

La decisión de entrar a un tratamiento de adicciones: motivación propia e influencia de terceros

The decision to enter an addiction treatment: self motivation and others' influence.

Cristián López Acosta¹

Universidad Católica de Chile

(Rec: 25 octubre 2007 Acep: 10 diciembre 2008)

Resumen

En este artículo se presentan los resultados de un estudio acerca de la importancia que tienen los terceros significativos en la decisión de entrar a un tratamiento de adicciones tomada por un sujeto que ha desarrollado una adicción. Interesa especialmente entender cómo esta participación de terceros significativos influye en la percepción de libertad de elegir del sujeto con el problema. A partir de esto se discute la noción de motivación a tratarse.

Palabras Clave: Adicción, psicoanálisis, abstinencia, tratamiento, motivación.

Abstract

This article presents the results of a research about the importance of significant others over the decision to enter an addiction treatment, taken by an individual who has developed an addiction. Especially, it becomes interesting to understand how the participation of these significant others influence the perception of free choice of the individual who carries the addiction. From this point, the notion of motivation is discussed.

Key words: Addiction, psychoanalysis, asbtinence, treatment, motivation.

¹ Correspondencia a: cristian@uc.cl

Introducción

La preocupación por la motivación a tratarse en el caso de las adicciones se relaciona con dos situaciones dificultosas que se encuentran al momento de abordar el problema. Por una parte, sólo un porcentaje minoritario de la población con problemas de abuso o dependencia consulta en algún momento de su vida (Cunningham & Breslin, 2004). Es así como estudios realizados en EEUU y Canadá calculan que, cada año, entre el 90% y el 95% de las personas con dependencia a alcohol y/o drogas no entra a tratamiento o a grupos de autoayuda (Frances, Miller & Galanter, 1989; Kessler et al., 1994; Nathan, 1995; Price, Cottler & Robins, 1990; Regier, Narrow & Rae, 1993; Sobell, Cunningham & Sobell, 1996, citados en Landau et al., 2004). Por otra parte, y como una dificultad adicional, en un porcentaje importante del grupo que consulta la motivación a consultar está dada por terceros. Éstos últimos influyen ya sea por vías legales (situaciones judiciales), vías formales (petición del lugar de trabajo o de asistencia social) o vías informales (familiares y amigos) (Gerdner & Holmberg, 2000; Gregoire & Burke, 2004; Joe et al., 1999; Polcin & Weisner, 1999; Rush & Wild, 2003; Weisner, 1990, citados en Wild, Cunningham & Ryan, 2006). Ésta situación de falta de motivación de la persona que tiene el problema constituye un desafío a ser resuelto tanto en relación a la entrada a procesos terapéuticos como en la adherencia a ellos, más allá del tipo de tratamiento que se trate.

Dada esta dificultad que se encuentra en la falta de motivación a ingresar y seguir un tratamiento en sujetos que han desarrollado una adicción es que se han desarrollado diversos tipos de intervención orientados a lograr el objetivo de que la persona se trate. Se podrían distinguir dos grandes categorías, en relación al tipo de intervenciones sugeridas. Por una parte están las intervenciones que colocan el énfasis en el trabajo con terceros significativos, y por otra, las intervenciones que principalmente trabajan con la motivación del sujeto en forma individual. Entre estas últimas cabe destacar especialmente los aportes del modelo transteórico de Prochaska y DiClemente (1984) y de la “Entrevista Motivacional” de Miller y Rollnick (1999).

La incorporación de terceros en el proceso de consulta ha sido apoyada por estudios empíricos que muestran que el compromiso de la familia y de los amigos en el proceso de tratamiento de personas con problemas de adicción adquiere una gran importancia (Copello, Oxford, Hodgson, Tober, & Barret, 2002, citados en Copello et al., 2006). Así, por ejemplo, se ha visto que pacientes que viven en pareja o con amigos y/o familiares tienen tres veces más probabilidades de entrar a tratamiento que los que viven en otro tipo de entorno (Lloyd et al., 2005). Los ‘otros significativos’ pueden jugar un rol preponderante tanto en la decisión de entrar a tratamiento como en el desarrollo del proceso de tratamiento. El modelo clásico que incluye

