

UN MODELO DE INTERVENCIÓN EN LA DESHABITUACIÓN A DROGAS

Emilio Sánchez Hervás
Vicente Tomás Gradolí

RESUMEN

Los autores reflexionan sobre la necesidad de establecer planteamientos coherentes con la realidad, en las actuaciones relacionadas con los problemas derivados de la adicción a drogas. Se plantea un modelo de intervención en el área psicológica basado en los principios del aprendizaje, y en la prevención de las recaídas en el consumo. La deshabituación, se concibe como un trabajo de colaboración entre afectados y profesionales. Ambas partes asumen, que el objetivo final de cualquier intervención, es el cambio global en el estilo de vida del individuo.

Palabras clave: DROGAS, ADICCIÓN, DESHABITUACIÓN, RECAÍDAS.

SUMMARY

The authors think about the need for establishing coherent posings with reality, in the performances related to the problems derived from drug addiction. An intervention model is planned in the psychological

area, based on the learning principles and in the prevention of the relapse into the drug taking. The treatment for drug dependency is conceived as a work of collaboration between affected and professionals. Both sides assume that the final aim of any intervention is the total change in the way of life of the person.

Key words: DRUGS, ADDICTION, TREATMENT FOR DRUG DEPENDENCY, RELAPSES.

INTRODUCCIÓN

La gente ha explorado muchos caminos hacia el paraíso, o por lo menos hacia el alivio de los pensamientos turbadores y de los sentimientos atormentadores; las drogas son uno de esos caminos. Dan respuesta parcial a los anhelos fundamentales del hombre, responden de alguna forma a esas necesidades, y éstas han cambiado muy poco a lo largo del tiempo. Si las drogas no proporcionan verdadera felicidad, ofrecen sensaciones tan placenteras, aparentemente, que son un verdadero obstáculo para disminuir el consumo o para suprimirlo. Aunque la seguridad y la paz real son imposibles de obtener con las drogas, la incertidumbre y el estrés son más tolerables con sustancias psicoactivas, ya que amortiguan el impacto de los aspectos desagradables de la realidad. Y el "auxilio en el dolor" es una de las razones más ancestrales para el consumo de drogas (Mothner y Weitz, 1986).

Las drogodependencias constituyen desde hace algunos años uno de los temas de mayor actualidad social. Las graves consecuencias personales, familiares y sociales que se derivan de ello, hacen que los temas relacionados con el uso y abuso de drogas, sean tratados con una sensibilidad "especial". El desconocimiento hasta hace pocos años de algunas de las causas presentes en la etiología adictiva, propició el desarrollo y puesta en práctica de modelos de intervención carentes de una base teórica sólida y científica. Esta situación persiste en la actualidad en no pocos programas y centros que se ocupan de "tratar" personas con problemas de adicción a drogas.

En este trabajo se presenta un modelo de intervención basado en la Terapia de Conducta, que tiene por objetivos la abstinencia a todo tipo de sustancias psicoactivas y el cambio en el estilo de vida de los afectados.

Para Santacreu, Zaccagnini y Márquez (1992), el problema de “la droga” ha sido abordado de manera parcial y mediante modelos “sectoriales” que inicialmente se habían desarrollado para abordar otro tipo de problemas. Estos modelos (médico-farmacológico, ético-jurídico-policial y; sociológico-económico) favorecieron las intervenciones aisladas, y no un abordaje global del problema, con el consiguiente fracaso en los resultados de las diferentes intervenciones.

Tal y cómo señalan Terrer, Sánchez y Salvador (1991), este fracaso se explica por la imposibilidad de combatir con medidas puntuales y aisladas un fenómeno que ha adquirido carácter interactivo, y en el que las intervenciones en una dimensión, automáticamente potencian los efectos negativos de las restantes.

Al hilo de la aparición de nuevas problemáticas y de una mayor profundización en el conocimiento de la entidad de las drogodependencias, fue preciso rebasar los constructos tradicionales, reduccionistas, creando a su vez un nuevo constructo que permitiera un enfoque más ajustado a la realidad de las drogodependencias y su abordaje.

La superación de los enfoques parciales ha dado paso al reconocimiento unánime de la naturaleza BIOPSIICOSOCIAL de las drogodependencias. Esta particular entidad se conforma en base a cuatro elementos (Colegio Oficial de Psicólogos, 1993):

* *Tipos de factores constituyentes.* Lo biológico, lo psicológico y lo social confluyen, actualmente en los procesos de uso indebido de drogas, lo que supone que la totalidad del elenco de variables que abarca cada uno de estos factores, y que vienen referidos a las sustancias (propiedades químicas y físicas, mecanismos de acción, forma de administración etc), al sujeto consumidor (momento evolutivo, historia personal, estructura de personalidad, etc) y al contexto propio de cada sujeto entendido en un sentido amplio (aspectos culturales, legales, estilo de vida, estereotipos sociales, etc) están presentes en dicho proceso como elementos integrantes de los mismos.

* *Dinámica interrelacional.* Tanto los factores constituyentes como las variables que estos integran, componen en función de sus propias características, un sistema de interrelaciones donde cada elemento afecta y es afectado a su vez por la totalidad.

* *Heterogeneidad y variabilidad.* Cada una de las variables constitutivas aparece con una significación y un peso determinados en cada persona concreta. Esta situación, lejos de ser estática, está sujeta, en función del

dinamismo de interinfluencias señalado, a modificaciones constantes que van dibujando, en cada momento dado, una situación holística particular para cada caso individual, lo que a su vez va planteando distintas configuraciones sociales.

* *Unicidad versus colectividad.* La drogodependencia, al asentarse en lo personal, se expresa, necesariamente como un proceso único. Este hecho incuestionable es independiente a que determinados colectivos consumidores compartan ciertas actitudes y conductas.

Ahora bien, los desajustes que las drogodependencias conllevan, transcenden de la esfera de lo individual, plasmándose en problemáticas sociales, en muchas ocasiones muy complejas y de un vasto alcance.

Desde esta perspectiva conceptual, las drogodependencias adquieren determinadas características que enmarcan su bordaje. Es decir, cualquier actuación en este campo debe atenerse a los principios derivados de la naturaleza biopsicosocial referida, si pretende alcanzar niveles aceptables de eficacia.

