

**UNA PRIMERA APLICACION DE LA TEORIA DEL COMPORTA-
MIENTO PLANIFICADO PARA EXPLICAR EL ABANDONO DEL TRA-
TAMIENTO POR PARTE DE LOS DEPENDIENTES ALCOHÓLICOS**

M.T. CORTÉS TOMÁS

Departamento de Psicología Básica
Facultad de Psicología. Universitat de València
Telef: 963864851
Email: Maria.T.Cortes @ uv.es

Resumen

El objetivo de este estudio es analizar la adecuación de la Teoría del Comportamiento Planificado para explicar la conducta de abandono del tratamiento entre los dependientes alcohólicos, intentando al mismo tiempo diferenciar entre los sujetos que abandonan el tratamiento y aquellos que lo continúan.

Para ello, y dado que es una conducta que ocurre principalmente a lo largo de los primeros seis meses de tratamiento, la evaluamos en distintos momentos temporales: al inicio del tratamiento, a los dos meses de recibirlo y a los 4 y 6 meses.

Respecto al objetivo de abandono / no abandono observamos, tras efectuar las pruebas «t» correspondientes, grandes diferencias entre los dos grupos de sujetos conforme pasa el tiempo. El resultado global de nuestra investigación confirma la relevancia del papel del control conductual percibido en todos los momentos temporales evaluados. Asimismo, de nuestros datos se deriva que una reorganización de las variables propuestas en esta teoría, sería adecuada para explicar mayor cantidad de varianza.

Palabras clave: Abandono del tratamiento; aspectos motivacionales; dependencia alcohólica.

Abstract

The general objective of this study is to analyze the adequacy of the Theory of Planned Behavior for explaining the behavior of dropping out of therapy among dependent alcoholics, trying at the same time to differentiate between those subjects who drop out of treatment and those who do not.

In order to do this, and given that this behavior occurs mainly during the first six months of treatment, we evaluate it at different moments: at the beginning of the treatment, after two months, and after four and six months of treatment have gone by.

Regarding the objectives, we observe a greater differentiation between the two groups as time passes. The global result of our research confirms the relevance of the role of perceived behavioral control at every moment in time, which justifies the introduction of this variable, at least in this type of behavior. It can also be deduced from our data that a reorganization of the variables would be appropriate in order to better explain the amount of variance of that explained.

Key words: Therapy dropping; motivation; alcoholic dependance.

El tema del incumplimiento del tratamiento en los dependientes alcohólicos está poco investigado si se tiene en cuenta el elevado índice de casos registrados. Según los datos disponibles, en la población española (Gual y cols, 1989; Monras y cols, 1990; Cuadrado y cols, 1995), aproximadamente uno de cada dos dependientes alcohólicos que solicitan tratamiento lo dejan antes de que transcurran seis meses, llegando estas cifras al 70 y 80% a lo largo de toda la intervención. Esto, unido al hecho de que en la literatura científica no suelen publicarse los casos que terminan en fracaso o abandono (Gavino y Godoy, 1993), permite afirmar que estamos ante un tema de alta prevalencia en la experiencia clínica, lo que justifica nuestro interés por el mismo, pero del que se tiene poco conocimiento, posiblemente por que clínicos e investigadores tratan de mostrar que sus intervenciones poseen una eficacia máxima.

Los investigadores han intentado durante años comprender las razones de este comportamiento, apoyándose en la idea de que cuanto mayor sea el conocimiento de los factores que subyacen la decisión de realizar o no una conducta dada, será más probable que pueda influirse sobre tal decisión (Fishbein y col., 1987). Muestra de ello es la diversidad de variables analizadas con objeto de evaluar su posible influencia en el abandono del tratamiento [Martín y Cortés, 1997; Cortés, 1997; Ryan y cols, 1997; Pinsky y cols, 1995; Gavino y Godoy, 1993; García y cols, 1990; Verinis, 1986; Baekeland y Lundwall, 1975]. Aunque los análisis teóricos suelen coincidir en la relevancia que múltiples variables personales y sociales tienen en la decisión de realizar o no esta conducta, la conclusión que puede extraerse de los estudios analizados es que no existe una única variable que pueda identificarse como causa del abandono; al contrario, la mayoría de los estudios aluden a un conjunto de ellas como discriminantes, aunque no coinciden a la hora de establecer cuántas y cuales son.

Por tanto, nos encontramos ante un aspecto esencial, el abandono del tratamiento, en el que se imbrican condicionantes pasados y actuales; estímulos internos y externos; factores sociales, psicológicos y biológicos; elementos de adecuación dependiente-tratamiento; cualidades del terapeuta, etc. lo que justifica que su estudio tenga que ser necesariamente multivariado en el método, y aproximativo en la intención (Fernández, 1991). A esto hay que añadir que los estudios que plantean modelos multifactoriales son bastante escasos. La mayoría de los trabajos empíricos se efectúan con fines exploratorios y centrados en un tipo concreto de variables, parcelando de este modo la comprensión del problema. Desde nuestra perspectiva, faltan investigaciones comprensivas, que integren de forma parsimoniosa en un marco teórico definido, todas o la mayoría de estas variables.

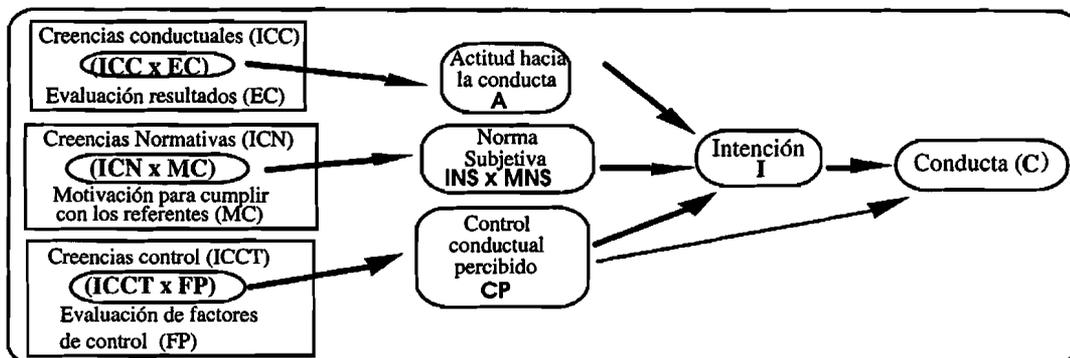
De todos los aspectos analizados, el psicológico ha recibido hasta el momento poca atención, destacando el interés puesto en las variables motivacionales, en donde los pocos estudios existentes muestran resultados confusos.

A pesar de ello, centramos nuestra investigación en el aspecto motivacional de la conducta del sujeto porque consideramos que involucrarse en un programa terapéutico, y dejar o normalizar un consumo problemático de alcohol, significa realizar una serie de cambios que requieren un determinado nivel motivacional: cortar el hábito problemático de consumo de alcohol, fortalecer y cuidar el organismo, encontrar actividades alternativas, aficiones, intereses y nuevas amistades, aprender a usar técnicas de afrontamiento de la ansiedad y depresión, aceptar el cambio de relaciones que resulta del abuso de alcohol, así como de los esfuerzos del sujeto por abandonarlo, etc. La motivación, en tanto que mecanismo que traduce en acción el aprendizaje, se halla involucrada en todos estos procesos, a través de los cuales el alcohólico tiene que aprender a vivir de otra manera sus necesidades y problemas.

