

Ecología del tratamiento de las Drogodependencias

JOSE LEON-CARRION

Profesor del Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Universidad de Sevilla.

DOSSIER

INTRODUCCION

Las estrategias de tratamiento de las drogodependencias están estrechamente ligadas a las distintas teorías que sobre el hombre tienen aquellos que las aplican. No hay fórmulas de intervención, en esta área, inocentes, ya que no es posible separar el uso y/o abuso de drogas de factores que están en la base de su imbricación social, familiar, personal, etcétera.

Es entonces evidente que un método de tratamiento que recoja preferentemente una filosofía centrada en el eje social, va a estar muy ligado a la posición que los que la aplican tienen sobre este tema; es muy difícil ser aséptico. El enfoque familiar no es más que otra forma de parcelar el

problema, y teorías de familia existen tantas como ideologías. El enfoque personalista va desde el individualismo de la realidad personal hasta la consideración del hombre como objeto de reparación por parte del técnico. También es verdad que existen, siempre, aquellos que argumentan que ellos realizan un tratamiento integral que podría denominarse biopsico-socio-familiar, que la mayoría de las veces no llega a tener ninguno de esos componentes a la hora de su aplicación. Pero veamos con más detenimiento esos aspectos.

El enfoque más tradicional y más poderoso dado al tratamiento de las drogodependencias corresponde al **sanitario**. Desde esta perspectiva se considera la enfermedad y/o al enfermo. En la actualidad este enfoque está haciendo verdaderos intentos por seguir manteniendo su hegemonía en el campo del tratamiento del abuso de drogas, intentando integrar aspectos que tradicionalmente han abordado otras disciplinas. Véase si no la pugna a nivel «político-organizativo» entre el modelo sanidad-servicios sociales de inclusión del abordaje de las drogodepen-

dencias. En estas discusiones, en el fondo, parece que más que un interés científico-organizativo lo que existe es una lucha de poder.

Dice Cavero (1985) que la idea de enfermedad ligada al tratamiento no es la más adecuada, ya que el éxito de este tratamiento «depende de la voluntad del paciente». Sin entrar en demostración de si ello es o no así, lo que sí se puede decir es que ése es un enfoque típicamente sanitario, muy centrado en el cliente. Desde esa óptica, puede argumentarse que es el paciente quien tiene que hacer todos los esfuerzos para salir de su situación, de «curarse», donde los técnicos prestan su apoyo sobre ideas ya prefijadas. El autor antes citado argumenta que, «dado lo complejo de la problemática de las toxicomanías en su causalidad y consecuencias, se requiere para su resolución **actuaciones plurales y diversificadas, que deben articularse** en un proceso continuo desde la toma de contacto, acogida, la cura, la post-cura, para llegar al objetivo final, que es la reinserción social».

Nadie es capaz de negar con razones adecuadas que en el tratamiento de algunas toxicomanías es necesario hacer una primera aproximación biológica, y es entonces necesaria la utilización de algunos fármacos, que como indica Bedate-Villar (1985) han de utilizarse, concretamente, con una finalidad terapéutica concreta, especialmente en determinadas circunstancias patológicas. Es el caso, por ejemplo, de la desintoxicación de una mujer embarazada heroínmana (León-Carrión, 1986 a) o de un heroínmano con complicaciones cardiovasculares o al principio de la desintoxicación de barbitúricos y, por supuesto, en el caso de «sobredosis».

Un enfoque **centrado en la familia** puede ser indefectiblemente polémico, ya que el concepto de familia es uno de los más ideologizados de todos los que se manejan en el terreno de la esfera social. Para unos la familia ha muerto (Cooper, 1974); para otros es el sustento de la integridad psicológica de los individuos. Bien es verdad que existen sociedades, como la de los cazadores-recolectores, que se hallan completamente basadas en el parentesco (Jervis, 1973); o las sociedades tribales, donde la organización social descansa sobre importantes agrupaciones de personas emparentadas (Sahlins, 1972). Es cierto que las sociedades occidentales donde se abusa de las drogas no tienen esa misma estructura organizativo-familiar, si bien no se puede, tampoco, negar la influencia

que ésta tiene en el desarrollo psicológico del individuo. En cualquier caso, se han realizado múltiples estudios sobre las familias de aquellos que abusan de las drogas; así, pueden verse los trabajos de Arrese y cols. (1984), Abeijon (1984), Alarcón (1984), Bower (1974), Kaufman (1979) y Thindman (1979).