a miembros de la red de apoyo social para ayudar al sujeto con problemas de consumo de sustancias a entrar a tratamiento es la llamada “Intervention” de Johnson (Johnson, 1973). Sólo se han realizado cuatro investigaciones para evaluar este modelo, todas con personas con problemas de alcohol y en condiciones bastante diferentes. Los resultados muestran un porcentaje de éxito que va desde el 0% al 90% (Landau et al., 2004). Otro de los modelos desarrollados inicialmente es el de Berenson (Berenson, 1976), sobre el cual no se habría realizado ninguna investigación hasta el momento (Landau, et al., 2004). Más recientemente se han desarrollado otros modelos como el de ‘terapia de familia unilateral’, de Thomas y colaboradores, mediante la cual se busca modificar el comportamiento de la esposa como una forma de influir en la aceptación de tratamiento del cliente que rechaza tratamiento (Thomas et al, 1990). Un modelo de intervención que ha sido evaluado y ha demostrado ser muy efectivo en el lograr que el paciente acepte ingresar a un tratamiento de adicción, es el modelo llamado ARISE (A Relational Sequence for Engagement), desarrollado por Garret y Landau, y que se realiza en base a un manual y un protocolo, mostrando un éxito del 83%. Para lograr este resultado se utiliza un promedio de sólo una sesión y una o dos llamadas telefónicas, lo que totaliza 88 minutos de tiempo del profesional clínico (Landau et al., 2004). Este modelo incorpora muchas de las características de la “Intervention” de Johnson, pero intenta ser menos confrontativo como una forma de evitar las reacciones negativas tanto del potencial paciente como de su familia o red de apoyo. La intervención que se realiza está centrada en un trabajo terapéutico con los ‘otros significativos’, orientado a que ellos definan una posición a adoptar frente al problema y discutan y decidan el método que se utilizará para lograr entablar un diálogo abierto con el potencial paciente, que aumente las probabilidades de que acepte la ayuda. Se intenta definir, a partir de los recursos presentes en cada sistema particular, la mejor forma de afrontar el problema, adecuando flexiblemente los métodos a utilizar a la realidad de cada sistema (Garret et al, 1998). Es decir, el desarrollo que se ha producido en términos del modo de intervenir, habla de una intención de alcanzar un mejor empalme entre la demanda de parte de los terceros y la propia decisión del sujeto con el problema. Esto se relaciona con darle importancia a la forma en que se logra que el miembro con el problema tome la decisión de entrar, ya que se ha visto que esto influirá en la manera en que se desarrollará el tratamiento (Loneck, Garret & Banks, 1996). No sólo es relevante, entonces, el lograr que el sujeto decida entrar a tratamiento, sino también la forma en que ésta se ha producido (Landau, 2004). Esto lleva a que sea de gran relevancia el entender los procesos involucrados en esta etapa motivacional, ya que la forma en que se toma la decisión y los elementos subjetivos que involucró influirán en la futura evolución del tratamiento.

El problema de la falta de motivación a tratarse también ha sido abordado desde perspectivas que cuestionan la abstinencia como elemento necesario del tratamiento de adicciones, ya sea como objetivo o como condición. El problema de la motivación es enfrentado, entonces, desde el punto de vista de adecuar el tratamiento a la motivación ya existente en el cliente, en lugar de adecuar la motivación a la forma de tratamiento. No se busca motivar al sujeto a que acepte entrar a tratamiento, sino que se lo trata, desde el comienzo, ofreciéndole formas de tratamiento que sean aceptables para el grado y tipo de su propia motivación en ese momento, colocando énfasis en la alianza terapéutica, la actitud receptiva del terapeuta y el establecer metas compartidas. Uno de los puntos que tiende a ser conflictivo al momento de negociar la aceptación de una forma de tratamiento, es que éste implique o no la detención completa del consumo de sustancias. Con esta adecuación de las características del tratamiento a lo aceptable por el paciente al momento de consultar, se desdibuja la separación entre una etapa motivacional y una etapa de tratamiento. Desde esta perspectiva el acento estaría en el objetivo de reducir el daño asociado al uso de las sustancias adictivas, en lugar de buscar la detención del consumo. A esta manera de trabajar se la ha llamado “Psicoterapia de Reducción del Daño” e incluiría aproximaciones terapéuticas diversas que podrían variar en la orientación teórica y la aproximación clínica (Tatarsky, 2003). Algunos estudios asociados a la terapia familiar breve estratégica podrían considerarse insertos en este campo, especialmente intervenciones con población adolescente (Szapocznik & Williams, 2000; Santisteban, 2006). Ciertos abordajes enmarcados en esta aproximación enfatizan la importancia de un método de retroalimentación que ponga el acento en que el proceso sea dirigido por el cliente y éste vaya siendo continuamente informado de los resultados que se están alcanzando (Miller et al, 2005). El problema que se abre con este tipo de aproximación recae sobre el cuestionamiento de los límites en la flexibilización de las metas terapéuticas en un tratamiento de adicción, sin que éste pierda la característica de ‘terapéutico’. Conceptualmente esta perspectiva ha sido criticada porque confundiría la puesta en marcha de elementos técnicos orientados a disminuir los daños asociados al consumo de sustancias, con el intento de establecer la disminución del consumo como un objetivo alternativo al de la abstinencia. En razón de estas confusiones, Heather (2006) propone reservar el término ‘reducción del daño’ para el intento de aminorar las consecuencias adversas tanto en la salud, en lo social o en lo económico de las sustancias que alteran el ánimo, sin que necesariamente se demande una reducción en el consumo de estas sustancias.

Al momento de colocar la atención sobre los otros significativos como elementos relevantes en el proceso de toma de decisión del potencial paciente de entrar a un tratamiento de adicciones, es necesario hacer referencia

