

CONVERGENCIAS ENTRE LA PERSPECTIVA DE FORTALEZAS Y LA ESPIRITUALIDAD: UNA PERSPECTIVA ALTERNA PARA EL TRATAMIENTO DE LAS ADICCIONES EN PUERTO RICO¹

Gisela Negrón Velázquez²

Resumen

Este artículo comienza con un análisis actual sobre el contexto político-social en el cual se manifiesta el abuso y dependencia a drogas legales e ilegales en PR. Específicamente se analiza el rol del gobierno, las iglesias y otros sectores laicos en el área de abuso de sustancias. La autora también examina la conexión conceptual y práctica entre la Perspectiva de Fortalezas y la espiritualidad, y presenta los principios del Modelo Motivacional y la Entrevista Motivacional para identificar su convergencia con la espiritualidad. La autora también presenta una breve escala para medir religiosidad/espiritualidad. El objetivo es mostrar que existen herramientas conceptuales y prácticas de sectores laicos que son compatibles con valores espirituales. Cuando los programas de tratamiento para el abuso de sustancias intervienen respondiendo a una perspectiva moralista, la Perspectiva de Fortalezas se convierte en una forma alterna disponible para dirigir el análisis y las intervenciones del programa.

Descriptores: Abuso y dependencia a drogas legales e ilegales, programas de tratamiento para el abuso y dependencia a drogas, espiritualidad, Perspectiva de Fortalezas, Modelo Motivacional, Entrevista Motivacional, rol del gobierno, rol de las iglesias, contexto político-social en PR, política social sobre drogas.

¹ Artículo basado en Conferencia ofrecida en la Décima Convención de la Federación Latinoamericana de Comunidades Terapéuticas, el 16 de noviembre de 2005, San Juan, Puerto Rico.

² Catedrática Asociada del Departamento de Trabajo Social, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras.

Abstract

This article begins with an analysis of the political and social context in which substance abuse and dependence of legal and illegal drugs occur in Puerto Rico. Specifically, the author examines the role that the government, the church and other interest groups play in the manifestation of drug related problems on the Island. The author proceeds to explore the conceptual and practical connection between the Strength Perspective and spirituality, and discusses the core principles of the Motivational Model and Motivational Interviewing. A Brief religiousness/spirituality scale is also presented in the article. The main purpose is to show that there are conceptual and empirical tools available for drug treatment programs that are congruent with spiritual values. When the interventions are frame within a moral perspective, drug treatment programs need to shift this paradigm to incorporate the Strength Perspective in their professional interventions.

Keywords: Abuse and dependence of legal and illegal drugs, drug treatment programs, spirituality, Strength Perspective, Motivational Model, Motivational Interviewing, government's role, churches' role, social and political context in Puerto Rico, drug related social policy.

Introducción

Este artículo se compone de dos partes. En la primera parte, la autora desea mostrar el momento histórico y el contexto en el cual surge el interés de ésta por examinar la conexión conceptual y práctica entre la Perspectiva de Fortalezas utilizada en trabajo social y la espiritualidad, y su aplicación y relevancia al campo de abuso de sustancias. Bajo esta sección, la autora presentará un análisis sobre el contexto político-social en el cual se desarrolla el escrito. La segunda parte del artículo aborda el análisis de la conexión entre la Perspectiva de Fortalezas y la espiritualidad, enmarcado en el Modelo bio-sico-social-espiritual.

Se examinan los principios del Modelo Motivacional y la Entrevista Motivacional, para identificar su convergencia con la espiritualidad.

Además, se presentan varias formas de examinar la espiritualidad de una persona. El objetivo es mostrar que existen herramientas conceptuales y prácticas de sectores laicos que son compatibles con valores espirituales, de manera que ambos pueden complementarse en intervenciones profesionales. Esto es importante pues en Puerto Rico, al igual que en Estados Unidos, alrededor del 80 por ciento de los tratamientos disponibles para el abuso de sustancias son de base religiosa (Negrón –Santiago & Albizu, 2003; Negrón-Velázquez, 2004). Estos programas tienden a incluir el elemento espiritual y religioso en sus intervenciones pero bajo una perspectiva moralista. Este artículo propone enmarcar estas intervenciones bajo una perspectiva alterna la cual reta los modelos de déficit moral y personal.

Contexto político-social: el rol del gobierno, las iglesias y otros sectores laicos en el área de abuso de sustancias

Los problemas de la criminalidad y las adicciones son los más que preocupan a la población puertorriqueña. Esta preocupación no es reciente sino que consistentemente, durante la última década, varias encuestas nacionales han demostrado la prominencia de estas preocupaciones para nuestra población (El Nuevo Día, 2004; Negrón-Velázquez, 2005). La política pública oficial de nuestro gobierno y de Estados Unidos para el manejo de ambos problemas ha sido, históricamente, de prohibición y castigo. Sin embargo, a pesar de los castigos establecidos por las políticas sociales de “Mano Dura contra el Crimen” y la “Guerra Contra las Drogas” (entre otras), estos problemas no han mermado. De hecho, numerosos estudiosos del tema han traído a la luz pública los indicadores existentes sobre el fracaso de ambas políticas en disminuir la actividad criminal y el problema de las adicción a drogas en la Isla (Vallance, 1993; Torruella, 1996; Lewis, Duncan, Clifford, 1997; Nevárez, 2001; Santiago-Negrón & Albizu, 2003; Negrón-Velázquez, 2004). Entre los indicadores de fracaso se destacan: 1) la limitada adjudicación de fondos del gobierno para servicios de prevención y tratamiento para drogas legales e ilegales; 2) la glorificación de las drogas legales; 3) la alta tasa de criminalidad en la Isla, la cual es comparable a la de un País en guerra civil; 4) Casi un 80% de los crímenes se relacionan al trasiego de drogas; 5) cerca del 90% de nuestros confinados son