Para Abeijon (1984) la familia es fundamental para la intervención en niños y para la terapia, en tanto que estima que en la familia de los toxicómanos existen inversiones jerárquicas respecto a las personas parentales y disfunciones estructurales. En un trabajo realizado por Alarcón (1984), sobre la estructura familiar en la propensión a las toxicomanías, donde se analizan variables socioeconómicas, familiares y de personalidad de jóvenes escolares propensos al consumo de drogas, concluye con la impresión de que la familia de estos sujetos está en un período de readaptación funcional.

En el alcoholismo, Arrese y cols. (1984) entienden que todos los miembros de la familia juegan un papel importante, formando un círculo de interacción, donde unos influyen sobre otros.

Un enfoque centrado en la educación está sistemáticamente abocado a ser polémico. No en vano es la educación, como instrumento de cambio social, uno de los resortes más pretendidos por las distintas concepciones políticas. Respecto al consumo de drogas, el Plan Nacional sobre Drogas (1985) señala los siguientes puntos básicos:

1. La mayoría de las medidas preventivas sobre el consumo de drogas no son específicas, sino generales, en el sentido de mejorar las condiciones de vida y prevenir la marginalidad.
2. «Las actividades prioritarias a desarrollar se centran en la educación para la salud en el medio escolar, la promoción del bienestar en la población juvenil y la participación de los agentes sociales, dentro de un marco de coordinación entre los servicios escolares, juveniles, sociales y de salud.»
3. Desde esta perspectiva, cuando sea necesario, en los centros docentes los educadores serán asesorados por especialistas.

Desde nuestro punto de vista, se entiende que la inclusión en dicho plan de la «prevención escolar de las drogodependencias» ha sido posible gracias al número de personas que en este campo trabajan en nuestro país.

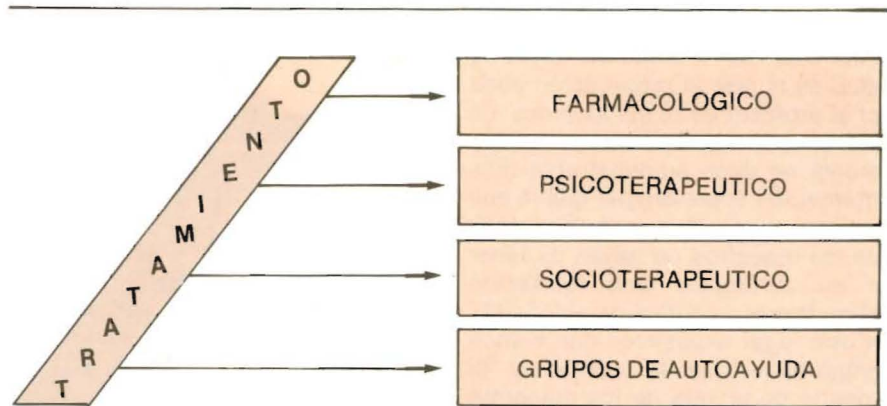


FIGURA 1: MODELO SANITARIO

Las relaciones entre las actuaciones dentro de un tratamiento están conectadas endeblemente. Tradicionalmente, la compartimentación y distribución de tareas profesionales ha facilitado que unos no conozcan el resultado de las otras áreas sobre el individuo.

