

CONSTRUCCIÓN DE LA MOTIVACION HACIA UN TRATAMEITNO EN LA CONDUCTA ADICTIVA

Dr. Edgar Rodríguez Vilchez*

RESUMEN

Se parte de la premisa que, en la mayoría de los casos, el paciente adicto visita al profesional o institución por presión familiar, e inclusive a veces legal, antes que por iniciativa personal.

Es más mantiene una serie de creencias y racionalizaciones para continuar con su conducta adictiva.

El objetivo del presente trabajo es, precisamente, exponer algunas pautas concretas para generar la motivación en el paciente, condición esencial para el tratamiento.

Palabras clave: Sustancias psicoactivas, adicción, motivación

ABSTRACT

The author leaves from the premise that in most of the cases the addict patient visits the professional or institution because of familiar pressure, and sometimes because of legal pressure and not for personal initiative. Moreover, they maintained some beliefs and rationalizations to continue with his addictive behavior. The objective of this work is to give some concrete guidelines to generate the patient motivation, which is essential for the treatment.

Key words: Psychoactive Substances, Addiction, Motivation.

INTRODUCCIÓN:

Uno de los cuadros clínicos más difíciles, y a la vez complicados de abordar, tanto desde el punto de vista médico como psicológico es el de las adicciones, especialmente el referido a las sustancias psicoactivas. Más aún si tenemos en cuenta, por la experiencia terapéutica, que un gran número de personas que llegan a la consulta privada o a una Institución tienen en su repertorio un mínimo de cuatro o cinco años de consumo. A su vez es importante remarcar que un alto porcentaje de pacientes, visita al profesional o Institución por presión familiar e inclusive a veces legal más que por iniciativa personal.

Así, nos encontramos desde un inicio con una gran barrera que habrá que afrontar, ya que el paciente no sólo acude con todos los cambios orgánicos y fisiológicos ocasionados por el consumo sino también mantendrá activado todos los mecanismos y creencias que han ido reforzando y manteniendo la conducta adictiva.

Este panorama usualmente lleva al especialista a plantearse una serie de interrogantes:

¿Cuál es la mejor estrategia de intervención psicológica para promover el cambio en el adicto?, ¿Qué puede ser más efectivo: confortarlo, presionarlo o dejarlo hasta que él solo tome conciencia de su problema?...

Resulta difícil encontrar una respuesta clara y contundente. Es por esta razón que la presente exposición intenta dar a conocer algunas pautas concretas que se utilizan en el área de las adicciones y así contar con información y estrategias que faciliten la construcción de la motivación de la persona para el abandono de la conducta adictiva y prepararse para un tratamiento.

Ya habíamos señalado que el dependiente a sustancias psicoactivas genera con su consumo una serie de mecanismos y creencias irracionales que no hacen

más que funcionar como "abogados" que defiendan su Filosofía de vida Adictiva. Estas característica se convertirán en un abarrera psicológica la cuál hay que afrontar de forma cauta y racional.

Así la Motivación para el cambio de la conducta de consumo a la abstinencia está bloqueada.

Pero ¿Qué es la Motivación de cambio en las adicciones?

Millar (1997), plantea que la motivación es un estado cambiante de buena disposición es un estado de disponibilidad para lograr una meta nosotros podemos considerar, rescatando ambas apreciaciones, le da un valor muy especial a su consumo (a pesar del deterioro gradual), considerándolo como necesario e imprescindible para sentirse bien y poder funcionar.

Nuevamente volvemos a la interrogante anterior ¿Qué y cómo hacer para promover el cambio del adicto?

Desgraciadamente el abordaje para promover la motivación al cambio ha sido mal enfocado por los Profesionales o agentes terapéuticos; esto, según nuestra opinión, debido a la falta de conocimiento de las características psicológicas que se va construyendo en el adicto durante su consumo. Es en función a ésta percepción que mayormente los profesionales, tanto en la consulta privada como en las instituciones, han delegado dicha responsabilidad motivacional en los hombros del paciente. No es extraño recordar algunas frases como "Déjelo que l solo tomará conciencia del problema", "Tu no entiendes por lo tanto cuando quieras recuperarte regresaras" o el internarlo a la fuerza y someterlo a presión para que pueda aceptar su problema.