personas pobres, analfabetas, desempleados con una edad promedio de 28 años, mientras que los grandes traficantes continúan en libertad; 6) cerca del 60% de éstos son personas adictas a drogas ilegales que cometieron crímenes no violentos relacionados a su adicción; 7) tenemos una de las tasas mas altas de contagio de VIH en el mundo (ocupamos la quinta posición) y una de las tasas mas altas de casos nuevos de SIDA en el Caribe y en Estados Unidos; 8) el modo principal de contagio ha sido consistentemente el uso de drogas inyectables; 9) la oferta de drogas ilegales no ha disminuido y el procesamiento y distribución de drogas ilegales tampoco (Albizu, 2005; Pereira, 2005; Deren, Mino y Colón, 2004; Santiago-Negrón & Albizu, 2003).

Con el desmantelamiento del Estado Benefactor a partir de la década de los 90, los pocos programas de prevención y tratamiento para la adicción a drogas auspiciados por el gobierno en Puerto Rico disminuyeron significativamente (Deren, Mino & Colón, 2004). La agencia oficial encargada de estos servicios conocida como el Departamento de Servicios Contra la Adicción (DSCA) sufrió una transformación estructural y filosófica en el 1993. A partir de entonces el gobierno crea la Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción (ASSMCA) y le adjudica funciones mayormente administrativas y de fiscalización. Gran parte del personal que ofrecía tratamiento recibió reclasificación de funciones, traslados a otras agencias gubernamentales o perdieron sus empleos. En el año 2001 se crea una Oficina para el Control de Drogas en la Isla y se le asigna a la misma coordinar con las agencias pertinentes, incluyendo ASSMCA, los trabajos de prevención y tratamiento para el abuso de sustancias. Sin embargo, ya para el 2005, esta Oficina fue eliminada por el mismo gobierno que la creó, eliminando también el Plan Estratégico para el Control de Drogas del Estado Libre Asociado. En este plan se habían elaborado mayores servicios preventivos con poblaciones en alto riesgo y poblaciones especiales y se extendían los servicios de tratamiento atados a los programas de Cortes de Drogas del Sistema de Justicia (tratamiento involuntario), a servicios de desintoxicación (que es el preludeo al tratamiento, pero no es tratamiento) y a programas de servicios para personas con condiciones

crónicas de adicción como lo son los Programas de Metadona (Plan Estratégico Para el Control de Drogas de Estado Libre Asociado, 2002).

Entre el 1996 y el año 2002, un tercio de los servicios públicos de tratamiento contra el abuso y la dependencia a sustancias en Puerto Rico fueron eliminados (Deren, Mino & Colón, 2004). Tanto las instituciones de base religiosa como las organizaciones de base comunitaria han tratado de llenar este gran vacío, pero enfrentando grandes dificultades. Históricamente, las iglesias han asumido un rol central en la provisión de servicios sociales en la Isla. De hecho, los primeros servicios de salud existentes en Puerto Rico para las personas pobres fueron auspiciados por organizaciones religiosas (Rivera, 1991). La base filosófica de estos servicios ha sido la caridad y filantropía. Antes de la era del Estado Benefactor, el gobierno ofreció servicios de salud pero los mismos iban más atados a los intereses de las industrias que al bienestar global del puertorriqueño. Por ejemplo, el gobierno auspiciaba programas de planificación familiar como la esterilización masiva de las mujeres para detener el crecimiento poblacional y proveer una mano de obra femenina que no fuera costosa para las industrias (Negrón Velázquez & Zabaleta Calderón, 2003). Mientras tanto, el gobierno ofrecía apoyo financiero de manera voluntaria e inconsistente a las iglesias para que estas continuaran encargándose de prevenir y tratar otros males sociales como la pobreza, el maltrato a menores y las adicciones, entre otros.

Durante la era del Estado Benefactor, el gobierno asumió mayor responsabilidad por el tratamiento y prevención de las adicciones. El sector privado (con y sin fines de lucro) también asumió responsabilidad por estos servicios pero de una manera mucho más limitada. El sector religioso continuó ofreciendo servicios contra el abuso de sustancias, especialmente a través de programas de tratamiento residenciales. A pesar del rol esencial de las iglesias en el manejo de las adicciones, dos factores preocupantes han sido: 1) el paradigma dominante utilizado por este sector para lidiar con esta condición; y, 2) la preparación del personal que provee los servicios. Específicamente, la posición tradicional de las iglesias ha sido muy

similar a la del Estado: ambos han tratado las adicciones como un asunto de índole moral y psicopatológica. Ante este paradigma, tampoco ha sido necesario exigir el reclutamiento de personal profesional capacitado para trabajar con abuso de sustancias. Cambios recientes en la política pública de Puerto Rico y Estados Unidos respecto al tratamiento de la drogo-dependencia han generado que tanto el mundo laico como el religioso comiencen a cuestionarse este paradigma y a encontrar formas de trabajar en colaboración para lidiar con el abuso de sustancias.

