

Psicoterapia de reducción de daños: Extendiendo el alcance de los tratamientos tradicionales del uso de sustancias

Andrew Tatarsky

Resumen

La reducción de daños es una idea que modifica paradigmas, y que tiene el potencial de mejorar significativamente el tratamiento de consumidores problemáticos de sustancias. La esencia de la reducción de daños es el reconocimiento de que el tratamiento debe comenzar a partir de las necesidades y objetivos personales del cliente, y que todo cambio que reduzca los daños asociados con el uso de sustancias puede ser considerado valioso. El artículo presenta la lógica de la reducción de daños, sus principios, implicancias para el tratamiento y su aplicación en psicoterapia. El autor describe su modelo de Psicoterapia Integrativa de Reducción de Daños, un enfoque que integra un énfasis en la construcción de habilidades estratégicas con una exploración de los múltiples significados del uso de sustancias y la importancia de la alianza terapéutica. © 2003 Elsevier Inc. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: Reducción de daños; Psicoterapia; Tratamiento de adicciones.

1. Introducción y visión general

La reducción de daños es una idea nueva e importante en el campo del tratamiento del uso de sustancias. Como ideas anteriores que también han cambiado paradigmas, tales como el concepto de enfermedad y la hipótesis de automedicación, la reducción de daños tiene el potencial de mejorar sustantivamente nuestra capacidad de tratar a la mayoría de los usuarios problemáticos de alcohol y drogas.

La reducción de daños emergió por primera vez como una "alternativa de salud pública a los modelos moral/criminal y de enfermedad sobre el uso de drogas y adicción a éstas" (Marlatt, 1996). Originalmente dirigida a usuarios de sustancias activos sin la capacidad o la intención de dejar de usarlas, la reducción de daños comenzó a aceptarse en los Estados Unidos hacia fines de la década de los 80 y comienzos de los 90 como una serie de estrategias de salud pública para reducir la expansión del VIH y otros riesgos asociados al uso activo de sustancias (Heather, Wodak, Nadelmann y O'Hare, 1993). Dentro de las medidas tomadas estaban el intercambio de jeringas, la distribución de preservativos, el mantenimiento con metadona y el conductor designado.

Marlatt (1998) ha llamado a la filosofía de la reducción de daños "pragmatismo compasivo" (p. 277). La esencia de este modelo es el reconocimiento pragmático de que el tratamiento debe encontrar a los usuarios activos de sustancias "donde ellos están" en términos de sus necesidades y sus objetivos personales. Así, los enfoques basados en la reducción de daños incorporan toda la gama

Artículo traducido por Fundación (PARENTESIS) con autorización del autor.

cambios positivos y graduales se consideran pasos en la dirección correcta.

Durante los últimos 12 años, la filosofía de reducción de daños ha sido aceptada por un conjunto creciente de investigadores, terapeutas y expertos en políticas públicas que han desarrollado aplicaciones para políticas sobre drogas y justicia penal, la práctica médica (S. Stancliff, comunicación personal, 4 de diciembre de 2002), tratamiento del uso de sustancias (Marlatt, 1998; Rotgers, 1996) y la psicoterapia (Tatarsky, 1998, 2002).

2. Fundamentos de la reducción de daños

2.1. Muchos usuarios no quieren detener su consumo

En los Estados Unidos, una abrumadora mayoría de las personas con problemas de abuso de sustancias no está recibiendo tratamiento. Muchos usuarios de sustancias, tal vez la mayoría, no tienen la capacidad o la voluntad de aceptar la abstinencia debido a una serie de razones que discutiré más abajo. Algunos datos sugieren que muchos usuarios de sustancias evitan buscar cualquier tipo de ayuda puesto que la abstinencia de por vida no está entre sus objetivos (Rotgers, 1996), siendo este el único objetivo de tratamiento ofrecido por la mayoría de los programas de tratamiento de alcohol y drogas en los Estados Unidos (Roman & Blum, 1997). Al aceptar objetivos distintos a la abstinencia como puntos de partida razonables para el tratamiento, la reducción de daños abre la puerta a este grupo de personas de una manera en que los programas tradicionales de tratamiento orientados a la abstinencia no pueden.

2.2. La diversidad de los consumidores de sustancias y la necesidad de un tratamiento individualizado

Los usuarios de sustancias presentan amplias variaciones en relación a la severidad de su consumo, metas personales con respecto al uso de sustancias (por ejemplo, métodos más seguros de uso, moderación o abstinencia), motivación y etapa de la disposición al cambio (Prochaska, DiClemente, & Norcross, 1992), estado emocional y psiquiátrico (Carey & Carey, 1990) fortalezas u vulnerabilidades de personalidad

Esta diversidad de aspectos sugiere que, si se quiere explicar por qué un enfoque bueno para todos, centrado únicamente en la abstinencia, correría el riesgo de fracasar con la mayoría de los usuarios. También subraya la necesidad de un modelo flexible, inclusivo y completo que recoja las múltiples necesidades de este diverso grupo de personas y que esté abierto a variados objetivos de tratamiento aparte de la abstinencia. Miller y Rollnick (1991) se han referido a la importancia de abordar la ambivalencia con respecto al uso de sustancias y otros aspectos motivacionales antes de que sea posible establecer metas de comportamiento y buscar el cambio conductual con muchos individuos afectados por el abuso de sustancias. Dentro de un modelo de este tipo, los

tratamientos pueden ajustarse a las necesidades únicas de cada individuo para maximizar el éxito general. Denning (2000) ha escrito sobre la importancia de ajustar las intervenciones a la etapa de cambio en que se encuentra el cliente en relación a un comportamiento específico. Tatarsky (2002) ha expuesto que muchas de las cuestiones comúnmente asociadas con los problemas de uso de sustancias, como el trauma temprano, presión severa del "crítico interior" o superego, y desórdenes (serios) del Eje I y II en los que se emplean sustancias auto-medicadas, con frecuencia deben ser identificados y abordados antes de que sea posible considerar la modificación de los patrones de uso de sustancias. Dadas estas consideraciones, la reducción de daños puede verse como un concepto amplio que abarca un gran espectro de modalidades de tratamiento ajustables a las necesidades de este diverso grupo de consumidores problemáticos de sustancias.