a un concepto que se ha desarrollado con el fin de dar cuenta de lo que sucede en el sistema que rodea al sujeto que ha desarrollado una adicción. Este concepto es el de codependencia. Con este concepto no se intenta encontrar una explicación a nivel del funcionamiento interrelacional del desarrollo de una adicción por alguno de los miembros del sistema. Inicialmente, se intenta dar cuenta de ciertos comportamientos, actitudes y reacciones comunes, observados en la mayoría de las parejas de alcohólicos en rehabilitación que participaban en grupos terapéuticos. Luego, este concepto se aplicó también a personas con consumo de otras sustancias adictivas (Brown & Lewis, 1995; McKay, 1996). Lo interesante de este concepto es que coloca el acento en pautas de interrelación que serían producto de la existencia de un miembro que ha desarrollado una adicción en el sistema. La atribución de la relación causal queda invertida en relación a la noción sistémica tradicional de paciente-índice, más allá que también se proponga la influencia, en la aparición de las conductas codependientes, de rasgos estructurales de personalidad, o de la influencia del aprendizaje o del modelo de rol (Edmundson, Bryne & Rankin, 2000). Esto permite puntuar de una manera distinta la secuencia de las dinámicas relacionales, enfatizándose la influencia de la adicción sobre estas dinámicas en lugar de buscar encontrar una explicación para la adicción en ellas. El foco de atención se coloca sobre las secuencias interaccionales desarrolladas a partir de que la adicción se instala en uno de los miembros del sistema. Desde ese momento el sistema se reordenaría de forma de dar cabida en su funcionamiento a las manifestaciones de la adicción del miembro con el problema. Sin embargo, este dar cabida pasa a cumplir la función de colaborar en la perpetuación de la conducta adictiva. Teniendo esto en consideración, un cambio en estas pautas de relación familiar codependientes, entendidas como secundarias al desarrollo de la adicción, podrían facilitar el cuestionamiento por parte del miembro que ha desarrollado una adicción (López, 2006). En la medida que el sistema deja de dar cabida a su adicción, esto lo podría llevar a plantearse la posibilidad de hacer algo con su problema, por ejemplo, buscar ayuda profesional. El que los terceros significativos logren tener una real influencia sobre la decisión a tratarse del miembro con el problema adictivo, implicaría que se hubiera producido un cambio en las pautas de relación codependientes. El cambio en estas pautas podría dar curso a un diálogo que llevara a un cambio de posición en relación al consumo de sustancias de parte del miembro con el problema, y a alcanzar un objeto común inicial.

En los últimos años se ha intentado hacer converger modelos centrados en los otros significativos con modelos principalmente orientados a la persona individual. De este esfuerzo surge una de las investigaciones más extensas y mejor llevadas a cabo: la del Community Reinforcement Approach (CRA) de Meyers, Miller y colaboradores (Miller

& Meyers, 1999). El desarrollo de este tipo de intervención se basa en un modelo de intervención desarrollado por N.H. Azrin en 1973 (Azrin, 1976) mostrando una tasa de éxito superior a aproximaciones basadas en el modelo de enfermedad, o en el modelo de Minnesota, o en el modelo de los 12 pasos (Miller & Meyers, 1999). En este abordaje terapéutico se coloca el énfasis en proveer incentivos para la detención del consumo en lugar de entregar castigos por la continuación del consumo de sustancias. En este contexto, y con el objetivo de cambiar el estilo de vida del cliente, se utilizan diversas estrategias terapéuticas, como aumentar la motivación del cliente para detener el consumo, iniciar un período de prueba de sobriedad, realización de un análisis funcional de la conducta de consumo del cliente, el aumentar el refuerzo positivo, desarrollo de nuevas conductas de resolución de problemas e incluir a otros significativos en el proceso. Es decir, se utilizan instancias terapéuticas individuales y familiares. Este modelo de intervención también ha derivado en la posibilidad de agregar como un elemento relevante la terapia de familia unilateral. En esta última se trabaja con los miembros de la familia preocupados por el problema, sin la participación del consumidor problemático, con el fin de cambiar los refuerzos asociados al consumo de alcohol. Se ha visto que con este tipo de intervención se ha alcanzado un éxito del 64%, con un promedio de 4 a 5 sesiones (Miller et al, 1999). También desde el psicoanálisis se ha planteado la posibilidad de pensar una etapa de intervención inicial motivacional (Kreither & López, 2001), utilizando la noción de entrevistas preliminares de Lacan (Sinatra, 2004) y los conceptos de localización subjetiva y subjetivación de Miller (Miller, 1997). Desde esta perspectiva se propone que esta etapa que pudiera dar cabida, dentro de una lógica psicoanalítica, a la intervención de terceros y la puesta en marcha de un período inicial de abstinencia de prueba con el fin de que se lleve a cabo una primera toma de posición subjetiva con respecto al consumo adictivo (López, 2006).

En estos abordajes motivacionales, ya sea centrados en lo individual, en los terceros significativos o en una combinación de ambos, inevitablemente es necesario plantearse la tensión que contrapone lo que se podría llamar una motivación “propia” de parte del potencial paciente y lo que sería una motivación “espuria” producto de la influencia emocional o material de los otros: la libertad individual v/s la coerción social. Dadas las condiciones reales en que se produce el consultar en este tipo de patología, esta tensión sería parte constitutiva de la situación previa a la consulta, así como de las primeras etapas de la intervención terapéutica. Es una tensión que sería necesario entender en lugar de evitar en nombre de posiciones éticas que defiendan la libertad de elegir a ultranza por parte del potencial paciente, o la imposición de un patrón de conducta supuestamente adaptativo a cualquier costo sobre el paciente. Si bien la efectividad de los tratamientos parece requerir un

involucramiento en éste de parte del sujeto, también es cierto que debido a la influencia y potencia de los deseos de consumo asociados al desarrollo de una adicción a sustancias químicas, normalmente no es esperable que el sujeto con el problema se involucre en una decisión de tratarse sin que otros significativos estén influyendo sobre él. Con el fin de comprender mejor esta tensión entre la demanda de los terceros significativos y la percepción de estar realizando una elección libre y responsable por parte del sujeto con el problema, se revisará y discutirá los resultados de un estudio enfocado sobre una etapa motivacional que incluye la participación de terceros significativos. Este estudio se centra en la perspectiva de las vivencias del miembro con el problema.