Ya se ha apuntado previamente la necesidad de fundamentar la investigación psicológica sobre abandonos terapéuticos en modelos integradores que estudien la conducta humana. Por este motivo y siguiendo la investigación reciente sobre aspectos motivacionales, asumimos un planteamiento teórico general cognitivista, que prioriza los conceptos de expectativas, creencias,

atribuciones, intereses, etc. La teoría de la Acción Razonada de Fishbein y Ajzen es considerada una de las proposiciones más integradoras de conductas sociales (Godin y cols, 1992), al tiempo que nos parece un planteamiento plausible, parsimonioso y útil para explicar la intención de un sujeto de abandonar el tratamiento. En ocasiones, una versión posterior de esta teoría (Figura 1), conocida como Teoría del Comportamiento Planificado (Fishbein y Ajzen, 1980; Ajzen, 1985), ha recibido incluso un mayor apoyo empírico.

Figura 1: Teoría de la Conducta Planificada



Esta última versión, surge cuando Ajzen propone la necesidad de ampliar la *Teoría de la Acción Razonada* - introduce un nuevo constructo: *el grado de control percibido sobre la conducta* -, por su limitación para dar cuenta de las conductas sobre las que los individuos no poseen un control absoluto, y en este sentido, el abandono del tratamiento por dependencia alcohólica puede considerarse una conducta de este tipo, al menos en parte. Si el sujeto va perdiendo el control sobre su consumo conforme se instaura una dependencia (Schlegel y cols, 1992), es más difícil que llegue a controlarlo, por lo que será más probable que abandone el tratamiento y consuma de nuevo. Esta idea queda fundamentada atendiendo a la propia definición de adicción, la cual resalta que el elemento crítico que distingue el uso normal del uso adictivo es un menor control. La noción de que el alcoholismo es una adicción caracterizada por pérdida de control fue popularizada ya por Jellineck en los años cincuenta y ampliamente aceptada en nuestra sociedad.

Otra de las razones que justifica el que hayamos elegido este modelo y no otro, es que lo consideramos adecuado para estudiar los abandonos terapéuticos al incluir una interacción entre factores de tipo situacional, personal y de capacidad cognitiva, relevantes a la hora de explicar el por qué el sujeto abandona. Así, por ejemplo, además del valor atribuido al control del sujeto, también a partir de este modelo se refleja la percepción que posee la persona sobre la presión social, la cual le inducirá a realizar o no la conducta -a través de la Norma subjetiva-, así como el grado de evaluación favorable o desfavorable que el sujeto realiza de la conducta en cuestión -a través de la Actitud hacia la conducta-, variables éstas tomadas en consideración por parte de algunos investigadores.

Con todo ello, lo que pretendemos en nuestro estudio es evaluar la utilidad de la Teoría del Comportamiento Planificado -dado que ésta es la que tiene en consideración el control de la persona sobre la conducta evaluada- en la predicción de la intención de abandonar el tratamiento y de la conducta subsiguiente. Para ello, en un primer momento, daremos a conocer las diferencias encontradas entre los sujetos que han abandonado el tratamiento y aquellos que han perdurado en el mismo, en los tres momentos temporales en los que ha sido evaluada la conducta. Una

vez clarificadas estas diferencias, analizaremos, en una primera aproximación, la suficiencia del planteamiento teórico propuesto para dar cuenta de la conducta de abandono.

No estamos pues ante un estudio sociológico de aproximación extensiva en cuanto al número de variables y de indicadores que se han utilizado, sino intensiva en cuanto a que se ha trabajado con un número reducido de sujetos, pero a lo largo de un período de tiempo prolongado, tal como se muestra seguidamente.

MÉTODO

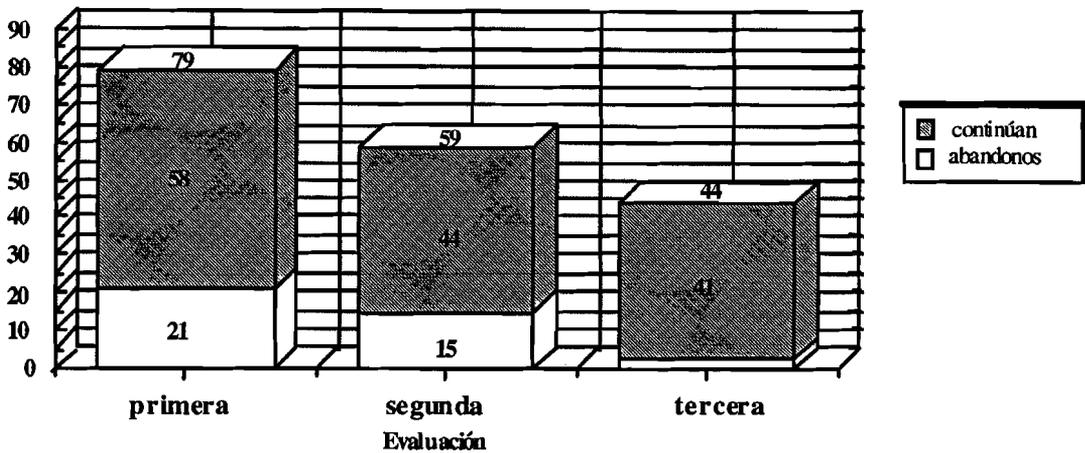
La muestra utilizada en este trabajo está compuesta por 79 sujetos, de entre 21 y 65 años de edad (Media = 41 años) que participaron de forma voluntaria en nuestra investigación. La distribución por sexo resulta desequilibrada según una proporción aproximada de 10 hombres por cada 2 mujeres, contabilizándose 72 varones (91,1%) frente a 7 mujeres (8,9%). Todos los sujetos cumplen los criterios de dependencia alcohólica referidos por el DSM-IV y en todos los casos han recibido un tratamiento de orientación cognitivo-conductual con el mismo objetivo terapéutico: la abstinencia total al alcohol. Todos los casos eran primeros ingresos que nunca habían recibido tratamiento previamente (para más información sobre la muestra consultar Cortés, 1997).

Partimos de la hipótesis de que es posible que las motivaciones que llevan a un sujeto a dejar el tratamiento varíen de un momento temporal a otro. Es decir, un sujeto que se encuentre en la primera semana de tratamiento, posiblemente presente diferentes motivos para abandonarlo que un sujeto que lleva asistiendo al mismo durante tres o más meses. Por este motivo, y apoyándonos también en los resultados obtenidos en distintos estudios empíricos que apuntan una mayor frecuencia de abandonos en el primer y tercer mes de tratamiento (Monras y cols, 1990; Freixa y cols, 1998), decidimos evaluar la conducta de abandono en diferentes momentos temporales. En concreto, realizamos una evaluación completa (con medición de la conducta incluida) en tres períodos temporales diferentes (Tabla 1): la primera semana de tratamiento; a los dos meses y a los cuatro meses. La cuarta evaluación (a los seis meses de asistencia) la limitamos a un registro de la conducta del sujeto en ese momento, por lo que podemos decir que constituye la medida de la conducta de la tercera evaluación.

Tabla 1: Análisis efectuado y período temporal evaluado en cada ocasión.

MOMENTO EN QUE SE REALIZA LA EVALUACIÓN	Primera semana de tratamiento	A los dos meses de tratamiento	A los cuatro meses de tratamiento	A los seis meses de tratamiento
PERIODO AL QUE HACE REFERENCIA LA EVALUACIÓN	Primer y segundo mes	Tercer y cuarto mes	Quinto y sexto mes	Se evalúa la conducta real (si el sujeto abandona o no en el 5 ó 6 mes)

A lo largo de los seis meses en los que hemos realizado el seguimiento a los sujetos, se han producido abandonos del tratamiento (Figura 2), disminuyendo progresivamente la muestra total de participantes en cada una de las evaluaciones. De los 79 sujetos que iniciaron la investigación, un 48% no la finalizaron. El mayor índice de abandonos aparece en los primeros dos meses (25%; n=21 sujetos) de tratamiento.