LA APORTACIÓN PSICOLÓGICA

La orientación hacia un programa de deshabituación es una prioridad inaplazable, una vez iniciado el tratamiento de desintoxicación, ya que el problema de la drogodependencia se concibe como un todo. No se puede ni se debe renunciar a dirigir al paciente hacia aquella modalidad de tratamiento que parezca más idónea en función de toda la información que hasta el momento se ha recogido sobre ese sujeto. Si un paciente sale de una Unidad de Desintoxicación y vuelve a su medio habitual, las posibilidades de que inicie su consumo son realmente elevadas (San y col, 1984).

La deshabituación del sujeto adicto deberá ser abordada desde la doble vertiente, psicológica y social, en un marco de intervención comunitaria. Esto permitirá llevar a cabo la integración de las distintas redes sociales, laborales, familiares y culturales, desmembradas durante el tiempo de adicción, período durante el cual el patrón conductual ha estado centrado en un único objetivo: la obtención y el consumo de la droga (Graña Gomez y García Alvarez, 1987).

En este proceso se requiere la participación activa del drogodependiente, del que no puede esperarse una constancia en su decisión de cambio. Para ello, es importante que el profesional esté preparado para aceptar las fluctuaciones que se presenten; además, deberá requerir la implicación de los

miembros de la familia, no sólo como elementos de apoyo, sino como facilitadores y mantenedores de los objetivos terapéuticos (Gironés y Hesse, 1992).

Woody y Luborsky (1983) afirmaron la superioridad de las psicoterapias cognitivo-conductistas al abordaje únicamente farmacológico en los adictos a opiáceos. Sus hallazgos precisaron además, que los diferentes tipos de psicoterapias tenían diferentes efectos. Desde este posicionamiento, una de las primeras consideraciones a tener en cuenta a la hora de plantear un tratamiento a una persona que solicita deshabituarse a drogas es que, cuando lo demanda, normalmente no es porque desee liberarse definitivamente del consumo de ellas, sino por otras diferentes razones como pueden ser: presiones ambientales, sensación insoportable de mantener ese nivel de consumo, dificultades económicas para mantenerlo, etc. La recogida de una demanda no clara y rotunda de abandonar permanentemente el consumo, sino más bien de plantearse un "descanso" o un intento de lograr establecer una "nueva" relación con las mismas menos conflictiva hace, en gran parte, que resulte difícil establecer y mantener una intervención terapéutica, por las enormes resistencias que el drogodependiente va a presentar. Parece que las expectativas que el paciente (y extensivamente aplicables a la familia) tiene del tratamiento, y lo que este le ofrece, en una gran mayoría de los casos, no coinciden.

El psicoterapeuta, desde que el sujeto termina la desintoxicación, juega un papel importante por cuanto tiene que lograr establecer con el drogodependiente y su familia una relación cálida y empática. En un primer momento la relación debe revestir un carácter lo suficientemente intenso como para lograr motivar al sujeto hacia el tratamiento psicológico, y a la familia hacia la participación activa con él. No se está hablando aquí de forzar a un tratamiento psicológico, que siempre debe de ser una decisión personal y voluntaria, sino de una propuesta explícita de psicoterapia. El terapeuta debe tener una gran capacidad de comprensión y escucha exenta de reproches, descalificaciones y rechazos para, una vez "atrapados" el sujeto y la familia en ese contacto personal, poder llegar a establecer una auténtica relación psicoterapéutica en una etapa posterior, por cuanto en esos momentos, el trabajo terapéutico va a ser más intenso, profundo y "doloroso", lo que puede despertar en ambos, resistencias a continuarlo (Durán, 1989).

El terapeuta debe mantener una actitud de "acercamiento" y aceptación incondicional, pero sin dejarse atrapar por las maniobras manipuladoras que

tanto el drogodependiente como su familia le van a tender. Sabemos que, por lo general, el sujeto drogodependiente es sensible y afectivamente frágil, así como inconstante en sus decisiones, por lo que una relación cálidamente espontánea y adulta planteada por el terapeuta, es de vital importancia para el mantenimiento del proceso terapéutico que se prevee va a ser largo.

Los drogodependientes se resisten notoriamente a la psicoterapia. No todos los que realizan un tratamiento asumen el compromiso y el "riesgo" de implicarse en niveles más intensos de terapia, revisando áreas cada vez más profundas a nivel personal. Generalmente el sujeto en tratamiento tiende a considerar superada su dificultad cuando logra estar sin consumir la droga problema un cierto período de tiempo. La interiorización de aspectos conflictivos de su personalidad no le resulta fácil, pues el sujeto, tiende a percibir como causantes del problema más los factores sociales que los personales (Laurie, 1979).

Dado que el término psicoterapia ha sido utilizado de muy diversas maneras, parece necesario comenzar por definir el término en el sentido que aquí es utilizado y describir el marco conceptual en que se revisará el concepto. Se entiende por psicoterapia todo aquel tratamiento no mediado por sustancias. El concepto definido solo tiene sentido en el contexto de la Psicología. Tal y como señala Perí (1990), el concepto de psicoterapia estará referido a una Psicología Científica que asienta sus bases en la metodología que procede de la Biología, y que se caracteriza por el estudio científico de los procesos conductuales y mentales. Las drogodependencias constituyen un trastorno del que debe ocuparse la Psicología en la medida que representan una alteración de la conducta y de la actividad mental de determinados individuos.

Volviendo a la cuestión que en este punto nos interesa, la del cambio del sujeto adicto a través de la psicoterapia, señalamos a continuación los objetivos generales de un tratamiento psicoterapéutico en drogodependencias desde una perspectiva cognitivo-conductual:

- * Motivación para el tratamiento
- * Control del estado psicopatológico: ansiedad, depresión, trastornos de personalidad.
- * Extinción de la conducta adictiva.
- * Adaptación social.
- * Prevención de recaídas.

La psicoterapia de cualquier trastorno se basa en dos pilares. Por una parte los procedimientos derivados de las teorías que pretenden explicar

algunos aspectos del comportamiento del individuo, como las teorías del aprendizaje; o de su actividad mental, como las teorías cognitivas. Por otra parte el conocimiento acumulado por los clínicos. Ambas fuentes sólo merecen crédito cuando sus procedimientos han sido debidamente comprobados en estudios controlados.