Método

Participantes

Los sujetos de este estudio fueron seleccionados de un grupo de pacientes con diagnóstico de adicción a sustancias químicas (según los criterios del DSM-IV) que han ingresado a un programa de tratamiento, luego de haber participado de una intervención motivacional inicial llamada “entrevistas previas” (Kreither & López, 2001). Al momento de la entrevista, cinco de los seis pacientes ya habían culminado el proceso de tratamiento y uno de ellos aún estaba participando de él. Cinco de ellos consultaron por consumo de alcohol, marihuana y cocaína, y sólo uno por alcohol. Uno de los seis pacientes pasó por una etapa inicial de hospitalización. Las edades fluctúan entre los 26 y 40 años. Al momento de llegar a consultar, cuatro de los sujetos tenían un trabajo estable y cuatro estaban casados. Cuando se realiza la entrevista, los pacientes ya habían pasado al menos hace 9 meses por el proceso de entrada a tratamiento. Se escogió de esta forma a los sujetos con el objetivo que no estuvieran interferidos por el vínculo adictivo con la sustancia en su percepción de lo vivido.

Procedimiento de recolección de datos

Se accedió a los datos a través de la realización de una entrevista en profundidad a cada uno de los sujetos. Ésta duró entre una y una hora y media. En esta entrevista se les pidió a los sujetos que hablaran libremente del recuerdo que tenían de su experiencia en relación a las primeras semanas de su llegada a tratamiento. Se escogió esta técnica debido a que es un instrumento que permite el libre despliegue de un relato acerca de las vivencias del sujeto, aportando una información que es entregada con una orientación e interpretación significativa sobre lo vivido, lo que en ocasiones puede resultar más relevante que la recolección de hechos (García Ferrando, 1989; Alonso, 1995). Para los efectos de este estudio interesaron en particular dos

campos de la entrevista en profundidad: el campo referido a la reconstrucción de acciones pasadas, específicamente el ‘análisis retrospectivo de la acción’, y el campo del estudio de representaciones sociales personalizadas.

Análisis de datos

En la elaboración de los resultados no se siguió un procedimiento algoritmizado realizado según reglas a priori que indicaran cómo proceder. Se siguió la línea de análisis de contenido de Ibáñez (1979), que valida la intuición, experiencia y conocimiento teórico como herramientas de ‘lectura’ de los datos, los que sumados a una constante vigilancia epistemológica que analice las condiciones que mueven a interpretar como se hace, permiten una interpretación y organización de los datos sin perder el ámbito de la subjetividad desde dónde se habla. En este proceso de elaboración se crearon categorías inductivamente, que permitieron vaciar los contenidos de las entrevistas, distinguiéndose elementos comunes y particulares, así como distintos momentos en el tiempo del proceso de decisión. Finalmente se elaboró un mapa de las posiciones discursivas de los sujetos.

Resultados

En los resultados del análisis de las entrevistas se distinguen cuatro momentos relevantes del proceso de decisión de entrar a un tratamiento: (A) La situación mental del sujeto previa a la llegada a consultar; (B) La decisión de entrar a un período de evaluación (o etapa motivacional inicial); (C) El momento de la ‘entrada’; (D) El período de evaluación. Para los efectos de este artículo interesarán principalmente los puntos B), y parte del punto C). El punto B) está compuesto de los tres siguientes sub-puntos: (a) una decisión puesta en marcha por la intervención de terceros, (b) el paciente no deja de sentirse tomando una decisión, (c) no toda intervención de terceros surte efecto. Del punto C) interesará el subpunto d) la influencia de terceros en el aceptar el ‘acuerdo’.

(B) La decisión de entrar a un período de evaluación

a) Una decisión puesta en marcha por la intervención de terceros.

A pesar de una situación inicial de consulta caracterizada por lo que podría llamarse una ‘desorganización subjetiva’ y una ‘oscilación de las posiciones subjetivas’, los sujetos en algún momento toman la decisión de encontrar una salida a la paralización involucrada en el estar enfrentados a dos demandas irreconciliables. En este punto es donde la intervención de terceros significativos adquiere una gran importancia. Esta intervención ayuda a romper con el equilibrio de fuerzas presente hasta ese momento en la

economía psíquica. Los terceros pueden facilitar aspectos prácticos para que la consulta se efectúe

- La Karen [esposa] averiguó
- Fue una amiga que me dio el dato de que quizá había un tratamiento, de que quizá podía ser esto, que había buena gente trabajando y, como te digo, vine

Los terceros también pueden ejercer una presión para que el paciente consulte por su problema de consumo de sustancias

- entonces claro, la Karen [esposa] fue un agente importante dentro de la... de la decisión. Si partimos de la base que estaba en juego mi matrimonio
- yo no quería perder a la Sofía [polola], y ella me lo planteó como última oportunidad... entonces yo además era... sabía que... que de verdad era última oportunidad, me había mandado hartos condoros con ella
- Yo en el fondo, ya tenía absoluta conciencia de que tenía que hacer un cambio, o sea, me costaba, no podía hacerlo porque estaba metido hasta las patas, pero por otra parte me faltaba como un gatillante para tomar la decisión
- yo creo que había una situación, había sido una situación familiar fuerte... o sea tampoco fue una cosa tan libre, no fue una situación así que ‘yo vine porque...’, o sea era un poco contra la espada y la pared... o sea hubo algún momento en que yo le comenté a la Claudia [esposa] ‘ya, voy a ir a consultar’, y ella como que me estaba diciendo algo así como ‘o vai, o vai, es como que tú me prometiste que ibai a ir’, y yo dije ‘ya, tengo que ir, cachai’, esa fue como la primera vez que yo llegué, no fue tampoco tan espontáneo, fue como que me pusieron un poco ‘ya, ok...’, y yo ‘claro’, había hecho una especie, no de juego, pero ‘dame una oportunidad y si no voy a consultar’, y obviamente todo siguió igual y al final tuve que llamar, para cumplir con lo que ya había dicho, y eso dio un poco como de tranquilidad familiar que dijeron ‘ya ahí vamos a ver qué pasa’.

b) El paciente no deja de sentirse tomando una decisión.