Figura 2: Distribución de la muestra en cada momento temporal evaluado

Instrumento de evaluación

Las variables teóricamente implicadas en la conducta de abandonar el tratamiento por parte de los dependientes alcohólicos, se evalúan mediante las respuestas de los sujetos a un cuestionario formado por 105 ítems contruidos siguiendo las directrices de Ajzen y Madden, (1986) y Ajzen (1985, 1988). La selección de los contenidos a los que aluden los ítems (consecuencias percibidas al abandonar el tratamiento, referentes de relevancia en la población estudiada y fuentes de recursos y oportunidades) está fundamentada empíricamente, a partir de los resultados de un estudio piloto que realizamos previamente con una muestra de 22 dependientes y de cuatro grupos de discusión en los que participaron un total de 58 sujetos (ver Cortés, 1997). Además, en su redacción definitiva se tuvieron en cuenta las sugerencias que ofrecieron 10 voluntarios dependientes alcohólicos en tratamiento y 5 terapeutas con amplia experiencia (10 años por término medio) en este tipo de intervención. Las variables quedaron evaluadas tal como se especifica seguidamente:

Conducta (C): Se midió mediante un ítem dicotómico que registraba si el sujeto continuaba en tratamiento o había abandonado. En caso de abandono se especificaba en qué mes se había producido.

Intención conductual (I): Se midió con la respuesta de los sujetos a tres preguntas: "¿Con cuanta regularidad piensa asistir a las sesiones de tratamiento durante los dos próximos meses?"; "Aunque me pasase alguna cosa, a nivel físico o psicológico, así como personal o social, yo trataré de continuar asistiendo al tratamiento durante los próximos dos meses" y "Es muy probable que abandone el tratamiento en los próximos dos meses". Las respuestas a la primera pregunta se midieron con una escala de 4 puntos (siempre / nunca), mientras que en los dos últimos casos se utilizó una escala de diferencial semántico de 7 puntos (muy de acuerdo / muy en desacuerdo).

En la Tabla 2 se presenta un resumen de los ítems utilizados para evaluar el resto de las variables, diferenciando entre las medidas directas (A, NS y CP) e indirectas (bases cognitivo-motivacionales) de los determinantes de la intención. Asimismo se especifica el modo de evaluación de cada uno de los ítems:

Tabla 2: Muestra de ítems incluidos en el cuestionario, clasificados en función de la variable evaluada

VARIABLE (nº total de ítems)	Algunos ítems incluidos en el cuestionario	Modo de evaluar esos ítems (Escala de 7 puntos)
Actitud hacia la conducta (A) (9 ítems)	"Indique en qué medida cree que asistir al tratamiento durante los próximos dos meses es algo..."bueno-malo; desagradable - agradable; útil - inútil; perjudicial - beneficioso	Diferencial semántico en cuyos polos aparezcan este tipo de adjetivos.
Norma subjetiva (NS) (2 ítems)	INS= La mayoría de las personas que son importantes para mí, aprueban que yo abandone el tratamiento" MNS= Importancia atribuida a lo que piensan la mayoría de las personas que son importantes para mí, sobre que abandone el tratamiento durante los próximos dos meses"	(muy en desacuerdo / muy de acuerdo) (ninguna importancia / muchísima importancia)
Control Percibido (CP) (3 ítems)	"Continuar el tratamiento durante los próximos dos meses es algo que me resulta..." "¿Cuanto control crees tener sobre la conducta de seguir el tratamiento durante dos meses?" "La decisión de continuar el tratamiento es algo que está totalmente bajo mi control"	(facilísimo / difícilísimo) (control completo / ningún control) (muy de acuerdo / muy en desacuerdo)
Intensidad de las creencias sobre las consecuencias de abandonar el tto. en los próximos 2 meses (ICC) (13 ítems)	"Indica en qué medida estás de acuerdo o en desacuerdo con lo que dice cada una de las siguientes frases: * Dejar el tratamiento durante los próximos dos meses me llevará de nuevo al consumo de alcohol * Aumentará la probabilidad de que se rompa mi matrimonio * Me llevará a perder credibilidad, respeto y confianza en mí mismo"	(muy de acuerdo / muy en desacuerdo)
Evaluación de las consecuencias de abandonar el tratamiento durante los próximos dos meses (EC) (13 ítems)	"A la hora de tomar la decisión de abandonar el tratamiento en los próximos dos meses ¿Qué importancia tendría para ti cada una de las siguientes razones? * Volver a consumir de nuevo alcohol * La ruptura de tu matrimonio * Perder credibilidad, respeto y confianza en ti mismo..."	(muchísima importancia / ninguna importancia)
Intensidad de las creencias normativas (ICN) (7 ítems)	* En general, mi familia piensa que debo seguir con el tratamiento * A mi pareja le parece mal que abandone el tratamiento * A alguno de mis amigos le parecería bien que abandonase el tratamiento	(muy de acuerdo / muy en desacuerdo)
Motivación para cumplir con los referentes (MC) (7 ítems)	"¿Cuánta importancia o peso tendría para ti lo que piensa el referente X sobre que abandones el tratamiento en los próximos dos meses?"	(muchísima importancia / ninguna importancia)
Intensidad sobre creencias de control (ICCT) (10 ítems)	* Me sería más fácil continuar con el tratamiento si los demás me ayudasen * Dejaría el tratamiento si me apareciesen problemas físicos muy graves * Seguramente abandonaría el tratamiento si encontrase trabajo fuera	(muy de acuerdo / muy en desacuerdo)
Fuerza percibida en los factores de control (FP) (10 ítems)	Importancia que le das a: * La ayuda que te prestan los que te rodean * Encontrar trabajo fuera del lugar de residencia * Tener problemas físicos graves	(muchísima importancia / ninguna importancia)

En cuanto a las pruebas estadísticas utilizadas para analizar nuestros datos, nos servimos, con el fin de dar respuesta al primero de los objetivos, esto es, conocer las diferencias entre los sujetos que abandonan el tratamiento y los que continúan en el mismo, de la comparación entre medias -pruebas "t", pues éstas nos permiten determinar si las diferencias encontradas son significativas en el ámbito estadístico o no lo son. Para ello se utilizó el paquete estadístico SPSS.

Por otra parte, para evaluar la adecuación del modelo, y por tanto verificar las relaciones causales propuestas en la Teoría del Comportamiento Planificado, la metodología estadística utilizada ha sido el modelado causal. Habitualmente se realiza para tal fin un análisis de regresión múltiple, pero este procedimiento puede mejorarse mediante técnicas que permiten evaluar un modelo causal recursivo, como es la Teoría de la Conducta Planificada, y que no requieren, tal como lo hacen los análisis de regresión múltiple, fragmentar el modelo para evaluarlo. En nuestro caso, utilizamos de entre todas las técnicas de modelado causal, el *path analysis*, dado que en el modelo sólo se incluyen variables observables, hipotetizándose una cadena causal explicativa entre ellas. En concreto, la Teoría del Comportamiento Planificado, define cuáles y cómo son las relaciones entre las variables; es decir, marca la dirección de las relaciones, indicando qué variables se deben considerar predictoras y cuáles criterio, y qué variables covarían. Para ello nos servimos del paquete estadístico EQS (versión 3.0) (Bentler, 1988).

RESULTADOS

Diferencias entre el grupo de sujetos que abandonan el tratamiento y los que continúan en el mismo.

Dado que en el tercer período evaluado (el correspondiente al quinto y sexto mes de tratamiento) tan sólo se ha producido el abandono de tres personas, número éste muy pequeño para ser analizado y obtener conclusiones, limitamos el estudio de las diferencias entre el grupo de abandonos y no abandonos, a las primeras dos evaluaciones efectuadas: la referida a los primeros dos meses de asistencia al tratamiento y la que engloba el tercer y cuarto mes de asistencia al mismo.