En Puerto Rico la creación del Plan Estratégico para el Control de Drogas (2002) fue un factor esencial en promover cambios en las políticas públicas del gobierno respecto a las adicciones. En el mismo se establecía claramente que las adicciones eran un problema de salud pública. Bajo un paradigma de salud pública, las adicciones pueden ser vistas desde una perspectiva ecológica, por lo que se hace necesario trabajar con los individuos y el contexto social que los rodea a través de servicios de prevención primaria (dirigidos a toda la población), prevención secundaria (dirigida a poblaciones en alto riesgo) y prevención terciaria que se refiere a tratamiento. El Plan Estratégico incluía servicios preventivos de nivel secundario, algunas estrategias de prevención primaria y los servicios de tratamiento iban dirigidos a aquellos que ya han confrontado problemas con la ley y/o han generado condiciones de adicción crónicas (Programas de Cortes de Drogas, Programas de Metadona en las cárceles, etc.).

Desde hace más de 10 años el gobierno colaboraba con los programas laicos privados y los religiosos en cuanto a licenciamiento y en ocasiones, proveyendo fondos para su funcionamiento, pero sin profundizar en la forma o los tipos de tratamiento a ser ofrecidos por estas instituciones, mucho menos en los paradigmas que contextualizan los mismos. Sin embargo, a partir del mensaje del Presidente de Estados Unidos, George Bush, en marzo de 2004, en el cual éste anunció que comenzaría a proveer fondos a programas de base religiosa para el tratamiento de las adicciones con el propósito de que ocurriera “el milagro de la recuperación”, la relación entre el gobierno local y los proveedores de servicios de tratamiento de abuso

de sustancias pareció comenzar a transformarse (Negrón-Velázquez, 2004). El Plan Estratégico para el Control de Drogas y las guías federales de tratamiento comenzaron a exigir que los programas de tratamiento para el abuso y dependencia de sustancias de base religiosa y laicos en Puerto Rico, cumplieran con estándares mínimos de cuidado. Esta exigencia era un requisito para recibir fondos públicos para sus programas. Estos estándares incluyen, (entre otros), el ofrecimiento de tratamiento por profesionales certificados o preparados para trabajar con esta población, facilidades físicas apropiadas, y el uso de modelos de intervención que respondan con mayor certeza a las necesidades de esta población, sus familiares y las comunidades. Estas exigencias promovieron búsquedas de alianzas de parte del sector religioso con grupos laicos para ayudarlos a responder a las nuevas exigencias federales y locales. Fue así como se aprobó la Ley 369 del 16 de septiembre de 2004 la cual regula la práctica de los asistentes y especialistas en prevención en Puerto Rico.

El cuadro general de necesidad en Puerto Rico fue descrito recientemente por el profesor Jorge Rodríguez Beruff y el periodista Gerardo Cordero (2005) de la siguiente manera:

Para 2002 se calculaba que la cantidad de drogadictos en Puerto Rico era de 200 mil y el director de la OCD estimaba que unos 178 mil de ellos necesitaban ser internados. Muchas de las personas sin techo de Puerto Rico – solamente en San Juan hay seis mil – son adictos crónicos. El consumo de drogas parece haber aumentado notoriamente desde principios de la década de los 90. Por ejemplo, en 1990 hubo 144 muertes por sobredosis y en 1995 hubo 194. Pero en el 2000 ocurrieron 477 muertes por sobredosis, en su mayoría de jóvenes de entre dieciocho y treinta y ocho años. Además, se denuncian 1,500 casos nuevos de SIDA por año, el 77 por ciento de ellos relacionados con el uso de drogas.” “En 1998 se calculaba que había quinientos puntos de expendio de drogas. En los cinco años siguientes se estima que se duplicaron. En mayo de 2003 la gobernadora informó que la estimación de la policía era de 1,600 puntos de venta. Esto significa que hay puntos

de venta en cada barrio y hasta en los vecindarios de clase media. (p. 405)

Para completar este escenario, tenemos que Puerto Rico tiene un promedio de asesinatos tres veces más alto que el promedio nacional de Estados Unidos (más que Washington DC, Detroit y Chicago); somos el sexto país del mundo con más asesinatos per cápita, y somos el tercer país del mundo con la tasa más alta de policías por habitante. Sólo nos precede Rusia y Venezuela (CECA, Documento Informativo OCD, 2005; Rodríguez Berruf & Cordero, 2005). Ante este cuadro, es importante exaltar el hecho de que existen perspectivas y estrategias para el manejo de las adicciones en el mundo laico que no riñen con la dimensión de espiritualidad que ya recalcan los programas religiosos y algunos programas de base comunitaria. Estas estrategias y perspectivas están disponibles para todos los consejeros ó consejeras en adicción, profesionales de trabajo social, psicólogos ó psicólogas y todas aquellas personas que deseen prepararse en el campo del comportamiento humano.

La espiritualidad y las adicciones

Existen numerosos modelos teóricos que intentan explicar la etiología (origen) de las adicciones a sustancias legales e ilegales. Entre ellos se encuentran teorías psicológicas, teorías biológicas, teorías socioculturales, modelos multicausales, modelos morales y teorías emergentes (Aaron McNeece & DiNitto, 1998). Respecto al tratamiento de las adicciones, el modelo bio-sico-social ha sido identificado, junto a la Teoría de Aprendizaje de Bandura y el Modelo de Déficit, como las tres bases conceptuales y teóricas más utilizadas para enmarcar los modelos de prevención de recaídas (Lewis, Dana & Blevins, 2002). Cada uno de estos marcos teóricos-conceptuales tiene una influencia directa en el tipo de tratamiento, en la modalidad e incluso en el trato que se le ofrece a las personas con adicciones. Para el análisis de la conexión entre la perspectiva de fortalezas y la espiritualidad, el modelo bio-sico-social resulta muy apropiado, pues a este modelo se le puede añadir la dimensión de espiritualidad. Estudios sobre la efectividad de diversos modelos y modalidades de tratamiento para el alcoholismo realizados en E.U., Cánada y otros

países internacionales, han demostrado que el modelo bio-sico-social se fortalece al añadirle la dimensión de espiritualidad (Van Wormer y Rae Davis, 2003).

