



Northeast & Caribbean (HHS Region 2)

ATTC

Addiction Technology Transfer Center Network
Funded by Substance Abuse and Mental Health Services Administration

REDUCCIÓN DE DAÑOS:

Un modelo pragmático para el tratamiento de personas con trastornos por uso de sustancias



RELEVO DE RESPONSABILIDAD

Esta publicación fue preparada para el Northeast and Caribbean Addiction Technology Transfer Center (NeC ATTC) bajo el acuerdo cooperativo 5UR1TI082504-04 con la Administración de Salud Mental y Abuso de Sustancias de E.E.U.U. (SAMHSA, por sus siglas en inglés). Todo el material incluido en esta publicación, excepto el tomado de recursos con derechos de autor, es de dominio público y se puede reproducir y copiar sin el permiso de SAMHSA o los autores. Citar la fuente es apreciado. No reproduzca ni distribuya esta publicación por una tarifa sin aprobación específica y escrita del Northeast and Caribbean Addiction Technology Transfer Center (NeC ATTC). Para más información sobre cómo obtener copias de esta publicación, llame al (787) 785-4211.

Cita Sugerida: Northeast and Caribbean Addiction Technology Transfer Center. (enero, 2023). *Reducción de daños: Un modelo pragmático y clínico para el tratamiento de personas con trastornos por uso de sustancias*. Institute of Research, Education and Services in Addiction, Universidad Central del Caribe, Bayamón, PR.

Al momento de esta publicación, la Dra. Miriam Delphin-Rittmon sirve como Secretaria Adjunta de la Administración de Salud Mental y Abuso de Sustancias de E.E.U.U. (SAMHSA); Michael Chaple, Ph.D. sirve como Director e Ibis S. Carrión-González, Psy.D. como Codirectora del Northeast and Caribbean ATTC para Puerto Rico e Islas Vírgenes Norteamericanas.

Las opiniones que se expresan en este documento son el punto de vista de los autores y no reflejan la posición oficial del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (DHHS, por sus siglas en inglés), SAMHSA. No se pretende ni se debe inferir ningún apoyo o respaldo oficial del DHHS, SAMHSA, a las opiniones descritas en este documento.

RECONOCIMIENTOS

Reconocemos por su contribución en el desarrollo de este producto:

Angelita Colón Ortiz, Psy D.
Psicóloga Clínica

INFORMACIÓN DE CONTACTO

northeast@uccaribe.edu | Tel: 787.785.4211 | Fax: 787.785.4222



Northeast & Caribbean (HHS Region 2)

ATTC

Addiction Technology Transfer Center Network
Funded by Substance Abuse and Mental Health Services Administration



Índice

Objetivos.....	4
Introducción.....	4
¿Qué es la reducción de daños?.....	5
Modelo de Reducción de Riesgos y Daños.....	7
Teorías de la adicción.....	8
Modelo Moral.....	8
Modelo de Enfermedad o Biológico.....	8
Trastorno del Aprendizaje.....	8
Hipótesis de automedicación.....	8
Responsabilidad sin culpa o vergüenza.....	8
Modelo Biopsicosocial.....	9
Prejuicio, estigma y el proceso de ayuda.....	9
Reducción de daños, política pública y programas de ayuda.....	10
Terapia con agonistas de opiáceos/opioides.....	10
Programa de intercambio de jeringuillas.....	11
Salas de consumo supervisado.....	11
Prevención de sobredosis por pares.....	11
Psicoterapia en Reducción de Daños.....	12
Relación persona-proveedor(a) de ayuda.....	13
Cambio, motivación, resistencia y ambivalencia.....	13
Metas y objetivos.....	14
Conociendo la relación de la persona con las drogas.....	14
Modelo Transteórico del Cambio.....	16
Etapas de Cambio.....	16
Precontemplación.....	16
Contemplación.....	18
Preparación.....	19
Acción.....	20
Mantenimiento.....	21
Entrevista Motivacional.....	22
Conclusión.....	23
Referencias.....	24

Objetivos del módulo

1. Conocer y comprender la Reducción de Daños como un proceso de ayuda para las personas con trastornos por consumo de sustancias.
2. Establecer los aspectos clínicos de la Reducción de Daños y cómo ponerlos en práctica en el proceso de ayuda.
3. Comprender la Reducción de Daños desde la perspectiva de salud pública y de los modelos psicológicos y de cambios de conducta.
4. Entender la Reducción de Daños como un proceso dirigido al cambio que inicia y se desarrolla con una alianza terapéutica sólida.

Introducción

El trastorno por uso de sustancias es actualmente uno de los problemas de salud pública más retantes para la sociedad, así como para los diversos proveedores que ofrecen servicios de salud física y mental a las personas que intentan manejar las consecuencias directas o indirectas de su consumo de sustancias. El ser humano se ha relacionado con las sustancias psicoactivas desde el inicio de los tiempos. Estas sustancias han sido utilizadas de manera mística, cultural, medicinal y en rituales. Las plantas de donde se obtienen las sustancias psicoactivas se usaban como parte de una expresión cultural y regional y no se consideraban perjudiciales, sino que iban de la mano de la supervivencia y ciertos aspectos religiosos-espirituales o místicos. (Tatarsky, 2002). En esos tiempos históricos se desconocían los efectos nocivos que estas sustancias ocasionaban en el ser humano. Su uso en cantidades limitadas y sin adulterar podían lograr funciones beneficiosas para el cuerpo, pero se ha evidenciado que el consumo excesivo y continuo puede generar adicción, así como efectos perjudiciales a corto y largo plazo.

A partir de la década de los 60 se desarrolló interés en estudiar el impacto de las drogas en las personas. El interés primario iba dirigido al logro de la abstinencia como medida de éxito. En la década de los 70 Los Países Bajos comenzaron a interesarse en la reducción de daños como respuesta a las limitaciones del enfoque de tratamiento de sólo abstinencia. A finales de la década de los 80 e inicios de los 90, en los Estados Unidos comienza a aceptarse la reducción de daños como un conjunto de estrategias de salud pública para reducir la propagación del HIV. El Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (NIDA) publicó el manual *Las Drogas, el Cerebro y el Comportamiento: La Ciencia de la Adicción*. Este ha sido actualizado en el 2010 y 2014. NIDA (2014) define la adicción como una enfermedad crónica del cerebro con recurrencias, que se caracteriza por la necesidad, búsqueda y uso compulsivo de las drogas que afectan al individuo en su entorno bio-psico-social, alterando así el funcionamiento esperado dentro del ambiente donde se desenvuelve. El Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, en su quinta edición (DSM-5, 2013), conceptualiza las adicciones como un trastorno por consumo de sustancias. Las diversas investigaciones han logrado que se conozca el impacto neurofisiológico del consumo de sustancias. Así mismo, se hace evidente que el uso de sustancias tiene un origen multifactorial que no debe ser ignorado.

Las drogas van a seguir siendo parte de la humanidad. El desarrollo de nuevas drogas sintéticas representa otro gran reto para la salud pública. Para intentar contrarrestar el impacto de las drogas, surgieron programas y políticas con enfoques prohibicionistas y punitivos. Los programas basados en la psicoeducación, motivación, concienciación, manejo de insidia, prevención de recurrencias y técnicas cognitivas conductuales no han sido suficientes para reducir los daños en la población general. Esto implica continuar evaluando, diseñando e investigando sobre las estrategias de ayuda. La reducción de daños no se contrapone a la abstinencia. Esta se incluye como una meta que puede alcanzarse, si ese es el objetivo de la persona. Las personas que utilizan sustancias son muy diversas, y sus diferencias van desde la cantidad y frecuencia de uso, sus metas personales, motivación y disposición al cambio, hasta su estado emocional, psicológico, cognitivo y otras características. La reducción de daños tiene un enfoque de salud pública, pero también debe evaluarse desde la perspectiva clínica, para trabajar con las personas que buscan ayuda para manejar las consecuencias nocivas del uso de las drogas.

¿Qué es la Reducción de Daños?

En la década de los 70 en Los Países Bajos, Alemania, Inglaterra, Australia y Canadá se comenzaron a buscar opciones para trabajar con las personas con historial de uso de sustancias porque entendían que el tratamiento basado sólo en la abstinencia no estaba siendo exitoso. Además, si la persona rechazaba la abstinencia no era considerada para iniciar el tratamiento. Tatarsky (2002) indica que la reducción de daños nace como un movimiento de justicia social, promoviendo los derechos humanos, como la orientación y otro acercamiento a las intervenciones terapéuticas para personas que en su mayoría provienen de historias de vida de marginación, exclusión y pobreza. Sus dificultades provienen de complejas historias donde las carencias sociales y la falta de oportunidades se unen con condiciones psicológicas propias de historias de violencia y soledad, en adición al trastorno por uso de sustancias. En Estados Unidos la reducción de daños fue aceptada a finales de los años 80 e inicios de los 90 como un conjunto de estrategias pragmáticas de salud pública para reducir la propagación del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y otros riesgos asociados al uso de sustancias. Se incluían estrategias como uso de agujas limpias, distribución de condones y tratamiento asistido con el medicamento metadona.

