



- ◆ Trabajo realizado por la Biblioteca Digital de la Universidad CEU-San Pablo
- ◆ Me comprometo a utilizar esta copia privada sin finalidad lucrativa, para fines de investigación y docencia, de acuerdo con el art. 37 de la M.T.R.L.P.I. (Modificación del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual del 7 julio del 2006)

# Aspectos generales del tratamiento de las toxicomanías

179/89

Dr. Aquilino M. Polaino-Lorente.  
Catedrático de Psicopatología. Universidad Complutense.

*Es difícil juzgar la eficacia de los procedimientos empleados en la terapéutica de las toxicomanías, pero frente a las actitudes antiterapéuticas más frecuentes, los programas integrados parecen ser los más eficaces.*

N las breves líneas a las que debo atenerme en esta colaboración, sería pretencioso por mi parte que se tratara de pasar revista a los aspectos generales del tratamiento de las toxicomanías, al mismo tiempo que procuro contribuir en alguna manera a su avance. Por eso he considerado preferible tratar de ocuparme de los aspectos generales del tratamiento de las toxicomanías, pero desde una muy limitada, concreta y restringida perspectiva: la de las actitudes que tal vez están en la base de los factores que hacen fracasar, precisamente, a esos procedimientos de intervención terapéutica.

No disponemos, por el momento, de los instrumentos que necesitaríamos para evaluar la eficacia diferencial o genérica de cada uno de los programas, psicoterapias y recursos que habitualmente venimos empleando en el tratamiento de los pacientes toxicómanos.

Ante el «vacío» de esos procedimientos de evaluación, es lógico que surjan actitudes muy variadas —aunque tan infundadas unas como otras—, acerca de la supuesta y potencial eficacia terapéutica que cabría esperar de cada una de las estrategias y programas que hoy se aplican.

Trataré de resumir a continuación algunas de las actitudes erróneas desde las que más frecuentemente se califica la supuesta eficacia de muchos de los tratamientos empleados en los pacientes toxicómanos. Esta cuestión me parece medular por afectar a los mismos resultados que, rigurosamente, cabría esperar de los actuales procedimientos terapéuticos. No podemos olvidar que si esas actitudes pseudoevaluadoras fuesen menos erróneas —y observáramos a continuación en qué grado lo son—, muy probablemente cambiarían de forma muy sensible las expectativas del paciente y sus familiares respecto de la intervención terapéutica que reciben. De otro lado, las mismas instituciones sanitarias, públicas y privadas, tomarían decisiones muy diferentes a favor o en contra de prodigar o no estos tratamientos, en función de cuáles sean las actitudes de que parte, inicialmente, respecto de aquéllos. Por último, la misma sociedad legitimaría o descalificaría, según cuáles sean esas actitudes, unos o/y otros de los procedimientos y estrategias empleadas.

Como puede observarse, el autor de estas líneas sostiene que el futuro de la eficacia terapéutica de las toxicomanías necesariamente pasa por las actitudes que frente a estos procedimientos tengamos unos y otros en la comunidad. En consecuencia con ello, considera que acaso fuese más conveniente para optimizar la eficacia de los actuales tratamientos, no tanto la modificación de ellos o de otras medidas similares (como el estudio y la modificación de los paquetes de estrategias de intervención ahora disponibles, o la consecución y disponibilidad de nuevos recursos para la creación de otros centros de tratamiento), con ser todas ellas presumiblemente muy necesarias, como más bien la modificación de las actitudes que tienen los ciudadanos, consumidores, familiares y expertos respecto de los procedimientos y programas empleados por el hecho de que, de una u otra forma, todos ellos están implicados en el resultado final obtenido a través del empleo de estos procedimientos.

Resumo y apelo a continuación a aquellas actitudes que, a mi entender, afectan más a los resultados objetivos que pudieran obtenerse a través de los procedimientos terapéuticos que hoy se prescriben.

## PROCEDIMIENTOS EXCLUYENTES Y EXCLUSIVOS

Nadie dudará a estas alturas que el consumo de drogas exige en muchos casos la intervención clínica del psiquiatra, e incluso el ingreso hospitalario del paciente. Esto quiere decir que en aquellos casos de intoxicación aguda, el tratamiento psicofarmacológico puede resultar irrenunciable. Lo mismo acontece en aquellos pacientes, en que tras un consumo crónico han emergido síntomas y síndromes psicopatológicos que, asociados o independientemente al consumo de drogas, pueden modalizar las manifestaciones psicopatológicas que el consumo de drogas producen. También aquí el empleo de ciertos tratamientos psicofarmacológicos y biológicos puede resultar imprescindible.

