

XVI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXXI Jornadas de Investigación. XX Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. VI Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. VI Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2024.

Consumo de sustancias: perspectiva cognitivo conductual y entrevista motivacional.

Fernandez, Leandro.

Cita:

Fernandez, Leandro (2024). *Consumo de sustancias: perspectiva cognitivo conductual y entrevista motivacional*. XVI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXXI Jornadas de Investigación. XX Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. VI Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. VI Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-048/3>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/evo3/qon>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

CONSUMO DE SUSTANCIAS: PERSPECTIVA COGNITIVO CONDUCTUAL Y ENTREVISTA MOTIVACIONAL

Fernandez, Leandro

GCBA. Hospital General de Agudos "Dr. C. Durand". Buenos Aires, Argentina.

RESUMEN

El consumo problemático de sustancias es una problemática multideterminada de gran prevalencia a nivel mundial. La terapia cognitivo conductual se presenta como un abordaje posible que pone el foco en los pensamientos y creencias que median la conducta de consumo y que contribuyen a su mantenimiento en el tiempo. No obstante, en pacientes con errática adherencia al tratamiento o poca implicación con los procesos de cambio, se torna imprescindible trabajar en aumentar la motivación al cambio. En este punto, la entrevista motivacional es la intervención que mayor evidencia ha demostrado para lograr esos objetivos. En este escrito me propuse como objetivo pensar el consumo problemático de sustancias psicoactivas desde el modelo cognitivo conductual e introducir los conceptos principales de la entrevista motivacional. Para tal fin me sirvo del caso de Dario para realizar una articulación teórico - clínica.

Palabras clave

Entrevista motivacional - Consumo problemático - Motivación - Terapia cognitiva

ABSTRACT

SUBSTANCE USE: COGNITIVE BEHAVIORAL PERSPECTIVE AND MOTIVATIONAL INTERVIEW

Problematic substance use is a multi-specific problem that is highly prevalent worldwide. Cognitive behavioral therapy is presented as a possible approach that focuses on the thoughts and beliefs that mediate consumption behavior and that contribute to its maintenance over time. However, in patients with erratic adherence to treatment or little involvement with the change processes, it becomes essential to work on increasing motivation to change. At this point, motivational interviewing is the intervention that has shown the most evidence to achieve these objectives. In this writing, my objective was to think about the problematic use of psychoactive substances from the cognitive behavioral model and introduce the main concepts of motivational interviewing. For this purpose I use Dario's case to carry out a theoretical-clinical articulation.

Keywords

Motivational interview - Problematic consumption - Motivation - Cognitive therapy

Introducción

La Asociación Americana de Psiquiatría (2013) refiere que el trastorno por consumo de sustancias implica la asociación de síntomas cognitivos, comportamentales y fisiológicos que indican que la persona continúa consumiendo la sustancia a pesar de los problemas significativos relacionados con dicho consumo. No existe una causa única a la que pueda atribuirse, por el contrario son tres los ámbitos concurrentes, necesarios y "obligatorios" para que pueda desarrollarse el consumo problemático: un contexto social, una persona con disposición y una o más sustancias (Damin, 2015). Teniendo en cuenta esto, se trata de una problemática multideterminada que requiere de implicación interdisciplinaria e intersectorial.

Se considera a cualquier patrón de consumo de sustancias como problemático y que requiere de intervención, si acaba generando consecuencias adversas ya sean sociales, profesionales, legales, médicas o interpersonales (Beck et al., 1993).

El desarrollo y el mantenimiento del consumo problemático de sustancias es un fenómeno complejo que debe ser abordado desde una perspectiva biopsicosocial. La guía de El Instituto Nacional de Salud y Excelencia Clínica (NICE) de tratamientos eficaces, propone una lista de distintos tipos de tratamientos basados en la evidencia científica, advirtiendo la necesidad de la utilización de intervenciones psicológicas, farmacológicas y psicosociales en respuesta a la complejidad mencionada. En relación a las intervenciones psicológicas con mayor evidencia para los trastornos de consumo de alcohol y cocaína la guía NICE (2011) menciona, entre otros, a la terapia cognitivo conductual y la entrevista motivacional. Esta última presenta mayor evidencia en población adulta, y se utiliza para aumentar la motivación para el cambio y la autoeficacia, poniendo el foco en ayudar al paciente a reconocer los problemas asociados al consumo en relación a aquello que considera valioso en su vida.