La experiencia en estos 23 años de trabajo terapéutico con dependientes a sustancias psicoactivas nos ha llevado a construir una estrategia alternativa para promover la Motivación real de cambio, las cuales variarán en función a la ubicación del paciente en relación a los estadios motivacionales planteados por Prochaska y Diclemente (1997).

¿QUÉ ES LO QUE PLANTEAN ESTOS AUTORES?

Tradicionalmente se ha definido implícita y poco sofisticadamente el cambio o modificación de una con-

ducta adictiva como el movimiento de un estado de consumo continuado de una sustancia psicoactiva a un estado igualmente estable de abstinencia. Así de conceptualiza el cambio como un hecho dicotómico por lo que se utilizan categorías Abstinencia vrs. Consumo, lo que será criterio para evaluar la eficacia de los programas de intervención.

La experiencia clínica y la investigación ha demostrado que en el abordaje de una conducta adictiva en primer lugar ha de tenerse en cuenta la motivación de cambio de la persona frente a su conducta de consumo. Para eso tenemos que describir los estadios motivacionales de cambio descritos en el Modelo Trans-teórico de Prochaska y Diclemente.

Pasaremos a caracterizar cada una de ellas:

Precontemplación :

En esta fase el consumidor no se plantea modificar su conducta ya que no son conscientes (o lo son en mínimo grado) de que dicha conducta y el estilo de vida representan un problema, al ser los aspectos gratificantes que obtienen de ella superiores a los aversivos.

No aprecian el problema, son individuos no informados acerca de su adicción, o se resisten activamente a ser informados.

Si acuden a tratamiento lo hacen presionados por los demás, con el objetivo que disminuya la presión para luego seguir consumiendo.

Contemplación:

En esta fase son conscientes de que existe un problema y consideran seriamente la posibilidad de abandonar la conducta adictiva, pero no han desarrollado todavía un compromiso firme de cambio.

Hay una toma de conciencia progresiva de la existencia de toda una problemática engendrada por su conducta adictiva, y empieza a plantearse la posibilidad de abandonarla ya que los aspectos gratificantes que obtiene de ella empiezan a equilibrarse respecto a los aversivos, que van progresivamente aumentando.

Preparación:

A estas alturas se combinan criterios intencionales y conductuales. Toma la decisión y se compromete a

abandonar su conducta adictiva realizando algunos cambios conductuales.

Acción:

Aquí el paciente evidencia una actitud más consistente de cambio, tanto en sus pensamientos como en sus conductas. Asimismo intenta modificar las condiciones ambientales con el objetivo de superar la adicción.

¿ CÓMO SUCEDEN DICHSO CAMBIOS?

Los procesos de cambio, son considerados como actividades encubiertas o manifiestas iniciadas o experimentadas por un individuo para modificar su hábito adictivo. Dichos procesos irán presentando gradualmente en los estadios descritos anteriormente. A continuación presentamos brevemente los 10 procesos de cambio identificados por Prochaska, J y Diclemnte, C.

Aumento de la concienciación: Consiste en una intensificación, por parte del adicto, del procesamiento de información respecto a la problemática asociada a la conducta adictiva y a los beneficios de modificarla. Se trata, pues, de un proceso esencialmente cognitivo.

Autorrevaluación: Consiste en una valoración afectiva y cognitiva por parte de la dicto, del impacto de la conducta adictiva sobre sus valores y su manera de ser, como en un reconocimiento, también afectivo y cognitivo, de la mejoría significativa que representaría para su vida el abandonar la conducta adictiva.

Reevaluación Ambiental: Es la valoración que hace el adicto del estado actual de sus relaciones interpersonales, es decir del impacto de la conducta adictiva sobre su comportamiento interpersonal y sobre las personas más allegadas, como en un reconocimiento de las consecuencias positivas respecto a dichas relaciones interpersonales, familias y de amistad, derivadas de la modificación del hábito adictivo.