Pero con estas medidas no se puede afirmar que hayamos conseguido el tratamiento holístico de las toxicomanías y de sus consecuencias. Junto a la fase de desintoxicación, tradicionalmente viene hablándose con mayor o menor fortuna de otras fases (deshabitación, mantenimiento, reinserción social, etc.), en las que justamente para conseguir los objetivos propuestos, es necesario abordar al paciente desde otras perspectivas muy diferentes a la estrictamente psicofarmacológica (psicoterapia individual y grupal, comunidad terapéutica, entrenamiento en autocontrol, terapia de familia, etc.), que a pesar de ello también resultan imprescindibles. Esto quiere decir que el acercamiento terapéutico a la drogadicción ha de reconocerse que es forzosamente multimodal, es decir, que intervienen en él modos de intervención terapéutica de muy diferente orientación y escuela, de modo que integrados todos ellos en forma de paquetes en el marco de un programa terapéutico, contribuyan en mayor o menor grado al logro de los objetivos proyectados.

Esto en modo alguno significa que adoptemos un punto de vista ecléctico, de «ya-valismo», por cuyo defecto asumamos la atribución genérica de que todo procedimiento de intervención terapéutica en las toxicomanías es eficaz. Significa tan sólo que para un problema tan complejo, como el de las toxicomanías, se necesita también un *pool* de técnicas complejas, cuya eficacia esté relativamente garantizada, independientemente de cuál sea la escuela u orientación de la que provengan.

De admitirse la anterior afirmación, hemos de advertir la desaparición de los exclusivismos terapéuticos, es decir, la abolición de todo dogmatismo terapéutico, ensalzador de unos procedimientos, simultáneamente que infraestimador de otros. Un hecho generalmente hoy bien aceptado es que muchos procedimientos terapéuticos deben concitarse para el tratamiento de las toxicomanías. Esto supone que ninguno de ellos es exclusivo y, como consecuencia de ello, tampoco ninguno de ellos excluye a los restantes. En realidad, las viejas actitudes defensoras de los exclusivismos terapéuticos estaban vinculadas a «razones» de escuelas. Hoy, en cambio, resulta muy difícil sostener en la práctica aquellas actitudes, una vez que se ha probado la necesidad de emplear recursos muy variados en programas integrados.

## LA PARTE Y EL TODO

Otra dificultad que encontramos frecuentemente entre las actitudes antiterapéuticas más frecuentemente extendidas, consiste en tomar la parte por el todo. Esto quiere

decir que se magnifica cualquier elemento de los intervinientes entre otros muchos en cualquier programa de intervención terapéutica como si fuese el «todo» del programa terapéutico al que debe atribuírsele la eficacia de dicho programa.

Hay varias razones por las que este error hace sentir su excesivo peso sobre la génesis de otras muy diversas actitudes antiterapéuticas. En primer lugar, porque la mayor parte de los programas que se emplean en el tratamiento de los toxicómanos constan de elementos muy vastos y amplios que, integrados en forma de paquetes, constituyen realmente a ese modo concreto de intervención relativamente eficaz, a pesar de su excesiva heterogeneidad. Reducir el pluralismo del arsenal terapéutico al protagonismo isomórfico de un solo elemento terapéutico, inevitablemente ha de suponer un reduccionismo simplificador.

En segundo lugar, porque tampoco las características de los toxicómanos —clínicas, psicopatológicas, toxicológicas, etc.— son homomórficas. Esto quiere decir que aquí precisamente es donde se cumple todavía más aquella aserción de que «no hay enfermedades sino enfermos», que traducida a este ámbito concreto habría que enunciarla con la afirmación de que no hay toxicomanías, sino toxicómanos.

Y, en tercer lugar, porque cada toxicómano puede ser más sensible o más resistente a la acción terapéutica de un determinado elemento o grupo de elementos de los muchos que, de hecho, se concitan en los programas de intervención terapéutica, hoy al uso.