Al comparar el grupo de sujetos que ha dejado el tratamiento en cualquier momento temporal, con el de sujetos que ha permanecido en el mismo, los primeros muestran una intención claramente orientada hacia el abandono, ya que su puntuación media es significativamente ($p < 0,000$) más proclive hacia esta conducta. (Tabla 3).

Respecto a la variable "actitud hacia la conducta" (A), en todo momento temporal, los sujetos que abandonan el tratamiento muestran medias inferiores a las del grupo de sujetos que continúan asistiendo al mismo.

Al efectuar la comparación estadística entre las medias de los dos grupos, en cada uno de los ítems que integran esta variable (Tabla 4), se observa que los sujetos que finalmente abandonan el tratamiento a lo largo de los primeros dos meses, muestran una actitud indiferente hacia el mismo. Sus puntuaciones si bien menores que las del grupo que continúa en tratamiento, son de signo favorable.

Tabla 3: Comparación de las medias obtenidas por los sujetos que abandonan y continúan el tratamiento en el constructo Intención "I"¹.

Variable	Nº Casos	Media	Desv.Est.	prueba t	gl.	p
I (Evaluación 1: Primeros dos meses de tratamiento)						
CONTINÚAN	58	-3,1724	2,422	-5,40	39,38	0.000
ABANDONAN	21	-0,0952	2,166			
I (Evaluación 2: Tercer y cuarto mes de tratamiento)						
CONTINÚAN	44	-3,9545	1,791	-3,68	16,53	0.002
ABANDONAN	15	-0,4667	3,523			

Tabla 4: Comparación de las medias significativas obtenidas por los sujetos que abandonan y por los sujetos que continúan en tratamiento en el constructo "Actitud hacia la conducta"

Variable	Media ¹	Desv. Est	prueba t	gl.	p
PRIMERA EVALUACIÓN					
A3 (útil - inútil)					
CONTINÚAN	-2,3448	0,715	-2,67	31,86	0.012
ABANDONAN	-1,8095	0,814			
A8 (insatisfactorio - satisfactorio)					
CONTINÚAN	-2,1897	0,760	-2,65	23,44	0.014
ABANDONAN	-1,2381	1,578			
SEGUNDA EVALUACIÓN					
A1 (bueno - malo)					
CONTINÚAN	-2,5000	0,591	-2,70	16,21	0.016
ABANDONAN	-1,6000	1,242			
A2 (desagradable - agradable)					
CONTINÚAN	-2,3636	0,942	-4,09	18,70	0.001
ABANDONAN	-0,8000	1,373			
A3 (útil - inútil)					
CONTINÚAN	-2,3864	0,993	-3,40	17,03	0.003
ABANDONAN	-0,7333	1,792			
A4 (perjudicial - beneficioso)					
CONTINÚAN	-2,5682	0,789	-3,18	16,14	0.006
ABANDONAN	-1,1333	1,685			
A5 (recompensante - aversivo)					
CONTINÚAN	-2,7500	0,534	-2,43	14,84	0.028
ABANDONAN	-1,6000	1,805			
A7 (acertado-estúpido)					
CONTINÚAN	-2,2727	0,997	-2,28	24,50	0.032
ABANDONAN	-1,6000	0,986			
A8 (insatisfactorio- satisfactorio)					
CONTINÚAN	-2,2727	1,246	-2,63	17,68	0.017
ABANDONAN	-0,8000	2,042			
A9 (apropiado - inoportuno)					
CONTINÚAN	-2,5682	0,759	-3,16	18,06	0.005
ABANDONAN	-1,5333	1,187			

¹ Hay que tener presente que una puntuación negativa (desde -1 a -3) es indicativa de una intención favorable a continuar con el tratamiento mientras que una puntuación positiva (desde 1 a 3) es indicativa de que el sujeto muestra una intención favorable a abandonarlo, (conducta ésta que es la que queremos evaluar, de ahí que su puntuación sea de signo +)

En el segundo período evaluado, los sujetos que deciden no asistir más a las sesiones de tratamiento muestran una actitud más permisiva hacia el abandono en comparación con los sujetos que piensan continuar asistiendo al mismo. Califican la asistencia al tratamiento como más aversiva, inútil, estúpida, inapropiada....

Además, con el paso del tiempo - sólo se aprecian diferencias significativas en el segundo período evaluado -, los sujetos que dejan el tratamiento poseen una opinión acerca de lo que piensan los que le rodean más flexible hacia la conducta de abandono (Tabla 5), tal como lo demuestra el carácter positivo de sus puntuaciones (media=0,1333).

Asimismo, estos sujetos obtienen puntuaciones que denotan un menor control percibido (CP) ($p < 0,017$ / $p < 0,043$) sobre la conducta de asistir al tratamiento. Se ven en todo momento -primera y segunda evaluación - más inclinados hacia el abandono, porque según ellos el seguir asistiendo al tratamiento no es algo que esté bajo su control.

Tabla 5: Comparación de medias significativas obtenidas por los sujetos que abandonan el tratamiento y por los que continúan en el mismo, en el constructo Norma Subjetiva (INS) y Control Percibido (CP).

Variable	Media	Desv. Est.	prueba t	gl.	p
INS1 (Segundo período evaluado)					
CONTINÚAN	-2,4091	1,436	-4,70	19,60	0.000
ABANDONAN	0,1333	1,922			
CP (Primer período evaluado)					
CONTINÚAN	-3,2069	2,368	-2,49	41,02	0.017
ABANDONAN	-1,8571	2,032			
CP (Segundo período evaluado)					
CONTINÚAN	-4,1136	1,883	-2,16	20,48	0.043
ABANDONAN	-2,6667	2,350			

Pasamos seguidamente a detallar los resultados obtenidos en la evaluación de las bases cognitivas de cada uno de los constructos, ya que no intentamos únicamente predecir la conducta de los sujetos, sino también entender porqué actúan como lo hacen.

² Cada par de adjetivos se sitúa en una escala de 7 puntos, ocupando los extremos los adjetivos con significado opuesto (Ej: Buenísimo (-3); Bastante bueno (-2); Algo bueno (-1); Ligeramente malo (+1); Bastante malo (+2); Malísimo (+3)). Las respuestas se puntúan desde -3 (correspondientes a adjetivos de carácter positivo como "agradable, útil..." a +3 (correspondientes a adjetivos de sentido negativo como "desagradable o inútil...").

Tabla 6: Comparación de medias significativas obtenidas por los sujetos que abandonan vs. los que continúan en tratamiento en los constructos: "Intensidad de las creencias conductuales (ICC); "Intensidad de las creencias normativas (ICN) e "Intensidad de las creencias de control (ICCT) - segunda evaluación

Variable	Media	Desv. Est.	prueba t	gl.	p
ICC1 (Me llevará de nuevo al consumo de alcohol)					
CONTINÚAN	-0,0455	2,533	-3,22	51,10	0,002
ABANDONAN	1,5333	1,187			
ICC2 (Aumentará la probabilidad de que se rompa mi matrimonio)					
CONTINÚAN	1,8000	1,207	-2,71	46,17	0,009
ABANDONAN	0,5455	2,267			
ICC8 (Me permitirá no tener que asistir a la asociación)					
CONTINÚAN	-1,5455	2,387	2,29	56,06	0,026
ABANDONAN	-2,5333	0,915			
ICN1 (Mi familia piensa que debo seguir con el tratamiento)					
CONTINÚAN	-2,5455	1,266	-3,88	21,16	0,001
ABANDONAN	-0,8667	1,506			
ICN4 (Mis compañeros de trabajo opinan que no debo continuar asistiendo al tratamiento)					
CONTINÚAN	-1,7955	1,608	-2,75	22,88	0,011
ABANDONAN	-0,4000	1,724			
ICCT2 (Dejaría el tratamiento si me sintiese rechazado por el grupo)					
CONTINÚAN	-1,0909	2,239	-3,80	48,67	.000
ABANDONAN	.6000	1,121			
ICCT3 (...Si en los próximos meses recayese)					
CONTINÚAN	-.8409	2,156	-2,35	27,50	.026
ABANDONAN	.5333	1,885			
ICCT4 (... Si tuviese que admitir delante del grupo de terapia que he recaído)					
CONTINÚAN	-.6136	2,704	-3,32	40,80	.002
ABANDONAN	1,3333	1,633			