2.3. Los múltiples significados y valores adaptativos de las drogas

Las drogas pueden considerarse herramientas multipropósito, frecuentemente empleadas al servicio de la adaptación. Para muchos, las sustancias tienen un importante valor personal, o han llegado a cumplir funciones vitales y se consideran como cruciales mientras no existan mejores soluciones alternativas o éstas no se encuentren disponibles. Entre estos aspectos se encuentran la automedicación (Khantzian, 1985), la defensa de afectos/sentimientos (Wurmser, 1978), el sobrellevar emociones negativas (Rotgers, 1996), las "prótesis" de personalidad o de ego (Weider & Kaplan, 1969), el sentido de identidad (como consumidor de drogas/rebelde/no-conformista/etc.), la función integradora de la personalidad (es decir, permite al usuario conectarse con aspectos de su self generalmente aislados; Krystal, 1977), un efecto liberador de la creatividad, y una fuente primaria de placer.

Estén estas motivaciones dentro o fuera de la conciencia de la persona, la sola idea de detener el consumo frecuentemente genera ansiedad intensa o es sencillamente impensable. Dadas estas importantes funciones que cumplen las sustancias, usualmente es necesario "desenvolver" los múltiples significados que la sustancia tiene para ellos y descubrir formas alternativas de realizar las funciones mientras ellos continúan su consumo, antes de que siquiera sea posible considerar modificar los patrones de uso de sustancias.

2.4. La cuestión de la moderación

Dados los roles positivos que las sustancias cumplen en la vida de las personas, éstas frecuentemente tienen el deseo de moderar o de reducir las consecuencias dañinas de su uso, pero sin suspender del todo su consumo (Cunningham, Sobell, Sobell, Agrawal, & Toneatto, 1993; Rotgers, 1996). Antes de considerar la opción de la abstinencia para un individuo, debe establecerse si es un objetivo realista o posible. Frecuentemente un intento asistido de moderación es la mejor forma de descubrir desde la propia experiencia si la moderación es una meta realista o no. Las dificultades encontradas en un intento guiado de moderación pueden generar un aumento de motivación para buscar la abstinencia.

3. Principios de la reducción de daños: ajuste con respecto al espectro de necesidades

3.1. Aceptar que, al inicio, muchos usuarios de sustancias no desean suspender su consumo

La reducción de daños incluye a la abstinencia como un objetivo posible para los usuarios de sustancias, para muchos el mejor resultado de la reducción de daños, pero rechaza la suposición de que la abstinencia total es la mejor de las metas, o la única aceptable para todos los consumidores problemáticos de sustancias. Ésta tampoco es un objetivo requerido al comienzo del tratamiento. Algunos pacientes no están dispuestos a perseguir el objetivo de la abstinencia ya que, para ellos, ésta representa una sumisión a una autoridad de control simbólica. Pueden encontrarse ejemplos de esta situación, por ejemplo, en el caso de Diana, descrito por Denning (2001), y en el caso de Tom, expuesto por Tatarsky (2002). En muchas situaciones clínicas, como se ilustra en estos dos casos, la búsqueda de la abstinencia desencadena la necesidad de rebelarse a través de una ingesta excesiva de alcohol. Los objetivos de moderación, por otra parte, son más aceptables puesto que reflejan una opción autónoma que ofrece una salida al paquete de "sumisión o rebelión". Este principio abre una puerta a aquel gran grupo de personas sin tratamiento, al reconocer la necesidad de enfocar verdaderamente el tratamiento en los objetivos del cliente. Esta no es una aceptación pesimista de que los consumidores problemáticos no pueden cambiar, sino más bien una forma de comenzar un ambicioso proceso de cambio cuya culminación no puede verse al comienzo. El objetivo es apoyar al paciente, para así guiarlo tan lejos como sea posible en la vía de los ideales de la reducción de daños: salud óptima, autosuficiencia, autoactualización y satisfacción en el ámbito de las relaciones personales.

3.2. El objetivo principal es comprometer al consumidor activo en el tratamiento: la relación es la clave

Muchos pacientes se pierden en la etapa inicial de involucramiento al tratamiento debido a fallas relacionadas con el respeto al paciente, a la empatía con sus preocupaciones y a la definición del problema. Al aceptar la definición que el paciente hace del problema como un punto legítimo de inicio para la intervención, la reducción de daños busca adherir a aquello que lo lleva a buscar ayuda, satisfacer sus necesidades y, en torno a esta motivación, facilitar una alianza positiva para el tratamiento.

3.3. Cualquier reducción de los daños asociados al uso de sustancias se considera valiosa

La reducción de daños considera que el uso de sustancias varía a lo largo de un continuum de consecuencias negativas y busca asistir a los consumidores para que modifiquen su uso con miras a reducir el daño generado. Esta recontextualización de la definición de problema evita las trampas de preguntas más globales y discutibles como "¿Soy un adicto?" o "¿Tengo una enfermedad?" Por el contrario, este modelo mantiene un enfoque más concreto y molecular, tendiente a descubrir los aspectos dañinos específicos del uso de sustancias y a generar metas específicas para tratarlos. Marlatt (Marlatt, Larimer, Baer, & Quigley, 1993)

realizó un estudio en universitarios bebedores en exceso y de alto riesgo que respalda el valor clínico de este enfoque. Este investigador constató que prácticamente todos los sujetos del estudio no se identificaban a sí mismos como bebedores problema. Sin embargo, la mayoría de éstos sí admitieron ciertos aspectos problemáticos específicos de su consumo, tales como beber hasta el punto de comprometer su juicio, beber en cantidades que interferían con otras actividades importantes como estudiar, y sufrir de resacas frecuentes. Además, cuando se les consultó sobre si estarían interesados en recibir asesoría para reducir estas consecuencias negativas, la mayor parte de ellos respondió afirmativamente.