Las personas con historial de uso de sustancias han sido penalizadas por las leyes, obligadas a recibir tratamientos no deseados; estigmatizadas por la sociedad y juzgadas moralmente. La mayoría de los tratamientos ofrecidos radican en que la persona logre y mantenga la abstinencia. La recurrencia, esperada dentro del proceso de recuperación, ha sido criticada y juzgada. Las personas que rechazan la abstinencia o no cumplen con el tratamiento son consideradas como carentes de motivación. El prejuicio hacia las personas con trastornos por uso de sustancias se ha evidenciado a través del lenguaje, los acercamientos punitivos y al considerar que son incapaces de tomar decisiones y ser parte activa de su proceso de cambio. El modelo moral ha combatido las drogas con una visión pecaminosa en la que se le declara la “guerra a las drogas” y las personas que las consumen son pecadoras que deben ser salvadas, aunque no lo deseen ni lo soliciten. Por su parte, el modelo médico conceptualiza el uso de sustancias como una enfermedad en la que el médico diagnostica y establece el tratamiento de forma unilateral. Los modelos basados en la abstinencia son útiles para las personas que acuden buscando servicios por su propia voluntad o la de su familia y cuya meta es dejar el consumo de las sustancias. Tatarsky (2002) indica que en los inicios de los tratamientos para el uso de sustancias el terapeuta tenía la encomienda y propósito de ayudar a las personas a pesar de sí mismas y en contra de ellas, si fuese necesario. La resistencia era vista como síntoma y evidencia de necesidad de ayuda. El que la persona no se reconociese como enferma era visto como negación. La negación a iniciar tratamiento requería de poner en práctica estrategias consideradas punitivas o rechazadas por la persona, pero aceptadas entre los proveedores de servicio. Un ejemplo de lo anterior es el ingreso a programas de tratamiento cuando la persona no acepta que tiene un uso compulsivo de las sustancias; o el uso de la confrontación como estrategia para que acepte que tiene una situación a resolver. La perspectiva personal y la opinión de la persona no era aceptada ni considerada.



Aunque existen diversos modelos de tratamiento, se ha evidenciado que si no se acepta e incluye la perspectiva, metas y deseos de la persona el éxito es limitado. Diversas investigaciones y modelos basados en la evidencia científica ponen de manifiesto la importancia de integrar a la persona en su proceso de cambio. Marlatt (1998) en su libro Reducción de Daños define ésta como “Pragmatismo Compasivo”. Este autor señala que la reducción de daños es un acercamiento compasivo y pragmático que ayuda a las personas a resolver sus problemas con las drogas. Denning y Little (2017) indican que la reducción de daños significa ser libre de sanciones punitivas respecto a lo que la persona eligió introducir en su cuerpo sin miedo, estigma y vergüenza.

La reducción de daños como enfoque pragmático acepta el uso de sustancias como un hecho. Esto permite que las personas que consumen sustancias se incorporen al tratamiento desde donde ellos se encuentran, y no donde el proveedor de servicios cree que deberían estar. El uso de sustancias y sus consecuencias se desarrolla dentro de un continuo de nocividad que puede afectar a la persona y su comunidad. El comportamiento relacionado al uso de las sustancias cambia gradualmente. La reducción de daños busca ayudar a moverse en ese continuo, acercándose al punto de menor daño. Cualquier reducción de daño es un paso en la dirección correcta (Marlatt, 1998). Tatarsky (2002) indica que el enfoque de reducción de daños recoge las dificultades de las personas y propone cambios y programas que surgen de una mirada humanista del mundo, fundamentado en principios básicos de salud pública, en donde lo más importante es el consumidor y sus necesidades.

Los procesos fundamentales y de sobrevivencia de la vida se relacionan con respirar, beber, comer y moverse. Las conductas que amenazan la salud de las personas se relacionan con fumar, abuso de alcohol, dietas poco saludables, falta de actividad y estrés (Prochaska, J.O. y Prochaska, J.M., 2016). El estrés es el factor común que impulsa a las personas a respirar, beber o comer en niveles tóxicos. Se requieren estrategias para comprender este factor y ayudar a las personas a reconocer las variables que afectan su nivel de estrés para promover cambio.

Modelo de Reducción de Riesgos y Daños

Becoña (2016) presenta varias interrogantes relacionadas al impacto del uso de sustancias en las personas, la comunidad y sociedad en general:

1. ¿Cómo reducir el riesgo de que las personas que consumen drogas se contagien de enfermedades infecciosas como el VIH, Hepatitis B y C, Tuberculosis, experimenten sobredosis o desarrollen abscesos peligrosos para la salud?
2. ¿Cómo reducir la posibilidad de que las personas que consumen drogas incurran en actividades criminales que puedan causar daño a sí mismos o a otros?
3. ¿Cómo aumentar la posibilidad de que las personas en uso de sustancias actúen de forma responsable con otros y con su familia, completen su preparación académica y obtengan y mantengan un empleo?
4. ¿Cómo aumentar la reinserción social de las personas que consumen sustancias que decidieron realizar cambios en su vida?
5. ¿Cómo asegurar que las políticas de control de drogas no causen más daño que beneficios a las personas que usan sustancias y a la sociedad?

Esta autora define la reducción de daños como un conjunto de estrategias prácticas que tengan por finalidad buscar a la persona que consume drogas donde se encuentre, con el propósito de ayudarla a reducir o eliminar los daños ocasionados por el consumo de éstas.

La reducción de daños se define como el conjunto de políticas, programas e intervenciones que buscan minimizar las consecuencias nocivas que el consumo de sustancias legales o ilegales ocasiona en la salud de la persona o la sociedad. El Modelo de Reducción de Riesgo es un conjunto de estrategias e ideas prácticas destinadas a reducir las consecuencias negativas asociadas al uso de drogas. Esta iniciativa busca la justicia social a través del respeto por los derechos de las personas. Es un estilo de intervención no confrontativo pero directivo, basado en el Modelo Transteórico del Cambio de James Prochaska y Carlo DiClemente (1984,) y el concepto de autoeficacia de Albert Bandura (1997).

Algunos autores publicaron sus trabajos con el objetivo de establecer el modelo de psicoterapia de reducción de daños; así como métodos para asistir a las personas que no consideran la abstinencia como una meta. Andrew Tatarsky (2002) publicó el libro *Harm Reduction Psychotherapy: A new Treatment for Drug and Alcohol Problems*, traducido al español como *Psicoterapia de Reducción de Daños: Un nuevo tratamiento para problemas de drogas y alcohol*. Patt Denning y Jeannie Little (2017) presentan la segunda edición de *Over the Influence: The Harm Reduction Guide to Controlling your Drug and Alcohol Use*. Estos autores presentan diversas estrategias clínicas para tratar a las personas con trastorno por uso de sustancias.

Denning and Little (2017), indican que es importante reconocer la complejidad de cada individuo en su relación con las drogas y el rol que desempeñan éstas en su vida. Las autoras creen y respetan el derecho que tienen las personas a la autodeterminación, que las drogas son una parte normal de la experiencia humana, que las personas tienen derecho a afrontar las experiencias de la vida de la mejor manera y no deben ser presionadas a abandonar su forma de afrontamiento sin ofrecerle algo que lo reemplace. Las autoras consideran que cuando las personas tienen información real y libre de prejuicios toman decisiones informadas y que cuando tienen acceso a opciones reales para cambiar, basadas en la evidencia, pragmatismo y compasión tienen mayor posibilidad de cambio. En adición, consideran que las personas son libres de decidir si utilizan drogas y de optar por las soluciones que mejor funcionen para ellas. Estas autoras señalan que la meta de reducción de daños es disminuir las consecuencias nocivas relacionadas con el uso de las sustancias y cambiar la relación que la persona tiene con éstas.

Teorías de la adicción

A lo largo del tiempo se han desarrollado diversas teorías que intentan explicar la adicción:

1. Modelo Moral

Este modelo conceptualizaba la adicción como una falla moral y pecaminosa en el que las personas tomaban malas y pobres decisiones. Se consideraba que las personas que consumían sustancias eran incapaces de resistir la tentación y se les describía como “inmorales y viciosas”. Es un modelo reduccionista que parte de la premisa del pecado. La sociedad en general acogió esta premisa ocasionando una visión estigmatizada y prejuiciosa que en términos generales aún se mantiene.

