

MODELOS TEÓRICOS Y APLICADOS EN LA ADICCIÓN A DROGAS

Emilio Sánchez-Hervás¹; Noemi Molina Bou; Reyes Del Olmo Gurrea; Vicente Tomás Gradolí y Esperanza Morales Gallús¹

RESUMEN Se han desarrollado un gran número de teorías para intentar explicar porqué consumen drogas las personas y porqué algunas de esas personas acaban desarrollando problemas de abuso y/o dependencia a estas sustancias. Los planteamientos realizados oscilan desde explicaciones espirituales y biológicas hasta interpretaciones socioculturales o intrapersonales, desde enfoques parciales hasta enfoques más integradores y complejos, pasando por enfoques evolutivos.

En el ámbito de la psicología, ha sido la Teoría del Aprendizaje Social de Bandura, redefinida posteriormente por el mismo autor como Teoría Cognitivo-Social, el planteamiento más coherente con la realidad asociada al uso de sustancias psicoactivas. En el siguiente artículo se revisará brevemente esta teoría y el modelo aplicado de intervención derivado de ella más utilizado en la actualidad y más validado científicamente (Prevención de Recaídas). Finalmente, se describirá un modelo dinámico de cambio, el Modelo Transteorético de Cambio, entendido como un modelo de abordaje en la intervención, que permite integrar y situar temporalmente las intervenciones y técnicas derivadas de los anteriores modelos.

PALABRAS CLAVE teorías, aprendizaje, prevención de recaídas, cambio.

THEORETICAL AND APPLIED MODELS IN THE ADDICTION TO DRUGS

ABSTRACT They have been developed a great number of theories to attempt to explain why the people consume drugs and, why some of those people finish developing abuse problems and/or dependence to these substances. The accomplished positions oscillate from spiritual and biological approximations until sociocultural or intrapersonal interpretations, from partial approaches until more integrative and complex approaches, going through evolutionary approaches.

In the area of the psychology, the Theory of the Social Learning of Bandura has been, redefined subsequently by the same author as Cognitive-Social Theory, the most coherent approximation with the reality associated with use of psychoactive substances. In the following article we will check briefly this theory and, the applied intervention model derived from it more used at present and more validated scientifically (Relapse Prevention). Finally, we will describe a dynamical change model, the Transtheoretical Model of Change, understood as a treatment model in the intervention, that permits to integrate and to locate temporarily the interventions and technical derivatives from the previous models.

KEY WORDS theories, learning, relapse prevention, change.

INTRODUCCIÓN

Se han desarrollado numerosos modelos explicativos y teorías para explicar la adicción a drogas. Lettiere y col (1980), realizaron una revisión en la que llegaron a identificar más de cuarenta perspectivas teóricas que trataban de explicar los problemas y las conductas de adicción a drogas. Una característica de la mayoría de ellas es que se centran en un aspecto o en aspectos parciales para explicar la problemática del consumo y para el desarrollo

de programas para evitar o retrasar dicho consumo. Mientras que los planteamientos simples, y la falta de integración, caracterizaba a las primeras teorías, actualmente cada vez predominan más las teorías y marcos conceptuales complejos y de gran nivel de integración.

Años más tarde de la revisión de Lettiere y col (1980), Petraitis y col, (1995) realizaron otra revisión de las distintas teorías existentes para explicar la experimentación con el uso de sustancias. Los autores presentaron una selec-

¹Unidad de Conductas Adictivas de Catarroja. Area 9. Consellería de Sanitat. Valencia.
E-mail: uca.catarroja@trabajo.m400.gva.es

ción de 14 de las teorías que ellos consideran más importantes y que eran comprensivas, y tenían apoyo empírico. Los modelos propuestos para explicar el desarrollo de los trastornos por abuso de sustancias han oscilado desde las explicaciones biológicas a las espirituales y desde lo intrapersonal a lo sociocultural. En el conjunto de las teorías planteadas, conviene reseñar que el modelo moral y el modelo biológico han servido como paradigmas explicativos de las conductas adictivas hasta prácticamente la década de los años ochenta. Hasta esos años, han coexistido con otros modelos explicativos como el modelo sociocultural. El modelo moral (basado en la moralidad cristiana) se abandonó por su evidente incapacidad para explicar la realidad de los problemas asociados al consumo de drogas. El modelo biológico persiste hasta la actualidad, gracias al avance de las neurociencias.