Por lo tanto, la reducción de daños acepta pasos pequeños y graduales como metas legítimas para la consecución de un grado menor de daños. Estos pasos podrían dirigirse a la abstinencia o a la moderación, lo que Miller (Miller & Page, 1991) ha llamado "warm turkey" [en oposición a "cold turkey", detención abrupta del consumo], además de toda la gama de otros motivos para buscar ayuda, incluyendo: clarificar los objetivos personales con respecto al uso de sustancias, resolver la ambivalencia sobre el uso de sustancias, consumir de forma más segura, prevenir sobredosis y resolver conflictos emocionales e interpersonales entremezclados con el uso de sustancias. Comprometer al paciente con metas que tenga la motivación de alcanzar, baja el umbral para ingresar al tratamiento. Los pasos pequeños pueden llevar a otros pasos pequeños a medida que la confianza de las personas en su propia habilidad (autoeficacia) aumenta, y se dan cuenta de que un cambio positivo es posible.

3.4. Movilización de las fortalezas del paciente en servicio del cambio

A diferencia de la posición tradicional y absoluta de que los consumidores activos de sustancias no pueden beneficiarse de la psicoterapia, la reducción de daños supone que muchos consumidores tienen fortalezas y motivaciones que pueden encauzarse hacia la búsqueda de un cambio positivo en todos los puntos del continuum de la severidad del uso de sustancias. Pienso que este tema es análogo en relación a como generalmente se le considera en el tratamiento de otros problemas potencialmente dañinos, tales como la ansiedad o la depresión. No es necesario que las personas ansiosas o deprimidas dejen atrás sus problemas como requisito para iniciar el tratamiento. Cada uno de estos problemas se ubica dentro de un continuum de severidad. En los niveles más extremos de severidad, las personas con todos estos problemas tienen una menor probabilidad de beneficiarse de la psicoterapia, y podrían requerir medicamentos u hospitalización para poder estabilizarse, mantenerse seguros y disminuir la severidad de sus problemas. Sin embargo, en los rangos de severidades menores, este tema debe evaluarse siempre caso a caso. No es necesariamente el uso de sustancias en sí mismo lo que interferiría, sino otras variables como la cantidad o la frecuencia de consumo, baja motivación para recibir terapia o para el cambio, y una auto-reflexividad limitada. Todas estas variables deben evaluarse individualmente.

3.5. Los pacientes y la colaboración con el tratamiento

La suposición inherente a este principio es que los pacientes podrían saber qué necesitan, mejor que el terapeuta. Esto facilita la entrega de servicios que el paciente experimentará como útiles y, por lo tanto, se verá fortalecido el desarrollo de una alianza colaborativa para el tratamiento. Rotgers (1996) ha revisado un conjunto de estudios que respaldan este principio. Estos estudios sugieren que la mayoría de los bebedores problema desea determinar su propio objetivo de consumo y que, cuando se les concede la meta por ellos seleccionada, las tasas de retención y el éxito general del tratamiento aumentan.

3.6. La importancia de desestigmatizar a los usuarios de sustancias

La reducción de daños reconoce que gran parte del daño asociado al uso de sustancias se debe a la tendencia de nuestra sociedad de relacionarse con los consumidores de sustancias en formas estigmatizantes, desvalorizadoras, coercitivas y punitivas. Dado que estas actitudes negativas se encuentran insertas en toda nuestra cultura, puede existir no tan solo en los proveedores de tratamientos, sino también en los propios consumidores de sustancias. En los proveedores de tratamientos, éstas tienen el potencial de contribuir a reacciones de contratransferencia negativa que pueden expresarse en reacciones punitivas y de enojo con respecto a pacientes que continúan su consumo, más que en esfuerzos de ayudarlos a enfrentar los temas relevantes de manera más constructiva. Por su parte, los pacientes podrían rechazar el tratamiento cuando es necesario debido a una expectativa de ser tratados de maneras negativas (Marlatt & Kilmer, 1998). Más insidiosamente, estas actitudes negativas son frecuentemente internalizadas por lo que Marlatt y Gordon (1985) han llamado el "efecto de violación de abstinencia". Esto se refiere a una reacción que podría ocurrir cuando un paciente usa una sustancia que altera su estado de ánimo mientras busca alcanzar la abstinencia. En base a la suposición de que la abstinencia es la única medida del éxito, reaccionan de manera muy autocrítica, lo que niega todos los avances que efectivamente se han conseguido. 'Mire, en realidad soy un drogadicto/perdedor patético que no podrá cambiar jamás'. Esta tendencia desvalorizadora de sí mismos, puede impedir que los pacientes reconozcan los cambios que han logrado y evitar que se den cuenta de que un regreso (temporal) a los viejos hábitos es una parte normal y esperable del proceso de cambio; un evento del que pueden extraer aprendizajes. Esta tendencia también puede proyectarse al proveedor del tratamiento como una expectativa, llena de vergüenza, de que el tratante será crítico, y así convertirse en un obstáculo para el tratamiento. Por estas razones, un valor importante en la mayoría de los enfoques de reducción de daños es trabajar para desestigmatizar a los usuarios de sustancias en la sociedad y en la situación de tratamiento.