Por todo esto parece injusto que algún experto, familiar o incluso toxicómano atribuya un efecto excesivamente benéfico a uno solo de los elementos del programa, mientras ignora, desacredita o descalifica a los otros elementos intervinientes. La parte jamás podrá sustituir al todo. Más aún, ni siquiera la suma de las partes podrá sustituir a la globalidad del todo, ya que este último no se configura simplemente con la suma adicional de los elementos que lo integran, sino que el resultado terminal de su acción terapéutica es muchas veces consecuencia de la interacción —adicional o multiplicativa, residual o divisoria, agonista y/o antagonista, etc.— entre muchos de los elementos intervinientes, cuya acción sinérgica es muy difícil de disecar, diferenciar y distinguir. Por consiguiente, es preciso afirmar una vez más que sin que pueda hablarse de una «confusión» en la naturaleza y acción de los diversos elementos que se concitan en un concreto programa terapéutico, sí que puede darse una «fusión» sinérgica entre las acciones, individuales o asociadas, de muchos de esos elementos, fusión a la que precisamente debe su eficacia terapéutica el programa de intervención diseñado.

De otro lado, no podemos olvidar que **hay también muchos otros factores que, sin pertenecer estrictamente al ámbito terapéutico, no obstante, limitan, obstaculizan e incluso hacen fracasar los efectos generados por cualquier programa terapéutico.**

Otros factores como la estabilidad en el empleo parecen predecir bien la mayor resistencia a las recaídas por parte de los toxicómanos, independientemente de cuál sea el programa terapéutico que hayan seguido (Westermeyer y col., 1978; Stephens y col., 1972; Hitchens y col., 1971). Hay otras muchas variables que han sido investigadas en estudios científicos y rigurosos, como el efecto de la coacción legal al tratamiento involuntario sobre los resultados generados por éste (Rosenberg y col., 1976; Garner, 1978); la participación o no en grupos de Alcohólicos Anónimos (AA), de Cocainómanos Anónimos (CA) y de Narcóticos Anónimos (NA), allí donde están bien implantados (Kaufman y col., 1988; Westermeyer, 1989), etc.

## LA LEY DEL TODO O NADA

Otra actitud antiterapéutica de amplia circulación entre muchos de los profesionales, pacientes y familiares, consiste en alinearse en uno de los dos extremos de un continuo, que podríamos calificar con los términos del «todo» y la «nada». Desde la psicología atribucional (Rizley, 1978; Rozensky y col., 1981; Polaino-Lorente, 1988) sabemos que atribuir la totalidad de la eficacia terapéutica o la nihilidad de esa eficacia a un solo procedimiento, constituye ya de por sí un estilo cognitivo que suele estar afectado por muchas distorsiones, sesgos e inferencias subjetivas por parte de quien hace esas atribuciones, que por otra parte son muy poco acertadas.

Por eso, considerar que hay algún procedimiento terapéutico al que se le pueda atribuir la totalidad/nihilidad de los resultados del proceso curativo supone casi siempre una inferencia, la mayor parte de las veces errónea. Entre otras cosas, porque como acabamos de observar en el epígrafe anterior, la mayor parte de las intervenciones terapéuticas en los toxicómanos, constituyen un apretado elenco de estrategias integradas todas ellas en un marco de referencias común al que los diseñadores califican y conoce con el término de «programa». Como es obvio, resulta muy difícil analizar —y todavía más difícil calificar— qué elementos del programa son los más o menos responsables de la eficacia/fracaso terapéutico alcanzado. Si, como veíamos antes, la parte nunca puede sustituir al todo, atribuir y suponer, simultáneamente, que *todo* el programa es responsable igualmente de la eficacia alcanzada, o que únicamente *un solo elemento* del programa es el responsable de *toda* la eficacia alcanzada, con toda probabilidad sea tan injusto y poco riguroso, desde la perspectiva científica, como afirmar que *nada* del programa genera ningún resultado terapéutico o que *ningún elemento* del programa, aisladamente considerado, genera ninguna eficacia terapéutica.

Estos modos de atribución implican y realizan en sí la vieja ley psicofisiológica de la respuesta neuronal a la estimulación conocida con el término de «ley del todo o nada». Pero esta ley, que continúa siendo válida en la psicofisiología, no parece que tenga ningún tipo de validez —ni predictiva, ni de constructo, ni estadística; acaso sólo la validez social, en la misma medida en que se la interpreta como los efectos de un rumor— en el ámbito de las toxicomanías. Aquí precisamente resulta inviable en la práctica juzgar si un procedimiento terapéutico, cualquiera que éste sea, puede servir para la curación de «todos» los toxicómanos, o para la curación de «ningún» toxicómano. Tal ley es todavía menos normativa pues, como sucede, se trata de una ley caótica, es decir, de una normativa que jamás se cumple, puesto que alternativamente se emplea por unos y por otros tanto para expresar que tal procedimiento es el más eficaz, como para significar que dicho procedimiento es el más ineficaz.