En una reciente y excelente revisión realizada por Becoña (1999) se realiza una acertada selección de teorías actuales, relevantes y con apoyo empírico y, diferenciadas en función de los componentes por las que están formadas. Así, se diferencia entre teorías parciales o basadas en pocos componentes, teorías de estadios y evolutivas y, teorías integrativas y comprensivas. Entre las teorías parciales se señalan las biológicas (deficiencias en la neurotransmisión e hipótesis de la automedicación), el modelo de salud pública, las teorías de aprendizaje (condicionamiento clásico y operante), las teorías actitudinales (teoría de la acción razonada y teoría de la acción planificada), las teorías basadas en causas interpersonales (Kaplan, Pandina) y las teorías basadas en la familia y en el enfoque sistémico entre otras. Entre las teorías de estadios y evolutivas se mencionan el modelo evolutivo de Kandel, el modelo de etapas motivacionales multicomponentes de Werch y DiClemente, el modelo del proceso de reafirmación de Kim, la teoría de la madurez de Labouvie, la teoría del desarrollo precoz de Newcomb, el modelo psicopatológico de desarrollo de Glantz, el modelo de enfermedad del desarrollo de Chatlos y la teoría de la socialización primaria de Oetting. Entre las teorías integrativas se revisan la teoría del aprendizaje social de Bandura, el modelo de desarrollo social de Catalano, la teoría interaccional de Thornberry, la teoría de la conducta problema de Jessor y Jessor, el modelo de estilos de vida de Calafat, la teoría de la influencia triádica de Flay y el modelo de autocontrol de Santacreu.

A pesar de la proliferación de teorías en los últimos años, muchas de ellas han tenido un carácter poco aplicado a los problemas derivados del uso de drogas. Para los autores, el planteamiento más sensato para los clínicos que

trabajan con personas con problemas de abuso y/o adicción a drogas, es prestar atención a la teoría del aprendizaje cognitivo-social propuesta por Bandura, y ello por varias razones. En primer lugar porque ofrece un marco teórico que permite conceptualizar de forma idónea el problema de la dependencia a las distintas sustancias, considerando los elementos que llevan a su inicio, al mantenimiento y al abandono de las mismas. En segundo lugar, porque sus planteamientos se basan en la mejor tradición de la psicología científica, asentando sus bases en los principios del condicionamiento clásico y operante. En tercer lugar, porque incorpora los conocimientos científicos aportados en los últimos años desde la psicología cognitiva y, en cuarto lugar, porque ha permitido el desarrollo de modelos aplicados que son utilizados en el tratamiento y, que proporcionan los mejores resultados de eficacia terapéutica en la actualidad.

Se presentará en el siguiente artículo, además de una pequeña revisión de esta teoría y del modelo aplicado derivado de ella más utilizado (modelo de Prevención de Recaídas de Marlatt), una breve descripción del Modelo Transteorético de Cambio, como un modelo que permite integrar en la práctica clínica los conocimientos aportados por la teoría cognitivo-social de Bandura y los procedimientos y técnicas utilizados en la prevención de recaídas.

Teoría del aprendizaje social-cognitivo social

La teoría del aprendizaje social fue promovida por Bandura, ha sido ampliada como teoría del aprendizaje social cognitivo y, proporciona un análisis de los principios del desarrollo, mantenimiento y modificación de la conducta humana. Además de los conceptos derivados de la teoría del aprendizaje social (condicionamiento clásico y operante), la nueva reformulación incluye otras variables como las normas culturales y los agentes de socialización (familia y grupo de iguales), que podrían influir en el comienzo y mantenimiento de las conductas de consumo. A este planteamiento se añadió a partir de los años 70 la importancia de los factores cognitivos, en especial al papel de las expectativas. Los sujetos aprenderían, considerando las consecuencias de su consumo, a predecir los efectos de las drogas, al atenuar estas su malestar personal y disminuir su estimulación fisiológica, adquiriendo así una expectativa de resultado aprendida (Litman, 1980; Marlatt y Rohsenow, 1980).