En el modelo de intervención que proponemos, el objetivo prioritario del programa terapéutico de deshabituación a drogas es la Prevención de Recaídas. Se considera que la recaída está determinada por variables ambientales como la disponibilidad de la sustancia o la aparición de acontecimientos vitales, y por los procesos atribucionales sobre la adicción que hace el individuo. En consecuencia, el tratamiento psicoterapéutico debe ir dirigido a mejorar los recursos del sujeto para afrontar las exigencias ambientales relacionadas con la adicción.

El tratamiento psicoterapéutico en drogodependencias se basa en la aplicación de una serie de técnicas de demostrada utilidad para mejorar los recursos psicológicos globales del individuo y en técnicas específicas para facilitar el control de la conducta adictiva. Las técnicas generales a emplear son muchas y variarán según los déficits de cada individuo, y deben ser enmarcadas en un proyecto global de cambio en el estilo de vida del sujeto (Sánchez Hervás y Tomás Gradolí, 1993). Las técnicas de relajación pueden facilitar el control de la ansiedad general o incluirse en programas específicos. El entrenamiento en técnicas de solución de problemas y toma de decisiones puede ser de utilidad en sujetos que durante mucho tiempo solo han tenido un problema, conseguir la sustancia. El entrenamiento en asertividad y habilidades sociales es necesario en sujetos que han reducido mucho su actividad social y han perdido o no adquirieron nunca, las estrategias útiles para relacionarse socialmente. La terapia de pareja, cuando esta existe, puede facilitar una buena evolución al constituir una buena fuente de soporte inmediato que, en algunos casos, puede jugar un papel de coterapeuta. La terapia familiar suele ser de gran importancia al facilitar el control de la ansiedad en el núcleo familiar mejorando la comunicación entre los miembros. Por otra parte, la familia puede actuar como control externo y administrar las contingencias acordadas con el terapeuta y siempre es una fuente de apoyo afectivo importante en el paciente.

Una de las cosas que parece resultar más difícil para aquellas personas que deciden no volver a consumir drogas es un deseo intenso de hacerlo y de volver a sentir sus efectos. Las personas hablan de este deseo de formas

diferentes. Algunas lo describen como un fuerte deseo de consumir la sustancia, otras como una preferencia o una elección y otras como una tentación. De cualquier forma al final siempre ocurre lo mismo: se producen algunas condiciones o situaciones que crean dentro de la persona una atracción positiva hacia la sustancia. Para dicha persona y para poder vencer a ese deseo puede resultar importante romper esa atracción-disminuir el deseo. Los programas de autocontrol representan una posibilidad terapéutica útil, al pretender el control de los factores cognitivos mediadores internos del comportamiento de adicción a través de la modificación de las formas de pensamiento implicadas en la adquisición y mantenimiento del consumo.

Hemos señalado con anterioridad que el objetivo de los programas terapéuticos se englobaba en el marco de la Prevención de Recaídas. Los procesos de recaída vienen dados, en primer lugar, por las situaciones de riesgo, definidas como aquellas situaciones que el individuo percibe como amenazantes para su autoeficacia y que incrementan el riesgo de recaída potencial (Marlatt, 1985). En segundo lugar, las recaídas están favorecidas por otros factores de carácter no tan específico, que se mantienen a lo largo de un tiempo más largo.

Tradicionalmente, el término recaída (relapse) se ha confundido con el concepto de caída o desliz (lapse). La recaída se refiere al consumo continuado y compulsivo de la droga, seguido de un período de abstinencia. El lapso o caída es una conducta singular, un leve error o desliz (Marlatt, 1985). Un lapso es un único episodio en el que se infringe la restricción, mientras que la recaída señala el fin sin éxito de todo el esfuerzo para el cambio de conducta (Shiffmann y Willis, 1989). Un desliz puede ser seguido o no por el retorno a la anterior conducta adictiva. En este sentido un aspecto clave es el denominado "efecto violación de la abstinencia", que tiene dos componentes diferenciados. Por una parte la violación puntual de la abstinencia que provoca un estado emocional aversivo de culpa y desesperanza que puede ser reducido por la repetición del consumo. Por otra parte y simultáneamente, se puede producir un proceso de atribuciones personales de debilidad interna e inutilidad de todos los esfuerzos que precipitan la pérdida de control y la recaída completa. La intervención en estos casos se centraría en dos puntos básicos: una recaída aislada no supone una pérdida de control, y esta recaída puede tener un efecto positivo al facilitar información sobre los mecanismos que llevan al sujeto a consumir (Marlatt y Gordon, 1985)

Quando el usuario ha de enfrentarse continuamente a situaciones de alto riesgo en los momentos en que está fuera del centro ambulatorio de tratamiento, y además no posee las habilidades mínimas necesarias para enfrentarse a ellas con éxito, cometeríamos un error enfrentando al sujeto continuamente a las mismas, pues la probabilidad de consumo es tan elevada que imposibilitaría el abordaje del tratamiento. En este caso sería necesario diseñar un ambiente que imposibilitara la emisión de las conductas de consumo durante la primera fase de la intervención; así, el dispositivo por excelencia sería una Comunidad Terapéutica, en la que el programa impartido tiene como característica fundamental el total control externo (Domínguez y col, 1991).

BASES PARA UN PROGRAMA DE DESHABITUACIÓN

Ya señalaron Kramer y Cameron en 1.975 que la dependencia física se puede valorar fácilmente desde los síndromes de abstinencia, es decir, desde la aparición del efecto rebote que presenta el organismo cuando se interrumpe la administración del consumo habitual de una determinada sustancia. Al contrario la dependencia psicológica, presente siempre en el consumo de toda clase de sustancias psicoactivas, sería la responsable de toda la gama de conductas que realiza la persona adicta por administrarse la sustancia y volver a experimentar los efectos agradables. La dependencia lleva a la persona que la adquiere a comportarse de una forma determinada, conocida como "conducta adictiva". Desde el modelo de intervención que proponemos, dicha conducta adictiva presenta dos características fundamentales:

1) *Es una conducta aprendida.* La conducta de "drogarse" se aprende. Wikler (1.965) fue el primero en establecer las bases para una teoría del condicionamiento en las drogas, pues observó que aquellos individuos que habían sido adictos a opiáceos, a veces mostraban señales de un síndrome de abstinencia, meses más tarde de haberse administrado la última dosis. Sandler y Davidson señalaron en 1.977 que "la mejor manera de comprender la cuestión de la drogadicción o la dependencia como fenómeno de conducta, era estudiar como se adquiere y se mantiene la conducta de drogadicción".