3.7. Implicancias del tratamiento

Estos principios tienen implicancias para mejorar el tratamiento de consumidores activos de sustancias en dos niveles. Como un concepto amplio, la reducción de daños sugiere la necesidad de un sistema integrado de tratamiento con conexiones hacia toda la gama de modalidades de tratamiento que se ajusten a las necesidades de los individuos

a lo largo de la diversidad del espectro. Como principio terapéutico, la reducción de daños tiene implicancias para el modo en que se efectúa la terapia en la consulta, con pacientes en cada una de las etapas de la psicoterapia - comenzando con el involucramiento inicial y la evaluación a través del proceso de establecimiento de metas y la facilitación del cambio.

4. Psicoterapia de reducción de daños

La psicoterapia de reducción de daños (HRP, por su sigla en inglés) corresponde a una categoría de enfoques psicoterapéuticos que pueden variar en cuanto a su orientación teórica y enfoque clínico, pero que comparten su compromiso de reducir el daño asociado al uso activo de sustancias, sin suponer que la abstinencia es la meta ideal para todos los consumidores problemáticos o un requisito necesario para iniciar un tratamiento. Un número creciente de terapeutas de variadas orientaciones teóricas han contribuido al desarrollo de este enfoque (Carey & Carey, 1990; Denning, 2000; Marlatt, 1998; Miller & Rollnick, 1991; Peele, Bufe, & Brodsky, 2000; Rotgers, 1996; Rothschild, 1998; Tatarsky, 1998, 2002).

El enfoque específico que se presentará aquí es un modelo integrativo de psicoterapia de reducción de daños (Tatarsky, 1998, 2002). Este enfoque aprovecha las valiosas contribuciones de las tradiciones psicodinámica y cognitivo-conductual junto a la posición de apoyo de los enfoques humanistas. Aunque este enfoque se basa en mi propia experiencia clínica además de la de un número creciente de profesionales que trabajan de manera similar con sus pacientes, a la fecha no se ha realizado una evaluación empírica de estas técnicas y prácticas. Gracias a la publicación de guías por Denning (2000), Marlatt (1998), y Tatarsky (1998, 2002), es probable que el campo haya llegado a un nivel de desarrollo en el cual este tipo de investigación es necesaria como deseable. Las perspectivas e intervenciones clínicas descritas son un retrato de una manera de trabajar y estar con usuarios de sustancias. Si éstas serán efectivas en otros contextos, con grupos de pacientes diversos, y administradas por terapeutas con distinta formación y niveles de experiencia, es un hecho que aún debe determinarse.

Los pacientes que ingresan al tratamiento llegan en un estado de angustia, y al mismo tiempo se encuentran involucrados en su propio proceso de cambio. La psicoterapia de reducción de daños busca apoyar este proceso de autotransformación a través del desarrollo de una resonancia empática entre el terapeuta y el paciente, profundizando la identificación y la comprensión sobre qué está angustiando al paciente (es decir, qué tiene de dañino el uso de sustancias y otros problemas), el establecimiento de metas de reducción de daños que puedan ser probadas a través de hipótesis para determinar si son realistas para el paciente, y el trabajo orientado al cambio con estrategias que se ajusten a sus particulares necesidades y fortalezas.

El enfoque integrativo combina un enfoque de construcción de habilidades/automanejo con un estilo exploratorio centrado en “desenvolver los significados múltiples” de la sustancia. Las habilidades involucradas en la identificación del daño, en el establecimiento de metas para reducir el

daño, en el desenvolvimiento de los múltiples significados del uso de sustancias, y en el trabajo orientado hacia un cambio positivo son una serie de capacidades que pueden aprenderse e internalizarse en el proceso terapéutico. Estas capacidades se desarrollan o se fortalecen en un “espacio” relacional en el cual el paciente se siente reconocido y conectado empáticamente al terapeuta a través de la alianza terapéutica.

El desarrollo de estas capacidades puede ser facilitado de varias maneras. Los aspectos generales de una buena relación terapéutica son uno de estos campos. Adicionalmente, las preguntas empáticas que apoyan la capacidad del cliente de reflexionar, mediante la curiosidad y el aliento tácito de la autonomía del cliente, pueden servir como un antídoto a su apego a figuras previas que frecuentemente no apoyaban el autocuidado autónomo (Krystal, 1977). Bajo las condiciones adecuadas, nuestra ansiedad cuidadosa ante un comportamiento riesgoso podría ser internalizada como atención frente al peligro, una forma de autocuidado saludable. La enseñanza directa de tales métodos para sobrellevar situaciones, como la asertividad, la relajación y el rechazo de sustancias pueden cumplir la meta directa de la transferencia de habilidades y, al mismo tiempo, a través del apoyo relacional, ayudar al paciente a internalizar una capacidad de funcionar más autónomamente.

Los objetivos de la reducción de daños representan la parte de la persona que desea cambiar, e inevitablemente entran en conflicto con las partes de la persona que están apegadas a las antiguas formas de usar drogas. El proceso de establecer metas de reducción de daños trae este conflicto más cerca de la conciencia del cliente. El enfoque exploratorio de la psicoterapia de reducción de daños apoya al paciente para que éste se vuelva más consciente de aquellos aspectos de su self —las necesidades, deseos, sentimientos, intentos de sobrellevar la situación, defensas contra la ansiedad, expresiones simbólicas, comunicaciones interpersonales, etc.— que se encarnan en el deseo de seguir con el consumo igual que antes. A medida que se identifican estos motivos, se hace posible considerar soluciones alternativas como formas de satisfacerlos o expresarlos.

5. Involucramiento como foco terapéutico

5.1. Establecimiento de la alianza

La alianza terapéutica es la piedra angular de la psicoterapia, y ancla al paciente al tratamiento en la medida en que se crea un contexto de relativa seguridad en el cual el trabajo terapéutico puede proceder (Safran & Muran, 2000). El objetivo principal es involucrar al paciente para iniciar y sustentar un proceso de cambio positivo. Por lo tanto, establecer la alianza colaborativa es de suma importancia.

“Comenzar donde está el paciente”.