Caso Dario

Dario es un hombre de 59 años, vive solo en la ciudad de Buenos Aires y trabaja como vendedor independiente en una feria. Su red socio familiar está compuesta por su hija de 19 años y un hijo de 25. Llega en diciembre del año 2022 al servicio de salud mental del hospital. Al indagar acerca de su motivo de consulta refiere sentirse preocupado, con miedo constante e injustificado a que algo malo le pase a su hija, lo cual le genera mucha angustia e insomnio. Agrega que desde hace un tiempo está

teniendo dificultades para ir a trabajar y que en los últimos meses a raíz de eso acumuló muchas deudas. Al preguntarle sobre conductas de consumo manifiesta, seguido de aclarar que él no es una persona alcohólica, que toma dos botellas de vino al día principalmente cuando se siente preocupado o ansioso ya que la bebida lo alivia. Comenta que comenzó a consumir diferentes sustancias (marihuana, cocaína y alcohol) a sus 23 años cuando tocaba un instrumento en una banda de música ya que “en ese ámbito era imposible no hacerlo” (sic), sosteniendo hasta el día de hoy únicamente el consumo de alcohol.

Al principio se mostraba reticente ante cualquier intento por parte del equipo tratante de señalar que quizás en algunos aspectos consumir alcohol le estaba generando problemas, argumentando “Puedo dejar de tomar cuando yo quiera” (sic). Con el correr de las sesiones Dario comenzó a introducir dentro de su dificultad para ir a trabajar, la variable del consumo de alcohol. Ubica que cuando toma a la noche, al otro día se despierta sin energías y desgastado, situación que le genera inconvenientes no solo en el trabajo sino también para asistir a las sesiones. Asimismo identifica que cuando decide no ir a trabajar se queda en su casa bebiendo. Tras varios meses llegó a verbalizar que el consumo lo perjudica, no obstante dicha postura no se sostenía en el tiempo, alternando con un modo reticente.

En cuanto a antecedentes familiares Dario recuerda vagamente que su padre tomaba mucho alcohol sin expresar mucho detalle al respecto.

¿Por qué se sigue consumiendo si genera problemas?

En primer lugar, es importante mencionar que desde la perspectiva cognitivo conductual, el consumo de sustancias es una conducta aprendida producto de la interacción entre el individuo y su ambiente. Se sabe que si una persona repite un comportamiento a lo largo del tiempo es porque para algo le está funcionando. A grandes rasgos estas conductas aprendidas tienen dos funciones básicas: Aumentar las sensaciones de placer y disminuir las sensaciones displacenteras. Se trata entonces de una conducta recompensada mediante reforzamiento positivo y/o negativo, por lo que la probabilidad de ocurrencia de la misma en el futuro se ve incrementada. Dado que las consecuencias apetitivas son inmediatas y las aversivas se dan en el mediano o largo plazo, no es fácil poner fin a la conducta de consumo (Keegan, 2012).

Hay una serie de variables ambientales que configuran factores de riesgo para el desarrollo del consumo, como también características individuales que predisponen a dicho comportamiento:

Factores de riesgo para el desarrollo de la conducta de consumo

- Exposición al consumo de otras personas significativas durante la infancia
- Presión social
- Propiedades químicas de la sustancia

Factores de vulnerabilidad individual

- Sensibilidad general hacia las emociones y sensaciones desagradables
- Poca motivación para controlar la conducta, por lo que la satisfacción momentánea se valora más que el control.
- Dificultad en resolución de problemas
- Dificultad para proyectar consecuencias a largo plazo
- Poca asertividad
- En muchos casos la conducta de consumo es un intento disfuncional para lidiar con determinadas experiencias emocionales, por lo que las personas con dificultades en la regulación emocional son más vulnerables al consumo.