2) *Es una conducta que comporta recaídas.* El adicto en el proceso de su adicción y en diversas ocasiones, intenta justificarse como "no adicto". Esta actitud le lleva a realizar diversos intentos de autocontrol en la abstinencia del consumo de la sustancia. En la mayoría de los casos reinicia el

consumo y desarrolla rápidamente tolerancia, dependencia y los mecanismos propios de la adicción.

Desde el modelo de intervención que proponemos, la intervención deberá englobarse en el marco general de la Prevención de Recaídas, teniendo como objetivos:

- La modificación de las actitudes hacia el consumo y sus efectos, a través de la abstinencia.

- Establecimiento de un proyecto global de cambio en el estilo de vida del sujeto, facilitando los mecanismos y habilidades personales necesarias para que se produzca ese cambio.

Alan Marlatt y su grupo (Addictive Behaviors Research Center de la Universidad de Washington) han estudiado extensamente durante los últimos años, los procesos psicológicos que mediatizan las recaídas en las sustancias adictivas (Marlatt y Gordon, 1980, 1985; Cummings, Gordon y Marlatt, 1980). El modelo propuesto por Marlatt no es tan sólo un modelo de comprensión de las recaídas, sino también del proceso adictivo en general, al considerar que las conductas adictivas son hábitos adquiridos que pueden ser modificados mediante la adquisición de nuevos aprendizajes. La prevención de recaídas consiste en la puesta en práctica de programas de autocontrol, con el objetivo de ayudar a un determinado individuo a conseguir y mantener cambios estables en aquellos hábitos que se quieren corregir. El trabajo en Prevención de Recaídas exige la implicación del paciente como coterapeuta, otorgándole la mayor parte de la responsabilidad que se precisa para poder llevar a cabo los cambios necesarios. El tratamiento de la adicción se convierte, de esta forma, en “una tarea de aprendizaje programado” que implica la adquisición de nuevas habilidades.

De acuerdo con este modelo, el determinante principal de la vuelta al consumo de drogas radica en la forma en que el sujeto afronta las situaciones de alto riesgo. Si el sujeto posee un repertorio de comportamientos adecuados para afrontar tales situaciones, aumenta la percepción de la eficacia con que se es capaz de afrontarlas adecuadamente, disminuyendo la posibilidad de recaída. En caso contrario cuando el individuo no es capaz de manejarse con éxito, es probable que la persona experimente un descenso de su autoeficacia. Esto frecuentemente va asociado con un sentimiento de desesperanza y, una tendencia a rendirse a la tentación pasivamente. Si la persona mantiene las expectativas positivas sobre los efectos de la sustancia, la recaída es probable.

El que el episodio vaya seguido de una recaída total o no, depende en gran medida de las percepciones del individuo de la “causa del desliz” y su relación con la ocurrencia. Tras la “caída” o “desliz” se produce el efecto de “violación de la abstinencia”, lo que provocaría una pérdida de control y finalmente la recaída.

Desde una perspectiva costo-beneficio, una recaída puede verse como una decisión o elección muy racional para muchos sujetos. El beneficio tarda poco en llegar y esto tiene mucho más valor que el coste de los efectos negativos en potencia. La negación y la racionalización facilitan mucho la aparición de un episodio de recaída. La persona puede negar el propósito de recaer y la importancia de las consecuencias negativas a corto y largo plazo.

El terapeuta debe facilitar la aparición de los factores implicados en la dificultad de romper con el ambiente, haciendo entender la dificultad de llegar a la extinción de los condicionamientos o aparición de nuevos reforzamientos de la dependencia psicológica, debido a la aparición de consumos intermitentes y abandonos del tratamiento.

La interiorización por parte del sujeto de abandonar el consumo y el ambiente asociado de forma permanente, en ocasiones lleva tiempo. El terapeuta debe conocer las vivencias y estados de ánimo que crea la abstinencia de heroína y crear un marco comprensivo que permita verbalizar las dificultades de superar la abstinencia temporal y las pérdidas asociadas al abandono del ambiente y la sustancia.

La Prevención de Recaídas (PR) persigue que el paciente identifique las dificultades y errores del pasado (patrones cognitivos y conductuales condicionados a la droga y al estilo de vida asociado), conozca limitaciones y vivencias que tendrá que afrontar ante la ausencia de droga, y adquiera repertorios que le permitan afrontar los diferentes cambios emocionales y comportamentales que pueden producirse en cada etapa distinta, durante y después del tratamiento.

Los sujetos necesitan discutir tanto los hechos internos como las situaciones ambientales relacionadas con la droga y aprender como llegar a ser capaces de resolver los problemas. Se anima a los sujetos a pensar en el tratamiento como un experimento de aprendizaje y otras nuevas conductas, en el que el sujeto es el que toma la decisión final sobre el consumo de droga u optar por otra conducta alternativa, basado en las expectativas inmediatas o a largo plazo del consumo o de las conductas alternativas.

Desde esta perspectiva, cada individuo es único con respecto a sus antecedentes, consecuencias de consumo y alternativas viables a ella. Al mismo tiempo se toman en cuenta las similitudes entre los sujetos. El análisis funcional ilustra que todos los sujetos usan la droga como respuesta a unos antecedentes, que la droga cambia los estados afectivos y cognitivos y, que existen muchas similitudes en las consecuencias negativas que se producen.