Esta es una de las principales consignas del movimiento de reducción de daños. Su relevancia en relación a nuestro trabajo es que la alianza se ve fomentada cuando los pacientes se sienten reconocidos empáticamente, y observan que se les ofrece ayuda que se ajusta a sus necesidades a medida que las van experimentando. Por lo

tanto, el objetivo terapéutico inicial se orienta a la razón del paciente para recibir tratamiento.

5.2. La importancia de la actitud del terapeuta

El terapeuta debe recibir al paciente sin ideas preconcebidas sobre sus necesidades, fortalezas o sobre metas apropiadas (Denning, 2001). Cualquier suposición previa sobre el paciente debe considerarse como una reacción de contratransferencia que tiene el potencial de descarrilar el tratamiento desde el comienzo. Explicitar la perspectiva de la reducción de daños desde el principio es una forma de contrarrestar la expectativa del paciente de ser tratado coercitivamente. Además, dejar en claro la suposición de que el paciente probablemente sea ambivalente sobre el término de su consumo de sustancias, debido a su valor adaptativo, es una estrategia para combatir la vergüenza en el paciente.

5.3. Metas compartidas

Una posición colaborativa que apunte a tener al paciente y al terapeuta trabajando en pos de metas compartidas probablemente consiga fortalecer la alianza. Así, el objetivo de la terapia se pone en la experiencia del paciente sobre el problema, y en la identificación de metas que al paciente "le parezcan adecuadas". He llamado a esto "ajuste adecuado" entre el paciente y el tratamiento (Tatarsky, 2002). Esta flexibilidad permite a los usuarios activos solicitar ayuda sobre problemas relacionados y no relacionados al consumo de sustancias. Los problemas no relacionados podrían incluir aquellos concernientes a la ansiedad y la depresión, dificultades en la dirección de la vida, y antecedentes de abusos y traumas; los problemas relacionados con sustancias, por otro lado, podrían incluir una baja motivación para el cambio, metas poco claras, un deseo de moderar el consumo o desarrollar otras prácticas de consumo más seguras, o el deseo de alcanzar la abstinencia. Por supuesto, incluso los temas "no relacionados" pueden estar entremezclados con el consumo de sustancias, pero trabajar en ellos podría no requerir discusiones detalladas sobre el uso de drogas. Las diferencias de opinión entre el paciente y el terapeuta pueden ser abordadas estableciendo la alianza en torno a la meta de descubrir juntos qué es más realista para el paciente.

6. Evaluación del daño y establecimiento de metas de reducción de daños

6.1. Evaluación y establecimiento de metas como tratamiento

La evaluación de la naturaleza de las preocupaciones del paciente y el establecimiento de metas de reducción de daños pueden considerarse tanto como el objetivo inicial del tratamiento como el objetivo continuo del proceso terapéutico. La alianza para abordar las preocupaciones del paciente crea el contexto en el cual los aspectos dañinos del uso de sustancias y otros problemas relevantes pueden ser evaluados. La evaluación es una actividad terapéutica puesto que es el proceso mediante el cual se facilita el reconocimiento del paciente de los aspectos dañinos del uso de sustancias. A medida que estos aspectos son identificados a través de la investigación colaborativa, se

torna posible establecer metas de reducción de daños para poder tratarlos.

Es esencial que el paciente reciba un chequeo médico para evaluar el impacto físico del uso de sustancias. Esto también puede proporcionar información objetiva importante para contribuir a determinar el nivel de daño causado por el uso de sustancias (ver también Miller, Zweben, DiClemente, & Rychtarik, 1995).

6.2. Metas

En los casos en que el uso de sustancias se ha vuelto excesivo, abusivo, contraproducente, compulsivo, adictivo, o si, de algún modo, es significativamente amenazante o compromete otras necesidades y valores importantes, un enfoque de reducción de daños inicialmente apuntaría a apoyar al usuario para que modifique su consumo para reducir el impacto dañino. Aunque la abstinencia se considera la meta ideal para muchos usuarios, junto a una dieta saludable, ejercicio frecuente, y un equilibrio razonable entre trabajo y recreación, la psicoterapia de reducción de daños no considera la aceptación de la abstinencia como necesaria para iniciar el proceso de cambio. Así, moderar el consumo, junto a una amplia gama de otras metas de reducción de daños, están dentro de las conductas aceptadas. Estas últimas incluyen aprender prácticas más seguras de uso de drogas, la utilización de jeringas limpias, consumir drogas junto a otras personas, tener conocimiento sobre los riesgos de las sobredosis y cómo prevenirlas, consumir sustancias menos peligrosas, y tener ideas claras sobre los límites de las dosis.

7. Facilitación de las capacidades para el cambio

La evaluación y el establecimiento de metas están basados en, y orientados hacia, facilitar las capacidades del paciente para auto-reflexionar y tolerar sensaciones desagradables o tolerancia afectiva. La conciencia auto-reflexiva y la tolerancia afectiva son necesarias para la transformación personal. La conciencia auto-reflexiva y la tolerancia afectiva experimentadas en la relativa seguridad de la relación terapéutica hacen posible la identificación de varias fuerzas que propulsan el consumo excesivo de sustancias. La identificación de estos problemas posibilita su resolución.