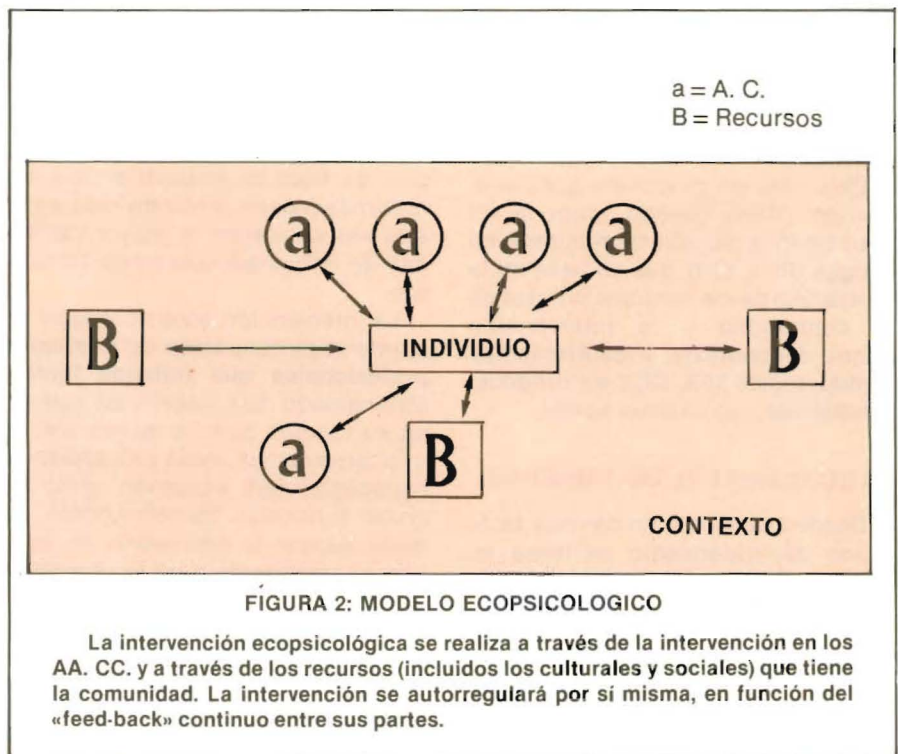


FIGURA 2: MODELO ECOPSICOLOGICO

La intervención ecopsicológica se realiza a través de la intervención en los AA. CC. y a través de los recursos (incluidos los culturales y sociales) que tiene la comunidad. La intervención se autorregulará por sí misma, en función del «feed-back» continuo entre sus partes.

Sin embargo, el tema requiere interés, porque, aunque se apoye la idea de la intervención escolar, el plan propone como eje central de la prevención «la mejora de las condiciones de vida y el bienestar social», tareas más difíciles de definir y operativizar que la prevención escolar. Con ello se corre el riesgo de centrar la actividad en la escuela, que es más factible y tiene menores complicaciones para su puesta en marcha.

Pero, aunque esto es importante, con la entrada de este «supuesto» tipo de prevención en la escuela entran conjuntamente diferentes concepciones y enfoques sobre la vida y la sociedad. No informa igual un maestro «progresista» en su clase

que uno «conservador». Cuando los que se dedican a esta actividad dicen que tratan de cambiar las actitudes hacia las drogas, habrá que preguntarse que hacia dónde pretenden cambiarlas, cuál será el sentido del cambio, con qué métodos, qué modelo de sociedad y vida se propone, etcétera. Porque no hay que olvidar las teorías y los modelos implícitos en cualquier tipo de información/formación que se transmite.

En un trabajo de campo reciente, León-Carrión (1985) encuentra que los profesores de EGB, de los diferentes colegios que se estudiaron, cuando transmiten información en sus aulas no son capaces de contro-

lar cómo ésta circula por ellas. En este sentido, habría que tener datos de cómo se mueve la información dada por el profesor entre los alumnos. La OMS propone que en campañas generales no debe suministrarse más información sobre drogas que la que la gente tiene. Ello no quiere decir que los maestros no hayan de tener en su currículum una formación sobre drogas y formas de actuación. En otro lugar expusimos que hemos comprobado que la actitud y la filosofía de la vida de los maestros suelen dejarse notar en clase, y suelen tener una importante influencia en la formación de juicios, valores, etcétera, de los niños y los adolescentes que tienen en formación.

Por todo ello, en cualquier caso, si desea realizarse este tipo de prevención, no debería perderse la sugerencia de **«la promoción del bienestar en la población juvenil y la participación de los agentes sociales, dentro de un marco de coordinación entre los servicios escolares, juveniles, sociales y de salud.»**

Esta idea es propuesta por León-Carrión (1986) cuando propone un Plan de Intervención Comunitaria en Drogas (Plan ICD), que se basa en la utilización de los recursos propios de la comunidad y la intervención dentro del contexto, y los Ambientes Conductuales (AA. CC.) de drogodependencias que en ellos se dan.