La «ley del todo o nada» designaba en la psicofisiología la capacidad respondiente de la neurona ante la llegada de un estímulo, en función del umbral estimular que en ese instante tuviera su membrana, de acuerdo con los procesos electroquímicos y biomoleculares responsables de su potencial de membrana (Jiménez Vargas y Polaino-Lorente, 1990). Según esto, la neurona respondía a ese estímulo —y si respondía lo hacía de forma total, sin gradualidad alguna—, o no respondía en absoluto —también sin ninguna gradualidad. Esto, en el caso de los toxicómanos, en absoluto es cierto. Todos ellos responden de una u otra forma, con cualidad e intensidad bien diferenciadas, en función de muchas variables personales (personalidad,

*«No hay en mi opinión “buenos” y “malos” respondientes a los tratamientos terapéuticos empleados en la drogadicción; como tampoco hay terapias “infallibles” y terapias “inexistentes”»*

**«De acuerdo con que muchos de estos programas ni disminuyen el consumo de drogas ni hacen que disminuya el número de toxicómanos, pero gracias a ellos muchos afectados han remutado sus crisis agudas»**

trastornos psicopatológicos, dosis y cualidad de la sustancia consumida, etc.), terapéuticas (personalidad del terapeuta, frecuencia y duración de las terapias, paquetes de estrategias que integran el programa, etc.), y socioculturales (disponibilidad de la droga, relaciones familiares, estatus profesional, soporte social, etc.).

Esto quiere decir que en la terapia tal ley no se da jamás. Y es que todo toxicómano es siempre respondiente a las estrategias de intervención terapéutica que se aplican —y eso a pesar de las recaídas en el consumo de drogas—, aunque su respuesta a esas estrategias forzosamente ha de estar modalizada en función de esa multitud de variables que se concitan en el proceso evolutivo y clínico de las toxicomanías. No hay, en mi opinión, «buenos» y «malos» respondientes a los tratamientos terapéuticos empleados en la drogadicción; como tampoco hay terapias «infalibles» y terapias «inexistentes». Aquí, más que en ningún otro lugar, hay gradualidad, cuantificación diferencial y una parsimoniosa y extensa amplitud en el espectro de los resultados terapéuticos obtenidos, en función de una constelación de variables, muchas de las cuales, lamentablemente, todavía hoy, ignoramos.

### EL SÍNDROME DE LA PUERTA GIRATORIA

Es cierto que en la mayoría de los toxicómanos alguna vez se ha dado (a lo largo de su forzada trayectoria por dejar la drogadicción), el síndrome de la puerta giratoria: participar en un programa o ingresar en una institución para dejar el consumo de la droga y apenas lo ha conseguido, abandonar el programa o la clínica para volver a recaer en el consumo. En realidad, muchos de estos programas terapéuticos y/o hospitalarios apenas sí constituyen algo más que un «espacio discontinuo» e ineficaz donde el toxicómano parece recalar para salir de sus crisis agudas, reponer fuerzas y volver a las andadas. De ahí el título de síndrome de la «puerta giratoria»: el toxicómano entrará en aquella institución y saldrá de ella para hacer lo mismo que hacía antes de su ingreso. De ahí también que su estancia en esa institución aparentemente apenas sí suponga un corto paréntesis en su zigzagueante trayectoria biográfica como toxicómano.

Claro está que hasta aquí sólo nos hemos fiado de las apariencias. Y, en efecto, según las apariencias, la mayor parte de los programas no sirven para nada o para casi nada, dado que la mayoría de los investigadores reconocen que entre el 70 y el 80 % de los toxicómanos recaen después de haber asistido a un programa terapéutico (Khantzian y col., 1986; Woody y col., 1986; Zimberg, 1985).