2. Modelo de enfermedad o biológico

Este modelo enfatiza que la adicción tiene un origen biológico que ocasiona cambios en el cerebro. Hace referencia a que las personas continúan usando drogas por los cambios ocasionados en su cerebro. Se considera la probabilidad de la predisposición genética o hereditaria. Este modelo que presenta la adicción como enfermedad logró que se estableciera tratamiento y no castigo para las personas con adicción. Diversas investigaciones han realizado avances para conocer los cambios estructurales del cerebro y desarrollar medicamentos para el manejo de sobredosis, disminuyendo las muertes por esta causa. En el año 2007 el Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (NIDA) publica “Manual sobre las drogas, el cerebro y el comportamiento: la Ciencia de la Adicción” revisado en el 2010 y 2014. La Organización Mundial de la Salud describe la adicción como una enfermedad crónica y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (2013), en su quinta edición, incluye la adicción como un trastorno de salud mental. El CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades) incluye la adicción a drogas como un diagnóstico de salud.

3. Trastorno del aprendizaje

Fernández (2018) indica que algunos expertos en las adicciones la describen como un trastorno del aprendizaje. Se menciona que la conducta adictiva interfiere con la motivación y la toma de decisiones. Se establece que una vez una conducta se repite de forma consistente por cierto tiempo comienza a realizarse de forma automática. La conducta realizada comienza a cumplir un propósito psicológico. Menciona que similar a otros trastornos o problemas del desarrollo y del aprendizaje, las personas pueden estar neurológicamente más vulnerables a los cambios en el cerebro.

4. Hipótesis de automedicación

Khantzian (1985, 1997) desarrolla esta hipótesis que establece que las personas usan drogas para manejar el dolor físico y emocional. Según esta hipótesis se explica el uso compulsivo de ciertas drogas para manejar la sintomatología depresiva, ansiogénica, el dolor crónico, trauma o duelo. En nuestra cultura las personas comentan sus circunstancias de vida y recomiendan, incluso comparten, sus medicamentos como modo de buscar alivio sin acudir al médico. Sin embargo, esta conducta puede poner en riesgo a la otra persona debido a que el medicamento no ha sido prescrito para ella.

5. Responsabilidad sin culpa o vergüenza

Pickard (2017) indica que la adicción es una decisión de las personas, la cual pueden detener bajo ciertas circunstancias. Este enfoque establece que las personas son responsables de sus decisiones sin juzgar o estigmatizar la conducta.

6. Modelo biopsicosocial

Este acercamiento establece que es un hecho el componente biológico y el impacto de las drogas en el cerebro y el cuerpo. Plantea la importancia de entender los componentes psicológicos: dificultad para manejar el estrés emocional, el bajo autoconcepto y la insatisfacción ocasionada por las consecuencias de un estilo de vida nocivo o perjudicial para la salud. El componente social se relaciona con los mensajes socioculturales sobre el uso de las sustancias y la influencia de los pares, así como a la falta de acceso o servicios para desarrollar estrategias para manejar las diversas situaciones y circunstancias de la vida. Desde esta perspectiva, la adicción requiere de tratamientos y acercamientos que integren estos tres componentes: biológico, psicológico y social.



Prejuicio, estigma y el proceso de ayuda

El prejuicio, la estigmatización y la falta de sensibilidad son aspectos que distancian a las personas con uso de sustancias de la búsqueda de ayuda. La creencia social de que las personas que consumían sustancias no querían cambiar esa “conducta pecaminosa” abonó al estigma y al prejuicio. Muchos de los profesionales de la salud física y mental partían de la premisa de que las personas que usaban drogas no deseaban ni tenían voluntad de cambio, por lo que desarrollaron métodos punitivos que distanciaron a las personas de la aceptación de ayuda. Al presente, los estudiosos e investigadores del tema proponen nuevos acercamientos dirigidos a comprender que las personas que consumen sustancias deben ser tratadas con un enfoque holístico e integrado, evitando una atención segmentada y fragmentada. Esto implica tratar a la persona con respeto, aceptación y compasión, considerando la totalidad de sus experiencias, el manejo de sus estresores y sus necesidades particulares. En adición, implica entender y aceptar la decisión de la persona respecto a si desea o no eliminar las drogas de su vida. La reducción de daños representa una visión integral que trabaja los aspectos relacionados con los efectos negativos del uso de las sustancias y reducir el abuso de éstas. La abstinencia no es el objetivo final, sino más bien, entender y respetar la meta

individual de cada persona. Desde esta perspectiva el proveedor(a) de ayuda debe reconocer y mostrar respeto al deseo de la persona y, en adición, entender que cada persona es diferente e integrar esto al tratamiento. No es, entonces, el tratamiento para las personas que consumen drogas, sino qué aspectos de ésta pueden ser de aceptación y utilidad desde su perspectiva personal.

Reducción de daños, política pública y programas de ayuda

Las intervenciones en la reducción de daños se han focalizado en el consumo de drogas intravenosas, principalmente opioides, por el riesgo de contagio de enfermedades infecciosas como VIH, Hepatitis B y C, y Tuberculosis, así como el desarrollo de abscesos y la posibilidad de muerte como consecuencia de éstas. En 1984 los Países Bajos inició el primer programa de intercambio de jeringuillas como respuesta a una epidemia de Hepatitis B. En 1985 con la epidemia del VIH se cuestionaron los métodos utilizados para el tratamiento de las personas que utilizaban sustancias. En este contexto se comienzan a considerar políticas para la reducción de daños en las personas con consumo de drogas intravenosas.

Dentro de este contexto surgen los programas de tratamiento de bajo umbral, estos son centros de salud basados en la reducción de daños con demandas mínimas a las personas participantes. En estos no se realizan intervenciones no solicitadas por la persona y no se requiere de participación en algún otro servicio. Estos programas pueden incluir servicios integrados que la persona puede acceder cuando así lo desee. Islam, M., Topp, L., Conigrave, K. y Day, C. (2013) definen los servicios de bajo umbral como aquellos en donde no se impone la abstinencia de drogas y no se intenta controlar el consumo de la persona como condición para acceder al servicio. Los programas de tratamiento de bajo umbral incluyen atención de salud básica y servicios personalizados. No deben confundirse con programas que sólo realizan intercambio de jeringuillas.

Algunas intervenciones dirigidas a minimizar la propagación del VIH y otras infecciones, prevenir muertes y otros problemas de salud son:

1. Tratamiento con agonistas de opioides

Los opioides son sustancias sintéticas creadas en laboratorios, mientras los opiáceos son sustancias naturales que se encuentran en la semilla y la flor de la planta papaver somniferum. El zumo seco y fermentado se conoce como opio. NIDA (2014) indica que los opioides son sustancias endógenas o exógenas con un efecto similar a la morfina. Se denomina como opioides los productos químicos derivados de la morfina. Son una clase de drogas que incluyen la heroína, así como un grupo de fármacos considerados como opioides sintéticos que son recetados para el tratamiento del dolor. Los opioides sintéticos incluyen el fentanilo, ciertos analgésicos que están disponibles legalmente con prescripción médica como la oxicodona (Oxycontin), la hidrocodona (Vicodin), la codeína, la morfina, la buprenorfina y otros.

En el año 1965 se observó que en personas en tratamiento asistido con metadona se reducía el síndrome de abstinencia, así como la insidia por volver a utilizar opiáceos. En Puerto Rico existen varias clínicas que ofrecen tratamiento a personas que consumen opioides asistido por metadona. La metadona es un opioide sintético que se utiliza como terapia de mantenimiento en personas que utilizan heroína. Ésta elimina los síntomas de retirada por un lapso de entre 24 y 36 horas.

Otros medicamentos relacionados con el tratamiento para discontinuar el uso de heroína y que han probado su efectividad son la buprenorfina y la naltrexona. La naltrexona es un medicamento diseñado para revertir rápidamente la sobredosis de opioides por lo que puede salvar vidas al restablecer la respiración normal de la persona. Es un antagonista que se adhiere a los receptores opioides, bloqueando sus efectos. Se puede administrar con un vaporizador nasal o como inyección intramuscular, subcutánea o intravenosa. Es útil para las personas con dependencia menos grave o incipiente, así como con una fuerte motivación para mantener la abstinencia.

La buprenorfina es un agonista que se usa para tratar la dependencia a los opioides. Se produce en dos fórmulas: Suboxona (esta contiene buprenorfina y naloxona) y Subutex (contiene solamente buprenorfina). La Naloxona se incluye para prevenir el abuso, ya que provoca los síntomas del síndrome de abstinencia en las personas que abusan de la buprenorfina.