LA ECOLOGIA DEL TRATAMIENTO

Desde nuestro punto de vista, la división del tratamiento en fases no conduce a ningún resultado positivo. En vez de hablar de tratamiento, quizá fuera más interesante hablar de intervención en drogodependencias. El concepto de intervención implica un continuo interactivo que se autorregula por sí mismo. Sin embargo, de facto, el tratamiento tradicional se ha convertido en diversas actuaciones (cuando son diversas) con pequeñas interconexiones no controladas (figuras 1 y 2). La intervención ecopsicológica requiere que se identifique aquello que se pretende a partir de una identificación conceptual.

Intervención es un concepto amplio que requiere planificación, ordenación, investigación, proyección, etcétera (León-Carrión, 1986), por parte de personas e instituciones que tienen la capacidad técnica y la autoridad moral (aceptada) capaces de generar eficacia.

La ecopsicología indica que esta intervención ha de estar centrada en el contexto y los ambientes conductuales de los que los sujetos depen-



dientes o grupos de riesgo participan: Se trata de trabajar en los medios más próximos al individuo, y que a la vez contienen la mayor capacidad de influencia sobre sus conductas.

La intervención ecopsicológica requiere la participación de **diferentes profesionales que trabajan juntos**. Entendiendo que cada cual trabaja en su función para la realización de una tarea común, cada uno aporta su especialización, actuando como un grupo funcional. Evidentemente, se entiende que la aportación de cada uno es importante para la obtención de resultados.

Sin embargo, este modelo tiende a la autorregulación, y aunque cada uno tiene su función específica que cumplir, en un momento determinado, unos y otros pueden suplir las deficiencias, los fallos y carencias que puedan surgir, y modificar las estrategias de actuación en función de una constante autorregulación.

La intervención ecopsicológica está, generalmente, encardinada dentro de programas de Intervención Comunitaria. Cuando esto ocurre la intervención está muy asociada a la participación. La participación comunitaria hace referencia a la implicación de un grupo o miembros de la comunidad en la intervención comunitaria y/o ecopsicológica, y se centra en cuatro aspectos fundamentales (León-Carrión, 1986 b):

1. Establecer el control de la gestión, asegurando la responsabilidad de los planificadores.
2. Facilitar que los programas de actuación benefician a la mayoría.

3. Posibilitar que no haya discriminación, en la aplicación de programas, que viole el principio de igualdad.
4. Favorecer la participación de todas aquellas personas e instituciones que sean necesarias para desarrollar la intervención planificada, entendiendo que la participación tiene siempre un carácter voluntario.

Con estos presupuestos, la intervención ecopsicológica se centra en la planificación y la participación (Fig. 3), utilizando los recursos de la comunidad, y participa de los presupuestos que sostiene una rehabilitación de carácter existencial (León-Carrión, 1986 a).

Así, los pasos de la intervención ecopsicológica en drogodependencias son los siguientes:

1. Planificación de la actuación.
2. Participación comunitaria.
3. Ubicación del proceso personal/grupal.
4. Actividades de animación.
5. Actividades de colaboración.
6. Actividades de transformación.
7. Actividades de mantenimiento.

En primer lugar se ha de entender que la intervención ecopsicológica está siempre enmarcada en un plan de actuación (ver León-Carrión, 1986c). Es decir, entre otras consideraciones, este tipo de intervención es sólo, generalmente, factible de realizar si está dentro del marco público, bien sea en ayuntamientos o comunidades públicas. La puesta en marcha de un plan de estas características de forma privada requiere una inversión económica importante y con-

tiene elementos de actuación social que correspondería conocer y actuar a los poderes públicos. Por ello, lo que aquí se expone está pensado desde esas coordenadas.

LA INTERVENCION ECOPSICOLOGICA

La **planificación de la actuación** es el primer punto que ha de abordarse dentro de la intervención ecopsicológica. Dentro del Plan de Intervención, el grupo funcional de trabajo ha de realizar el tipo de programación que se desea realizar. Puede ocurrir que en una determinada población no interese desarrollar un plan que exija fuertes inversiones humanas respecto a la desintoxicación y atención a drogodependientes, sino por el contrario, necesitan desarrollar o dotar de un dispositivo preventivo.