Aunque los indicadores anteriores son ciertos —y no es propósito del autor de estas líneas negar su evidencia, por otra parte coincidente con la experiencia de la mayoría de los profesionales españoles—, no obstante, hay que afirmar que la realidad del tratamiento de las toxicomanías jamás debiera reducirse a la metáfora de la «puerta giratoria». Más aún, considero que esta metáfora —aunque sin duda alguna ajustada a lo que sucede en ciertos ambientes sociales—, ha sido el germen lamentablemente muy fecundo de muchas actitudes antiterapéuticas. En efecto, si toda terapia está llamada a ser simplemente el eje sobre el cual gira la «puerta giratoria», su función social inevitablemente debe describirse como el de una membrana semipermeable entre la sociedad consumista de drogas y los ghettos terapéuticos en los que dicho consumo está vedado. Pero esto, en modo alguno es así. Y eso incluso a pesar de que ciertamente muchos de los toxicómanos recaigan una y decenas de veces, tras el abandono de un programa de rehabilitación. Me explico: cada vez que un toxicómano —haciendo un alarde hercúleo y gigantesco de la escasa voluntad que le queda— accede a un programa terapéutico, muy probablemente no se produzca su curación total, ni tan siquiera el abandono del consumo de drogas durante el próximo año, pero ciertamente que también hemos logrado otros muchos objetivos que, sin

duda alguna, pueden calificarse como estrictamente terapéuticos. El breve inventario que a continuación se cita constituye una elemental muestra de los efectos terapéuticos generados por cualquier programa de intervención, a pesar de que el toxicómano vuelva a recaer en el consumo y abuso de estas sustancias.

Entre los efectos terapéuticos generados por estos programas que pretendidamente están al servicio de la «puerta giratoria», caben citar los siguientes: subvenir a la necesidad de cesar, al precio que sea, en el consumo habitual; modo de afrontar, aunque sólo sea provisionalmente, la insufrible crisis de abstinencia que se padece; modo de discontinuar el consumo, a pesar de que la duración e intensidad de esa discontinuidad nunca pueda predecirse, ni siquiera el que algunas veces ésta acabe por extinguir totalmente el consumo; apertura de un horizonte no sólo terapéutico, sino también humano que hasta ese momento estaba absoluta y herméticamente cerrado; recuperación de las constantes vitales mínimas e imprescindibles para la supervivencia personal; detección, precoz o tardía, de otras muchas manifestaciones biopatológicas y psicopatológicas concomitantes o no con el hecho de la drogadicción y posibilidad de intervenir terapéuticamente sobre ellas, etc.

Como acabamos de observar, acaso por este síndrome de la «puerta giratoria» muchos programas de intervención terapéutica no sean eficaces desde el punto de vista de la deseabilidad personal, cuando el toxicómano toca fondo y llega a un nivel de desvalimiento infrahumano. De acuerdo con que muchos de estos programas ni disminuyen el consumo de drogas ni hacen que se amenigüe el número de toxicómanos (criterios de éxito social), pero gracias a estos programas, muchos toxicómanos han remontado sus crisis agudas, han salvado sus vidas, han alcanzado un hito más desde el que tal vez más adelante puedan encaminarse al definitivo abandono de la drogadicción y, en definitiva, han experimentado que la sociedad no era del todo indiferente a su problema (criterios de éxito personal).

¿Puede todavía hoy continuar sosteniéndose que los programas de intervención terapéutica en las toxicomanías no sirven para nada, porque no disminuyen socialmente ni el consumo ni el número de consumidores? ¿Nos atreveríamos a seguir calificando estos programas con el «síndrome de la puerta giratoria», si cada uno de nosotros fuese precisamente ese toxicómano que ha tocado fondo, que está descentrado y que por las razones que sea ignora a quién pueda dirigirse para que le acoga en ese instante penoso de total desvalimiento?

Es probable que la anterior calificación descalificadora se haya acuñado en el contexto del pragmatismo utilitarista y de la *efficacy* del *Welfare State* que caracteriza a nuestras sociedades desarrolladas y a nuestros ciudadanos bienpensantes. Pero de seguro que ningún toxicómano calificaría así a estos programas, a los que también pragmáticamente sabe y reconoce que les debe su propia vida, y eso incluso a pesar de que todavía siga «enganchado» a la droga.

### LA VERSATILIDAD ALEATORIA DEL ÉXITO TERAPÉUTICO

Son tantas las variables que se concitan en el proceso de la drogadicción que todo éxito terapéutico ha de calificarse siempre como prematuro. Esto en modo alguno constituye una actitud paranoide o de desconfianza hacia el drogadicto que parece remontar a haber superado su cuadro clínico. Significa tan solo que lo que hoy calificamos de éxito muy probablemente, acaso mañana, sea calificado por nosotros mismos como fracaso.