Una de las principales objeciones que se han hecho a esta teoría, es que los sujetos que acuden a tratamiento suelen tener preconcebido su propio esquema cognitivo (normalmente basado en el modelo de enfermedad), acerca de sus propias capacidades de autocontrol, siendo en ocasiones su propio esquema cognitivo muy resistente al cambio, influyendo en su propio resultado terapéutico.

La teoría del aprendizaje social, red denominada más actualmente como teoría cognitiva social es una de las teorías más utilizadas e importantes dentro del campo de las drogodependencias. Más recientemente, el propio Bandura ha red denominado a la teoría del aprendizaje social bajo el nombre de teoría cognitiva social (Bandura, 1986, 1995, 1997), donde en este último caso un elemento central es el concepto de *autoeficacia*, como elemento cognitivo central para poder explicar la conducta, aunque sin dejar de considerar al tiempo las otras variables ya indicadas. Bandura propone la existencia de tres sistemas implicados en la regulación de la conducta: 1) el primero estaría constituido por los acontecimientos o estímulos externos, que afectarían a la conducta principalmente a través de los procesos de condicionamiento clásico; 2) el segundo serían las consecuencias de la conducta en forma de refuerzos externos, y que ejercerían su influencia a través de los procesos de condicionamiento operante o instrumental; 3) el tercero lo constituirían los procesos cognitivos mediacionales, que regularían la influencia del medio, determinado los estímulos a los que se prestará atención, la percepción de los mismos y la propia influencia que éstos ejercerán sobre la conducta futura.

Respecto a los procesos cognitivos mediacionales, Bandura (1986), sostiene claramente una concepción de interacción basada en una reciprocidad triádica. Su modelo de determinismo recíproco entre la conducta, los factores cognitivos y personales, y las influencias ambientales, señalan que estos operan de modo interactivo como determinantes de cada una de las otras. En este determinismo recíproco triádico, el término recíproco se refiere a la acción mutua entre los factores causales. La relativa influencia ejercida por los tres tipos de factores interactuantes variará para diferentes actividades, diferentes individuos y diferentes circunstancias. Los tres factores no interaccionan de modo totalmente simultáneo, sino secuencialmente en el transcurso del tiempo.

Una segunda característica de la teoría cognitiva social, atañe a cómo se define la naturaleza humana (Bandura 1986), que especifica en función de las capacidades básicas de la persona, incluyendo las siguientes: 1) *Capacidad de simbolización*; esto es, la capacidad de utilizar símbolos, como medio de cambio y adaptación a su ambiente. 2) *Capacidad de previsión*. La gente no reacciona simplemente a su ambiente inmediato, ni se conduce por su pasado. Muchas de sus conductas, siendo intencionales, están reguladas por la previsión. 3) *Capacidad vicaria*. El aprendizaje, resultado de la experiencia directa puede ocurrir vicariamente observando la conducta de otras personas y las consecuencias de su ejecución. 4) *Capacidad autorreguladora*. Una parte importante de la conducta de la gente está motivada y regulada por patrones internos y reacciones autoevaluativas de sus propias acciones. 5) *Capacidad autorreflexiva*. Su capacidad para la auto-conciencia reflexiva. 6) *La naturaleza de la naturaleza humana*. La naturaleza humana se caracteriza por una vasta potencialidad, que puede estar formada por experiencia directa y observacional dentro de una variedad de formas dentro de los límites biológicos.

Un aspecto importante de la teoría del aprendizaje social es la autoeficacia. Bandura ofrece con el concepto de autoeficacia una teoría unificadora del cambio conductual que parte del punto de vista de que «los cambios llevados a cabo por diferentes métodos derivan de un mecanismo cognitivo común». Este mecanismo común sería la autoeficacia. Bandura (1977) distingue dos tipos de expectativas: las expectativas de resultados y las expectativas de eficacia. La expectativa de resultado atañe a la percepción personal de que una conducta dada conduciría a ciertos resultados. Una expectativa de eficacia - también denominada autoeficacia - es la convicción personal que tiene el sujeto de que puede ejecutar exitosamente la conducta requerida para producir un resultado.