7.1. El plan ideal de uso de sustancias

El plan ideal de uso de sustancias sirve de marco para identificar un patrón de uso que maximice los beneficios del consumo de sustancias, de haber alguno, y que a la vez minimice los costos o riesgos. Es una estrategia orientada a identificar los aspectos dañinos del uso de sustancias y a establecer metas de reducción de daños. Existen varias formas de facilitar esto. Les solicito a las personas que "re-escriban el guión negativo" de lo que ha sido problemático y que piensen en cómo variaría su consumo si éste no fuera problemático. Esto involucra un microanálisis de los problemas del patrón actual de uso en lo que respecta a la dosis, frecuencia, métodos de uso y consecuencias negativas. Denning (2000) ha sugerido realizar un análisis costo/beneficio del patrón actual, orientado a ver cómo los aspectos positivos del consumo se contrapesan con las consecuencias negativas. Rothschild (1998) ha discutido la

exploración de ambos lados de los sentimientos encontrados del paciente en relación al uso de sustancias. En mi experiencia, la técnica del “diálogo vocal” [voice dialogue] de Stone (Stone & Winkelman, 1988) ha sido útil para facilitar esto. En esta técnica, el terapeuta dialoga con distintos aspectos del paciente (o, en términos de Stone, sub-selves), relacionados a ambos lados del conflicto con respecto al consumo. Sugiero un enfoque de comprobación de hipótesis para evaluar los cambios positivos o el valor reductor de daños del nuevo plan de uso, y si éste es realista o posible de lograr para un paciente dado.

7.2. Entrenamiento de conciencia y relajación

Esto es útil para fortalecer la capacidad de autorreflexión, además de la capacidad de tolerar sensaciones incómodas. Facilita el desenvolver los múltiples significados y funciones de las sustancias al identificar las secuencias evento-pensamiento-sentimiento-impulso conectadas al deseo de consumir una sustancia, y al fortalecer la capacidad de identificar y sentarse con una experiencia en lugar de pasar a una acción impulsiva/alexitímica. Algunas personas sienten que esto es más sencillo manteniendo los ojos cerrados, pero puede realizarse con los ojos abiertos o cerrados. A continuación, el paciente es llevado a través de las seis etapas de: (1) conciencia; (2) obtención de una lectura de tensión/ansiedad/incomodidad; (3) respiración lenta y profunda; (4) identificación de una palabra o frase que captura el estado de sensaciones que desean evocar; (5) uso de la visualización para crear un espacio seguro; y (6) revisión e integración de la experiencia.

8. Integración de estrategias para el cambio positivo

Una comprensión completa de los factores que contribuyen al problema del uso de sustancias se traduce a continuación a un enfoque de tratamiento que integra estrategias que apuntan a todos los factores relevantes en un paciente dado. La diversidad de pacientes consumidores de sustancias significa que la terapia puede variar bastante de paciente a paciente. En consecuencia, los psicoterapeutas de reducción de daños deben adaptarse a las características únicas de cada paciente, y deben también ser flexibles para combinar los varios tipos de intervenciones psicológicas, conductuales y farmacológicas que se ajusten a estas características.

A medida que se identifican los múltiples significados y funciones del uso de sustancias, pueden emplearse estrategias cognitivas y conductuales para apoyar el aprendizaje de estrategias para sobrellevar situaciones más adaptativas y libres de drogas, que permitan abordar los problemas que actualmente son tratados por la sustancia. Las estrategias conductuales incluyen entrenamiento de relajación, manejo de la ira, y entrenamiento para la asertividad. Las técnicas cognitivas que se ocupan de las creencias poco realistas frecuentemente relacionadas con el uso de sustancias incluyen la inoculación de estrés, la disputa racional, y el “pensar en profundidad”.

Las técnicas psicodinámicas pueden ser necesarias para contrarrestar los apegos simbólicos que los pacientes tienen a estas soluciones contraproducentes. Frecuentemente existen conexiones simbólicas tempranas que se expresan

mediante el uso de sustancias, las que deben ser reconocidas y que deben pasar por un período de duelo antes de poder aceptarse las nuevas soluciones. Para muchos pacientes, la relación terapéutica ofrece una nueva experiencia relacional que puede servir como una alternativa a las experiencias tempranas negativas, y que puede además proporcionar un contexto en el que los antiguos nexos pueden ser identificados y pasar por un período de duelo en la presencia del terapeuta.

9. Implementación de la psicoterapia de reducción de daños (HRP)

Para que la Psicoterapia de Reducción de Daños tome su lugar en el campo del abuso de sustancias como una intervención viable y aceptada, existen varias barreras que deben cruzarse. Una de las preguntas más apremiantes es: ¿funciona? ¿Qué terapeutas deberían ser entrenados para aplicarla? Y, ¿cómo funcionará dentro de los confines de situaciones obligadas de tratamiento como las derivaciones del sistema penal, programas de subsidio del trabajo, y sistemas de derivación PAE [Programas de asistencia a empleados] relacionados al trabajo?

Como ha quedado claro a partir de discusión anterior, la Psicoterapia de Reducción de Daños está basada en enfoques psicológicos y psicoterapéuticos profundamente relacionados con las tradiciones de salud mental. En muchos aspectos, la PRD representa una situación más en la que vemos la “recuperación” del problema del abuso de sustancias y la adicción por parte del campo de los tratamientos de salud mental (Lichtman, 2002; Rothschild, 2002). Desde el mundo psicodinámico, vemos la revitalización de la idea de que el uso de sustancias es un síntoma, una respuesta a, o un medicamento para conflictos y problemas subyacentes. Tal vez en un grado menor, vemos el énfasis cognitivo-conductual en comprender que los mismos principios de aprendizaje involucrados en los comportamientos de adicción se relacionan también con otros desórdenes psicológicos (Marlatt & Gordon, 1985). Dados estos antecedentes, podría parecer lógico que este enfoque está más indicado para aquellos individuos con un entrenamiento primario en el campo de la salud mental (por ejemplo, trabajadores sociales, consejeros de rehabilitación vocacional, psicólogos y psiquiatras) más que para aquellos con una formación más tradicional sobre abuso de sustancias (por ejemplo, consejeros de comunidades terapéuticas y consejeros acreditados para el abuso de alcohol y otras sustancias).