La versatilidad de este juicio sobre la fiabilidad y validez de la terapia practicada, indica que es enormemente difícil juzgar aquí la eficacia de los procedimientos que hemos empleado. Esto se debe a muchas razones. En primer lugar, a que no hay una causalidad directa y lineal —al menos hasta el momento no ha podido probarse ni verificarse su existencia— entre los diversos procedimientos

tos terapéuticos empleados, la extinción de la conducta toxicomanígena.

En segundo lugar, porque tampoco cabe hacer ninguna predicción acerca de cuál será la futura conducta del toxicómano. Esto significa que el éxito terapéutico, que se califica así en apenas un instante, no tiene ninguna validez predictiva. El toxicómano puede recaer una y otra vez, y eso a pesar de que su «caso» engruese tal vez las estadísticas de los expertos como uno de los toxicómanos que gracias a la terapia ya se ha recuperado totalmente.

En tercer lugar, porque entendido el proceso toxicomá-nigeno de una forma dimensional (consumo-extinción del consumo), o el juicio de la validez y eficacia terapéuticas se hace también dimensionalmente, es decir, teniendo en cuenta de forma muy especial todo el seguimiento del proceso, o de lo contrario será un juicio inverificable y, por consiguiente, no riguroso ni tampoco científico. Un juicio calificativo sobre la eficacia de un proceso terapéutico que por fuerza ha de ser instantaneísta (es decir, en función de que aquí y ahora se satisfagan por este paciente los criterios sobre los cuales se juzga la eficacia terapéutica, sin tener en cuenta qué sucederá mañana), forzosamente ha de ser también aleatorio.

En consecuencia, la eficacia terapéutica que se centra en el éxito obtenido en un determinado instante debe entenderse también y sólo como una eficacia aleatoria, es decir, como la aleatorización del éxito que en ese punto de corte instantaneísta es conforme a la conducta del paciente que *hodie et nunc* satisfice los criterios de éxito terapéutico, acordos con lo previamente diseñado. Pero el mismo éxito terapéutico alcanzado y así calificado, en modo alguno predice cuál va a ser el comportamiento del paciente toxicómano un día después.

Dicho muy brevemente, el fugaz e instantaneísta éxito obtenido en muchos programas terapéuticos —indicador alegado por muchos autores como elemento que prestigia e incrementa la expectativa respecto de su programa terapéutico— oscila entre la versatilidad y la aleatorización, factores ambos sobre los que jamás podrá fundamentarse un juicio predictivo riguroso y relativo al pronóstico del paciente y, en consecuencia, al buen o mal resultado terapéutico alcanzado. ¿Podría hablarse de éxito terapéutico en un canceroso si en el primer año, tras la intervención quirúrgica, volviera a tener una recidiva con metástasis? ¿Qué validez predictiva tendría la pulcra intervención quirúrgica que en apariencia ha acabado «totalmente» con la neoplasia del paciente?

Aun a pesar de que todo éxito terapéutico en el ámbito de la toxicomanía sea en parte versátil y en parte aleatoria, preciso es reconocer que la opción preferente en este tipo de pacientes es la de los programas de intervención, cualquiera que sea su eficacia terapéutica y su validez social.

## PROGRAMAS ESPECIFICOS VERSUS PROGRAMAS INTEGRADOS Y EFICACIA DIFERENCIAL

Es lógico que, a la hora de intervenir en la modificación de la conducta y de los estilos comportamentales en el toxicómano —cualquiera que sea la droga consumida—, el experto se interroga acerca de qué elementos deben integrar su programa de intervención. Esta cuestión no sólo se ha planteado en el ámbito del tratamiento de las toxicomanías, sino que está en la cresta de la ola y afecta a cualquier programa de intervención y a cualquiera de los trastornos psicopatológicos sobre los que se pretenda tener una intervención de tipo terapéutico.

Algunos expertos sostienen que hay una cierta especificidad entre determinados procedimientos, estrategias y modalidades de intervención y ciertos patrones de comportamiento, tipos de personalidad, cualidades de las sustancias consumidas, manifestaciones psicopatológicas de los pacientes, etc. Sin embargo, la deseable y anhelada especificidad, jamás llega a pesar de los esfuerzos que se han hecho por encontrarla. Como el viejo «buque fantasma» de la leyenda, la aludida especificidad se intuye por

todas partes, pero jamás nadie la ha visto.