Por ello, este punto requiere el estudio del contexto y de los ambientes conductuales relacionados con las drogodependencias (ver León-Carrión, 1986 c, 1986 d).

La **participación comunitaria**. Ha de quedar establecida en los términos exactos; por ejemplo, algunos ambientes conductuales de drogodependencia pertenecen al terreno privado, caso de los clubs, bares, discotecas, etcétera. En estos casos es necesario saber **qué** recursos humanos de esos sectores desean participar en el plan de intervención ecopsicológico y/o comunitario, y **cómo** desean participar. O bien, en un barrio determinado (contexto) con problemas de drogodependencia, las asociaciones en él reconocidas desean participar en el plan; entonces han de

establecerse las coordenadas de la participación.

La **ubicación del proceso personal/grupal** es un punto necesario y fundamental dentro del plan de intervención. Se trata, en primer lugar, de conocer los recursos mínimos necesarios (a través de la primera fase de planificación) para poner en marcha el plan. Es decir, si en una determinada población se ha establecido que el índice de personas ya dependientes de drogas es más elevado de lo que podría considerarse «usual», ha de pensarse que han de conocerse qué recursos existen:

1. Para tratar los problemas de la desintoxicación.
2. Para tratar los problemas médicos asociados.
3. Para evitar que estos sujetos influyan sobre otros sujetos «vírgenes» de droga de su propio contexto o ambiente conductual.
4. Para evitar las complicaciones personales y sociales derivadas.
5. Para involucrar a los sujetos en actividades y aspectos sociales positivos.

De ello se derivará la organización funcional del plan, si bien esta organización se establece de forma dinámica. Es decir, en cualquier momento, en base al proceso de retroalimentación del plan, puede hacerse una reestructuración organizativa.

Las **actividades de animación** forman parte de la filosofía esencial de la intervención ecopsicológica. Se trata de que el sujeto dependiente de drogas o en riesgo de consumirlas desarrolle el máximo de su programa

en el propio contexto y ambientes conductuales a que pertenece. Con los sujetos que ya son adictos es necesario incluir las actividades de animación dentro de los **pasos de la intervención psicológica** para este tipo de sujetos (ver León-Carrión, 1986 a).

En esta fase de la intervención se trabaja «en la calle», en el propio ambiente y contexto conductuales que interesan, a través de animadores socioculturales experimentados y suficientemente entrenados, que forman parte del grupo funcional de trabajo.

Las **actividades de colaboración** tratan de establecer y posibilitar las relaciones y la colaboración entre las distintas personas, grupos e instituciones a un mismo contexto y/o ambiente conductual, pertenezcan o no al ambiente de uso o riesgo de uso de drogas. Se trata de que los sujetos con distintos estilos de vida establezcan relaciones entre sí y trabajen conjuntamente para conseguir determinadas tareas y objetivos.

Las **actividades de transformación** son aquellas que están en consonancia con la filosofía inicial del plan de intervención, encaminadas a la transformación positiva de aquellos elementos del contexto y ambiente conductual que impiden un adecuado crecimiento personal de los sujetos que a ellos pertenecen.

Así, uno de los objetos principales en esta fase es que los sujetos adquieran grados de compromiso, vinculación y responsabilidad respecto a tareas y participación social.

Las **actividades de mantenimiento** son aquellas que facilitan que las adquisiciones respecto a una evolución positiva de la realidad personal puedan ser estables, siempre dentro del dinamismo de la conducta. Son aquellas que permiten que los sujetos utilicen nuevos recursos de forma independiente y sin necesidad de drogas. Se trata, en definitiva, de la utilización de los nuevos circuitos de mantenimiento de los ambientes conductuales y contextuales.

PROSPECTIVA ECOPSICOLOGICA

El modelo de intervención ecopsicológica que aquí se ha expuesto ha estado en todo momento bordeando un tema que quizá sea necesario explicitar; se trata de aquello que viene a llamarse *calidad de vida*.

En el transcurso del modelo ecopsicológico, la intervención de las drogodependencias, se entiende que dos aspectos son fundamentales para la amortiguación o modulación del uso indebido de drogas:

- a) La calidad de vida.
- b) La disponibilidad de droga.