El análisis funcional es un modelo que intenta demostrar al sujeto la función que juega la droga en sus vidas. Se utiliza como una herramienta que facilite el trabajo con algunos de los problemas clínicos difíciles que una población de drogodependientes presenta, tales como la frecuente tendencia observada a subestimar la seriedad de sus problemas o la necesidad de un cambio de conducta. El primer objetivo es animar a los sujetos a que perciban su problema no como una totalidad, sino como un grupo de problemas identificables observando los episodios de consumo de la sustancia y las características que tienen en común. Los episodios se definen como cadenas conductuales que demuestran a los sujetos las relaciones que existen entre los hechos o contextos ambientales, su respuesta interna a ellos, el consumo de droga y las consecuencias de esta conducta.

Como indicábamos con anterioridad, si los sujetos no poseen un repertorio de comportamientos adecuados para afrontar con éxito las situaciones de alto riesgo que se le presenten, experimentarán un descenso de su autoeficacia acompañado de un gran sentimiento de desesperanza. Dentro del marco general de prevención de recaídas se intentará dotar al sujeto de las estrategias y habilidades adecuadas para enfrentarse a dichas situaciones, propiciando un cambio en su "estilo de vida" y una modificación de sus actitudes hacia las expectativas positivas sobre el consumo de la sustancia.

Es fundamental que entre terapeuta y sujeto se establezca desde un principio y después de revisado el análisis funcional que se realiza, los primeros pasos de la intervención y el mecanismo que se va a seguir. El punto fundamental sobre el cual incidir será la implicación del sujeto en el acuerdo terapéutico.

La intervención psicológica individual, aunque sujeta a un plan metodológico de referencia, determinado por los diferentes estadios por los que discurre el paciente, es específica y diferencial para cada sujeto, debido a que las posibles patologías psicológicas y los problemas que puedan aparecer tanto en su adaptación como posterior evolución en el programa terapéutico son específicos y, por lo tanto deben ser tratados de manera diferenciada.

Hasta aquí hemos seguido un proceso de exposición del modelo de PR de Marlatt y Gordon (1985), a continuación y como consecuencia de la aparición de otros modelos explicativos del proceso adictivo, creemos la necesidad de implementar la PR con el fin de aproximarnos a un modelo integrado de intervención que abarque todo el proceso de intervención terapéutica que se puede dar. Con este fin nombraremos primero las áreas de intervención generales a las que cualquier modelo debería abarcar:

- Actitudes hacia el cambio de estilo de vida y/o hacia el consumo.
- Motivación pretratamiento.
- Aceptación del programa.
- Soporte a la desintoxicación.
- Deshabitación.
- Mantenimiento.
- Seguimiento.

Las aportaciones son dos, la primera es la más fundamental y sería el primer paso en cualquier programa y que coincide con el primero de los puntos anteriores, nos referimos a las actitudes, el modelo es el desarrollado por Fishbein y Ajzen (1972,80) "teoría de la acción razonada". El segundo modelo es el Prochaska, Diclemente y Norcross (1992); Prochaska y Prochaska (1993), es el modelo transteorético de cambio.

TEORÍA DE LA ACCIÓN RAZONADA

Las actitudes serán débiles predictores de las conductas cuando los condicionantes ambientales resulten tan fuertes que no sea posible ninguna conducta individual. Uno de los principales condicionantes ambientales, frecuentemente analizo, es el de una fuerte norma social presente en la situación específica: una conducta actitudinalmente importante tiene que ser ejecutada. El modelo incorpora el componente normas sociales como factor importante. Se admite por los autores que el determinante inmediato de la conducta es la intención conductual de la persona a ejecutar esa conducta. El segundo determinante de la intención de conducta se denomina norma subjetiva, está determinado por dos factores:

- Las creencias normativas: lo que las personas relevantes para el individuo esperan que haga la persona.
- La motivación para acomodarse a estas expectativas.

Las conductas de los individuos se lleven a cabo en base a la información (creencias, opiniones, ideas, etc) que esté posee, así como por la conside-

ración de las implicaciones de dicha conducta (los “pros” y los “contra”), lo cual indica la estrecha relación que existe entre creencias y conducta. La teoría de la acción razonada es un modelo tecnológico para la predicción del cambio de conducta, mediante la modificación de las creencias o base informativa, que subyace a las actitudes y normas subjetivas, que condicionan y determinan la intención de conducta y la conducta misma .

* Elementos del Modelo

- *Variables externas.*- Conjunto de vectores que determinan que un individuo tenga unas creencias concretas. La interpretación de estos vectores producen unas creencias que originan las actitudes y normas subjetivas.

- *Creencia.*- Recoge toda la información que el individuo tiene de la actitud. Ideas, opiniones, información y todo lo relacionado con el ámbito del conocimiento. Existen dos tipos de creencias: a) Conductuales, es el convencimiento del sujeto de que a partir de la información que posee, realizando una conducta determinada obtendrá resultados positivos o negativos para él. b) Normativas, son el convencimiento que el sujeto tiene sobre que determinadas personas o instituciones importantes para él, esperan que realice una determinada conducta. Las creencias conductuales dan lugar a las actitudes, las creencias normativas a las normas subjetivas.

- *Actitud.*- Es la evaluación favorable o desfavorable de los resultados de la conducta en cuanto afectan al propio sujeto. El componente afectivo valuativo es considerado como la característica específica a la actitud. La evaluación favorable o desfavorable se concreta en la predisposición hacia la realización o no de la conducta.

- *Norma subjetiva.*- Se origina en la percepción del sujeto de que otras personas o instituciones, importantes para él, piensan que realizará o no una conducta. Su percepción de lo que esperan de él se convierte en la norma que rige su conducta.

- *Intención de conducta.*- Es la decisión del sujeto de realizar o no una determinada conducta. Solo podemos esperar que una determinada conducta se realizará si la intención de llevarla a cabo es formulada en unas determinadas circunstancias: en qué contexto, cuándo, con qué objetivos, con qué tipo de acción.

- *Conducta.*- Es la realización de actos que están en relación con el objetivo de la actitud. Es decir, se entiende por conducta las actuaciones en

sentido estricto y no simplemente las declaraciones en torno a la realización de la conducta.

El objetivo de la utilización de este modelo radica el intento de evaluación de las actitudes hacia la abstinencia o hacia el consumo, de manera que en función de esa evaluación podemos aplicar Técnicas de cambio de actitudes con la intención de facilitar al individuo la realización de un programa para el abandono de sustancias adictivas lo más adecuado posible. (Tomás y Sánchez (1994), Becoña (1993)).