2. Programa de intercambio de jeringuillas

Los programas de intercambio de jeringuillas reducen los riesgos de que las personas que usan sustancias por vía intravenosa se contagien de infecciones como el VIH y otras enfermedades de transmisión sanguínea. El intercambio consiste en que las personas que se inyectan las sustancias entreguen sus jeringuillas utilizadas a cambio de otras nuevas. En el área metropolitana de Puerto Rico el Programa Punto Fijo de Iniciativa Comunitaria intercambia jeringuillas usadas por nuevas, así como otros servicios para las personas que utilizan drogas inyectables. El Punto en la Montaña ofrece el servicio de intercambio de jeringuillas en el área central del país. El Programa Intercambios Puerto Rico ofrece servicios en la zona este del país. Existen otros programas bajo organizaciones sin fines de lucro o gubernamentales que dependen de los fondos que reciben para ofrecer estos servicios, tanto en Puerto Rico, Islas Vírgenes Estadounidenses, como en los Estados Unidos.

En adición a la distribución de material estéril para inyectarse, el programa de intercambio incluye filtros, “cookers” y agua destilada. La meta es educar sobre el uso adecuado de la parafernalia, la forma de inyectarse y de desechar las jeringuillas de forma segura.

3. Salas de consumo supervisado

Estas salas son instalaciones con supervisión ubicadas en lugares accesibles y con medidas higiénicas para que las personas puedan usar las sustancias de forma segura. Éstas evitan que las personas reutilicen las jeringuillas y parafernalia y previene muertes por sobredosis. En adición, hacen un manejo adecuado para descartar y eliminar las jeringuillas y la parafernalia. La primera sala de consumo supervisado se estableció en Berna, Suiza en el 1986. Otros países europeos como Alemania, Países Bajos, España, Noruega, Luxemburgo, Dinamarca, Grecia y Francia tienen estas instalaciones. Estados Unidos ni Puerto Rico cuenta con salas de consumo supervisado.

4. Prevención de sobredosis por pares

Esta estrategia consiste en educar a los pares de las personas que consumen drogas intravenosas sobre los efectos adversos y el manejo de los síntomas de sobredosis por opioides incluyendo la resucitación cardiopulmonar (CPR) y la administración de Narcam (Naloxona). Esta estrategia ayuda a que las personas cercanas, familiares o pares de las personas que presentan uso de drogas intravenosas, aumenten o desarrollen conocimientos, así como confianza y destrezas en el manejo de una sobredosis.

La reducción de riesgos y daños incluye la búsqueda e implantación de estrategias que contribuyan a prevenir condiciones de salud e incluso la muerte en las personas con trastorno por consumo de sustancias. En adición, busca disminuir los problemas comunitarios y evitar epidemias por contagio de infecciones. Desde esta perspectiva es un enfoque colectivo para trabajar con problemas específicos. No obstante, la complejidad de los procesos adictivos obliga a la búsqueda de métodos e intervenciones que funcionen a nivel individual considerando los deseos, objetivos y metas de cada persona.

Psicoterapia en Reducción de Daños

La Organización Mundial de la Salud define el Trastorno por Uso de Sustancias como un patrón patológico de comportamiento en el que las personas continúan utilizando una sustancia a pesar de experimentar problemas significativos relacionados con su uso. Esta organización define la adicción como una enfermedad cerebral igual que otros trastornos neurológicos o psiquiátricos reconocidos. NIDA (2014, 2020) indica que la adicción es un trastorno de salud que afecta el cerebro y modifica el comportamiento. La OMS recomienda intervenciones clínicas para detener o reducir el consumo de drogas, controlar el comportamiento que genera dependencia, restablecer las relaciones interpersonales y mejorar las aptitudes sociales y emocionales; desde la perspectiva clínica la reducción de daños redefine la relación persona-proveedor(a) de ayuda, establece respeto por las fortalezas de la persona y su capacidad para cambiar, y permite que el individuo colabore en la elección de las estrategias y objetivos del proceso.

Tatarsky (2002) y Denning y Little (2017) sostienen que la reducción de daños es una filosofía que guía la forma como se conoce a las personas, y al autoconocimiento profesional, de manera pragmática y compasiva. La definen como una teoría clínica que critica y corrige las limitaciones de los tratamientos existentes. Es un movimiento integrado por clínicos, investigadores y encargados de políticas públicas que busca una perspectiva progresista, efectiva y de ayuda para las personas. En adición, es un marco de referencia para ayudar a las personas con trastornos por uso de sustancias que no pueden o no desean detener el uso a reducir las consecuencias perjudiciales ocasionadas por éste.

Hay consenso de que la adicción puede afectar a los individuos, la comunidad y la sociedad. La literatura y las investigaciones científicas establecen la importancia y la necesidad de ofrecer tratamiento a las personas con uso compulsivo de sustancias. El modelo médico intenta alcanzar una cura ofreciendo tratamiento a las personas con adicción. Se establecen leyes que intentan persuadir el consumo de sustancias y obligar a recibir tratamiento como medida punitiva. Inicialmente los acercamientos no consideraban los deseos e intereses de la persona estableciendo que por su uso de sustancias eran incapaces de tomar decisiones para su bienestar. Si un participante presentaba resistencia a recibir el tratamiento recomendado se manejaba a través de la confrontación. El énfasis era que la persona reconociera las consecuencias nocivas de su consumo de sustancias y aceptara el diagnóstico. Miller y Rollnick (2013) indican que la adicción es un signo, una señal, un síntoma de estrés y de una situación que debe ser comprendida. Fernández (2018) menciona que la adicción es un fenómeno biopsicosocial que ocasiona consecuencias negativas incluyendo sentimientos de vergüenza y culpa en la persona. Esta autora sostiene que los factores biológicos, psicológicos y sociales culminan en una relación de dependencia con una o varias drogas o con una conducta compulsiva como modo de manejar el estrés emocional, psicológico y ambiental.

La reducción de daños acepta que las personas tienen derecho a la autodeterminación y a ser libres de elegir sin ser sancionadas. La meta, entonces es reducir los daños y cambiar la relación que la persona tiene con las drogas. Se integra la salud pública, la salud física a través del tratamiento médico, la consejería y el manejo de los aspectos psicológicos.

Algunas de las opciones, según Denning y Little (2017) para las personas con uso compulsivo de sustancias son:

- 1. Seguridad:** Establecer con la persona un plan que implique, por ejemplo, usar jeringuillas nuevas en cada uso y no compartir parafernalia, así como otras estrategias para que la persona desarrolle destrezas de autocuidado, como cambiar la ruta de administración, usar vía nasal en vez de intravenosa; o por ejemplo mezclar la bebida con hielo y agua.
- 2. Control:** Ayudar a la persona a desarrollar reglas que pueda seguir y le ayuden a tener control en el nivel de uso como mantener las drogas en un lugar que requiera esfuerzo para que el uso sea intencional y que no resulte en peligro para otros y evitar situaciones; o personas que en el pasado les haya ocasionado daño.

- 3. Moderación:** Establecer un plan en el que inicialmente se establezca cantidad y frecuencia de uso y que la persona pueda considerar disminuir a un nivel que le ayude a sentir bienestar y a la vez reduzca el daño como; evitar el consumo antes de ir a trabajar, no tomar alcohol durante la semana o por las noches, usar sustancias o alcohol cuando los niños van a dormir o cuando están fuera de la casa; eliminar las drogas más peligrosas (ej. cocaína por el gasto económico y heroína por el diagnóstico de hepatitis C) y mantener el uso de marihuana y ocasionalmente de pastillas.
- 4. Abstinencia:** Cuando la meta de la persona es detener el uso de las sustancias en su totalidad; o cuando desea dejar alguna droga y continuar usando otras, por ejemplo estar considerando dejar de usar heroína, pero continuar usando marihuana y pastillas. Si la persona presenta ansiedad y el uso de sustancias es para el manejo de ésta considerar y sugerir que acuda a un médico o psiquiatra que le recete ansiolíticos.

1. Relación persona- proveedor(a) de ayuda

La relación persona-proveedor(a) de ayuda es el primer paso para lograr que el individuo se sienta cómodo y aceptado. La aceptación incondicional, descrita en el año 1957 por el psicólogo estadounidense Carl Rogers en su enfoque humanista, establece la importancia de aceptar a las de este proceso implica intentar ver el mundo a través de los ojos de la persona sin establecer opiniones, juicios o prejuicios al respecto. La empatía es descrita como el grado de comunicación verbal y no verbal alcanzado entre el proveedor(a) de ayuda y la persona que sugiere un vínculo que estimula la confianza, comprensión y aceptación de la persona independientemente si existe algún nivel de simpatía. Esto implica la importancia y necesidad de dedicar tiempo para establecer una relación de confianza y respeto en donde la persona se sienta acogida, respetada y aceptada sin intentar presionar el cambio.