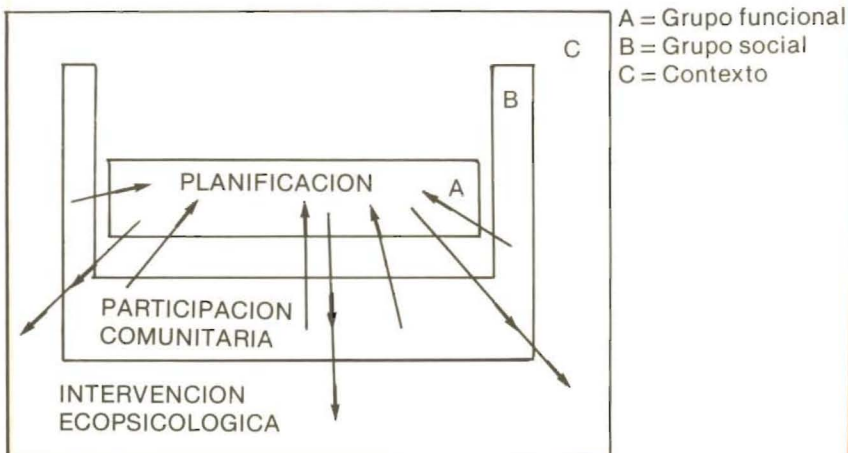


FIGURA 3

La intervención ecopsicológica se desarrolla: 1) A través de la planificación, que incide en la participación y el

contexto en el que se trabaja. 2) A través de la planificación comunitaria, que asegura el desarrollo adecuado de los planes de intervención surgidos desde la planificación.

Con el término *calidad de vida*, queremos hacer referencia a un conjunto de aspectos que están en la base del desarrollo de las conductas, en la expresión de los sentimientos de los individuos, y que conllevan, entre otros, los siguientes índices:

- a) Instrucción.
- b) Confort.
- c) Recursos.
- d) Posibilidades.
- e) Competencia.

La **instrucción** está relacionada con el acceso a la educación y a la cultura; a mayor nivel de instrucción parece que ha de haber mayor capacidad para realizar actividades de transformación y mantenimiento. El **confort** está relacionado con la capacidad que tiene el ambiente de atraer y satisfacer a los sujetos con ayudas sociorrecreativas, espacios abiertos, parques, etcétera.

Los **recursos** hacen referencia a aquellas ayudas de seguridad, orientación, servicios sociales, de salud, etcétera, a los que los sujetos pueden recurrir o en los cuales pueden sentirse seguros. Los recursos, al igual que los demás aspectos, tienden a proporcionar estabilidad psicológica a los sujetos que atienden.

Las **posibilidades** se relacionan con las facilidades y las libertades de elección, acceso, crecimiento y otras, dentro de su propio contexto y ambiente conductual. Y la **competencia** hace referencia a aquellos recursos personales e internos del sujeto, como pueden ser capacidad intelectual, relaciones familiares, habilidad social, etcétera.

Estos índices permiten observar qué nivel de calidad de vida tiene un individuo determinado. Para Blanco (1985) «la calidad de vida se define como la posterior satisfacción personal que el individuo tiene con las condiciones objetivas en las que se desenvuelve su existencia». Desde esta perspectiva, la calidad de vida es algo subjetivo que resulta de la satisfacción por las condiciones objetivas en que se desarrolla «mi existencia».

El vivir en un país o en una comunidad «económicamente rica» no garantiza la calidad de vida; por el contrario, puede haber niveles de desigualdad muy elevados. Unos individuos pueden tener un buen nivel cultural o alto nivel económico, bastantes recursos y competencia personal, pero en un determinado momento de su vida comienzan a consumir un determinado tipo de droga.

Es el caso, tópico, de ejecutivos o personas con exceso de responsabilidades, exceso de *stress*, etcétera, que toman cocaína. Ocurre que los

índices de calidad de vida que hemos expuesto parecen tenerlos cubiertos. Sin embargo, hay un factor que parece imprescindible en el concepto de calidad de vida: **la tendencia de estos índices a proporcionar equilibrio psicológico**. Si por el contrario, en vez de proporcionar un equilibrio, tienden a alterar la psicología y/o la psicofisiología individual, esos factores tienen lectura negativa.