MODELO TRANSTEORÉTICO DE CAMBIO

En este modelo los estadios que atraviesa un individuo en su proceso de abandono del hábito adictivo son la estructura del modelo, para los autores se plantean cinco: precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento.

El principal problema en el proceso de Cambio de las conductas adictivas la Recaída es planteada dentro del modelo resaltando el hecho de que la mayoría de individuos no siguen un proceso lineal a través de los estadios, es decir cuando se produce una recaída no se vuelve siempre a la misma fase en la que estaba en el proceso el sujeto antes de la recaída.

* Niveles de Cambio

a) *Precontemplación.*- En este estadio los sujetos no se plantean cambiar su estilo de vida. Como dicen Prochaska, Diclemente y Norcross (1992), no se trata de que no pueden encontrar solución, sino de que no pueden ver el problema. Generalmente cuando acuden a tratamiento los individuos en este estadio lo hacen presionados por condicionantes externos.

b) *Contemplación.*- Aquí los individuos son conscientes de que tienen un problema y consideran la posibilidad de abandonar las conductas adictivas, pero no han decidido un compromiso firme. En este estadio los individuos van desarrollando la conciencia del problema y la posibilidad de cambiar.

c) *Preparación.*- Se caracteriza por la toma de decisión y el compromiso de abandonar la conducta adictiva por parte del individuo.

d) *Acción.*- Es la etapa en la que el individuo Cambio, con o sin ayuda profesional, su conducta manifiesta y encubierta, así como las condiciones ambientales. Esta etapa conlleva cambios que son observables para las personas próximas lo que da un reconocimiento y gratificación al individuo.

e) *Mantenimiento*.- El individuo intenta conservar y consolidada los logros manifiestos y significativos. Consiste en una continuación activa del estado anterior. Es fácil tener miedo no solo a la recaída sino a los mismos cambios.

f) *Recaída*.- En el modelo se da cuando las estrategias de estabilización y mantenimiento fallan. Pero en ese sentido en el modelo puede darse tanto en el estadio de acción como en el de mantenimiento. Al principio del modelo se planteaba la recaída como un estado definido, pero con el tiempo se ha constituido como un movimiento a un estadio de preacción. Prochaska, Diclemente y Norcross (1992), refieren que un 15% de los fumadores recaídos retrocede al estadio de precontemplación mientras que el resto lo hace a los de contemplación-preparación.

g) *Finalización*.- Velicer, Prochaska, Rossi y Snow (1992) definen operacionalmente el estadio cuando:

- El deseo de consumir la sustancia en cualquier situación es nulo.
- La autoeficacia de no consumir la sustancia psicoactiva en cualquier situación es del 100%. También se acepta que se pueda da un estadio de mantenimiento de por vida.

* *Procesos de Cambio*

Los procesos de cambio nos ayudan a comprender como se producen los cambios. Los procesos consisten en actividades manifiestas o encubiertas de un individuo para modificar su hábito adictivo. Se plantean diez procesos básicos de cambio. Todos los estudios han demostrado la existencia de un número limitado de procesos de cambio subyacentes a la progresión a través de los diferentes estadios, independientemente de que la progresión se produzca sin ayuda profesional.

1.- *Aumento de la conciencia*.- Es un proceso esencialmente cognitivo de información sobre los beneficios de dejar el consumo.

2.- *Autorregulación*.- Seria la valoración que hace el individuo del impacto de la adicción y los beneficios de su abandono.

3.- *Reevaluación ambiental*.- El individuo realiza una valoración positiva de los cambios en sus relaciones interpersonales en el caso de que abandonara el hábito adictivo.

4.- *Relieve dramático*.- Consiste en la experimentación y expresión de reacciones emocionales elicítadas por la autoobservación de los aspectos negativos asociados a la conducta adictiva.

5.- *Autoliberación*.- Sería el compromiso personal, requiere la creencia de que el individuo puede ser un elemento esencial en el proceso de cambio de la conducta adictiva.

6.- *Liberación social*.- Sería la toma de conciencia, tanto del a representación social de la conducta adictiva como de las alternativas adaptativas disponibles.

7.- *Manejo de contingencias*.- Consiste en el auto y/o heterorefuerto de la conducta de no consumo.

8.- *Relaciones de ayuda*.- Hace referencia a la existencia de apoyo social y/o familiar que se pueden necesitar en el proceso de Cambio.

9.- *Contracondicionamiento*.- Se trata de modificar la respuesta (cognitiva-fisiológica-motora) elicitada por estímulos condicionados a la conducta adictiva y otro tipo de situaciones de riesgo, generando conductas alternativas.

10.- *Control de estímulos*.- Consiste en la evitación de exposición innecesaria a situaciones de alto riesgo para consumo.

Prochaska, Velicer, Diclemente y Fava (1988) señalan que estos diez procesos se jerarquizan como factores de primer orden y plantean que se pueden secuenciar en factores de segundo orden desacuando a dos factores:

A.- Procesos de cambio cognitivos

Aumento de la conciencia, autorreevaluación, reevaluación ambiental, relieve dramático y liberación social.

B.- Procesos de cambio conductuales

Autoliberación, manejo de contingencias, relaciones de ayuda, contracondicionamiento y control de estímulos.

*** Niveles de Cambio**

Los autores se refieren a qué cambios se necesitan para abandonar una conducta adictiva.

Los niveles de cambio se representan en cinco grupos que centran las diferentes evaluaciones e intervenciones terapéuticas y que son los siguientes:

- 1.- Síntoma/situacional
- 2.- Cogniciones desadaptadas
- 3.- Conflictos interpersonales actuales
- 4.- Conflictos sistémicos/familiares
- 5.- Conflictos intrapersonales.

Prochaska y Diclemente (1986), se plantean intervenir sobre el síntoma por cuatro motivos:

- El cambio tiende a darse con más facilidad por ser más manifiesto.
- Representa el motivo principal de la demanda o del problema.
- Por ser manifiesto, la posibilidad de evaluación para la intervención es más fiable.
- Dado que estos niveles no son independientes, el cambio en uno de ellos probablemente provoca cambios en otros.