El modelo bio-sico-social-espiritual propone que el dolor y el sufrimiento causado por las adicciones son indicadores de que existe un elemento espiritual importante para el tratamiento de éstas. Por lo tanto, las necesidades espirituales deben ser exploradas y reconocidas, aún en personas que no pertenecen a ninguna religión, pues estas pueden ser esenciales para alcanzar un estado de salud física y mental pleno. Si viéramos la espiritualidad como la búsqueda que realiza cada individuo para encontrarle significado y propósito a su vida (Coleman y Holzemer, 1999), el componente espiritual del modelo bio-sico-social debe dirigirse a facilitar el desarrollo de visiones de vida que hagan sentido para el participante y que promuevan una salud integral (Van Wormer y Rae Davis, 2003; Douaihy and Singh, 2001 Fetzer Institute, 1999).

En este sentido, el componente espiritual no busca imponer visiones de vida sino facilitar que las personas encuentren o construyan su propia realidad, enfatizando aquellos elementos que le permitan vivir de manera saludable.

La parte biológica del modelo bio-sico-social atiende aspectos hereditarios de las adicciones, la neurología de las adicciones y el desarrollo de enfermedades producto de las adicciones. La dimensión psicológica enfoca en aspectos relacionados a las motivaciones que generan el comportamiento adictivo y sus consecuencias emocionales, mientras que el componente social de este modelo analiza el contexto en el cual se lleva a cabo el comportamiento adictivo, dónde ocurre el impacto y quiénes lo reciben, ya sea el propio individuo, la familia, parejas o la comunidad en general (Aaron McNeece & DiNitto, 1998; Van Wormer y Rae Davis, 2003). Estos cuatro componentes se perciben interactuando entre si tanto en el desarrollo de la adicción y sus consecuencias como en las fases de tratamiento y recuperación.

La Perspectiva de Fortalezas

La “perspectiva de fortalezas” se sustenta en el modelo bio-sico-social-espiritual. Según el mismo nombre lo implica, la “perspectiva de fortalezas” busca construir utilizando como base las fortalezas y recursos del participante. Esta construcción se realiza de manera colaborativa y depende grandemente del ingenio y creatividad, la valentía y el sentido común, tanto del cliente/participante como del consejero/a, trabajador social/ psicólogo, etc. (Saleebey, 2002). La perspectiva de fortalezas no ofrece una serie de pasos, rituales o dogmas para ser utilizados. Lo que sí ofrece son seis principios básicos de intervención que trascienden el tipo o modalidad de tratamiento y ayudan a la recuperación. Cuando estos principios sirven de guía en el tratamiento de las adicciones, el componente espiritual del modelo bio-sico-social se activa pues cada uno de estos principios facilita la discusión de diversos aspectos espirituales de todo individuo.

Los principios que enmarcan la perspectiva de fortalezas fueron desarrollados por Charles Rapp (1998), a saber:

Principio 1: Las personas deben lograr identificarse como seres humanos competentes.

Este primer principio es cónsono con la primera regla básica de consejería en el campo del abuso de sustancias que establece que el consejero ó consejera debe utilizar un acercamiento positivo y respetuoso con todos sus clientes-participantes. Debe también facilitar que el participante se integre activamente al proceso de tratamiento, especialmente a la toma de decisiones pertinentes para su recuperación. Esta primera regla promueve proyectos educativos-terapéuticos, donde el punto de partida sea la persona como protagonista de su rehabilitación. Este protagonismo no niega la importancia de factores biológicos, psicológicos y sociales relacionados a las adicciones, sino que implica retos a ser más maduros y responsables hasta lograr que cada participante logre identificarse como un ser humano competente.

En Puerto Rico, el enfoque de tratamiento dentro del área de abuso de sustancias ha sido tradicionalmente confrontativo para “derrumbar” la resistencia y las negaciones del participante hacia el tratamiento. Sin embargo, bajo una perspectiva de fortalezas, esta resistencia y negación pueden ser interpretadas como herramientas saludables e inteligentes que utilizan las personas participantes para mostrar su disgusto o desacuerdos con la forma en que se les trata, los estilos de ayuda que adoptamos y otras situaciones indeseadas o incómodas como lo son la poca participación que les brindamos en la toma de decisiones sobre su tratamiento y los mandatos de la corte para tratamiento, entre otros (Van Wormer & Rae Davis, 2003).

Principio 2: Las personas necesitan lograr el control personal y de elegir.

Este principio implica una consejería o intervención que facilite el que la persona participante encuentre su propio camino y las formas de llegar a sus metas de tratamiento, ya sea reducción en el consumo o abstinencia, entre otras metas. De hecho, ésta persona puede hasta elegir si continúa o no su tratamiento, a menos que medie una orden judicial. Aún en éste último caso, podría elegir junto a su consejero ó consejera, la mejor manera de trabajar hacia el logro de las metas de su tratamiento. El propósito es promover la autonomía personal y promover procesos de auto-conocimiento personal y de reinserción familiar, social y laboral que sean efectivos. Cuando la persona recupera y siente que puede elegir y controlar sus decisiones, la drogadicción puede convertirse en un episodio más del pasado.