La **disponibilidad de droga** es un factor esencial en la intervención psicológica, por la tendencia, pensamos que natural, que el hombre siempre ha tenido a evadirse en determinados momentos de su vida con sustancias que le permitieran entrar en otra realidad. Además, porque la droga es un *negocio*, y como tal tiene todos los recursos y *marketing* de una empresa para que los sujetos consuman sus productos. En cualquier

ciudad la droga puede mover más dinero que su industria más pujante.

En este tema, ya entramos en un aspecto estrechamente relacionado con las instituciones de la Seguridad del Estado, a las que correspondería tomar las medidas para dificultar o erradicar esa disponibilidad. Tarea nada fácil y, sin embargo, indispensable, ya que, como la historia nos dice: la droga es capaz de generar los más elevados índices de corrupción en los estados sociales; recordemos la China de mediados del siglo XIX y principios del XX, y las guerras del opio. O la realidad de determinados países actualmente.

En definitiva, calidad de vida y disponibilidad de drogas van a estar muy relacionadas con las estrategias para los tratamientos o la intervención en el campo de uso de drogas.



REFERENCIAS

- ABEJON, J. A. (1984): «La familia con el tratamiento con toxicómanos». En varios: *Drogodependencias, un reto multidisciplinar*. Págs. 49-54. San Sebastián. Eusko-Jauriaritza.
- ALARCON, E. J. (1984): «La estructura familiar en la propensión a las toxicomanías». En varios: *Drogodependencias, un reto multidisciplinar*. Págs. 341-350. San Sebastián. Eusko-Jauriaritza.
- ARRESE, J. L.; AROZENA, I.; ETURA, M., y EAUSKIN, I. (1984): «Tratamiento de alcohólicos, aproximación sistemática a las relaciones de pareja». En varios: *Drogodependencias, un reto multidisciplinar*. Págs. 45-48. San Sebastián. Eusko-Jauriaritza.
- BEDATE-VILLAR, J. (1985): «Tratamiento biológico de las otras toxicomanías». En:

Los municipios ante las drogodependencias. Págs. 371-380. Vigo. FEMP.

BOWEN, M. (1974): «Alcoholism as viewed through family systems theory and family Psychotherapy». *Annals of the New York Academy of Science*. 233: 115-122.

CAVERO, M. A. R. (1985): «Abordaje ambulatorio de las toxicomanías y tratamiento de urgencias». En los municipios ante las drogodependencias. Págs. 349-360. Vigo. F. E. M. P.

COOPER, D. (1971): «The death of the family». England. Penguin Books. Ltd.

KAUFMAN, E. (1979): «Substance abuse and family therapy». London. Gruve & Stratton.

LEON-CARRION, J. (1985): «Consideraciones sobre la prevención en el ámbito escolar. Un análisis experimental». *Socidrogalcohol*. Palma de Mallorca.

LEON-CARRION, J. (1986 a): «Heroína: Evaluación e intervención psicológica». *Apuntes de Psicología*, 16. Págs. 21-28.

LEON-CARRION, J. (1986 b): «Plan de Intervención Comunitaria en Drogas (Plan ICD)». En J. León-Carrion (ed.): *Bases para la prevención de las drogodependencias*. Págs. 273-284. Sevilla. Alfar/Universidad.

LEON-CARRION, J. (1986 c): «Drogas y Salud Pública: La intervención psicológica (Un enfoque comunitario)». *Encuentros de Psicología*. Págs. 23-33.

LEON-CARRION, J. (1986 d): «El contexto y el ambiente conductual: Un abordaje para la prevención de las drogodependencias». En J. León-Carrion (ed.): *Bases para la prevención de las drogodependencias*. Págs. 231-271. Sevilla. Alfar/Universidad.

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO (1985): *Plan Nacional sobre Drogas*. Madrid. Secretaría General Técnica.

SAHLINS, M. D. (1972): *Las sociedades tribales*. Barcelona. Låbor.

SERVICE, E. R. (1973): *Los cazadores*. Barcelona. Låbor.