* Integración de los Estadios-Procesos y Niveles

Según los autores hay tres estrategias que se integran para la intervención.

1.- *Estrategia de cambio de niveles*.- La intervención se focaliza en el síntoma y en las situaciones que mantienen dicha conducta. Si se soluciona a través de los estadios de cambio, la intervención puede completarse sin pasar a un nivel más complejo.

2.- *Estrategia del Nivel clave*.- Si se demuestra la existencia de un nivel clave de causalidad en la adquisición y/o mantenimiento de la conducta adictiva, el proceso puede focalizarse en él.

3.- *Estrategia del máximo impacto*.- Marlatt, Baer, Donovan y Kivlahan (1988), hay diferentes niveles de cambio involucrados ya sea como causa, consecuencia o mantenimiento de la conducta adictiva. Las intervenciones se diseñan para alcanzar el máximo impacto.

MODELO INTEGRADO DE INTERVENCIÓN

Con la exposición de las aportaciones de estos modelos y teniendo en cuenta que trabajamos sobre la base de la Prevención de Recaídas como un modelo de referencia en la intervención, vamos a plantear la integración de los contenidos de los tres modelos de forma que siguiendo los pasos de las áreas que debe cubrir un modelo utilizaremos:

1.- Modelo Transteorético de Cambio

2.- Modelo de la Acción Razonada

3.- Prevención de Recaídas

El eje será una secuencia a través del proceso del modelo de cambio utilizando las Técnicas de prevención de Recaídas y las de Cambio de actitudes, con el fin de adecuar la intervención al proceso individual que sigue cada historia de adicción y como consecuencia cada programa de abandono de adicción a sustancias psicoactivas.

A continuación y siguiendo un esquema Básico de Análisis Funcional (E-R-C) planificaremos un esquema de intervención de PR.

FASE 1. RECONOCIMIENTO DE HISTORIA/ANTECEDENTES

* Información del programa:

- Elementos de un programa de PR
- Evaluación estadio y actitudes

* Identificación de dificultades:

- Las encontradas en otros intentos
- Las que encuentran en la actualidad
- Las que pueden presentarse en un futuro

* Cadenas de conducta:

- Análisis funcional de la conducta.

* Aprendizaje y educación del consumo de drogas:

- Teorías de aprendizaje y conductas de mantenimiento

* Identificación de los antecedentes:

- Identificar situaciones de alto riesgo
- Identificar estímulos interpersonales e intrapersonales.
- Identificación de pensamientos
- Identificación de sentimientos
- Identificación de deseos de consumo

* Análisis de consecuencias

- Aprendizaje de la anticipación de consecuencias positivas y negativas de un consumo.

* Evaluación

- De los Objetivos, de los contenidos y de los niveles, procesos y estadios del proceso de Cambio.

FASE 2. ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

- * Estrategias de afrontamiento al deseo de consumo
- * Estrategias de afrontamiento a estímulos externos, señales.
- * Estrategias de relaciones interpersonales.
- * Estrategias de afrontamiento ante la presión social. Decir NO
- * Estrategias de afrontamiento ante pensamientos de caída.
- * Proceso de entrenamiento en Autoinstrucción.
- * Estrategias de afrontamiento ante pensamientos irracionales .
- * Estrategias de afrontamiento a estados emocionales.
- * Estrategias de autorrefuerzo
- * Evaluación de contenidos, niveles, procesos y estadios.

FASE 3. RECONOCIMIENTO Y CONTROL DE LOS PROCESOS DE RECAÍDA

- * Información y reconocimiento de caída y recaída
- * Indicadores de Recaída
- * Análisis de la Recaída
- * Estrategias de afrontamiento -intervención del Efecto de Violación de la Abstinencia.
- * Reestablecimiento del proceso y análisis de las dificultades.
- * Evaluación del proceso de cambio de estilo de vida.

CONCLUSIONES

Existen dos hechos que aparecen de forma sistemática en los trabajos y las intervenciones en el ámbito de la adicción a drogas:

1. La alta tasa de recaídas que se da en los programas de deshabituación a drogas que incorporan habitualmente estrategias de intervención basadas en un sólo modelo teórico.

2. La gran evidencia experimental que existe en la aplicación de los distintos modelos que componen el modelo integrado que proponemos (Prochaska y DiClemente, 1982; 1984; 1986; Fishbein y Ajzen, 1972; 1980; Marlatt y Gordon, 1980; Marlatt y col, 1988).

A la base del modelo que proponemos se encuentra el Modelo Transteorético de Cambio de Prochaska y DiClemente, el cual proporciona una concepción global del proceso de cambio en las conductas adictivas. Con la incorporación

de las técnicas de cambio de actitudes (Modelo de Fisbhein y Azjen), se disponen de estrategias que permiten avanzar de un estadio a otro, según el Modelo Transteorético. Con la incorporación del Modelo de Prevención de Recaídas, se proporciona a los pacientes un programa de autocontrol, con el fin de que éstos afronten los problemas de recaída que se dan en los procesos de cambio y, que impiden avanzar de un estadio a otro (Modelo Transteorético).

De esta forma, mientras los sujetos aprenden respuestas de afrontamiento adecuadas y aumentan su autoeficacia, modifican aquellas actitudes que impiden el adecuado proceso de cambio de su conducta adictiva (actitudes de recaída). La dirección de la acción del sujeto que atraviesa por un período de deshabitación se orienta entonces, hacia una progresión a través de los estadios de cambio; de manera que se reducen las probabilidades de volver a un estadio de cambio anterior (p. ejem. del estadio de acción al estadio de contemplación). Este hecho permite prolongar la situación de abstinencia de las personas en tratamiento que, progresivamente, consolidan sus logros manifiestos y significativos alcanzados, previniendo una posible recaída en su conducta adictiva.