Existen investigaciones que han demostrado que frecuentemente los consejeros y las consejeras y practicantes en abuso de sustancias tienden a simplificar los problemas que les presentan sus clientes/participantes (Lawson, Ellis & Rivers, 1984; Tucker, Donovan, & Marlatt, 1999; Miller & Heather, 1998). Este “reduccionismo” ignora la multidimensionalidad de las adicciones, su complejidad y sus diversas manifestaciones. Es así como a menudo procedemos a ofrecer tratamientos de niveles simples y a establecer nosotros mismos las metas del tratamiento, sin facilitar el que las personas elijan. Por ejemplo, frecuentemente utilizamos la abstinencia como único

indicador de éxito de tratamiento y la no-abstinencia como sinónimo de enfermedad. Esta visión mantiene el mito de que todos los adictos y las adictas son iguales, que la adicción es un desorden predecible por lo que puede curarse si la persona simplemente deja de ingerir la o las sustancias que le han generado dependencia. Es importante que más programas de tratamiento para el alcohol y otras drogas reconozcan que la abstinencia no puede ni debe ser el único indicador de éxito del programa. Metas tales como mejoras en el funcionamiento social, vocacional, el estado de salud físico y mental, problemas legales, la tasa de mortalidad del programa y la construcción de redes de apoyo (formales e informales) son ejemplos de otros posibles indicadores de éxito, especialmente bajo un paradigma de salud pública (Santiago-Negrón & Albizu-García, 2003; White House Office of National Drug Control Policy, 1999). Bajo la perspectiva de fortalezas, el establecimiento de estas metas debe darse en colaboración con el/a participante (Lewis, Dana & Blevins, 2002).

Principio 3: La necesidad de sentir esperanzas.

Este principio aparece recurrentemente en la literatura de abuso de sustancias, pues la falta de esperanzas limita los esfuerzos del participante para su tratamiento. A un nivel más amplio, Saleebey (2002) propone que la meta de toda consejería bajo la perspectiva de fortalezas es buscar incansablemente todas aquellas fuerzas en el ambiente que ayuden a mejorar y aumentar las posibilidades humanas y sus estados de recuperación. Según Saleebey (2002) al ofrecer la consejería en adicción, en vez de enfocarse en los problemas, nuestra atención debe concentrarse en las oportunidades y posibilidades” de ese/a participante y su entorno y hacia examinar cómo revivir las esperanzas en el/a participante de lograr transformaciones reales.

Muchas personas que tienen adicciones experimentan sentimientos de derrota, culpabilidad, vergüenza y desesperanza. Esto nos indica que, independientemente de la modalidad del tratamiento a ser utilizado, el tratamiento debe incluir guías y estrategias que le permitan al participante visualizar que es posible experimentar una serie de transformaciones positivas, aunque no logre la abstinencia absoluta

y aunque experimente recaídas. Es aquí donde entra nuevamente la espiritualidad pues lograr que el/a participante logre una conexión espiritual puede también ayudar al proceso de sanación. Debe quedar claro, sin embargo, que lograr una “conexión espiritual” no se refiere a que el/a participante se integre a un grupo religioso en específico ni a ninguna secta religiosa, sino a que el/a participante logre aceptar y lidiar con los sentimientos negativos de menosvalía y desesperanza que le puedan afectar su tratamiento y sanación.

Principio 4: La necesidad de propósito.

Este es otro principio básico para la recuperación de comportamientos adictivos bajo una perspectiva de fortalezas. El elemento de la espiritualidad entra también en este principio pues es precisamente la conexión con algo o alguien supremo lo que le da significado a muchas vidas. Por esto, la perspectiva de fortalezas promueve la búsqueda de ese ser humano sobre el sentido de su vida, ya sea participando en actividades dentro y/o fuera del contexto estructurado de una iglesia, según lo prefiera el participante. La experiencia de recuperarse de una adicción también a menudo se convierte en una experiencia de aprendizaje que ayuda a aclarar el propósito de sus vidas y a convertirse en excelentes seres humanos.

El explorar las necesidades espirituales de las personas participantes es una buena estrategia para ponderar si la espiritualidad es o no un área de fortaleza o un recurso adicional para el tratamiento para quienes desean trabajar esta área. El hecho de que una persona no visite una iglesia en particular o no se identifique con una religión no significa que no debe explorarse su espiritualidad pues, una persona puede ser muy espiritual pero poco religiosa y muy religiosa pero poco espiritual.

Principio 5: Sentido de logro.

Esta es una herramienta sumamente útil para combatir los sentimientos de pérdida y angustia que suelen acompañar las etapas tempranas de recuperación. Formas comunes de desarrollar este sentido de logro según Rapp (1998) es ayudando a los demás, realizando tareas

exitosas, practicando deportes, arte, música, et. Estas actividades no deben amenazar el derecho a la confidencialidad que tienen todos los participantes de programas de tratamiento, por lo tanto, las mismas deben negociarse siempre con la persona participante. Otra forma de promover el sentido de logro de los y las participantes es enseñarles a lidiar con el stress de manera positiva, mejorando su autoestima y disminuyendo su miedo al rechazo (FLACT, 2005)

Principio 6: La presencia de al menos una persona significativa.