El consumo de alcohol del padre de Dario pudo constituir un factor de riesgo para que luego él haya desarrollado la conducta de consumo. Por otro lado, es una persona bastante sensible a las emociones desagradables, tendiendo a buscar medios para suprimir o moderar la intensidad o frecuencia de dichas experiencias emocionales, dejando en evidencia la falta de habilidades adaptativas para regularlas. Encuentra en el consumo un modo de resolver, de manera temporal y a corto plazo, los problemas ya sean internos (como estados emocionales) o externos (como la falta de concentración en el trabajo)

De esta forma, las variables psicológicas y sociales serían los factores determinantes, antes que las propiedades farmacológicas de la sustancia, a la hora de convertir a un consumidor de drogas en una persona que abusa de las mismas (Beck et al., 1993).

Por otro lado, son conductas mediadas por procesos cognitivos. Estas van acompañadas de creencias disfuncionales acerca del consumo, la sustancia y sus consecuencias, que pueden disparar y mantener la conducta de consumo. También constituyen el principal factor de las recaídas.

Los siguientes son ejemplos de algunos tipos de creencias habituales en personas con problemas de consumo:

Creencias adictivas: Estas hacen referencia a diferentes tipos de creencias disfuncionales que suelen estar presentes en diferentes personas con consumo de diversas sustancias psicoactivas. Como por ejemplo el supuesto de que la droga aliviará el aburrimiento, la ansiedad, la tensión y la depresión

Creencias facilitadoras o permisivas: Son creencias focalizadas en el consumo como una gratificación que legitiman la utilización de la droga. Estas cumplen la función de derribar las barreras que se interponen entre la persona y el consumo. “Hoy trabaje todo el día, así que voy a consumir” “Me lo merezco”

Creencias anticipatorias: También llamadas expectativas de resultado positivo son creencias referidas a la obtención de placer o alivio asociado con el consumo.

El modelo cognitivo de abuso de sustancias propuestos por Beck y su equipo (1993) plantea en el inicio la presencia de

un estímulo activante que puede ser interno o externo. Estos estímulos activan creencias anticipatorias que se manifiestan a través de pensamientos automáticos. La secuencia evoluciona hacia el craving y las creencias facilitadoras que funcionan como justificación de la posterior acción. A partir de aquí el foco atencional se pone en las estrategias instrumentales, es decir en pensar un plan de acción para la obtención de la droga y luego su utilización.

Se piensa la acción de consumo, entonces, como el último paso en una gran secuencia. Dario consume alcohol como un modo desadaptativo de regulación emocional. Suele sentirse preocupado y ansioso por la posibilidad de que algo malo le pase a su hija, o por tener que ir a trabajar. Los pensamientos derivados de la creencia anticipatoria de que el alcohol aliviará su malestar generan en él un fuerte deseo de consumir acompañados de creencias permisivas del estilo “Está bien tomar por esta vez”. Dario presenta diferentes estrategias instrumentales como apagar el celular para que no lo molesten del trabajo o en caso de no tener plata para conseguir la sustancia, vender alguna pertenencia.

TCC para consumo

En cada una de estas etapas es posible intervenir. Desde el cuestionamiento del significado ligado a la situación estímulo desencadenante, la identificación o modificación de las creencias anticipatorias y permisivas, hasta técnicas de control de estímulos tanto para los desencadenantes como en el momento de las conductas instrumentales.

Pero ¿Cómo trabajar con pacientes que no problematizan su situación? o ¿con aquellos que aún viendo los problemas que le provoca el consumo no se involucran en un proceso de cambio?

Los pacientes llegan a consulta con diferentes niveles de motivación para el cambio. La motivación no se debe entender como un problema de personalidad, o como un rasgo de la persona, sino como un estado de preparación para el cambio. En otras palabras, es un estado de disponibilidad o deseo de cambiar, el cual puede fluctuar de un momento a otro o de una situación a otra (Gantiva et al., 2015). Por lo tanto, esta no se piensa como una condición inherente a la persona sino como un estado en un determinado contexto particular influenciado por múltiples factores ambientales.