La posición de los terceros significativos puede implicar el asociar un alto costo a la alternativa de continuar adelante con la situación de consumo. Sin embargo, el paciente sigue sintiéndose parte activa de la decisión que toma. Se sigue hablando, aunque con alguna vacilación, de “la decisión”. Lo interesante a ser rescatado es que la presión ejercida por terceros no necesariamente anula el espacio decisional del sujeto

- ehh, tiene un cincuenta por ciento de fuerza eso [el que la esposa condicionó el matrimonio al consultar]
- Y yo iba [a la primera consulta] con la decisión tomada
- y que era una alternativa válida, no te olvides que si das vuelta dos páginas para atrás en mi vida, en mi familia

todos toman mucho, la mayoría son adictos claramente al alcohol, tengo un tío que fue declarado adicto al alcohol y previo a eso atropelló a un huevón y lo mató, ambos curados, entonces... yo tenía todas las facilidades para volver... sin embargo... teniendo la alternativa no lo hice, preferí tomar el desafío, si en el fondo fue un desafío

- por primera vez ellos me enfrentan cara a cara, y yo decido
- y me sentía muy mal de haber peleado con mi papá, me sentía muy mal por eso... y ahí yo decidí
- Eh... yo creo que dos cosas, la primera que yo realmente quería salir de la adicción, o sea, hay una convicción muy profunda de que sabía que por ese camino la cosa andaba mal, no solamente porque me podía pasar algo, sino porque estaba viviendo mal, y lo segundo es que eh... no podía ser solo, no no... no podía hacerlo solo, no sabía cómo hacerlo, no estaba capacitado, no tenía la voluntad y frente a eso eh... me estaban dando las condiciones de poder hacerlo, que eran tener al Pedro [hermano], tener a mi mamá, tener a la Paz [esposa] ehm... afortunadamente yo creo que tampoco eh... soy una persona testaruda, en ese sentido como de... en general cuando necesito ayuda pido o la acepto.

La demanda de los terceros significativos logra anudarse con una vivencia propia del sujeto, lo cual hace que, en parte, esta demanda coincida con un saber que él mismo tiene acerca de lo que sucede y con una intención que no ha podido llevar a cabo. Sin embargo, desde el mecanismo de la ‘oscilación subjetiva’ en la que se encuentra el sujeto, esto se convierte en sólo uno de los puntos de vista desde los cuales se relaciona con la realidad. Por otra parte, el paciente sabe que al quedar anudada la demanda de los terceros significativos de esta forma, tendrá que ir en contra de la tendencia al consumo, lo cual vive como elección forzada, presentando la posición del paciente un doble aspecto

- a mí me hacía sentido... en mí hacía mucho sentido, y yo podía perder, si no tomaba el toro por las astas, podía perder lo que había construido con mi señora... la historia con ella podía irse a la mierda [...] O hacía algo o me costaba el matrimonio
- entonces yo llegué, como se dice en el campo, mujito, prácticamente entregado, sin llevar la contra... más bien motivado, con las ganas de saber si era factible controlar esto
- pa’ mí qué otra solución tenía, no tenía otra solución. Por lo menos tenía un respaldo, me sentía respaldado
- Cuando mi mamá me plantea el tema de hacerme un chequeo médico, eh... claro, pa’ mí fue una especie de ángel caído del cielo, en términos de que ya no me podía seguir haciendo el loco, ehm... cosa que por una parte yo también quería, pero por otro lado me daba terror saber a qué me iba a enfrentar, eh... sin droga

Además de la presión externa, hay razones para que el sujeto tome la decisión, el que le “hace sentido” o el sentir que tiene un “respaldo”. La oposición entre “mujito” y “motivado” también ilustra claramente este punto. La toma de decisión parece estar inserta en el mismo contexto de la oscilación subjetiva presente durante el período de consumo.

c) No toda intervención de terceros surte efecto.

Por otra parte, no cualquier intervención de terceros significativos logra que el paciente tome la decisión de consultar con el fin de hacer algo con su situación. Quiénes lo hacen, la forma y las circunstancias en que se realiza, parecen ser relevantes al momento de producir un efecto

- bueno la Marcela [amante] sí me lo había planteado antes, el tema de tratamiento, de que yo me tenía que hacer un tratamiento, que no estaba bien. Pero en esa oportunidad que ella me lo planteó, pa’ mí no fue tema, yo dije ‘¿ya... le habré puesto mucho?, ¿no le estás poniendo mucho?, cómo tratamiento, qué querís que te diga, yo no te miento’, yo dije, ‘ya hablemos huevás serías poh, no me tirís tallas’
- pero esa noche, no me preguntís qué me gatilló llamar a mi vieja después de mucho rato [...] Y decido llamar a mis padres, muy tarde en la noche, casi de madrugada. Y ellos llegan, porque tanto insistieron, la Marcela [amante] toma el teléfono y ahí le digo a mis viejos, les abro el tema inmediatamente, que tenía una mujer, otra mujer, que estaba embarazada, que iban a ser abuelos nuevamente, y mi otra hija tenía 40 días. Y ahí quedan ellos, y ellos me plantean que yo debo hacer un tratamiento [...] mi mamá me dice ‘tú tenís un serio problema con el alcohol y las drogas’
- entonces bueno, fue la última oportunidad y yo creo que eso me instó a... a seguir
- y llegué a mi casa, a la casa de mis padres un día en la noche y mi papá estaba como esperando, tarde... 3 y media, 4 de la mañana, yo obviamente venía con bastantes copas de más y tuve una discusión con él, me fui, me fui a un motel, porque obviamente no me podía devolver a esa hora a Santiago, y al otro día me levanté y me fui a tomar a un bar ahí en Valparaíso, me junté con mi hermano que me llevó un paquete de pitos y me devolví a Santiago, donde me vine aquí a un... con un amigo a... y aquí estuvimos... todo lo que da ese día, la noche y al otro día, que eso era como un domingo creo, porque recuerdo que el domingo terminé donde otro amigo y el lunes yo tenía que ir a la oficina y el lunes yo me sentía pésimo, muy mal, aparte de este bajón depresivo de la cocaína y del alcohol y todo, entonces mal... y me sentía muy mal de haber peleado con mi papá, me sentía muy mal por eso... y ahí yo decidí