Esta persona puede ser sólo una. Tal vez un familiar, un amigo ó amiga, un pastor, un sacerdote, un profesional, etc. Lo importante es que la persona participante pueda recibir el apoyo y sostén necesario para superar su experiencia de adicción y recuperación. A veces el consejero o la consejera se convierten en una o la única “persona significativa.” En este caso, Rapp expone que el rol profesional debe basarse en la provisión de servicios con respeto, mostrándole al participante que genuinamente le interesa su bienestar, mostrando empatía y, sobre todo, fomentando el empoderamiento del participante. De más está decir que una relación más allá de estas fronteras violaría principios éticos profesionales, podría ser motivo para la remoción de la licencia profesional y podría acarrear graves problemas con la ley.

Conexión entre la espiritualidad, el modelo motivacional y, la entrevista motivacional (representando la perspectiva de fortalezas)

La “Entrevista Motivacional” es una estrategia de intervención que parte de la perspectiva de fortalezas. La misma es un estilo de consejería centrada en la persona participante con el objetivo de ayudarle a explorar y resolver la ambivalencia sobre el cambio en comportamiento que está experimentando (Rollnick & Morgan, 1995) (Miller y Rollnick, 1991). La entrevista motivacional parte de la premisa de que la motivación es un estado de buena disposición para cambiar, y que esta disposición puede ser influenciada a través del tiempo. La misma fue desarrollada por Miller (1983) y sus colegas (Miller & Rollnick, 1991; Miller & Heather, 1998; Thombs, 1999,

entre otros) como una alternativa a la entrevista directiva y confrontativa que usualmente se utiliza con las personas que padecen de algún tipo de adicción a drogas.

El modelo confrontativo utiliza la etiqueta de “adicto o adicta” para referirse a la persona drogo-dependiente, e intenta convencer al participante de su diagnóstico. Este modelo percibe la adicción como una enfermedad que reduce el control y la capacidad de elegir del ser humano. Cuando una persona se resiste a recibir tratamiento, esto se interpreta como negación que requiere confrontación, argumentación y corrección. El modelo motivacional, sin embargo, trata de generar cambios sin utilizar etiquetas, aceptando la premisa de que la responsabilidad en la toma de decisiones le pertenece al cliente/ participante y no al terapeuta, consejera ó consejero. Este modelo superó el mito de que las personas con adicciones son tan diferentes a las demás, que los principios básicos del comportamiento humano no les aplican. La entrevista motivacional, por ejemplo, tiene principios variados, como expresar empatía al participante; cuando hay discrepancias entre consejero/a y participante, se debe clarificar y desarrollar la discrepancia; se debe evitar la argumentación, evitar la confrontación por resistencia y siempre se debe promover la auto-eficacia. La resistencia que pueda mostrar una persona participante a recibir tratamiento, el modelo motivacional lo interpreta como un indicador de la capacidad que tiene la persona para analizar y decidir, lo cual proyecta inteligencia. La reflexión, en vez de la confrontación, es utilizada para manejar la resistencia (Miller & Rollnick, 1991; Miller & Heather, 1998; Thombs, 1999).

Religiosidad y espiritualidad son conceptos diferentes. El primero responde al nivel de compromiso que tiene una persona con una institución religiosa, mientras que la espiritualidad representa una necesidad existencial del ser humano. Cuando los proveedores de servicio distinguen estos dos conceptos, pueden entender con mayor claridad la diferencia entre actividades que promueven la identificación e intervención de necesidades espirituales versus las actividades que promueven el compromiso con alguna institución religiosa. Es importante, además, clarificar, cuán importante son estas

dimensiones para el proceso de recuperación, desde la perspectiva de la persona drogo-dependiente.

Cuando la espiritualidad es importante para la persona participante, los principios del modelo motivacional y la entrevista motivacional son herramientas disponibles para trabajar la dimensión espiritual en el tratamiento de la drogo-dependencia. En este caso, la perspectiva de fortalezas y la espiritualidad convergen para complementarse ya que la espiritualidad promueve la búsqueda de una visión de vida propia y el acercamiento motivacional enfatiza las fortalezas del individuo. Esta convergencia facilita que las personas encuentren o construyan su propia realidad buscando condiciones que les permitan vivir de manera saludable. Si para la persona participante la espiritualidad no es una dimensión importante, el modelo y la entrevista motivacional continúan siendo herramientas de intervención disponibles. Sin embargo, el énfasis en la intervención sería en las fortalezas del individuo y no en la búsqueda de una visión de vida propia. ¿Cómo se explora e identifican las necesidades espirituales de una persona?

Existen instrumentos para medir el nivel de espiritualidad y religiosidad de una persona. En Estados Unidos, el Instituto Fetzer, el National Institute of Health (NIH) y el National Institute of Aging (NIA) unieron esfuerzos en 1999 y crearon una escala multidimensional para la medición de la espiritualidad y la religiosidad de una persona (Multidimensional Measurement of Religiousness/Spirituality). Esta escala fue desarrollada por investigadores y practicantes del área de salud física y mental para ser utilizada como instrumento de medición de resultado de estos servicios. La escala contiene 12 dimensiones, a saber: Experiencias espirituales diarias, propósitos de vida, valores, creencias, el perdón, prácticas religiosas privadas, destrezas de manejo religiosas y espirituales, apoyo religioso, historial religioso/espiritual, compromiso, religiosidad organizacional, preferencias religiosas y evaluación global. En el área de “prácticas religiosas privadas”, se les pregunta a las personas, por ejemplo, con qué frecuencia meditan, oran o rezan fuera del contexto

estructural de una iglesia, como puede ser solo/a, con familiares, amigos, etc. Muchos estudios han demostrado que la práctica religiosa privada tiene una correlación significativa con la salud física y emocional de las personas. Negrón Velázquez (2002) ofrece una revisión de estos estudios. Entre ellos se destacan los siguientes: Alexander & Duff, 1991, 1992; Taylor & Chatters, 1991; Ainlay et al, 1992; y, Levin, Taylor & Chatters, 1995.