En algún momento, el tema de la eficacia del tratamiento deberá ser abordado si es que éste se ha de expandir más allá de las consultas de terapeutas privados o de algún consejero solitario ocasional. A la fecha, no ha habido estudios sobre la eficacia de este enfoque ni de otros relacionados. Sin embargo, al menos uno de los conceptos fundamentales de la PRD, la alianza de trabajo, ha recibido apoyo en el campo de la investigación psicoterapéutica. Como han escrito Teyber & McClure (2000), “El término alianza de trabajo fue formulado por Greenson (1967), y refleja el punto hasta el cual el terapeuta y el paciente están de acuerdo sobre las metas de su trabajo, las tareas que facilitan el cumplimiento de estas metas, y el grado en que

experimentan un vínculo emocional mutuo” (pp. 70–71). Esta definición refleja la esencia de la filosofía de la PRD. En una nota más empírica, los autores destacan que “la alianza de trabajo (de ayuda y terapéutica) ha emergido, tal vez, como la variable más importante para predecir resultados efectivos de tratamiento” (p. 70). Otra vez, debido a que se entiende que un vínculo empático entre terapeuta y paciente, es un mecanismo vital que ayuda a cambiar la vida de pacientes que usan sustancias, existe al menos la posibilidad de que la PRD sea efectiva.

Para llevar esto a una dimensión más científica, no parecería imposible crear un manual de PRD—a pesar del énfasis que debe hacerse en preparar tratamientos orientados individualmente. Los dos componentes centrales involucrados en el entrenamiento de terapeutas probablemente incluirían: (1) el aprendizaje de habilidades e intervenciones (por ejemplo, balance decisional, evaluación de riesgos, plan ideal de uso de sustancias), y (2) la comprensión completa de la filosofía de reducción de daños y el desarrollo de la habilidad de escuchar y actuar a partir de esta perspectiva. Dentro de las medidas de resultado interesantes podrían hallarse las evaluaciones de las conductas del terapeuta esbozadas arriba, la solidez de la alianza terapéutica, y una amplia gama de medidas de resultado que sirvan para medir la posibilidad de la reducción de daño y el mejoramiento en la calidad de vida del individuo.

La integración de la PRD al tratamiento convencional de abuso de sustancias traería consigo, casi necesariamente, una interrelación de los enfoques de reducción de daños con los tratamientos obligatorios, una combinación que tiene el potencial de ser bastante compleja. Wild (1999) ha explorado algunas de las dinámicas de esta mezcla y, entre los temas que ha delineado se encuentra la existencia de dos perspectivas muy distintas acerca de los usuarios de sustancias por parte de las instituciones de la justicia penal y los servicios de tratamiento. Para los primeros, el uso de drogas es una conducta criminal, mientras que para estos últimos es una enfermedad. Hasta cierto punto, los proveedores de tratamiento orientados a la abstinencia pueden considerar a las recaídas como parte del proceso de recuperación (lo que incluso puede no ser universal), pero esto es mucho menos probable en el caso de los funcionarios de la ley, que probablemente envíen al individuo de regreso a la cárcel rápidamente. Como apunta Wild, hasta cierto punto, el único requisito donde estos dos grupos pueden coincidir es el de la meta común de abstinencia. La introducción de la reducción de daños tiene el potencial de destruir incluso este precario equilibrio.

La solución podría requerir una combinación de las perspectivas de la PRD y el marco de la gradualidad (Kellogg, 2003). El primer paso debería involucrar la comprensión y aceptación por parte del sistema de justicia penal y/o de la agencia que obliga a seguir el tratamiento con respecto a que la recuperación es un proceso, y que las recaídas son parte de él. Wild (1999) ha sugerido que las instituciones que obligan al tratamiento deberían aceptar las reducciones como un

resultado viable y, en algunos casos, eso podría ser apropiado. A los pacientes debería permitírseles permanecer en tratamiento durante un período establecido de tiempo durante el cual su uso de drogas y/o de alcohol no se reporte a las autoridades. Más allá de pedir los registros de asistencia, la institución mandante no debería tener acceso a análisis toxicológicos de orina o datos clínicos. De esta forma, el tratamiento podría ser una experiencia terapéutica “real”, sin las complicaciones de rol que en ocasiones estorban a los terapeutas en situaciones obligatorias, y que involucran el riesgo de tener un efecto deletéreo en el tratamiento (Wild, 1999). Si a los pacientes se les da tiempo para trabajar los temas que están en el núcleo de su adicción, si se les permite aprender a través de experimentos exitosos y no exitosos sobre qué se necesitará para tomar control de su uso disfuncional de sustancias, o para eliminarlo, las posibilidades de éxito en el largo plazo probablemente sean altas.

10. Conclusión

El presente artículo ha proporcionado tanto una visión general de la perspectiva de la reducción de daños como los detalles de una psicoterapia activa e involucrada que se nutre las tradiciones psicodinámica y de la cognitivo-conductual. A través del desarrollo la relación terapéutica, el apoyo a las metas y elecciones del cliente, la develación y resolución del substrato relacional traumático subyacente al uso de sustancias, y el empoderamiento del individuo a través de la construcción de habilidades y el intercambio de información, la persona completa tiene la oportunidad de curarse. Creo que esta curación ayudará al individuo, a su familia y a toda la comunidad.

Agradecimientos

Este artículo es fue adaptado a partir de una presentación hecha el 6 de abril de 2001, en una conferencia denominada “El gran debate: abstinencia vs. reducción de daños en el tratamiento de adicciones” [“The Great Debate: Abstinence vs. Harm Reduction in Addiction Treatment”] celebrada en The New School University. Esta conferencia fue conceptualizada y patrocinada por el Comité Ejecutivo de la División de Adicciones de la Asociación Psicológica del Estado de Nueva York [New York State Psychological Association Division on Addictions], entre cuyos miembros se encuentran: Julie Barnes, F. Michler Bishop, Lisa Director, Scott Kellogg, Robert Lichtman, A. Jonathan Porteus, Marlene Reil, Debra Rothschild, Suzanne Spross, Andrew Tatarsky y Alexandra Woods. Fue también co-patrocinada por el programa de Magister en Salud Mental y Consejería para el Abuso de Sustancias de The New School University. Este trabajo recibió apoyo adicional por parte de la División de Adicciones de la Asociación Psicológica del Estado de Nueva York. Me gustaría agradecer al Comité Ejecutivo de la División de Adicciones de la Asociación Psicológica del Estado de Nueva York y a McWelling Todman de The New School University. También deseo agradecer especialmente a Scott Kellogg por sus bien intencionados comentarios y sus útiles sugerencias sobre versiones preliminares de este artículo.