Relieve dramático: Consiste en la experimentación y expresión de reacciones emocionales elicítadas por la observación y/o advertencias respecto a los aspectos negativos - esencialmente las consecuencias sobre la salud-asociados a la conducta adictiva.

Autoliberación: Representa el compromiso personal, el aumento de la capacidad para decidir y elegir, y requiere la creencia de que no puede ser un elemento esencial en el proceso de cambio de la conducta adictiva ya que se poseen o se pueden adquirir o desarrollar las habilidades necesarias para cambiar.

Liberación social: Es la capacidad para decidir y escoger, propiciado, este caso, por una toma de conciencia tanto de la representación social de la conducta adictiva como de la voluntad social de combatirla mediante el aumento de alternativas adaptativas disponibles.

Manejo de contingencias: Es una estrategia conductual que aumenta la probabilidad de que una determinada conducta relativa al cambio ocurra.

Consiste en el auto y/o heteroreforzo de dicha conducta.

Relaciones de ayuda: Es la decisión de utilizar el apoyo social (familiares, amistades, etc) que puede facilitar el proceso de cambio de la conducta adictiva.

Contracondicionamiento: Es concretamente el modificar la respuesta elicítada por estímulos condicionados a la conducta adictiva u otro tipo de situaciones de riesgo, generando y desarrollando conductas alternativas.

Control de estímulos: Consiste en evitar la exposición a situaciones de alto riesgo para consumir.

Estos diez procesos de cambio irán sumándose en la experiencia promoviendo el avance en los estadios de cambio. Todo programa de tratamiento va a tener como objetivo el facilitar dicho proceso con la finalidad de optimizar una recuperación integral y prevenir la recaída.

En la Contrucción Motivacional hay que tener en cuenta que:

- La intervención confrontativa puede conducir a un movimiento retrasado.
- La ambivalencia es lo más común y la idea es trabajarla.
- La resistencia puede ser una medida que indique que el terapeuta probablemente salto un estadio.

¿CUÁLES SON LOS PRINCIPIOS DE LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL?

De acuerdo a lo planteado en la entrevista motivacional del paciente adicto ha de considerarse los siguientes aspectos:

- Expresar Empatía: El Terapeuta ha de desarrollar un escuchar reflexivo más que confrontativo. Una actitud de aceptación y de respeto a los sentimientos del adicto. Esto generará la percepción de ser entendido sin críticas o culpa. Cabe señalar que esto no significa estar de acuerdo con todo lo que el paciente plantea sino el saber escuchar.
- Desarrollar discrepancias: El terapeuta ha de alentar al paciente a explorar discrepancias entre sus metas futuras (Ej. Salud, trabajo, etc.) y su actual comportamiento. El malestar que surgirá en el paciente a partir de este proceso ha de ser manejado con respeto y sensibilidad.
- Evitar el Debate: El asumir un rol confrontativo en los estadios iniciales de cambio promoverá reacciones adversas.
- El rol con las resistencias: El Terapeuta bien entrenado reestructurará el informe que lleva el paciente a la consulta de modo que las resistencias serán disminuídas.
 - Ej. Pac.: *"Mi esposa me tiene harto, constantemente se queja de mi conducta"*
 - Tpta.: *"Su esposa está expresando preocupación"*.
- El soporte de la autoeficacia: El Terapeuta ha de rescatar del paciente sus cualidades como ser humano al margen de los errores que pueda haber cometido.

Como se puede apreciar la Construcción de la motivación requiere de una adecuada formación Psicoterapéutica, rica en conocimiento de la enfermedad y en experiencia de manejo, que inicialmente ha de ser supervisado por un Profesional experimentado en la materia.

Así, la Entrevista motivacional se convierte en una danza entre dirigir y ser dirigido; de ejecutar estrategias de cambio y escuchar calladamente, de no adelantar o introducir conocimientos cuando aún no es el momento. En otras palabras, como señala Miller, *"La motivación viene del paciente no solo de la técnica experta del terapeuta"*.