La dimensión sobre “Religiosidad organizacional” usualmente enfoca en la frecuencia con que asistimos a servicios religiosos. La “asistencia a servicios religiosos” ha constituido un ítem confiable utilizado por cincuenta años en la Encuesta Gallup (Fetzer, 1999). A este respecto, estudios realizados con personas de edad avanzada han encontrado una relación negativa significativa entre la asistencia a estos servicios e indicadores de salud como la hipertensión, incapacidades y mortalidad (Fetzer, 1999; Negrón Velázquez, 2002). Teóricamente también se esperaría que la asistencia a servicios religiosos ayude a aumentar la accesibilidad a redes de apoyo formales en momentos de crisis y enfermedades. Sin embargo, puesto que las religiones varían en la forma de entender y manejar la salud y la enfermedad, la accesibilidad a este tipo de redes de apoyo puede no funcionar e incluso puede limitar el que la persona se acerque a buscar ayuda.

Comentarios finales

La primera parte de este artículo presentó el momento histórico y el contexto en el cual surgió el interés de la autora por examinar la conexión entre la perspectiva de fortalezas utilizada en trabajo social y la espiritualidad, y su aplicación y relevancia al campo de abuso de sustancias. El análisis sobre el contexto político-social permitió entender cómo el gobierno y el sector religioso han interactuado a través del tiempo al tratar de responder a necesidades sociales como lo es el tratamiento para la adicción a sustancias psicoactivas. La segunda parte del artículo incluyó el análisis de la conexión entre la perspectiva de fortalezas y la espiritualidad enmarcado en el modelo bio-sico-social-espiritual. De esta forma quedó evidenciado que existen herramientas

conceptuales y prácticas de sectores laicos, como lo es la perspectiva de fortalezas, el modelo motivacional y la entrevista motivacional, que sirven para enmarcar la identificación de necesidades espirituales de cada individuo y las posibles intervenciones.

Referencias

- Aaron McNece, C.A. & DiNitto, D.M. (1998). Chemical Dependency: A Systems Approach. (2nd Edition), Chapter 2. *The Etiology of Addiction*. MA, U.S.: Viacom Co.
- Albizu, C., Román, L., Caraballo, G., Rivera, S., Hernández, A., Caraballo, J. (2005) Estudio de Necesidades de Tratamiento para Abuso/Dependencia a drogas y Prevención de Hepatitis B/C en las prisiones de Puerto Rico. Centro de Investigación y Evaluación Sociomédica. Universidad de Puerto Rico Recinto de Ciencias Médicas.
- Ainlay, S.C., Singleton, R. & Swigert, V.L. (1992). Aging and religious participation: reconsidering the effects of health. *Journal of Science Study on Religion*, 31:175-188.
- Alexander, J. & Duff, R.W. (1991). Influence of religiosity and alcohol use on personal well-being. *Journal of Religious Gerontologist*, 8(2):11-25.
- Alexander, J. & Duff, R.W. (1992). Religion and drinking in the retirement community. *Journal of Religious Gerontologist*, 8(4):27-44.
- Comisión para el Estudio de la Criminalidad y las Adicciones. (2005). Documento informativo sobre la Oficina para el Control de Drogas de Puerto Rico. San Juan: Autor.
- Coleman, C. L & Holzemer, W.L. (1999). Spirituality, psychological well-being, and HIV symptoms for African Americans living

- with HIV disease. *Journal Association of Nurses. AIDS Care*, 10, 42-50.
- Deren, S., Mino, M. & Colón, H. (2004). *Disparities in HIV prevention services, infection rates and mortality: A comparison of drug users in PR and New York*. National Development and Research Institute, Inc. and the University Central del Caribe.
- Douaihy, A. and Singh, N. (2001). Factors affecting quality of life in patients with HIV infection. *The AIDS Reader*, 11(9), 444-449.
- Drucker, E. (1995). Harm reduction: a public health strategy. *Current Issues in Public Health*. 1,64-70.
- Fetzer Institute. (1999). *Multidimensional Measurement of Religiousness/Spirituality for Use in Health Research*. In *Fetzer Institute Report*. MI: Fetzer Inc..
- Lawson, G.W., Ellis, D.C. & Rivers, R.C. (1984). *Essentials of Chemical Dependency Counseling*. Rockville, MD: Aspen.
- Levin, J.S., Taylor, R.J. & Chatters, L.M. (1995). A multidimensional measure of religious involvement for African Americans. *Sociological Quarterly*, 36, 157-173.
- Lewis, DC; Duncan, DF & Clifford, PR. (1997). Analyzing Drug Policy. *The Journal of Primary Prevention*, 17 (4), 351-361.
- Lewis, J. A.; Dana, R. & Blevins, G.A. (2002). *Substance Abuse Counseling* (Third Ed.). CA: Brooks-COLE Thomson Learning Academic Center.
- Miller, W. (1983). Motivational interviewing with problem drinkers. *Behavioral Psychotherapy*, 11, 147-172.
- Miller, W. & Heather, N. (1998). *Treating Addictive Behaviors* (2nd Ed.). New York: Plenum.