2. Cambio, motivación, resistencia y ambivalencia

Prochaska, Norcross y DiClemente (1994, 2018) definen el cambio como cualquier actividad iniciada para ayudar a modificar pensamientos, sentimientos y conductas. Esto sugiere que la persona sea vista desde una perspectiva holística como un ser humano integral ubicado en su contexto usual.

Constantemente se hace referencia a la desmotivación como explicación cuando la persona no realiza los cambios esperados. Miller y Rollnick (1991, 2013) definen la motivación como el estado de buena disposición para cambiar. Es la suma de fuerzas internas y externas y otras influencias que mueven a una persona a estar lista, desear y ser capaz de lograr unas metas y comenzar un proceso de cambio. La motivación es multidimensional, abarca todas las urgencias y deseos internos de las personas, las presiones externas y las metas que influyen el proceso, percepciones de riesgos y beneficios, así como las apreciaciones cognoscitivas. La motivación puede fluctuar a través del tiempo o dependiendo de la situación; y puede ser influenciada por otras personas. Es interactiva o influenciada por interacciones sociales (amistades, familia); por factores internos (emociones y percepciones); y por factores externos (presiones externas y metas). La motivación es dinámica, fluctuante y puede ser modificada. Esto implica que una persona puede iniciar el proceso de cambio evidenciando alta motivación, pero posteriormente y por diversas razones disminuir la misma. Es importante indicar que el estilo del proveedor(a) de servicio impacta, positiva o negativamente, la motivación de la persona.

Otro aspecto para considerar en el proceso de cambio es la resistencia y la ambivalencia. La ambivalencia es aceptada como parte normal de la experiencia humana y del cambio. Es la presencia simultánea de los motivos a favor y en contra del cambio. Es el dilema natural en el que se observa que una conducta puede traer consecuencias negativas, pero a la vez cumple un rol importante para la persona. La resistencia es la primera respuesta ante la posibilidad del cambio. El apego a lo conocido puede hacer que la persona permanezca en una conducta nociva, como mecanismo para evitar afrontar experiencias desconocidas. La ambivalencia y la resistencia no se contradicen, sino que se aceptan como una parte natural y comprensible

del cambio. Si la persona presenta resistencia y se defiende del proceso significa que la persona ve la situación de forma distinta a como la considera el proveedor(a) de ayuda.

3. Metas y objetivos

Una vez se establece la relación persona-proveedor(a) de ayuda como una alianza de trabajo bilateral, se debe considerar cuáles son los intereses, objetivos y metas de la persona. Esto implica que probablemente la persona desee cambiar aspectos y necesidades que entiende no están relacionadas con el uso de las sustancias. La persona puede establecer necesidades como obtener vivienda, empleo, tratamiento médico, ayudas gubernamentales, asistencia en procesos legales y otros. Se debe observar que éstas son necesidades concretas y externas que probablemente la persona no relaciona como consecuencias de su uso de sustancias. Es imperativo ofrecer apoyo y realizar esfuerzos para cubrir esas necesidades. Una vez se trabajen esas necesidades, la relación persona-proveedor(a) esté establecida y sin ejercer presión se deben discutir aspectos relacionados con el uso de las sustancias.

4. Conociendo la relación de la persona con las drogas

Las siguientes tablas son obtenidas del libro “Over the Influence”, segunda edición, de Patt Denning y Jeannie Little (2017). Estas tablas ayudan a conocer aspectos relacionados al consumo de las sustancias y permiten que la persona ponga en perspectiva su historial y consecuencias del consumo de sustancias. Se recomienda establecer las razones por las que la persona se inició en el uso de sustancias y porqué continúa utilizándolas.

Mis elecciones:

Droga	Razones para iniciar su uso	Razones para su uso al presente

Una vez establecidas las razones pasadas y presentes para utilizar drogas, se debe realizar un ejercicio que determine la cantidad, frecuencia de uso, factores que llevan al uso y el nivel de uso. El nivel de uso debe ser descrito como nunca usada, experimental, ocasional, regular, fuerte o caótico.

Continuo de uso de drogas y alcohol:

Drogas	Cantidad	Frecuencia	Factores que llevan al uso	Nivel de uso

Es importante establecer los daños y riesgos del uso de drogas, incluyendo alcohol. Los daños se establecen como el costo o consecuencias por usar sustancias. Los riesgos se relacionan con las posibles consecuencias negativas o problemas derivados por el consumo de las sustancias.

Daños y riesgos del uso de drogas, incluyendo el alcohol:

Droga	Cantidad	Frecuencia	Factores que llevan al uso	Nivel de uso	Daños/Riesgos

Una vez establecidos los daños y riesgos relacionados con el uso de las sustancias deben evaluarse los beneficios secundarios. La persona debe entender cómo las drogas impactan su vida, en el aspecto positivo y negativo.

Daños y riesgos del uso de drogas, incluyendo el alcohol:

Droga	Nivel de uso	Beneficios	Daños/Riesgos

Denning y Little (2017) mencionan la importancia de establecer con la persona su interacción con cada una de las drogas/alcohol que utiliza (“Over the Influence”, 2da ed., página 101). Se debe establecer el tipo de droga, la ruta de administración, frecuencia y en qué momento (cuándo) usa drogas; estatus legal; combinación con otras drogas incluyendo, las prescritas por médicos y analizar las experiencias con la droga, los daños y beneficios. Es importante examinar aspectos generales de la persona relacionados con su ocupación, personalidad, motivación para consumir y expectativa de qué sucederá, así como aspectos de la salud física, mental y emocional. El nombre y dosis de los medicamentos que la persona usa deben ser incluidos. Se debe considerar el lugar o ambiente donde la persona hace uso de sustancias. Es importante establecer si la comunidad donde está ubicada la persona acepta o rechaza el uso de sustancias, qué estresores se evidencian y el tipo y nivel de apoyo que recibe. La información obtenida debe ser discutida y analizada con la persona sin ningún tipo de juicio u opinión. Es esencial no ofrecer recomendaciones ni sugerencias de cambio. La persona es quien decide lo que desea hacer respecto a su uso de sustancias.

Modelo Transteórico de Cambio

El Modelo Transteórico del Cambio está basado en la evidencia y se recomienda para el manejo de los trastornos por consumo de sustancias. El modelo ha demostrado ser útil para cambiar estilos de vida poco saludables y para ayudar a entender las razones por las que los individuos muchas veces fracasan, pese a querer lograr cambios en su vida. El Modelo Transteórico del Cambio de Prochaska y DiClemente (1994) conceptualiza el proceso del cambio como una secuencia de etapas a través de las cuales las personas progresan mientras consideran, inician y mantienen comportamientos nuevos. Este modelo considera la motivación como un factor importante en el cambio asignándole al sujeto un rol activo, pues este es considerado como el principal actor en su cambio de comportamiento. Este modelo establece las etapas de cambio como una de cuatro dimensiones que influyen en el cambio de la conducta.

Las etapas de cambio evidencian el proceso y progreso en el cambio de conducta. Las personas con el trastorno por consumo de sustancias aun cuando verbalizan intención de cambio atraviesan por distintas etapas que proveen información sobre su proceso interno. De acuerdo con el Modelo Transteórico del Cambio estas etapas representan un proceso cíclico, no lineal, en el que la persona puede ascender o descender entre las etapas por diversas razones o motivos. El cambio es un proceso individual y distinto para cada persona. Esto implica que, aunque dos personas expresen su intención de cambio respecto al uso de sustancias, de acuerdo con el modelo, pueden encontrarse en distintas etapas y las estrategias de trabajo deben ser diferentes. Así mismo, si una persona presenta un trastorno por consumo de diversas sustancias y expresa intención de cambio, puede estar en distintas etapas para cada una de estas. Esto implica que una persona puede establecer como meta la abstinencia de una sustancia, la moderación en otra, pero continuar utilizando otras. No hay tiempo específico para pasar de una etapa a otra; incluso, algunas personas pueden mantenerse indefinidamente en una etapa aun cuando expresen intención de cambio. Así mismo, una persona puede mostrarse comprometida y motivada al cambio, adelantar en las etapas y posteriormente por diversas variables regresar a la etapa inicial. Esto puede generar frustración en el proveedor(a) de servicio y considerar que la persona no presenta compromiso ni motivación hacia el cambio. Sin embargo, esto es parte normal y natural del proceso. La recurrencia, definida como regreso a la conducta o a los síntomas iniciales que se han estado trabajando; es una posibilidad latente, sin importar la etapa de cambio en que se encuentre la persona.

Etapas de Cambio

Cada etapa de cambio está definida por unas características particulares y específicas. Se requiere de unas acciones asertivas y específicas para lograr que la persona mantenga su intención de cambio y comprenda su proceso. Las etapas de cambio son: precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento.

