de promoción del abandono de consumo de tabaco. En Nelson Varas, Irma Serrano García (eds.) *Psicología Comunitaria: Reflexiones, implicaciones y nuevos rumbos*. Puerto Rico: Publicaciones Puertorriqueñas Editores.
- Taylor, S. E. (2007). *Psicología de la salud*. Sexta edición, México: Mc Graw Hill.
- Weaver, T., Hart, J., Fehler, J., Metrebian, N., D'Agostino, T. y Benn, P. (2007). Are contingency management principles being implemented in drug treatment in England? National treatment agency for substance misuse. Research briefing: 33 Recuperado el 1ro de julio de 2008 de [http://www.nta.nhs.uk/publications/documents/nta\\_rb33\\_contingency\\_management\\_summary.pdf](http://www.nta.nhs.uk/publications/documents/nta_rb33_contingency_management_summary.pdf)
- World Health Organization. United Nations Office on Drugs and Crime (2008). *Principles of Drug Dependence Treatment*. Discussion Paper. March.