- Miller, W. & Rollnick, S. (1991). *Motivational Interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. New York: Guilford Press.
- Negrón Velázquez, G. (2005). *Convergencia entre espiritualidad, la Perspectiva de Fortalezas y la filosofía de Comunidades Terapéuticas*. Conferencia ofrecida en la Décima Convención de la Federación Latinoamericana de Comunidades Terapéuticas, el 16 de noviembre de 2005, Condado Plaza, PR.
- Negrón Velásquez, G. (3 de octubre, 2005). Error la eliminación del Plan Estratégico. Perspectiva. *El Nuevo Día*, p.69.
- Negrón Velásquez, G. (17 de marzo, 2005). *Opciones para el control de drogas*. Perspectiva. *El Nuevo Día*, p.97.
- Negrón-Velázquez, G. (2004). *Changing from a punitive paradigm to a public health paradigm to deal with drug addiction and violence: The case of Puerto Rico*. Conferencia presentada en la Tercera Convención Internacional de las Ciencias Sociales, Honolulu, Hawaii, 16 de junio.
- Negrón-Velázquez, G. & Zavaleta Calderón, S. (2003). Desarrollo del concepto y el sistema de bienestar social en Puerto Rico: Evolución o retroceso? *Revista Análisis*, 4(1), 155-178.
- Negrón Velázquez, G. (2002). The Cross-Cultural Adaptation of a Quality of Life Measure With Mental Health Patients in PR, CA & TX, and With HIV/AIDS Patients in PR: The Case of Religion/Spirituality. Ponencia presentada en la Tercera Convención Anual del Latino Social Work, Sacramento, California.
- Nevares-Muñiz D. (2001). *El Crimen en Puerto Rico: Tapando el Cielo con la Mano* (2da Edición). Hato Rey, PR: Instituto para el Desarrollo del Derecho, Inc.

Oficina para el Control de Drogas (2002). Plan Estratégico del Estado Libre Asociado de Puerto Rico. San Juan: Autor.

Programa Profesional de Educación Continua en el Análisis y Tratamiento de la Adicción al Alcohol y Otras Drogas (AOD): (Nivel I). Facultad de Ciencias Sociales. *Boletín Programa de Educación Continua*, Primer semestre 2005-06, Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras.

Rapp, C.A. (1998). *The Strengths Model: Case Management with People Suffering from Severe and Persistent Mental Illness*. New York: Oxford University Press.

Rivera, Antonia. (1991). Puerto Rico en el Siglo XIX, y la política social del estado con respecto a la beneficencia. *Revista de Servicio Social*, Colegio de Trabajadores Sociales. Puerto Rico, XXVI (1), 6-16.

Sombrío el ánimo electoral. (17 de mayo de 2004). *El Nuevo Día*. p. 2-3.

Rodríguez, Beruff, J. & Cordero, G. (2005). El Caribe: la "tercera frontera" y la guerra contra las drogas. En Coletta A. Youngers & Hielen Rosin, *Drogas y Democracia en América Latina: El impacto de la política de Estados Unidos*. Buenos Aires: Wolla Editorial Biblos.

Saleebey, D. (2002). Introduction: Power in the People. In D. Saleebey (Ed.). *The Strengths Perspective in Social Work Practice* (4th Edition). Boston: Allyn & Bacon.

Santiago-Negrón, S. & Albizu-García, C. (2001). ¿Guerra contra las drogas o guerra contra la salud? Los Retos para la Salud Pública de la Política de Drogas de Puerto Rico. *Puerto Rico Health Sciences Journal*, 22(1), 49-61.

- Sosa Pascual, O. (2005, 29 de octubre). En tela de juicio la capacidad de ASSMCA. *El Nuevo Día*, p. 10.
- Taylor, R. J. & Chatters, L.M. (1992). Nonorganizational religious participation among elderly black adults. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 46, 103-S111.
- Thombs, D. (1999). *Introduction to addictive behavior* (2nd Edition). New York: Guilford Press.
- Torruella J. (1996). One Judge's Attempt at a Rational Discussion of the So-called War on Drugs. Conferencia presentada en Colby College, Maine, 25 de abril.
- Tucker, J.; Donovan, D. & Marlatt, G. (1999). *Changing Addictive Behavior: Bridging Clinical and Public Health Strategies*. New York: Guilford Press.
- Vallance T R. (1993). *Prohibition's Second Failure: The Quest for a Rational and Humane Drug Policy*. Wesport, Connecticut: Praeger.
- Van Wormer & Rae Davis. (2003). *La Perspectiva de Fortalezas para el Tratamiento de las adicciones*. CA: Brooks-COLE Thomson Learning Academic Center. .
- Walters, S. T. ; Rotgers, F.; Saunders, B.; Wilkinson, C., & Towers, T. (2003). Theoretical Perspectives on Motivation and Addictive Behavior. In F. Rotgers, J. Morgenstern, & S. T. Walters (Eds.), *Treating Substance Abuse: Theory and Technique* (2nd ed., pp. 279-297). New York: Guilford Press.
- White House Office of National Drug Control Policy (1999). *Global Drug Trends*. Washington DC.: Author.