ALGUNAS ESTRATEGIAS TERAPEUTICAS MOTIVACIONALES

Como se apreció anteriormente, las estrategias van a variar de acuerdo al estadio de cambio donde se ubique al paciente. Es por esta razón que plantearemos algunas alternativas terapéuticas de acuerdo a dichas fases motivacionales.

¿ Qué hacer con el paciente procontemplativo?

En esta fase podemos distinguir cuatros tipos de actitudes:

- El paciente reacio: Es aquel que por falta de información o por simple inercia no quiere considerar la posibilidad de cambiar y no son conscientes del alcance de su adicción. La intervención terapéutica ha de centrarse en el feedback objetivo sobre su problemática en un clima de empatía.
- El paciente rebelde: Su estilo adictivo es tan arraigado que es difícil lograr que se plantee un cambio. Evidencian resistencia y hostilidad al cambio. Se busca que se lo plantee a futuro, pero el trabajo es familiar buscando la precipitación de crisis.
- El paciente resignado: Se presenta a la consulta falto de energía, al no haber sido capaz de superar su adicción después de múltiples intentos. La intervención terapéutica se dirige a la recuperación de la esperanza en el tratamiento haciéndole ver las posibles deficiencias en su trabajo de recuperación sea en él o en el manejo dado.
- El paciente racionalizador: Es aquel que trata de explicar y defender inteligentemente su adicción. Hay un uso constante de la lógica por lo que el Terapeuta ha de estar muy atento y preparado para manejar esta circunstancia. La intervención se dirigirá a escuchar reflexiva y empáticamente sin discutir inicialmente para no reforzar su racionalización. Como podemos apreciar, ardua labor la que espera al terapeuta. Así mismo recordar que en este estadio el objetivo no es que el paciente acepte un tratamiento sino el promover en su conciencia que existe un problema.

¿ Qué hacer con el paciente contemplativo?

Como mencionamos anteriormente en esta etapa el paciente tiene un nivel de concienciación más desa-

rollado lo que genera una ambivalencia constante. Esta ambivalencia promueve sentimientos contradictorios sobre continuar con el consumo o dejarlo. La ambivalencia puede hacer de esta etapa una condición crónica y extremadamente frustrante.

La labor del terapeuta es proporcionar objetivamente razones que lleven a la persona a resolver esta ambivalencia. Esto a través del análisis de las consecuencias del consumo en las diferentes áreas de su desarrollo. Asimismo darle información más clara y precisa de lo complicado de la enfermedad de tal manera que el paciente encuentre claridad en el porqué e sus comportamientos. No hacer uso de lecturas ni de confrontaciones sino de la persuasión y reestructuración cognitiva para aumentar la probabilidad de cambio.

¿ Qué hacer en la etapa de preparación?

En esta etapa el paciente ya evidencia la intención de cambiar por lo que las estrategias terapéuticas se dirigirán a reforzar e intensificar dicha decisión.

Esto lo haremos a través de información cada vez más clara de la enfermedad y los cambios fisiológicos que produce y que se reflejan en comportamientos singulares en el adicto.

A partir de esta información es que se irán planteando alternativas de manejo ambiental para proteger al

paciente y a la vez el desarrollo de un programa de actividades que pueda servir como alternativa frente al síndrome de abstinencia.

¿Cómo sabemos que el paciente ya esta en etapa de preparación y dispuesto al cambio?

Para esto la experiencia nos ha demostrado que un paciente evidencia un avance en la etapa de preparación cuando :

- Hay disminución de la resistencia, traducido en que se deja de interrumpir la consulta, negar, discutir.
- Hay un menor número de preguntas sobre la conducta problema: Tiene ya información.
- El paciente se siente más tranquilo al ver la posibilidad más clara.
- El paciente comienza a hacer autoafirmaciones que indican apertura : "Creo que es un problema serio", "Sería bueno intentarlo".
- Aumenta el número de preguntas sobre el cambio :¿Qué puedo hacer?
- Surge la visualización, es decir empieza a preguntarse como será su vida después del cambio.
- Experimentación de actividades alternativas: deporte, terapia, etc.

Así podemos estar más seguros que el trabajo de recuperación será no solamente de un solo lado sino de