El hecho de que nadie haya podido demostrar una mayor o menor eficacia diferencial entre determinados procedimientos y determinadas patologías, tampoco supone que podamos negar su posibilidad en cuanto tal.

Claro está que desear que esta posibilidad exista —y somos muchos los que la deseamos, por no decir todos—, tampoco significa que havamos acertado a probarla. Por consiguiente, acerca de la especificidad de los procedimientos terapéuticos nada se puede afirmar y nada se puede negar, por el momento. Sí parece, en cambio, que no todos los procedimientos terapéuticos tienen igual alcance y eficacia en el tratamiento de las toxicomanías y de los problemas comportamentales que afectan a los toxicómanos. A este respecto sería muy interesante considerar la revisión que sobre los cambios en los procesos de la psicoterapia han realizado Shapiro y col. (1987).

Convenamos por un momento que los programas que en la actualidad parecen más relevantes, eficaces y pertinentes para el tratamiento de las toxicomanías son precisamente los programas integrados, es decir, aquellos programas que son muy amplios y en los que casi todos los repertorios de intervención terapéutica existentes están de alguna forma allí representados: de la terapia comportamental a la cognitiva, de la terapia individual a la psicoterapia de grupo; de la laboroterapia a las comunidades terapéuticas.

Un modo de probar cualquiera de las opciones antes aludidas, consistiría en diseñar tratamientos bien controlados de pacientes homogéneos, de manera que pudiera probarse la eficacia terapéutica diferencial de cada uno de los elementos intervinientes o a menos de algunos de ellos integrados en paquetes más o menos homogéneos. Pero en el ámbito de las toxicomanías tampoco este tipo de diseño resulta válido y ello porque, como hemos visto anteriormente, **no hay toxicomanías sino toxicómanos; esto quiere decir que no pueden homogeneizarse ni isomorfizarse los pacientes, constituyendo grupos que sean comparables**, como tampoco podemos reducir a invariantes las constelaciones de variables —cada variable con un peso muy variable a su vez, en función de cuál sea aquella concreta situación— que concurre en cada paciente.

Así las cosas, hemos de concluir que ignoramos todo acerca de la especificidad versus universalidad de las técnicas de intervención terapéutica; que ignoramos la versatilidad mayor o menor del comportamiento del toxicómano, de la calidad y cantidad de las sustancias consumidas y de otras muchas de las variables que se concitan en su entorno y modelan y modulan su estilo comportamental; y que ignoramos, finalmente, la estabilidad y consistencia —es decir, la invarianza— de las variables socioculturales que delimitan y vertebran el contexto social en el que está inscrito el paciente, contexto que dada la pluralidad y el cambio vertiginoso de nuestra sociedad muy probablemente contribuyan no sólo a hacer incomparables a dos toxicómanos entre sí, sino incluso a un toxicómano consigo mismo, en función de cual sea el flujo estimular al que en cada contexto social está expuesto.

Dicho más brevemente: sobre la eficacia y validez de los procedimientos terapéuticos en las toxicomanías podríamos concluir afirmando con los clásicos que *ignoramus et ignorabimus*, es decir, que ignoramos casi todo en el presente y que muy probablemente continuemos ignorando mucho de ello, en el futuro.

A pesar de ello, es preciso luchar decididamente contra cualquiera de las muchas actitudes antiterapéuticas que lamentablemente hoy están varadas en los estilos atribucionales de toxicómanos, familiares y expertos. Entendemos que la mejor actitud terapéutica debe comenzar por modificar las actitudes antiterapéuticas, si de verdad tenemos la pretensión de que en un futuro próximo los procedimientos de intervención empleados sean realmente terapéuticos. En este horizonte, la modificación de las actitudes antiterapéuticas inevitablemente remiten —hasta casi confundirse con ellas— a las estrategias de intervención preventiva. Dicho más brevemente todavía: la modificación de las actitudes antiterapéuticas se funden, aunque sin confundirse, con las actitudes favorecedoras de la prevención. ●

«Los programas que en la actualidad parecen más relevantes, eficaces y pertinentes, para el tratamiento de las toxicomanías son precisamente los programas integrados»