En los dos primeros meses de asistencia, no encontramos diferencias en el tipo de creencias conductuales -creencias sobre las consecuencias derivadas de la conducta- mantenidas por ambos grupos de sujetos. Es en la segunda evaluación (Tabla 6), correspondiente al tercer y cuarto mes de asistencia al tratamiento, cuando se aprecian tales diferencias. En todos los casos, el sujeto que abandona cree que realizar esta conducta lleva asociada una mayor probabilidad de consumir nuevamente alcohol -al dejar el tratamiento pierde importancia para él la meta de abstinencia perseguida-, así como una mejora en la consideración de su imagen personal, ligado a una menor probabilidad de que deriven, a raíz de su conducta de abandono, consecuencias sociales perjudiciales.

Al comparar las puntuaciones en este mismo período de los dos grupos en creencias normativas, (ya que inicialmente no aparecen diferencias), se observa como los sujetos que abandonan poseen unas creencias más relajadas acerca de lo que opinan, según ellos, sus familiares y compañeros de trabajo. En ambos casos creen que ni unos, ni otros, opinan que deben continuar asistiendo a las sesiones de tratamiento, más bien son indiferentes a lo que el sujeto pueda hacer al respecto.

En cuanto al tipo de creencias de control que influyen en los sujetos a la hora de tomar la decisión de no asistir más a las sesiones de tratamiento, destacan especialmente tres -atendiendo a su

significación estadística-. Los sujetos creen con mayor intensidad que dejarán el tratamiento en caso de sentirse rechazados, o en caso de recaer en el consumo y tener que reconocerlo públicamente.

A continuación, una vez conocidos los resultados que nos permiten saber algo más sobre las diferencias que existen entre los sujetos que abandonan de los que no lo hacen, pasamos a responder al segundo de los objetivos propuestos, que consiste en evaluar la utilidad y suficiencia de esta teoría para dar cuenta de la conducta de abandono terapéutico. Para ello nos servimos de la técnica de *path analysis* la cual nos permite determinar, por una parte, si se verifica el modelo de relaciones causales propuesto por la Teoría del Comportamiento Planificado y por otra, ver cuál es la contribución propia y específica de cada una de las variables que integran dicho modelo.

Antes de presentar los resultados obtenidos con los *path analysis* hemos de advertir que nuestro apoyo a la Teoría del Comportamiento Planificado ha sido, de partida, únicamente conceptual, dado que en lugar de asumir sin cuestionar las propuestas de Ajzen (1991) respecto a la forma de operativizar las variables que aparecen en su modelo (Figura 1), hemos procedido, en primer lugar, a realizar una serie de análisis estadísticos, concretamente análisis de fiabilidad, correlación y para los constructos multiplicativos (NS, ICC, ICN e ICCT) análisis de regresión múltiple jerárquica, los cuales nos han permitido evaluar empíricamente la utilidad de incluir cada uno de los constructos propuestos en esta Teoría, así como el mejor modo de relacionarlos entre sí. Por ejemplo, en el primer momento temporal evaluado, del constructo "norma subjetiva" sólo ha resultado significativa la contribución por separado, no del producto como postula el modelo ($NS = INS \times MNS$), de la intensidad de la norma subjetiva (INS) y la motivación para cumplir con los referentes (MNS). En el segundo modelo, se rechaza nuevamente la idea de Ajzen de la existencia de una variable denominada "Norma Subjetiva", resultado de multiplicar otras dos, y en su lugar consideramos que existe una variable con efectos significativos sobre la intención que refleja la intensidad de la norma subjetiva (INS).

Los resultados obtenidos con todos estos análisis son los que justifican el que a la hora de estudiar las relaciones causales los modelos de la primera (Figura 3) y segunda evaluación (Figura 4) no coincidan totalmente entre sí, ni tampoco con la Teoría del Comportamiento Planificado. En cada momento temporal, han resultado significativas unas variables determinadas que son las que aparecen en las figuras 3 y 4. (Para obtener información más detallada sobre los análisis mencionados puede consultarse el trabajo de Cortés, 1997).

Así pues, evaluamos los modelos de relación causal que integran todos los constructos propuestos, operativizados éstos de acuerdo con los resultados de los análisis de regresión realizados previamente. La validez de ajuste se ha realizado para los tres momentos temporales evaluados (a los dos meses; al cuarto mes y al sexto mes de tratamiento) pero, únicamente presentamos los resultados de los dos primeros momentos, siguiendo el esquema expositivo del primer objetivo. A pesar de ello, existen algunos resultados interesantes del tercer modelo que mencionaremos en la discusión pues clarifican en gran medida los aspectos a los que se debe dar prioridad en la intervención con este tipo de sujetos.

Resultados de la validez de ajuste del modelo.

Son múltiples los métodos de estimación que pueden utilizarse para validar modelos de ecuaciones estructurales. Como ya hemos indicado anteriormente, nosotros nos servimos de las técnicas de modelado causal. En los modelos causales se presentan dos tipos de comprobación del ajuste, una de carácter analítico y otra de carácter global. En nuestro caso (Tabla 7), para estudiar el ajuste global nos servimos de los índices χ^2 (*test chi-cuadrado*), CFI (*Comparative Fit Index*) y el coeficiente $\chi^2/g.l.$, y para estudiar el ajuste analítico de los coeficientes path.

El resultado al que llegamos, al analizar el ajuste global, es que ninguno de los modelos propuestos, uno por cada momento temporal evaluado, es adecuado para describir globalmente cómo se relacionan los datos obtenidos en nuestra investigación. No existe un ajuste satisfactorio entre los datos obtenidos y el modelo teórico propuesto.

Tabla 7: Ajuste global de los modelos propuestos

Momento	CFI	χ^2	$\chi^2/g.l$
Primera evaluación	0,631	236.929 ($p < 0,001$)	5,2
Segunda evaluación	0,328	291.863 ($p < 0,001$)	10,42

Explicación de la tabla

CFI: Se considera un ajuste adecuado si alcanza valores superiores a 0,9

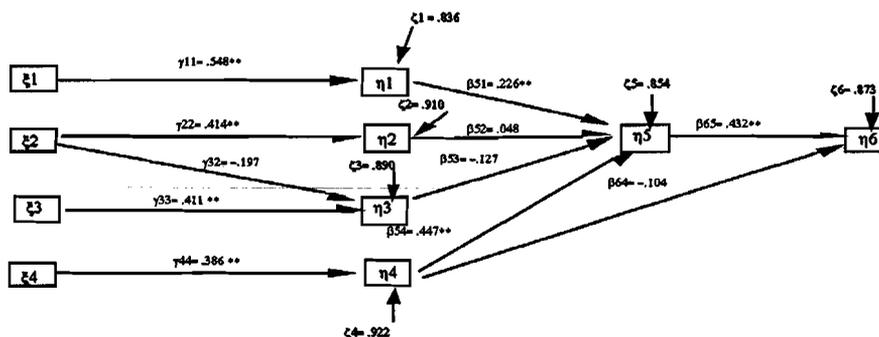
χ^2 : Si fuese una representación adecuada de los datos, este índice no sería significativo

$\chi^2/g.l$: No existe acuerdo sobre cual es el valor que representa un mejor ajuste. El máximo se sitúa en 5

Desde un punto de vista analítico, la evaluación del modelo se realiza considerando el nivel de significación de cada coeficiente path (γ , β). En este caso observamos (Figuras 3 y 4) que no todas las relaciones causales hipotetizadas en este planteamiento teórico han resultado estadísticamente significativas.