- cuando mi mamá me lo dice, y con la angustia que yo ví que ella me lo dijo, fue diferente
- Yo creo que la Paz [esposa] se dio cuenta antes, de hecho ella un par de veces me preguntó si yo estaba consumiendo algo. Ahora, la pregunta era tan liviana, era en un contexto de tan poco peso y yo también andaba tan en otra, que yo le dije ‘no, no no más, no te preocupís’. Entonces como que no me sentí acorralado con esa pregunta, no fue una situación como de presión, que me la saqué rápidamente, las 2 o 3 veces que ella me preguntó [...] la Paz [...] me encontró una bolsa de coca... en el auto [...] el hecho de que me hayan encontrado en el auto una bolsa, era una evidencia más que concreta.

La seriedad, urgencia y clima emocional en que se realiza la demanda de los terceros significativos parece tener una influencia en la manera de reaccionar del sujeto con el problema adictivo. En la medida que esta demanda cobra la fuerza subjetiva suficiente puede facilitar el que la oscilación subjetiva se incline por un momento hacia el lado de la aceptación de ayuda y de la puesta en marcha de una acción. Es como si desde uno de los puntos de vista se pudiera tener, por un espacio de tiempo, la visión general de lo que está pasando.

- Yo tenía un compañero de pega que iba a... tenía su psicóloga y le dije ‘por favor consígueme una hora, pero hoy tiene que ser’, porque yo sabía que si seguían pasando más días iba a volver a pasar, tuve un lapso ahí de conciencia y de lucidez y él me vio muy mal, yo recuerdo que incluso lloré ahí en la oficina con él y me consiguió esta hora con la psicóloga
- fue bueno haber actuado rápidamente y haber venido para acá porque en el fondo no quedó margen para la duda, entre haber dicho ‘ya, después de las vacaciones o no sé qué, aquí y allá’ [...] el tiempo fue importante, importantísimo porque no hubo tiempo pa’ na’, o sea, yo veía que esta cuestión era un callejón sin salida, que... me refiero venir pa’ acá, yo sabía que era un callejón sin salida en términos de que rápidamente, diciéndolo yo o no diciéndolo yo, se iba a descubrir en lo que estaba, por lo tanto, alguna acción se iba a tomar con mi voluntad o contra mi voluntad, entonces no dejaba espacio para seguir consumiendo y olvidarse del tema, entonces el tiempo fue muy importante, el haberlo hecho rápido.

(C) *El momento de la entrada*

- d) La influencia de terceros en el aceptar el ‘acuerdo’.

El aceptar el ‘acuerdo’ que se propone desde el terapeuta (la realización de un período de evaluación que incluye un período de abstinencia de prueba de algunas semanas) está influido por la demanda de los familiares de que el paciente haga algo en relación a su consumo de sustancias. Esta demanda facilita que el paciente, por motivos gananciales o emocionales, tome la decisión de realizar este acuerdo

- pero no lo hice [rechazar el acuerdo que se le proponía]... porque ya me había subido a la micro, ya no me podía bajar, no me podía bajar, porque de la poca y nada credibilidad que tenía, al estar entregado familiarmente, eh... al tener la prenda de mi vida en ese momento, para ellos era una tranquilidad, y si yo me bajaba del caballo corría el riesgo de perderlos [...] Sí, para mí era un tema así de vital, así de vida o muerte, entonces si ya había entrado en proceso, ya está, aquí estoy. No me podía arrepentir si ya me había tirado del tobogán, ya iba pa’ abajo, pa’ la chucha, cachai, ya no me podía arrepentir, entonces, ya estamos
- y... bueno fue eso, hice una apuesta y las cosas se empezaron a dar... influyó el tener el apoyo de mis padres... me sentía apoyado, sentí que yo podía... hablé con ellos, sentí que no... que era una oportunidad que no podía dejar pasar, de alguna manera estaba en juego mi credibilidad en el fondo
- no me dejaron mucha opción... no me dejaron mucha opción... por otro lado, ya había hablado con la Sofía [polola], y la Pame tampoco me dejó mucha opción
- pero como que ya me había metido en la cuestión, y como que estaba sentenciado por todos lados, como que no tenía por dónde
- ahora... por otro lado también hay una presión familiar... hay una presión familiar, o sea, en el momento en que tú decides como, claro, la Claudia [esposa], mi mamá en una reunión, y decirles frente a ellas ‘el Jaime tiene una adicción, tiene un problema, este problema no se va a curar solo, sino que se va a curar a través de una terapia, y si no funciona esta terapia, que estamos probando... o se va a un centro de internación ... ya en ese momento, en que se hace público, se hace como sonoro, ya no hay mucho que hacer (se ríe), o sea... es un poco la génesis del tema, ¿no?