Teoría cognitivo-social: la autoeficacia

La teoría cognitiva social insiste hoy en el concepto de autoeficacia como un componente central de la misma y como elemento explicativo más importante relacionado con la adquisición, mantenimiento y cambio de la conducta (Bandura, 1995). Sin embargo, esta teoría asume la importancia del condicionamiento clásico, como del operante y del vicario, y que éste y los

otros puedan estar modulados por el proceso cognitivo de la autoeficacia.

La teoría de la autoeficacia tiene como núcleo central las percepciones que tienen los individuos de su capacidad de actuar. La autoeficacia percibida afecta a los propios niveles de motivación y logro del individuo a través de su capacidad para afrontar los cambios de la vida. Se centra en un aspecto particular del pensamiento humano: los pensamientos que los individuos tienen acerca de su capacidad para actuar. La autoeficacia percibida se define como una percepción de la capacidad que tiene el individuo para lograr un nivel especificado o un tipo de actuación en un lugar concreto (Bandura, 1986). La autoeficacia percibida no es un constructo global, no se refiere a un sentido de autoevaluación, como puede ser el constructo de autoestima.

Una vez que uno toma parte en una actividad, las percepciones de autoeficacia afectan al grado de esfuerzo de uno y a la persistencia de la tarea. Las percepciones de autoeficacia también influyen en los procesos más perseverantes. Las percepciones de autoeficacia también influyen en los procesos cognitivos que son fundamentales para el logro. Las valoraciones de autoeficacia pueden afectar a la actividad cognitiva antes y después de la ejecución (Cerverone y Scott, 1995). Después del suceso, las percepciones de eficacia afectan a las atribuciones que se hace la gente sobre los resultados ocurridos. Las respuestas afectivas también están determinadas en parte por las percepciones de autoeficacia. La gente que siente una elevada autoeficacia experimenta menos ansiedad ante hechos estresantes y amenazantes.

Bandura (1977, 1986) esbozó cuatro tipos de experiencias que influyen en las percepciones de la autoeficacia. La primera y más influyente es la experiencia directa; el encuentro personal con el ambiente proporciona el índice más fiable de las capacidades de uno mismo. Una segunda influencia es la vicaria; en parte, la gente basa las evaluaciones de sus propias capacidades en la ejecución de otros que son similares a ellos. Una tercera fuente de influencia es la persuasión verbal; los sujetos con influencia intentan inculcar creencias de eficacia persuadiendo a otros de su eficacia. Finalmente, los estados afectivos y psicológicos pueden proporcionar información acerca de la propia eficacia.

Desde la perspectiva de la teoría cognitiva social, las percepciones de autoeficacia son uno de los muchos factores personales que determinan la motivación, el afecto y la ejecución. El postulado más básico de la teoría de la autoeficacia es que las percepciones de autoeficacia contribuyen de modo causal a la conducta. Se ha encontrado que las percepciones de autoeficacia median el cambio conductual en diversas áreas, en las cuales la percepción inadecuada de las capacidades de uno puede limitar el logro y producir angustia (Bandura, 1986, 1995)

Un aspecto importante de esta teoría es que no sólo analiza los mediadores del cambio conductual, sino que también proporciona pautas para maximizar la efectividad de los tratamientos y del cambio de conducta. Se pueden hacer al menos tres afirmaciones, (Cervone y Scott, 1995): 1) las percepciones de eficacia son el camino común del cambio conductual; 2) el modo más eficaz para consolidar las cogniciones de autoeficacia es a través de la conducta; y 3) aunque el éxito de la ejecución tiene un efecto poderoso, esto sólo no garantiza el éxito.