BIBLIOGRAFÍA

- Beasley, J. D. (1992): *"Diagnóstico y tratamiento de la drogadicción"*. SANED. Madrid.
- Becoña, E. (1993): "La utilidad de la teoría de la acción razonada en la predicción de la abstinencia en el tratamiento de fumadores". *Revista Española de Drogodependencias*, 18: 3-14.
- Colegio Oficial de Psicólogos (1993): *"I Encuentro Psicología y Drogodependencias"*. Madrid.
- Cummings, C; Gordon, J. R; Marlatt, G. A. (1980): *"Relapse: strategies of prevention and prediction"*. En Miller, WR, ed. *The Addictive Behaviors: Treatment of alcoholism, Drug, Abuse, Smoking and Obesity*. Oxford UK. Pergamon Press.
- Domínguez, C; López, M y Márquez, P. (1991): *"El contexto situacional y las habilidades de enfrentamiento del drogodependiente. Diseño del tratamiento"*. En IV Jornadas Estatales de Profesionales de Comunidades Terapéuticas para Toxicómanos. Madrid.
- Durán, A. (1989): "La intervención psicológica en drogodependencias desde el modelo psicosocial". *Rev. Esp. Drogodependencias* 14(3): 189-196.

- Echeburúa, E. (1994): "Evaluación y tratamiento de los trastornos adictivos". Colección Terapia de Conducta y Salud. Fundación Universidad-Empresa.
- Fishbein, M. y Azjen, I. (1972): "Attitudes toward objects a predictor of single multiple behavioral criteria". *Psychological Review*, 81: 59-74
- Fishbein, M. y Azjen, I. (1980): "Understanding attitude and predicting behaviour". Prentice Hall. New Jersey.
- Gironés, M y Hesse, B. (1992): "Deshabitación: técnicas de modificación de conducta en el tratamiento de las drogodependencias". En *Protocolos: Adicción a la heroína*. Idepsa. Madrid.
- Graña Gómez, J. L. y García Alvarez, A. (1987): "Valoración psicosocial comunitaria de casos". En Asociación para el estudio y promoción del bienestar social. *Reinserción social y drogodependencias*. Madrid.
- Kramer, J.F. y Cameron, D.C. (1975): "Manual sobre dependencia de las drogas". OMS.
- Laurie, P. (1979): "Las drogas". Ed Alianza, Madrid.
- Marlatt, G. A y Gordon, J R. (1980): "Determinants of relapses: Implications for the maintenance of behavior change". En Davinson PO, y Davinson SM (eds). Behavioral Medicine. New York: Bruner/Mazel.
- Marlatt, G. A. (1985): "Relapse Prevention: Theoretical rationale and overview model". En Marlatt y Gordon (eds). Relapse Prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors: pp 93-116. New York, Guildford Press.
- Marlatt, G. A; Baer, J. L; Donovan, D. M. y Kivlahan, D. R. (1988): "Addictive behaviours: Etiology and treatment". *Annual Review of Psychology*, 31: 223-252.
- Marlatt, G. A. (1993): "La prevención de recaídas en las conductas adictivas: un enfoque de tratamiento cognitivo-conductual". En: *Recaída y prevención de recaídas*. Ed. Neurociencias.
- Mothner, I. y Weitz, A. (1986): "Como abandonar las drogas". Ed. Martínez Roca. Madrid.
- Perí, J. M. (1990): "Deshabitación psicológica a heroína". Segundo Curso de Toxicomanías del Colegio Oficial de Psicólogos del País Valenciano.
- Prochaska, J. O y DiClemente, C. C. (1982): "Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change". *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 19: 276-278.
- Prochaska, J. O y DiClemente, C. C. (1984): "Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51: 390-390, 1983. PROCHASKA, J. O: "Systems of Psychotherapy: A Transtheoretical Analysis". Homewood, Illinois: The Dorsey Press.
- Prochaska, J. O; DiClemente, C. C; Velicer, W, F; Gimpil, S; Norcross, J. C. (1985): "Predicting change in smoking status for self-changers". *Addictive Behavior*, 10: 395-406.

- Prochaska, J. O. y DiClemente, C. C. (1986): "*The transtheoretical approach*". En J.C. Norcross (Ed). *Handbook of eclectic psychotherapy*. New York. Brunner/Mazel.
- Prochaska, J. O; Velicer, W. F; DiClemente, C. C. y Fava, J. (1988): "Measuring process of change: Applications to the cessations of smoking". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56: 520-528.
- Prochaska, J. O; DiClemente, C. C, y Norcross, J. C. (1992): "In search of how people change. Applications to addictive behaviour". *American Psychologist*, 47: 1102-1114.
- Prochaska, J. O y Prochaska J. M. (1993): "Modelo transteorético de cambio para conductas adictivas". En: *Recaída y prevención de recaídas*. Ed. Neurociencias.
- San, L. (1984): "Sobre la desintoxicación y deshabitación de pacientes heroínomanos". *Rev. Dep. Psiquiatría*. Facultad de Medicina de Barcelona.
- Sánchez Hervás, E y Tomás Gradoli, V. (1993): "Programa de intervención en Drogodependencias". *2ª International Conference of Psychological Intervention and Human Development*. Valencia.
- Sánchez Hervás, E y Tomás Gradoli, V. (1994): "*Las actitudes y la abstinencia en personas drogodependientes*". Trabajo Investigación Master en Drogodependencias. Departamento Teoría de la Educación, facultad CC. EE. Valencia.
- Sandler, J. y Davidson, R. (1987): "*Psicopatología. Teoría del Aprendizaje, investigación y aplicaciones*". Ed Trillas, México.
- Santacreu, J.; Zaccagnini, J.L. y Márquez, M.O. (1992): "*El problema de la droga. Un análisis desde la psicología de la salud*". Ed Promolibro. Valencia.
- Shiffman, S; y Willis, T. (eds). (1985): "*Coping and substance use*". New York: Academic Press.
- Terrer, M; Sánchez, A y Salvador, J. (1991): "Opinión de los profesores aragoneses ante la prevención de las toxicomanías". *Adicciones*, vol 3(2).
- Velicer, W. F; Prochaska, J. O; Rossi, J. S. y Snow, M. G. (1992): "Assesing outcome in smoking cesation studies". *Psychological Bulletin*, 111: 23-41.
- Wikler, A. (1965): "*Conditioning factors in opiate addiction and relapse*". En Wilner, D. M. and Kassenbaum, G. C. *Narcotics*, New York. McGraw Hill: 85-100.
- Woody, D. G. y Luborsky, L. (1983): "Psychotherapy for opiate addicts". *Arch. Gen. Psychiatry*, 40(6): 639-645.