A lo largo de los primeros dos meses de tratamiento (Figura 3) la conducta del sujeto "C" (η_6) está predicha fundamentalmente por la intención que éste tiene de realizarla o no - I (η_5) - (18,7%). En este caso, no resulta significativa la contribución directa de control comportamental percibido - CP (η_4) - sobre la conducta del sujeto, pero sí que influye sobre la misma de forma indirecta, vía la intención - I (η_5). En definitiva, la conducta del sujeto viene explicada en un 23,7% por el conjunto de variables predictoras (I y CP).

A su vez, el total de varianza explicada de la variable criterio "I" (η_5) por las variables independientes postuladas en el modelo - actitud hacia la conducta, A (η_1); intensidad de la norma subjetiva en relación con esta conducta, INS (η_2); motivación para cumplir con esa norma subjetiva, MNS (η_3) y control comportamental percibido, CP (η_4) - es del 27%. De estas variables destacan dos por su aportación estadística significativa. Nos referimos en primer lugar a la variable A (η_1), que influye directamente, aunque en una proporción muy pequeña (5%), sobre I (η_5), y en segundo lugar, a la aportación de la variable CP (η_4) que explica un 20% de esa varianza.

Figura 3: Path Analysis³ (primeros dos meses de tratamiento)

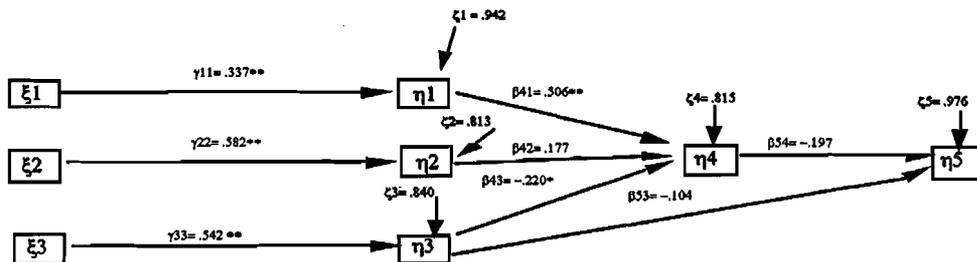
³ ξ_1 = Creencias conductuales (ICCI); ξ_2 = Creencias normativas (ICNI); ξ_3 = Motivación de la persona para cumplir con los referentes (MCI); ξ_4 = Creencias de control (ICCTI); η_1 = Actitud hacia la conducta (A); η_2 = Intensidad de la norma subjetiva (INS); η_3 = Motivación de la persona para cumplir con la norma subjetiva (MNS); η_4 = Control conductual percibido (CP); η_5 = Intención (I); η_6 = Conducta (C).

Asimismo, A (η_1) está explicada únicamente y de forma positiva, en un 30% por la intensidad de las creencias conductuales ICCi (ξ_1).

Por su parte, la intensidad de las creencias normativas ICNi (ξ_2) explican el 17% de la varianza de la intensidad de la norma subjetiva INS (η_2). Estas ICNi (ξ_2) no influyen significativamente sobre la variable MNS (η_3), de la cual explican tan sólo un 3,8% de su varianza.

Nos resta comentar, dentro de este primer modelo evaluado, la relación que se establece entre la variable predictora intensidad de las creencias de control, ICCTi (ξ_4), respecto a la variable control conductual percibido CP (η_4). En este caso la cantidad de varianza explicada del constructo CP (η_4) por parte de la variable ICCTi (ξ_4) es de 14,89%.

Figura 4: Path Analysis⁴ (segundo período evaluado)



En el segundo período evaluado (Figura 4), la intención del sujeto I (η_4) viene explicada por tres variables: A (η_1), INSi (η_2), y CP (η_3). A su vez, A (η_1) está explicada por ICCi (ξ_1), mientras que INS (η_2) está explicada por ICNi (ξ_2). Finalmente, CP (η_3) está determinado por ICCTi (ξ_3).

Al igual que en el modelo anterior no todos los coeficientes path han resultado significativos. Observamos que dos de los coeficientes mantienen su no significación en este segundo período de evaluación, nos referimos al coeficiente que establece la relación de INS (η_2) con I (η_4) y el que une CP (η_3) con C (η_5).

La variable que contribuye de forma más directa en la explicación de la intención I (η_4) es la Actitud hacia la conducta A (η_1), mientras que la aportación efectuada al respecto por el Control Percibido CP (η_3) es menor. En esta ocasión A (η_1) explica un 33,5% de la varianza de I (η_4), mientras que CP (η_3) aporta un 5% a la explicación total. De forma conjunta, los tres determinantes de la intención - A (η_1), INS (η_2) y CP (η_3) - explican la varianza de I (η_4) en un 44,5%.

Todas las variables que entran a formar parte de la base cognitiva de este modelo, nos referimos a ICCi (ξ_1), ICNi (ξ_2) e ICCTi (ξ_3), ofrecen aportaciones estadísticamente significativas sobre sus variables criterio correspondientes. Así, la intensidad de las creencias de control ICCi (ξ_1) explica un 11,36% de la varianza de la actitud hacia la conducta A (η_1); la intensidad de las creencias normativas ICNi (ξ_2) explica un 26% de la intensidad de la norma subjetiva INS (η_2), mientras que la intensidad de las creencias de control ICCTi (ξ_3) explica un 29% de la varianza de la variable control conductual percibido CP (η_3).

A partir del tercer mes de asistencia y hasta el sexto, observamos como nuestros datos no nos permiten realizar inferencias sobre la relación entre la intención y la conducta, ni tampoco entre el control percibido y la conducta.

⁴ ξ_1 = Creencias conductuales (ICCi); ξ_2 = Creencias normativas (ICNi); ξ_3 = Creencias de control (ICCTi); η_1 = Actitud hacia la conducta (A); η_2 = Intensidad de la norma subjetiva (INS); η_3 = Control conductual percibido (CP); η_4 = Intención (I); η_5 = Conducta (C)

DISCUSIÓN

El propósito de este trabajo ha sido examinar la relación que existe entre algunas de las variables que se supone influyen en la decisión de una persona a la hora de abandonar el tratamiento que lleva a cabo por su dependencia alcohólica. El modelo teórico de referencia del que nos hemos servido para analizar esta conducta de abandono del tratamiento a lo largo de los primeros seis meses de asistencia al mismo, ha sido la Teoría del Comportamiento Planificado, propuesta por Ajzen en los años setenta. Consideramos esta alternativa adecuada, frente al predominio de las investigaciones centradas en el estudio de una amplia diversidad no estructurada de presuntos determinantes de tal conducta, ya que se trata de un modelo capaz de integrar tanto motivaciones de índole personal como social.

Respecto a las diferencias que encontramos entre los sujetos que abandonan y los que continúan el tratamiento de deshabitación alcohólica, la conclusión a la que llegamos es que el sujeto que abandona el tratamiento a lo largo de los primeros dos meses de asistencia al mismo, parece ser aquel que desde un principio muestra una clara intención al respecto. Es una persona que percibe la existencia de dificultades que le imposibilitan poder continuar con el tratamiento, o sea, no cree disponer de los recursos y oportunidades necesarias para continuar asistiendo al mismo (es algo que no está bajo su control). Además, suele mostrar una actitud hacia el tratamiento más negativa (lo califica en términos más negativos), y conforme pasa el tiempo, cree que la opinión de los que le rodean es de indiferencia respecto a que abandone o no lo haga.