Discusión

En base al análisis de contenido realizado, es posible afirmar que la influencia de terceros significativos sobre la decisión de entrar a un tratamiento de adicciones se produce en una situación psíquica muy particular propia de la adicción a sustancias, que hace que no sea posible interpretar esta intervención de terceros como una mera imposición desde las fuerzas que intentan la adaptación o el control social en desmedro de la libertad de elegir del sujeto individual. El aspecto de forzamiento desde la biología involucrado en la conducta adictiva genera una situación especial desde el punto de vista de la libertad de elección. Inicialmente, la demanda de parte de los familiares sobre el sujeto puede parecer una acción meramente coercitiva que el sujeto podrá aceptar sólo con fines gananciales, sin ningún tipo de motivación o convicción propia. Sin embargo, esta

demanda desde los terceros significativos sería necesario concebirla, más bien, como un elemento que ayuda a fijar una posición subjetiva ya existente en el propio sujeto. Esta fijación de una posición era lo que hacía falta para dirimir el equilibrio de fuerzas en su psiquismo, que había llevado a una incapacidad de encontrar una solución a su situación problemática. La demanda de los terceros significativos para que el sujeto haga algo en relación a su consumo adictivo de sustancias ‘empalma’, entonces, con una visión ya instalada en el mismo sujeto, que lleva a que en la vivencia relatada por los pacientes ellos sigan sintiéndose como tomando una decisión propia. Es decir, la percepción de la demanda externa no incluye una vivencia de pérdida de libertad en su capacidad de decisión. El sujeto parece ‘ya estar’ motivado a producir un cambio en su situación, y este cambio ‘ya está’ relacionado para el sujeto con una modificación en su relación con las sustancias químicas. Pero, dada la fuerza que tiene la demanda que desde la biología llega al sujeto, no se logra sostener esta posición que implicaría el suspender el consumo de las sustancias. Esta ‘motivación’ impresiona por estar ampliamente presente en la conciencia y, en general, desde hace un largo tiempo. Sin embargo, esto que puede considerarse una real ‘motivación’ se mantenía invisible para el medio. La ‘motivación’ a tratarse, entonces, no sería algo que fuera necesario ‘crear’ en este tipo de pacientes sino, más bien, se haría necesario empalmar los puntos de motivación ya existentes con la demanda de los terceros significativos. De esta manera se podría llevar al sujeto desde la ambivalencia inicial a la toma de un camino de acción, sin tener que esperar que esto sea un proceso que se dé en el sujeto libre de las demandas externas.

Desde este punto de vista, es interesante resaltar que al quedar el miembro con el problema sometido a esta demanda de terceros significativos no se cierra la dimensión de la elección por parte del sujeto, en la medida que desde el abordaje terapéutico se ofrece el espacio para que se desarrolle la tensión entre el sistema familiar y el miembro con el problema. Así, el espacio terapéutico que incluye la demanda de los terceros significativos se transforma en un contexto que permite que el paciente tome la responsabilidad sobre su posición subjetiva desde el comienzo de las intervenciones terapéuticas, tema complejo en este tipo de patología. Tomando en cuenta la demanda de los familiares, el sujeto va decidiendo ubicarse en una de las posiciones subjetivas oscilantes en relación a su consumo de sustancias, proceso que requiere un tiempo de decantación y diálogo al interior del sistema. Por supuesto que el sujeto podrá escoger cualquiera de las alternativas que se le presentan, incluyendo la desestimación de la demanda proveniente de los terceros significativos. Terapéuticamente será necesario ofrecer, además, un espacio individual en el cual el sujeto pueda comenzar a desplegar un discurso sobre su situación vital. Tanto la instancia familiar como individual se hacen indispensables para dar cabida a este desarrollo decisional.

El que los terceros significativos puedan ejercer y mantener en el tiempo esta demanda sobre el miembro con el problema implicará el cambio de las pautas interaccionales propias de la codependencia. De no ocurrir esto, la demanda de cambio tenderá a quedar en la ineficacia en el mediano plazo. Sólo el sostenimiento de una demanda ejercida desde un cambio de las pautas codependientes cambiará el entorno interaccional del sujeto lo suficiente como para darle una oportunidad de cuestionarse su propia oscilación subjetiva en relación a su consumo de sustancias. Esta oscilación subjetiva tiende a producir una situación de parálisis en la toma de decisiones. Esto sucede a pesar de que el sujeto sabe que está mal y que es necesario hacer algo para cambiar una situación que puede llevarlo a padecer consecuencias graves incluyendo la muerte dentro de este horizonte. Es en el contexto de esta imposibilidad de fijar una posición subjetiva a partir de la cual poder tomar decisiones y realizar acciones, que la intervención de terceros significativos pasa a cumplir un rol desestabilizador del equilibrio de fuerzas presente hasta ese momento en la economía psíquica.

El ver la entrada a un proceso de intervenciones terapéuticas dirigidas al problema del consumo de sustancias como una ‘decisión’ por parte del sujeto es de vital importancia, y ha sido uno de los aportes principales de los enfoques motivacionales. A partir de lo revisado en este estudio se puede decir que este proceso puede incluir la demanda de terceros significativos sin que esto afecte la dimensión de ‘decisión’ en juego, en la medida que terapéuticamente se le da un espacio al desarrollo de esta decisión. La inclusión de terceros, por su parte, permitirá que el sujeto fije de forma mucho más rápida una de las posiciones ya existentes en él, facilitando la decisión de entrar a un tratamiento. De esta manera, no existiría una oposición entre darle una cabida terapéutica a la demanda de los terceros significativos y el mantenimiento de una libertad de elección del sujeto con el problema que pueda facilitar un hacerse responsable y un involucrarse subjetivamente en el tratamiento que se inicia.