1. Precontemplación:

La precontemplación es una etapa en la que la persona no reconoce la existencia de una conducta nociva, por lo que no expresa la necesidad de cambio. Esto ocurre independientemente de las consecuencias de la conducta. Si se discute o analiza con la persona el impacto negativo de su uso de sustancias, recurrirá a diversos argumentos con el propósito de justificar o minimizar el mismo, presentando una actitud defensiva. Es usual escuchar el argumento de que podrá cambiar, dejar o disminuir su uso de sustancias cuando lo desee, por lo que rechaza cualquier acercamiento o intención de ayuda. Es común escuchar verbalizaciones como: “no tengo problemas que necesite cambiar”, “puedo tener mis fallas, pero quién no las tiene”. El mecanismo de defensa observado en la precontemplación es la negación y racionalización.

La tabla 1 presenta los distintos tipos de personas con precontemplación y recomendaciones para trabajar con ellas. En esta etapa se debe trabajar la relación entre el/la proveedor y la persona, buscando solidificar la misma, ganar confianza y que la persona entienda y sienta que es aceptada y respetada.

Tabla 1: Tipos de personas con precontemplación

Tipos de personas con precontemplación	Metas
<p>1. Enamorados:</p> <p>Están a gusto con su estilo de vida, disfrutan de la diversión y el estado de alegría que entienden les proporciona el uso de las sustancias.</p>	<p>A. Aumentar conciencia de las consecuencias del estilo de vida.</p> <p>B. Aumentar conocimiento sobre los efectos e impacto de las sustancias a nivel neurofisiológico, psicoemocional, familiar y social.</p>
<p>2. Reacios:</p> <p>Muestran gran sensibilidad al efecto de las sustancias en sus vidas, pero carecen de conocimiento sobre el problema. Muestran renuencia a realizar cambios en su estilo de vida.</p>	<p>A. Establecer ventajas y desventajas sobre el uso de las sustancias.</p> <p>B. Aumentar conciencia sobre las dimensiones del problema.</p> <p>C. Aumentar conocimiento sobre los efectos e impacto de las sustancias a nivel neurofisiológico, psicoemocional, familiar y social.</p>
<p>3. Rebeldes:</p> <p>Invierten mucha energía y pasión en mantener su derecho a tomar sus propias decisiones. Temen perder el control de sus vidas y resienten que otros le digan lo que deben hacer.</p>	<p>A. Enfatizar en el control personal.</p> <p>B. Aumentar conciencia sobre la libertad personal.</p> <p>C. Analizar las consecuencias de la conducta nociva.</p>
<p>4. Resignados:</p> <p>Están abrumadas y desesperanzadas acerca del cambio y la energía que éste requiere. Están abrumadas por sus problemas, incluyendo su relación con las sustancias psicoactivas. Han intentado previamente cambiar la conducta nociva, ya sea buscando ayuda o por su cuenta y no han logrado el resultado esperado. Creen firmemente en que nada puede funcionar para ellas.</p>	<p>A. Desarrollar o recuperar esperanza y optimismo en relación con la posibilidad de cambio.</p> <p>B. Explorar barreras que impidan nuevos comienzos.</p>
<p>5. Racionales:</p> <p>Ofrecen contundentes razones para mantener la conducta nociva, independientemente de las consecuencias. Afirman de manera convincente que su relación con las sustancias no es un problema. Debaten y utilizan excelentes argumentos para demostrar que no tienen que cambiar su conducta nociva. Tienden a ser confrontativas y argumentan que las sustancias son un problema para otras, pero no para ellas.</p>	<p>A. Reflexionar, no argumentar, sobre el impacto del uso de las sustancias.</p> <p>B. Focalizar en la persona, no en su conducta.</p> <p>C. Reconocer y validar los argumentos de la persona; y, replantearlos para promover autoanálisis.</p>

2. Contemplación:

Etapa de cambio en la que la persona muestra conciencia de la posibilidad de un problema con el uso de las sustancias y está considerando comenzar a afrontarlo, aunque no verbaliza el compromiso de tomar acción. La persona puede estar considerando solucionar el problema, lo comprende, ve las causas y piensa sobre posibles soluciones, pero no está lista para asumir el cambio. Se evidencia ambivalencia e inseguridad en relación con el problema y asumir el cambio. Las expresiones de las personas en la etapa de contemplación están acompañadas de la conjunción “pero”; por ejemplo: “creo que debo hacer algo, pero...”; el uso de la cocaína me está ocasionando algunos problemas, pero...”.

En la etapa de contemplación la persona puede escuchar información sobre su conducta nociva; y, comenzar a analizar y comparar su comportamiento con sus valores y el impacto que tiene en las personas que la rodean. Aunque puede comenzar a evaluar las ventajas y desventajas de su uso de sustancias, la persona tiende a favorecer los aspectos positivos de su conducta. La persona presenta un proceso interno reflexivo del impacto de su conducta nociva, pero no está considerando iniciar el cambio. La ambivalencia se define como la presencia simultánea de los motivos a favor y en contra del cambio. Se trata de sentir de dos maneras diferentes respecto a algo o a alguien. Ésta es una parte esperada del cambio porque independientemente de las consecuencias negativas de la conducta, ésta cumple con un rol importante para la persona. De tal modo que, aunque reconozca que el uso de las sustancias afecta su relación familiar y le trae problemas económicos y de salud, también representa su forma de socializar y tener amistades así como un escape al estrés familiar. El dilema surge cuando la persona desea tener buena relación familiar, poder cumplir con los compromisos económicos y mantener buena salud; pero, no quiere perder la interacción social y la relación con sus amigos(a). Las drogas cumplen una función y forman parte de la historia de vida de la persona. El proveedor(a) de ayuda debe lograr comprender lo anterior y ayudar a la persona a resolver su dilema, de tal modo que pueda desarrollar destrezas que la ayuden a manejar sus circunstancias de vida y a buscar su bienestar.

En esta etapa el profesional de ayuda debe normalizar la ambivalencia y asistir a la persona a evaluar el balance decisional mediante la evaluación de las ventajas y desventajas del uso de sustancias, promover cambio en la motivación extrínseca a intrínseca, considerar sus valores personales, enfatizar en la libre elección, responsabilidad y autoeficacia de la persona. Así mismo, se deben discutir las estrategias de reducción de daños que impliquen seguridad y autocuidado.



Es necesario que el proveedor(a) de ayuda acepte y comprenda que cada persona es quien mejor entiende su patrón e historial de uso de sustancias. Se debe aceptar que la persona tiene la sabiduría y el conocimiento necesario para generar el plan de cambio (interno), si así lo desea, o trabajar en reducir los daños (externo) en sintonía con el proveedor(a) de servicio. Esto requiere que el proveedor(a) mantenga una actitud colaborativa no directiva; y, que mantenga una escucha reflexiva. Mientras las personas van trabajando con reducir daños hay la posibilidad de que aumente su conciencia respecto al impacto de las sustancias en su vida.

En las etapas de precontemplación y contemplación se tiene el objetivo de aumentar conciencia y comprensión sobre la conducta nociva y sus riesgos. Le corresponde al proveedor(a) de servicio establecer una relación de confianza y empatía; así como un ambiente de aceptación incondicional en el que la persona se sienta comprendida y apoyada, sin que se le juzgue o critique de manera negativa. Es importante aceptar que las personas tienen el conocimiento y experiencia para tomar sus decisiones. En términos simples son adultos esperando ser tratados con respeto, no como niños a los que se les indica lo que deben hacer porque carecen de la capacidad de tomar decisiones. En un ambiente en el que se les critique o intente llevar en alguna dirección mostrarán resistencia. El modelo Transteórico del Cambio promueve el respeto hacia el individuo por lo que no es aceptable presionar a la persona en alguna dirección, ofrecer consejos no solicitados ni enfatizar en las conductas incorrectas con la expectativa de que las cambie o modifique lo más pronto posible. El cambio de conducta es un proceso de vida, por lo tanto, es a largo plazo.

2. Preparación:

Etapa de cambio en la que existe conciencia del problema y la persona se compromete con la posibilidad de cambiar la conducta nociva. La persona está lista para el cambio en el futuro inmediato, pero aún no está segura de la decisión a tomar o los pasos a seguir. En esta etapa es importante clarificar las metas y estrategias de la persona con relación al cambio sobre su uso de sustancias; presentar las posibles opciones para reducir daños; negociar el plan; reducir las posibles barreras que puedan afectar el proceso de cambio y las alternativas elegidas por la persona; establecer apoyo social/familiar/laboral/económico y alternativas de manejo; y considerar las expectativas del tratamiento y el rol de la persona.