El sujeto que abandona en el tercer o cuarto mes posee este mismo patrón pero bastante más acentuado. Además a estas características añade otra, ya mencionada al final del párrafo anterior, y es que su percepción acerca de la presión social, varía desde la primera a la segunda evaluación. Estos sujetos en la primera evaluación perciben en sus principales referentes un deseo de que ellos permanezcan en tratamiento, pero en la segunda evaluación (a los cuatro meses de tratamiento) califican esta presión social (lo que piensan los que le rodean respecto a lo que deberían hacer) de excesiva permisividad e indiferencia. Esto unido a la presencia de una actitud favorable hacia el abandono, así como a los pocos recursos de los que creen disponer para hacer frente a su dependencia, facilita mucho más el que lleguen realmente a abandonar.

Si nos centramos en el análisis de las bases cognitivas -creencias conductuales, normativas y de control-, observamos como no se aprecian diferencias significativas entre el grupo de sujetos que abandona y el de sujetos que continúan en tratamiento a lo largo del primer período temporal evaluado. Es en el momento temporal que comprende el tercer y cuarto mes de tratamiento, donde sí que apreciamos diferencias significativas. En este período el sujeto que llega a abandonar es el que piensa que existe mayor probabilidad de que su conducta le lleve a iniciarse nuevamente en el consumo alcohólico y le permita dejar de hacer algo tan desagradable para él como el acudir al centro en donde recibe el tratamiento, ya que para ellos esto es indicativo de pobre prestigio social. Además, este sujeto está convencido de que es poco probable que se deriven problemas con su pareja por el hecho de que deje de asistir al tratamiento. En cuanto a las creencias normativas, los sujetos que abandonan están convencidos de que sus familiares y compañeros de trabajo poseen una opinión más permisiva respecto a su posible abandono. Además, piensan -creencias de control- con mayor intensidad que dejarían el tratamiento en caso de sentirse rechazados por parte de los componentes del grupo de terapia o en caso de recaer en el consumo y tener que reconocerlo públicamente.

Así pues, conforme pasa el tiempo sí que parecen acentuarse más las diferencias entre los sujetos que van a abandonar el tratamiento y los sujetos que no lo van a hacer. A lo largo de los primeros dos meses, las diferencias entre ambas muestras vienen reflejadas principalmente a nivel de medidas directas -intención, actitud, norma subjetiva y control comportamental percibido. Conforme pasa el tiempo, también entran en juego las variables cognitivas - creencias conductuales, normativas y de control-.

De estos resultados se derivan implicaciones directas hacia el tipo de asistencia más adecuada para tratar a estos sujetos, las cuales serán comentadas al final de este apartado.

Para la resolución del segundo objetivo, la adecuación del modelo de relaciones causales hipotetizadas en la Teoría del Comportamiento Planificado y la contribución propia y específica de cada una de las variables que integran dicho modelo realizamos un estudio en el que se evaluaron empíricamente, mediante *path analysis*, los modelos resultantes de cada uno de los momentos temporales.

Utilizando como criterio los índices de ajuste global CFI, χ^2 , y el cociente $\chi^2/g.l.$, concluimos que ninguno de los modelos analizados es adecuado para describir globalmente cómo se relacionan los datos obtenidos en nuestra investigación. Así pues, los datos relativos al ajuste global del modelo nos informan que nuestros resultados no se acoplan al modelo teórico propuesto por la Teoría del Comportamiento Planificado, o lo que es lo mismo, a partir de nuestros datos no podemos concluir que las relaciones causales hipotetizadas entre las variables incluidas en la Teoría de la Conducta Planificada puedan explicar adecuadamente la conducta de abandono del tratamiento a lo largo de los primeros meses de asistencia al mismo. Esto nos plantea la necesidad de realizar nuevas investigaciones que permitan el análisis de otro tipo de relaciones entre las variables que conforman el modelo con objeto de conseguir el mejor ajuste de nuestros datos.

Además, si nos basamos en los índices de ajuste a nivel analítico, observamos como no todos los coeficientes path han resultado significativos en los modelos evaluados.

En líneas generales, apreciamos como a partir del tercer mes de asistencia al tratamiento, no podemos inferir ninguna relación entre la intención del sujeto y la conducta que finalmente acaba realizando. Tampoco encontramos relación significativa entre el control que el sujeto cree poseer sobre su conducta (recursos y habilidades de que dispone en relación a la misma) y la conducta posterior que realiza. Esto nos permite afirmar que a partir del tercer mes de tratamiento, el que el sujeto mantenga una intención favorable o crea disponer de los recursos necesarios para poder abandonar el tratamiento, no va necesariamente ligado a la conducta real de abandono, ya que no encontramos en nuestros datos apoyo estadístico para sostener tal afirmación. Este resultado puede deberse al reducido número de abandonos que se producen en estos intervalos temporales, lo cual hace suponer que los posibles "abandonos causales" que se hayan producido en este intervalo temporal, tengan más peso dentro del conjunto global de abandonos. Otra posible justificación a este resultado, apoyándonos en los elevados valores de los errores residuales obtenidos, nos lleva a suponer la existencia de otras variables que no han sido consideradas en esta investigación y que posiblemente estén influyendo sobre la conducta de abandono del tratamiento. Esto nos lleva evidentemente a proponer la inclusión, en futuras investigaciones, de nuevas variables, por ejemplo, las denominadas variables externas al sujeto, las cuales no han sido consideradas de forma directa en nuestra investigación (por ejemplo, las referentes al tratamiento, así como al terapeuta y a la relación que se establece entre el dependiente y su terapeuta).

Respecto a la importancia de cada una de las variables incluidas en los distintos modelos, observamos que en la muestra analizada, la variable Actitud hacia la conducta alcanza su punto de mayor importancia en la predicción de la variable criterio -intención- en el segundo momento temporal evaluado, decayendo posteriormente su influencia. Una posible explicación al respecto podemos encontrarla si tenemos en consideración que es en los primeros meses cuando los sujetos asisten a las llamadas "sesiones informativas", donde se muestran las principales consecuencias que puede generar el consumo de alcohol, así como el abandono del tratamiento, de ahí que pueda justificarse plenamente la importancia de esta variable en este intervalo temporal.

Por otra parte, la variable control comportamental percibido no aparece en ninguno de los modelos como variable que influye directamente en la explicación de la conducta, aunque es interesante comentar que dicho constructo tiene un papel importante como variable predictora de la intención, siendo éste mayor en el primer período considerado. Cabe incidir en un aspecto

esencial, y es que en la primera evaluación, el sujeto está analizando sus propios recursos, lo capacitado que él se encuentra para afrontar el tratamiento. Conforme pasa el tiempo, está justificado el incremento del valor que el sujeto atribuye al control comportamental percibido dado que es uno de los objetivos que se persiguen en la propia terapia -incrementar los recursos de los que pueda disponer el sujeto para hacer frente a su dependencia-. Además, con el tiempo, el sujeto, por una parte, nota su mejoría, lo que contribuye a verse mejor capacitado para seguir con el tratamiento, y por otra, empieza a actuar como modelo de las personas que están iniciando entonces su tratamiento. Todo ello contribuye a que incremente sus expectativas favorables a continuar vinculado al tratamiento.

Por otra parte, podemos resaltar que la variable Norma Subjetiva en los primeros meses -del primero al cuarto- no influye significativamente sobre la intención, mientras que con el paso de los meses llega a ser la variable más importante, es decir, la que más cantidad de varianza de la intención explica -dato correspondiente al tercer período temporal evaluado-. Esto posiblemente venga a reflejar, por una parte, la importancia que adquieren los integrantes del grupo de terapia al que acude el sujeto, en la evolución de éste. Asimismo, también refleja la importancia que adquiere la familia en el proceso de rehabilitación del sujeto dependiente. De hecho, la familia en este momento (quinto mes de tratamiento), ya experimenta una mejor calidad de vida derivada de la abstinencia y "recuperación" del sujeto.