Referencias

- Carey, K. P., & Carey, M. P. (1990). Enhancing the treatment attendance of mentally ill chemical abusers. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 21, 205- 209.
- Cunningham, J. A., Sobell, L. C., Sobell, M. B., Agrawal, S., & Toneatto, T. (1993). Barriers to treatment: Why alcohol and drug abusers delay or never seek treatment. *Addictive Behavior*, 18, 347- 353.
- Denning, P. (2000). *Practicing harm reduction psychotherapy: An alternative approach to the addictions*. New York: Guilford Press.
- Denning, P. (2001). Strategies for implementation of harm reduction in treatment settings. *Journal of Psychoactive Drugs*, 33, 23- 26.
- Director, L. (2002). The value of relational psychoanalysis in the treatment of chronic drug and alcohol use. *Psychoanalytic Dialogues*, 12 (4), 551- 579.
- Greenson, R. (1967). *The technique and practice of psycho-analysis*. New York: International Universities Press.
- Heather, N., Wodak, A., Nadelmann, E., & O'Hare, P. (Eds.) (1993). *Psychoactive drugs and harm reduction: from faith to science*. London: Whurr Publishers.
- Khantzian, E. J. (1986). A contemporary psychodynamic approach to drug abuse treatment. *American Journal of Drug & Alcohol Abuse*, 12, 213- 222.
- Khantzian, E. J. (1985). The self-medication hypothesis of addictive disorders: Focus on heroin and cocaine dependence. *American Journal of Psychiatry*, 142, 1259- 1264.
- Kellogg, S. (2003). On "Gradualism" and the building of the harm reduction-abstinence continuum. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 25, 237- 243.
- Krystal, H. (1977). *Self- and object-representation in alcoholism and other drug-dependence: implications for therapy*. NIDA Research Monograph, 12, 88- 100.
- Lichtman, R. (2002, November). *Harm reduction in the public sector: An idea whose time has come?* Paper presented at the conference of the Division on Addictions of the New York State Psychological Association, New York.
- Marlatt, G. A. (1996). Harm reduction: Come as you are. *Addictive Behaviors*, 21, 779- 788.
- Marlatt, G. A. (1998). *Harm reduction: Pragmatic strategies for managing high risk behavior*. New York: Guilford Press.
- Marlatt, G. A., & Gordon, J. R. (Eds.) (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford Press.
- Marlatt, G. A., & Kilmer, J. R. (1998). Consumer choice: Implications of behavioral economics for drug use and treatment. *Behavior Therapy*, 29, 567- 576.
- Marlatt, G. A., Larimer, M. E., Baer, J. S., & Quigley, L. A. (1993). Harm reduction for alcohol problems: Moving beyond the controlled drinking controversy. *Behavior Therapy*, 24, 461- 504.
- Miller, W. R., & Page, A. C. (1991). Warm turkey: Other routes to abstinence. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 8, 227-232.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. New York: The Guilford Press.
- Miller, W. R., Zweben, A., DiClemente, C. C., & Rychtarik, R. G. (1995). *Motivational enhancement therapy manual*. Rockville, MD: NIAAA.
- Peele, S., Bufe, C., & Brodsky, A. (2000). *Resisting 12-step coercion: How to fight forced participation in AA, NA and 12-Step treatment*. Tucson, AZ: See Sharp Press.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47, 1102- 1114.
- Roman, P. M., & Blum, T. C. (1997). *National treatment center study summary report*. Athens, GA: University of Georgia.
- Rotgers, F. (1996). Empowering clients with respect to drinking goals. *Journal of Studies on Alcohol*, 147, 33- 36.
- Rothschild, D. (1998). Treating the resistant substance abuser: Harm reduction (re)emerges as sound clinical practice. *In Session: Psychotherapy In Practice*, 4, 25- 35.
- Rothschild, D. (2002, November). Challenging convention: Psychotherapy, addiction treatment, and harm reduction. Paper presented at the conference of the Division on Addictions of the New York State Psychological Association, New York.
- Safran, J. D., & Muran, C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*. New York: Guilford Press.
- Stone, H., & Winkelman, S. (1988). *Embracing ourselves*. New York: New World Library.
- Tatarsky, A. (1998). *An integrative approach to harm reduction psychotherapy: A case of problem drinking secondary to depression*. In *Session: Psychotherapy in Practice*, 4, 9 - 24.
- Tatarsky, A. (2002). *Harm reduction psychotherapy: A new treatment for drug and alcohol problems*. Northvale, NJ: Jason Aronson, Inc.
- Teyber, E., & McClure, F. (2000). Therapist variables. In C. R. Snyder, & R. E. Ingram. *Handbook of psychological change* (pp. 62- 87). New York: John Wiley & Sons.
- Wieder, H., & Kaplan, E. H. (1969). Drug use in adolescents. *Psychodynamic meaning and pharmacogenic effect*. *Psychoanalytic Study of the Child*, 24, 399-431.
- Wild, T. C. (1999). Compulsory substance-user treatment and harm reduction: A critical analysis. *Substance Use & Misuse*, 34, 83-102.
- Wurmser, L. (1978). *The hidden dimension: Psychodynamics in compulsive drug use*. New York: Jason Aronson. 256 A. Tatarsky / *Journal of Substance Abuse Treatment* 25 (2003) 249-256