La meta es establecer un plan de acción eficaz en colaboración con la persona, a implementarse en el futuro inmediato, reducir daños y aumentar el compromiso al cambio. No obstante, tener un plan que parezca efectivo no necesariamente implica cambio. La persona está inmersa en un proceso interno de cambio. Para el proveedor(a) de ayuda uno de los retos de esta etapa es el asistir a la persona en el manejo de la impulsividad y baja tolerancia ante la búsqueda de gratificación inmediata y el manejo de la insidia si decide moderación o abstinencia de una o varias sustancias. En todas las etapas es necesario evaluar constantemente la motivación de la persona para garantizar la sintonía con la meta que se está trabajando. Es un error creer que porque la persona verbaliza intención de cambio y establece el plan a seguir no tendrá una recurrencia al uso de sustancias, a las conductas de riesgo, o regrese a cuestionar si realmente necesita hacer algún cambio en su uso de sustancias.

Cuando la persona hace una declaración de cambio en voz alta, aunque sólo sea con el proveedor(a) de servicio, aumenta su compromiso a la meta. Cuando otros conocen sobre la decisión de la persona, aumenta la expectativa de la acción. Sin embargo, esta verbalización debe ser confirmada con la persona. A estos fines puede ser útil hacer preguntas o intervenciones como: “Tu decisión de realizar cambios a la conducta adictiva parece ser firme, háblame de eso”; “Dices que vas a disminuir el consumo de heroína, utilizar jeringuillas nuevas en cada uso y no compartir la parafernalia. Cuéntame sobre eso”; ¿Dónde sientes que estás en el proceso?; ¿Qué te gustaría hacer ahora? Establecer fechas es sumamente importante porque implica el compromiso para la acción. Si la persona rechaza establecer fecha o no cumple con lo establecido

es un indicador de que se movió a la etapa de contemplación.

Si la persona está en la etapa de preparación, se debe presentar, discutir y analizar la variedad de alternativas que estén disponibles. Junto con la persona es importante analizar las ventajas y desventajas de cada opción, contestar sus dudas y preguntas, ofrecer literatura sencilla, discutir la recomendación de evaluación médica y otras posibles alternativas.

El plan acordado debe ser específico, individualizado y funcional desde la perspectiva de la persona. Las necesidades específicas de la persona deben ser consideradas y se deben establecer alternativas para el mejor manejo de estas. El plan de acción debe incluir un plan de cambio y un plan de tratamiento. El plan de cambio se refiere a los cambios que la persona desea realizar en su cotidianidad más allá del tratamiento. Estas pueden relacionarse con las opciones para reducir daños. La persona debe tener el plan de cambio consigo y repasarlo cuantas veces sea necesario. El proveedor(a) de ayuda debe constantemente analizar con la persona las necesidades o situaciones del diario vivir y las destrezas que puede requerir para el manejo de éstas. El plan de tratamiento incluye el uso que la persona dará a las alternativas de tratamiento para apoyar el plan de cambio.

3. Acción:

Etapa de cambio en la que la persona muestra disposición para modificar la conducta nociva e implantar el plan previamente trabajado. En el inicio de esta etapa la persona experimenta dolor y angustia; y, siente que recibe poco refuerzo positivo. Si la persona ha optado por la abstinencia de algunas sustancias y la moderación de otras probablemente tenga que manejar la ruptura a nivel fisiológico, psicológico y social de esas drogas. En estos inicios de la etapa es sumamente importante el apoyo que la persona reciba del proveedor(a) para que pueda mantener el compromiso con el cambio. Los aspectos importantes del proceso conductual son observables en esta etapa: toma de decisiones respecto al diario vivir, evitar los eventos que desencadenan en el uso de sustancias; aprender nuevas formas de responder a los estímulos internos y externos; desarrollar nuevas relaciones que promuevan el cambio; aprender a manejar las relaciones que promueven el uso de sustancias; y manejar los acuerdos de reglas, control y seguridad como intercambio de jeringuillas, no compartir parafernalia, uso de profilácticos y otros.

En la etapa de acción la persona muestra conciencia del problema y está dirigida a implementar los cambios necesarios para ser consistente con sus decisiones. La persona persevera en el compromiso adquirido y realiza cambios observables. Se evidencia compromiso por afianzar un estilo de vida saludable. El proveedor(a) de ayuda debe promover una visión realista de cambio a través de pequeños pasos. Es necesario ayudar a la persona a identificar situaciones de alto riesgo y desarrollar estrategias adecuadas de manejo. Cuando la persona comienza a implementar el plan establecido es normal que tenga dudas, se cuestione si es correcto lo que está haciendo; incluso puede volver a evaluar si realmente su uso de sustancias amerita tanto esfuerzo de su parte. En estas circunstancias es importante explorar con la persona los aspectos del plan de acción y tratamiento que son funcionales y los que no lo son y hacer los ajustes pertinentes. La meta es lograr la solución de los problemas, que la persona se sienta optimista con los cambios o decisiones que haya tomado y apoyar la autoeficacia.

El plan de acción y de tratamiento establecidos puede chocar con la realidad de la vida cotidiana de la persona y en su reinserción a su entorno social. Es importante sugerir técnicas como acupuntura, meditación, estrategias de relajación, “mindfulness” y otras que puedan ser de beneficio para la persona y el manejo del estrés. El uso de refuerzo positivo es necesario en los inicios de esta etapa. Las conductas adictivas han sido consistentemente reforzadas y esa es una de las razones por lo que son tan difíciles de eliminar. Las personas en la etapa de acción necesitan que sus nuevas conductas sean reforzadas. Es importante observar micro cambios en la persona como cumplir con el horario y frecuencia de encuentros; mejoría en su apariencia física; aumento de sus verbalizaciones respecto a temas de su interés y asistencia

a actividades no relacionadas con sustancias y con personas con estilos de vida saludables. Otros cambios pueden ser observados en el autocuidado, seguridad y control en el uso de las sustancias no relacionadas con sustancias y con personas con estilos de vida saludables. Otros cambios pueden ser observados en el autocuidado, seguridad y control en el uso de las sustancias como intercambio de jeringuillas, uso de profilácticos, no compartir parafernalia, moderación y evitar usar sustancias antes de ir al trabajo. Es necesario que el proveedor(a) de ayuda genere conciencia en la persona de los cambios que está presentando y se promueva el autoreforzamiento.

4. Mantenimiento:

Es la etapa en la que la persona consolida las ganancias obtenidas durante las etapas previas. La persona ha alcanzado las metas iniciales establecidas en el plan de trabajo y está encaminada en mantener lo logrado. El proveedor(a) de ayuda debe contribuir a identificar y evaluar fuentes de placer y sana diversión en un ambiente apropiado de acuerdo con los intereses de la persona. De esta manera la persona podrá sostener el cambio a través del tiempo y en una amplia variedad de situaciones. La meta es lograr mantener el cambio a largo plazo y continuar practicando el nuevo patrón de conducta. En esta etapa la persona valora los aspectos gratificantes de su nuevo estilo de vida; mantiene la conciencia sobre el problema; disminuye la insidia o el deseo de consumir las sustancias que decidió dejar; aumenta la atención a la prevención de la recurrencia; muestra mayor adherencia al cambio y mantiene las decisiones relacionadas al autocuidado y la reducción de daños si continúa usando una o varias sustancias.

Por los cambios presentados y los logros obtenidos, la persona puede presentar un alto nivel de confianza y descuidar aspectos importantes que ya ha trabajado. La sobreconfianza puede tener como resultado que la persona se exponga de forma innecesaria a personas, lugares y situaciones que puedan inducir a la recurrencia o a descuidar aspectos de control y seguridad en aquellas drogas que aún utilice. El proveedor(a) de ayuda debe continuar ofreciendo refuerzo positivo; dando seguimiento a la solución de problemas que estén impactando a la persona, evaluar cualquier situación que amenace los compromisos establecidos por la persona y continuar repasando las metas a largo plazo.

En esta etapa es importante examinar y trabajar con los asuntos relacionados a la historia de vida de la persona. Esto es, los asuntos no resueltos, así como problemas de pareja, abuso en la niñez, depresión, ansiedad, destrezas sociales y otros problemas familiares y ambientales que le pueden causar estrés. El aspecto espiritual puede ser un factor significativo en esta etapa. Las recomendaciones del proveedor(a) de ayuda deben estar sujetas a los principios y deseos de la persona. Por ello, es necesario explorar sus valores, creencias y deseos. Estos pueden diferir del sistema de valores y creencias del proveedor(a) de servicio, pero se trata del sistema de creencias de la persona. No se debe intentar trazar una ruta espiritual específica para la persona. Cada persona la decide de acuerdo con su sistema de valores y creencias.