A modo de conclusión, se observa como en un primer momento temporal, parece que influye más sobre la intención del sujeto, las consecuencias que él percibe que pueden derivarse del hecho de realizar la conducta, así como los recursos y posibilidades de los que cree disponer para efectuarla. Es decir, inicialmente influye su actitud hacia la conducta y su grado de control percibido. Según va avanzando el tratamiento, la importancia va siendo asumida por la norma subjetiva, mientras que decae la contribución de la evaluación que el sujeto hace de las consecuencias que pueden derivarse de la realización de su conducta. Estos resultados ponen en duda la importancia que suele atribuírsele, en el ámbito clínico, a la presión familiar al inicio del tratamiento. Este interés inicial, si es que queremos mantener a un sujeto en tratamiento, debería centrarse más en reforzar los aspectos de control comportamental percibido y en neutralizar una posible actitud negativa frente al tratamiento. La importancia de los aspectos sociales es posterior a este momento inicial.

Observamos por tanto un peso destacado de los factores cognitivos (control comportamental percibido) a lo largo de todo el período evaluado, especialmente en la primera y tercera evaluación efectuada. Conforme pasa el tiempo se incrementa el valor atribuido a la presión social (norma subjetiva) no resultando ésta significativa en un primer momento. En cuanto a la actitud hacia la conducta (consecuencias derivadas de la realización de la conducta en cuestión), es importante a lo largo de los primeros cuatro meses de asistencia al tratamiento, dejando de serlo a partir de ese momento.

Todo esto nos permite afirmar la destacada contribución de la variable control comportamental percibido para evaluar la conducta de abandono terapéutico, lo que apoya la contribución de Ajzen al planteamiento teórico inicial, al menos en el estudio de esta conducta. Pero, es cierto, tal como nuestros datos indican, que sería adecuada una reorganización de las variables dentro de la Teoría del Comportamiento Planificado, de forma que nos permitiese llegar a predecir mayor varianza de la conducta evaluada. Además, no hay que descartar la posibilidad de introducir nuevas variables que creemos pueden ser relevantes en el análisis de esta conducta (por ejemplo, la fuerza del hábito, las relación paciente-terapeuta...), justificando este hecho que estamos ante una primera aproximación al estudio de los abandonos que cabe ser mejorada en muchos aspectos.

Referencias

- Ajzen, I. (1985): From intentions to actions: A theory of planned behavior, in: J. Kuhland & J. Beckmann (Eds.), *Action-control: From cognition to behavior*, pp.11-39 (Heidelberg: Springer).
- Ajzen, I. & Madden, T.J. (1986): Prediction of goal-directed behavior: Attitudes, intentions, and perceived behavioral control, *Journal of Experimental Social Psychology*, 22, 453-474.
- Ajzen, I. (1988): *Attitudes, Personality, and Behavior*, (Chicago, IL, The Dorsey Press).
- Ajzen, I. (1991): The Theory of Planned Behavior, *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-211.
- Baekeland, F. & Lundwall, L.L. (1975): Dropping out of treatment. A critical review, *Psychological Bulletin*, 82, 738-783.
- Bentler, P.M. (1983): Multivariate analysis with latent variables: causal modeling, *Annual review of Psychology*, 31, 419-456.
- Bentler, P.M. (1988): *EQS. Estructural Equations Program*, (BMDP, Statistical Software).
- Cortés Tomás, M.T. (1997): *Factores motivacionales de la conducta de abandono terapéutico en alcohólicos: el modelo de Icek Ajzen*. Tesis Doctoral, (Universitat de València Servei de Publicacions, València).
- Cortés, M.T.; Canet, F.; Martín, B. (1997): Factores cognitivos, motivacionales y conductuales que propician que un dependiente alcohólico abandone el tratamiento a lo largo de los 6 primeros meses de asistencia al tratamiento. Ponencia. XXIV Jornadas Nacionales Socidrogalcohol. Alicante.
- Cuadrado, P.; García, R.; Pata, M.D. & Noval, M.J. (1995): Tratamiento de alcohólicos en un programa comunitario: resultados a los 6 meses, 1 año y 2 años. *Adicciones*, 7,(2) pp.169-177.
- Fernandez, J.R. (1991): "Factores que influyen en el abandono del tratamiento en politoxicómanos", Tesis Doctoral no publicada, Universidad de Oviedo.
- Fishbein, M. & Ajzen, I. (1975): *Belief, attitude, intention, and behavior: An introduction to theory and research*, (Reading, M. A.: Addison-Wesley).
- Fishbein, M. & Ajzen, I. (1980): Acceptance, yielding, and impact: Cognitive processes in persuasion, in: Petty, R.E.; Ostrom, T.M. & Brock, T.C. (Eds.), *Cognitive responses in persuasion*. (Hillsdale, N.J.: Erlbaum).
- Fishbein, M. & Middlestadt, S.E. (1987): Using the theory of reasoned action to develop educational interventions: Applications to illicit drug use. Special Issue: *Drugs, Health Education Research*, 2(4), 361-371.
- Freixa, M.; Guardia, J.; Guirado, V.; Salafranca, L. & Turbany, J. (1998): Predicción del riesgo de abandono en un programa de tratamiento de drogodelincuencia, *Rev. Psicol. Gen. Apl.*, 51,(1) pp.29-36.
- García González, R. y cols (1990): Abandonos terapéuticos en un programa de tratamiento ambulatorio de alcoholismo, *Adicciones*, 2(3), 191-208.
- Gavino, A. & Godoy, A. (1993): Motivos de abandono en terapia de conducta, *Análisis y Modificación de Conducta*, 19(66), 511-536.
- Godin, G.; Valois, P.; Lepage, L. & Desharnais, R. (1992): Predictors of smoking behaviour: an application of Ajzen's theory of Planned behaviour, *British Journal of Addiction*, 87, 1335-1343.
- Gual, A.; Ortega, L. & Bach, L. (1989): Factores de adherencia al tratamiento en los pacientes alcohólicos. Estudio prospectivo de 308 casos durante un año, V Congreso Iberoamericano sobre Drogodependencias y Alcoholismo. Madrid.
- Martín, B. & Cortés, M.T. (1997): Revisión actualizada de trabajos recensionados en la base de datos Psyclit sobre el tema de los abandonos terapéuticos en alcoholismo, XXIV Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol. Alicante.
- Minlard, P.W. & Cohen, J.B. (1981): An examination of the Fishbein-Ajzen behavioral-intentions model's concepts and measures, *Journal of Experimental Social Psychology*, 17, 309-339.
- Monrás, M.; Freixa, N.; Martínez, M. & Bach, L. (1990): Abandono de la terapia grupal en pacientes alcohólicos. Seguimiento de diez grupos, *Adicciones*, 2 (2), 93-104.
- Pínsky, I.; Aparecida, E. Marques, A.C. & Formignol, M.L. (1995): Abandono de tratamiento por dependientes de alcohol e drogas: un estudio cualitativo dos motivos, *Revista ABP-APAL*, Oct-Dec 17, (4) pp.150-154.
- Ryan, R.M.; Plant, R.W. & O'Malley, S. (1997): Initial motivations for alcohol treatment: relations with patient characteristics, treatment involvement, and dropout, *Addictive Behaviors*, 20 (3), 279-297.
- Schlegel, R.P. y cols (1992): Problem Drinking: A problem for the Theory of Reasoned Action, *Journal of Applied Social Psychology*, 22 (5), 358-385.
- Verluis, J.S. (1986): Characteristics of patients who continue with Alcohol Outpatient Treatment, *The International Journal of the Addictions*, 21(1), 25-31.