Entrevista motivacional

La entrevista motivacional es una intervención directiva, centrada en el paciente para provocar un cambio en el comportamiento, ayudando a los clientes a explorar y resolver ambivalencias que le genera su problema. La misma se da en una atmósfera constructiva de conversación sobre el cambio de la conducta problema, donde el terapeuta busca a través de una escucha

empática comprender la perspectiva del paciente y minimizar sus resistencias. Esta intervención implica estrategias y técnicas que se utilizan para explorar los valores de la persona, sus objetivos y su relación con el problema de consumo con la finalidad de generar disonancia y promover la motivación para el cambio (Miller y Rollnick, 1996).

Un modelo útil para comprender cómo se produce el cambio lo han elaborado los psicólogos James Prochaska y Carlo DiClemente, al notar que sólo un bajo porcentaje de los pacientes con consumo están preparados para implicarse con el proceso terapéutico, se propusieron estudiar cómo se da el cambio y elaboraron un modelo transteórico para su comprensión. Los autores explican que los pacientes atraviesan por las siguientes etapas de manera circular antes de conseguir un cambio sostenido en el tiempo:

Precontemplación: En esta fase, la persona no ve o no quiere ver ningún problema en su conducta. No hay conciencia de enfermedad, por lo que tampoco hay interés en realizar un cambio. Las personas que se encuentran en este estadio subestiman los beneficios del cambio. Las consecuencias gratificantes del consumo resultan superiores a los aversivos.

Contemplación: La persona empieza a tener conciencia de su problema y a tener dudas sobre su comportamiento. Comienza a evaluar los pros y los contras de cambiar, considera y rechaza el cambio a la vez. Aquí los aspectos aversivos y gratificantes del consumo se ven equilibrados.

Preparación: En esta fase hay una voluntad de cambio mucho más clara, la persona decide intentar un cambio. La balanza entre los pros y contras para cambiar se empieza a inclinar a favor del cambio.

Acción: En este estadio el paciente se involucra seriamente con las estrategias propuestas por el terapeuta, y se dan los cambios conductuales más relevantes dirigidos hacia el objetivo de reducir el consumo.

Mantenimiento: Fase en la que los objetivos están dirigidos a la conservación y consolidación de los cambios alcanzados, así como a la prevención de recaídas.

Las **recaídas** son esperables dentro de la rueda de cambio, por lo que constituye otra etapa.

La entrevista motivacional consiste en facilitar este proceso, el pasaje de una fase a la siguiente. Para esto es importante evaluar en qué fase se encuentra el paciente para poder adecuar las intervenciones a las mismas. En palabras de Prochaska y DiClemente (1986) la terapia de las conductas adictivas puede progresar de manera adecuada si tanto el paciente como el terapeuta están centrados en el mismo estadio de cambio.

Cuando Dario comenzó el tratamiento no mencionaba el consumo de alcohol entre sus motivos de consulta. No parecía reconocer en esa conducta un problema, a pesar de la visible asociación entre el consumo y su dificultad para ir a trabajar, sus problemas económicos y la necesidad de vender alguna per-

tenencia para poder comprar el alcohol. No era consciente del problema. Incluso, ante alguna señalización del equipo tratante, presentaba resistencia manifestando que él no es una persona alcohólica. Pareciera estar en ese momento en la fase de pre-contemplación por lo que cualquier intervención que apunte a un cambio directo probablemente no tenga mucho éxito. La intervenciones deberían estar dirigidas a aumentar la conciencia de enfermedad, brindar información psicoeducativa sobre cómo eso le está afectando, analizar ventajas y desventajas del consumo. Esto desde una escucha empática, realizando preguntas abiertas para que sea el paciente quien más hable y no caer en la trampa de la confrontación, y evitando discutir.