Ayudar a la persona a desarrollar o aumentar destrezas laborales o académicas es sumamente importante. Esto puede implicar referir a la persona a otros proveedores(a) que la ayuden al desarrollo de diversas destrezas. En la etapa de mantenimiento la persona debe ser capaz de poder conectar con otros recursos de ayuda. La etapa de mantenimiento va más allá de que la persona presente cambios en la conducta relacionada al uso de sustancias. Para sostener la recuperación y la reducción de daños es esencial que la persona esté saludable y mantenga sus metas con relación a las sustancias. La tarea en esta etapa es que la persona pueda integrar el cambio en el contexto total de su vida, independientemente de la decisión tomada sobre el uso de una o varias sustancias.

La reducción de daños no se contrapone con la abstinencia. Esta es una opción que la persona evalúa y decide aceptarla o rechazarla. Si la persona decide continuar con el uso de sustancias, disminuir el uso, o abstenerse del uso de alguna sustancia, la reducción de daños es una buena opción. Con esta se promueve el uso seguro, disminuye la probabilidad de contagio de enfermedades y de muerte por sobredosis.



Entrevista Motivacional

La entrevista motivacional es un acercamiento basado en la evidencia que en conjunto con el Modelo Transteórico del Cambio ha demostrado ser efectivo en el manejo de conductas nocivas. Miller y Rollnick (1991, 2013) indican que la entrevista motivacional es una estrategia que puede ser utilizada en el Modelo Transteórico del Cambio y presupone que la responsabilidad y capacidad de cambio está en la persona. Ellos la definen como un estilo de conversación colaborativo para fortalecer la motivación interna de una persona y acercarla al cambio. Es un estilo de interacción directiva, centrada en la persona, encaminada a ayudar, a explorar y resolver su ambivalencia frente al uso de sustancias y comenzar a hacer cambios positivos en su conducta.

Las metas de la entrevista motivacional son:

1. Resolver la ambivalencia
2. Evitar generar o aumentar la resistencia
3. Motivar a la persona a hablar del cambio
4. Aumentar la motivación y el compromiso para cambiar
5. Ayudar a avanzar en las etapas de cambio

Miller y Rollnick (2013) establecen que el espíritu de la entrevista motivacional se compone de cuatro elementos que se interrelacionan. Estos elementos son:

1. **Colaboración:** Proceso mediante el cual las personas trabajan juntas para cumplir con una meta en común, sin juicios y sin imponerse uno al otro.
2. **Evocación:** Cada persona posee la motivación, recursos y habilidad para cambiar, sólo hay que activar estos elementos.
3. **Aceptación:** Involucra honrar el valor y potencial del ser humano que está en un proceso de ayuda; reconoce y apoya la autonomía o poder decisional de la persona; busca a través de la empatía comprender la perspectiva del otro y afirmar sus esfuerzos y fortalezas.
4. **Compasión:** Es promover activamente el bienestar de la otra persona.

La entrevista motivacional utiliza principios y estrategias específicas para promover la motivación hacia el cambio; analiza y le devuelve a la persona sus percepciones sin criticarlas ni corregirlas, promueve el respeto a la elección o decisión de la persona. Está diseñada para explorar y reducir la ambivalencia y resistencia y fomentar la automotivación.

Conclusión

La reducción de daños es un conjunto de políticas, programas e intervenciones que buscan minimizar las consecuencias nocivas que el consumo de drogas, legales o ilegales, ocasiona en la salud de una persona o la sociedad. Es un movimiento integrado por clínicos, investigadores y encargados de las políticas públicas que busca una perspectiva progresista, efectiva y de ayuda para la persona que consume sustancias. Este marco de referencia ayuda a las personas que no pueden o no desean la abstinencia. La reducción de daños les provee alternativas para manejar su autocuidado y evitar situaciones de salud como el contagio de enfermedades por compartir parafernalia y jeringuillas; no tener un ambiente higiénico y la muerte por posibles sobredosis.

Este acercamiento considera los deseos y metas de la persona por lo que no impone condiciones. Se reconoce la importancia de establecer un vínculo profesional basado en el respeto, la empatía, compasión y aceptación de la persona independientemente de sus decisiones. La persona establece sus metas porque se entiende que tiene la capacidad para tomarlas. Se discuten estrategias de reducción de daños como el uso de medicamentos para el consumo de la heroína como Metadona, Suboxona, Subutex y Naloxona. Se orienta a la persona, familia y amistades sobre el uso de Naltrexona para revertir la sobredosis. En adición, se conecta con programas de intercambio de jeringuillas, se orienta sobre la higiene de la parafernalia y evitar compartirla y el uso de profilácticos. Estas son medidas para evitar el contagio de enfermedades como Hepatitis B y C, HIV y otras enfermedades de transmisión sexual, Tuberculosis, abscesos y muerte por sobredosis.

La psicoterapia en la reducción de daños es vista desde una perspectiva bio-psico-social en la que se trabaja con la persona de forma integral. Se considera la historia de vida de la persona, el rol de las sustancias en el manejo de sus estresores y como posible automedicación. Las etapas de cambio del Modelo Transteórico del Cambio, el cual está basado en la evidencia, ayuda a entender dónde se encuentra la persona con relación a su uso de sustancias. El acercamiento de Entrevista Motivacional, también basado en la evidencia, se usa en combinación con el Modelo Transteórico del Cambio. Este acercamiento presupone que las personas tienen la capacidad de cambiar. Con un estilo de conversación colaborativo fortalece la motivación intrínseca y ayuda al manejo de la resistencia y ambivalencia.

Las personas con uso de sustancias merecen ser tratadas con respeto, calidez y profesionalismo. La reducción de daños a nivel pragmático y clínico es una opción que aporta estrategias valiosas para las personas con uso de sustancias que no contemplan la abstinencia. Para quienes consideran la abstinencia, pero aún no se sienten preparadas, la reducción de daños es una opción para trabajar la seguridad y el bienestar mientras aumenta la motivación para el cambio.



Referencias

- American Psychiatric Association (APA), (2013). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM-5 (5ta ed.). Washington D.C.
- Bandura, A. (1997). Autoeficacia: Cómo afrontamos los cambios de la sociedad actual. Deslé De Brower.
- Becoña, E. (2016). La adicción “NO” es una enfermedad cerebral. *Psychologist Papers*. 37(2) PP. 118-125.
- Denning, P. & Little, J. (2017). *Over the Influence: The Harm Reduction Guide to Controlling your Drug and Alcohol Use*. (2nd ed). N.Y. The Guilford Press.
- DiClemente, C. (2018). *Addiction and Change: How Addictions Develop and Addicted People Recover*. N.Y. The Guilford Press.
- Fernández, J. (2018). *Power Over Addiction. A Harm Reduction Workbook for Changing your Relationship to Drugs*. CA. Invisible Work Press.
- Islam, M., Topp, L., Conigrave, K. & Day, C. (2013). Definir un servicio para personas que usan drogas como “bajo umbral”, ¿Cuál debería ser el criterio? *Revista Internacional de Políticas de Drogas*. 24(3): 220-222.
- Khantzian, E. J. (1985). “The self-medication hypothesis of addictive disorders: focus on heroin and cocaine dependence”. *American Journal of Psychiatry*. 142 (11): 1259–1264. doi:10.1176/ajp.142.11.1259. ISSN 0002-953X. PMID 3904487.
- Khantzian, Edward J. (1997). “The Self-Medication Hypothesis of Substance Use Disorders: A Reconsideration and Recent Applications”. *Harvard Review of Psychiatry*. 4 (5): 231–244. doi:10.3109/10673229709030550. ISSN 1067-3229. PMID 9385000. S2CID 39531697
- Marlatt, G.A. (1998). *Harm Reduction: Pragmatic Strategies for Managing High Risk Behavior*. N.Y: Guilford Press.
- Miller, W.R., Rollnick, S. (2013). *Motivational Interviewing. Helping People Change*. (3ed). N.Y: Guilford Press.
- NIDA (2014, 2020). *Las Drogas, el Cerebro y el Comportamiento: La Ciencia de la Adicción*. NIH Publications No. 15.5605 (s).
- Prochaska, J.D., y DiClemente, C.C. (1984) *The Transtheoretical Approach: Crossing Traditional Boundaries of Therapy*. Homewood, Il: Dow-Joes-Irwin.
- Prochaska, J.D., Norcross, J.C. & DiClemente, C.C. (1994). *Changing for Good*. N.Y.: Morrow.
- Prochaska, J.O. & Prochaska, J.M. (2016). *Changing to Thrive*. Hazelden Publishing.
- Tatarsky, A. (2002). *Psicoterapia de Reducción de Daños: Un Nuevo Tratamiento para Problemas de Drogas y Alcohol*. N.Y. Rowman & Littlefield Publishers, Inc.



Northeast & Caribbean (HHS Region 2)

ATTC Addiction Technology Transfer Center Network
Funded by Substance Abuse and Mental Health Services Administration