Referencias

- Alonso, L. (1995). Sujeto y discurso: el lugar de la entrevista abierta en las prácticas de la sociología cualitativa. En: Delgado, J. & Gutiérrez, J. (Comps.), *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*. Madrid: Síntesis.
- Azrin, N.H. (1976). Improvements in the community-reinforcement approach to alcoholism. *Behavior Research and Therapy*, 14, 339-348.
- Berenson, D. (1976). A family approach to alcoholism. *Psychiatric Opinion*, 13,33-38.
- Brown, S. & Lewis, V. (1995). The alcoholic family: A developmental model of recovery. En: S. Brown (Ed), *Treating Alcoholism*. San Francisco: Josey Bass.
- Copello, A., Williamson, E., Oxford, J. & Day, E. (2006). Implementing and evaluating Social Behaviour and Network Therapy in drug treatment practice in the UK: A feasibility study. *Addictive Behaviors*, 31, 802-810.
- Cunningham, J., & Breslin, F. (2004). Only one in three people with alcohol abuse or dependence ever seek treatment. *Addictive Behaviors*, 29, 221-223.

- Edmundson, R., Bryne, M. & Rankin, E. D. (2000). Preliminary outcome data on a model treatment group for codependence. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 28, 93-106.
- García Ferrando, M., Ibáñez, J. & Alvira, F. (1989). *El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación*. Madrid: Alianza Editorial.
- Garret, J., Landau, J., Shea, R., Stanton, D., Baciewicz, G. & Brinkman-Sull, D. (1998). *The ARISE intervention: Using Family and Network to Engage Addicted Persons in Treatment*.
- Heather, N. (2006) Controlled drinking, harm reduction and their roles in the response to alcohol-related problems. *Addiction Research and Theory*, 14, 7-18.
- Ibáñez, J. (1979). *Más allá de la sociología*. México: Siglo Veintiuno.
- Johnson, V. (1973). *I'll quit tomorrow*. New York: Harper & Rowe.
- Kameniecki, M. (2000). La clínica institucional en un centro de asistencia en drogadependencias. *Adicciones, una clínica de la cultura y su malestar* (pp.259-268). Buenos Aires: JVE Ediciones.
- Kreither, J. & López, C. (2001). Tratamiento de adicciones: una forma de comenzar. + *Psykhé*, 10, 11-22.
- Landau, J., Stanton, D., Brinkman-Sull, D., Ikle, D., McCormick, D., Garrett, J., Baciewicz, G., Shea, R., Browning, A. & Wamboldt, F. (2004). Outcomes with the ARISE Approach to Engaging Reluctant Drug- and Alcohol-Dependent Individuals in Treatment. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 30, 4, 711-748.
- Lonek, B., Garret J. & Banks, S. (1996) The Johnson Intervention and relapse during outpatient treatment. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 22, 363-375.
- López, C. (2006). La adicción a sustancias químicas: ¿puede ser efectivo un abordaje psicoanalítico? *Psykhé*, 15,67-77.
- Lloyd, J., Ricketts, E., Strathdee, S., Cornelius, L., Bishai, D., Huettner, S., Havens, J. & Latkin, C. (2005). *Social Contextual Factors Associated with Entry into Opiate*.
- McKay, J. R. (1996). Family Therapy Techniques. En: F. Rotgers, D. Keller & J. Morgenstern (Eds), *Treating Substance Abuse: Theory and Technique*. New York: Guilford Press.
- Miller, J. A. (1997). *Introducción al método psicoanalítico*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Miller, W. & Rollnick, S. (1999). *La entrevista motivacional*. España: Editorial Paidós.
- Miller, W. & Meyers, R. (1999). The community-reinforcement approach. *Alcohol, Research and Health*, 23, 116-122.
- Miller, W., Meyers, R.J. & Tonigan, J.S. (in press). Engaging the unmotivated in treatment for alcohol problems: A comparison of three strategies for intervention through family members. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*.
- Miller, S., Mee-Lee, D. & Plum, W. (2005) Making Treatment Count: Client-Directed, Outcome-Informed Clinical Work with Problem Drinkers. En: Lebow, J. & L. Hoboken (Eds). *Handbook of clinical family therapy*. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc, pp. 281-308.
- Organización Panamericana de la Salud (2005). *Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas*. Washington D.C.: OPS.
- Prochaska, J. & Di Clemente, C. (1984). *The transtheoretical approach: Crossing traditional boundaries of therapy*. Homewood, IL: Dow Jones/Irwin.
- Sinatra, E. (2004). *Las entrevistas preliminares y la entrada en análisis*. Publicación del Instituto Clínico de Buenos Aires: Rolta.
- Szapocznik, J. & Williams, R. (2000). Brief Strategic Family Therapy: Twenty-Five Years of Interplay among Theory, Research and Practice in Adolescent Behavior Problems and Drug Abuse. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 3, 117-134.
- Tatarsky, A. (2003). Harm reduction: Extending the reach of traditional substance use treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 25, 49-256.
- Thomas, E., Adams, K., Yoshioka M. & Ager, R. (1990). Unilateral relationship enhancement in the treatment of spouses for uncooperative alcohol abusers. *American Journal of Family Therapy*, 18, 334-344.
- Wild, C., Cunningham, J. & Ryan, R. (2006). Social pressure, coercion, and client engagement at treatment entry: A self-determination theory perspective. *Addictive Behaviors*, 31, 1858-1872.