Tras varios meses de tratamiento, Dario comenzó, de a ratos, a tomar cierta conciencia del problema. Reconoció que toma cuando se siente ansioso o preocupado, que eso lo alivia momentáneamente pero que lo hace sentirse débil y sin ganas de ir a trabajar. En alguna sesión afirmó que el alcohol lo perjudica. Empezó a ver no solo las consecuencias gratificantes inmediatas del consumo, sino también las aversivas a mediano y largo plazo. Más allá de esto, no parecía estar convencido de dejar de consumir. Se podría hipotetizar que el paciente se encontraba en la fase de contemplación. En este momento las intervenciones apuntarían a aumentar la disonancia entre lo que hace y lo que quiere para su vida. Para esto es importante indagar y hablar sobre los valores del paciente. Para Dario, ir a trabajar y lograr una tranquilidad económica es algo importante. También asistir a terapia para sentirse mejor lo es para él. El consumo lo aleja de esto que es relevante. Este es buen momento también para la realización de un balance decisional con el objetivo de inclinar la balanza hacia el lado del cambio.

Conclusiones

Desde una perspectiva cognitivo conductual se piensa a la conducta de consumo como una respuesta condicionada elicited por estímulos condicionados, que se sostiene en el tiempo por reforzamiento positivo y negativo. También se reconoce el papel de las cogniciones como parte de los factores de mantenimiento. Teniendo en cuenta esto, se proponen distintas intervenciones posibles en los diferentes procesos subyacentes a la conducta. A pesar de eso la falta de progresos en el manejo del consumo, principalmente debido tanto a la adherencia errática al tratamiento como a la falta de implicación en los procesos de cambio, hizo necesario pensar en métodos para ayudar a estos pacientes a estar preparados para el cambio y comprometerse con los tratamientos.

La entrevista motivacional desde su creación ha demostrado eficacia en el abordaje de estas conductas focalizándose en el incremento de la motivación para el cambio. Esto hizo que en los últimos años esta intervención haya sido una de las más diseminadas para el tratamiento del consumo problemático de sustancias psicoactivas.

Está claro que el trabajo con estas problemáticas implica un de-

safío para los profesionales. En relación a esto creo importante el trabajo del propio terapeuta sobre el manejo de su frustración y de la propia motivación cuando se encuentran con pacientes que no problematizan su conducta o, que aún haciéndolo, no se comprometen con cambiar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Beck, A.T., Wright, F.D., Newman, C.F. y Liese, B. (1993): *Cognitive Therapy of Substance abuse*, New York, Guilford.
- Damín, C. (2015). Consumo de sustancias psicoactivas: cuándo es un problema. *Voces en el Fénix*, 6(42), 11-19.
- Gantiva, C., & Flórez-Alarcón, L. (2015). Entrevista motivacional en consumidores excesivos de alcohol: intervenciones efectivas para el aumento en la disposición al cambio. *Psychologia. Avances de la Disciplina*, 9(1), 83-91.
- Iglesias, E., Cortés M. T., Pedrero Pérez, E. J., Fernández H., Casete Fernández, Bermejo González, L., Secades Villa, R. y Gradolí, V. (2008). Guía clínica de intervención psicológica en adicciones. *Socidrogalcohol*.
- Keegan, E. (2007). *Escritos de psicoterapia cognitiva*. Eudeba.
- Keegan, E. (2012). Perspectiva cognitivo-conductual del abuso de sustancias. *Intersecciones Psicológicas*, 3, 5-8.
- Miller, W. R., y Rollnick, S. (1996) ¿Qué es la entrevista motivacional?. *Revista de toxicomanía*.
- National Collaborating Centre for Mental Health, commissioned by the National Institute for Health & Clinical Excellence. Alcohol use disorders. (2011). The NICE guideline on diagnosis, assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence (clinical guideline 115). The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists, 239-246, 245.
- Torres Carvajal, G. A. (2010). La entrevista motivacional en adicciones. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 39, 171s-187s.