Bandura (1977a), propone diversas técnicas para mejorar las expectativas de autoeficacia: autoobservación, modelado de respuestas de afrontamiento y experiencia personal (práctica directa con éxito de las habilidades de afrontamiento); ésta última estrategia ha sido considerada como fundamental por diversos autores (Annis, 1986), sugiriendo que las intervenciones serán más eficaces en la medida que incrementen la autoeficacia del sujeto, junto con la adquisición de un adecuado repertorio de habilidades de afrontamiento,

Teoría cognitivo-social y conductas adictivas

Como modelo de aprendizaje, explica la conducta como un fenómeno de adquisición que sigue unas leyes, las del condicionamiento clásico, operante y vicario. Actualmente, esta teoría parte de que (Schippers, 1991): 1) la conducta adictiva está mediada por las cogniciones, compuestas de expectativas que son creencias sobre los efectos de la conducta de consumo; 2) estas cogniciones están acumuladas a través de la interacción social en el curso del desarrollo, por una parte, y a través de las experiencias con los efectos farmacológicos directos e interpersonales de la con-

ducta de consumo, por el otro; 3) los determinantes principales del consumo son los significados funcionales unidos a la conducta de consumo en combinación con la eficacia esperada de conductas alternativas; 4) los hábitos de consumo se desarrollan, en el sentido de que cada episodio de consumo puede exacerbar posteriormente la formación del hábito por el incremento del estrés y por limitar las opciones de conducta alternativas, y 5) la recuperación depende del desarrollo de habilidades de afrontamiento alternativas.

La teoría del aprendizaje social rechaza la existencia en la persona de factores fijos, como pueden ser una personalidad predisponente o factores intrapsíquicos. Algunos determinantes importantes son los eventos vitales estresantes, presiones, el trabajo, la familia, el papel de las redes sociales y el apoyo social que tiene el individuo. Considera que estos factores varían a lo largo del tiempo e igualmente varía su influencia de uno a otro individuo (Abrams y Niaura, 1987). Diversos modelos se han derivado de los planteamientos postulados por esta teoría. Sin duda la aportación más relevante en el ámbito de las conductas adictivas corresponde al modelo de Prevención de Recaídas de Marlatt (Marlatt y Gordon, 1980; 1985; Marlatt, 1993)

El trabajo en prevención de recaídas está relacionado con el aumento de la capacidad individual para resistir tentaciones. Los intentos para inducir mejores capacidades de afrontamiento son irrelevantes si se permite simultáneamente que las situaciones amenazadoras de la vida cotidiana se vuelvan más duras y las tentaciones relacionadas con las drogas más graves. Resistir las tentaciones es fácil si se presentan pocas o muy pocas veces.

Cualquier programa de deshabituación de una adicción, contempla los distintos factores de riesgo que potencialmente son capaces de provocar un consumo de la sustancia de la que se abusaba, consumo que posteriormente puede desembocar en una recaída, una vuelta a los patrones de consumo anteriores. Numerosos trabajos se ocupan de estudiar la incidencia de determinados factores-situaciones, sociales y personales que contribuyen a iniciar al consumo y abuso de una determinada sustancia, y a mantener posteriormente ese abuso. Por otra parte, las experiencias clínicas proveen a la investigación de la información necesaria para delimitar los distintos marcos teóricos que puedan explicar este fenómeno. De esta forma han aparecido

diferentes «modelos de prevención de recaídas», en los cuales se basan las diferentes formas de intervención en deshabituación. Estos modelos intentan identificar los distintos factores de riesgo que cada persona debe conocer y saber manejar para evitar en posible recaída. El conocimiento de estos modelos es importante para conocer el papel que los factores de riesgo juegan en el inicio y el curso de una adicción. El modelo de prevención de recaídas que mayor atención ha recibido, más se ha utilizado y más apoyo empírico posee, ha sido el del grupo de A. Marlatt.

Modelo de Alan Marlatt

El modelo parte de que la prevención de recaídas debe considerarse un programa de autocontrol diseñado con el fin de ayudar a los individuos a anticipar y afrontar los problemas de recaída en el cambio de las conductas adictivas. Está fundamentado en los principios de la teoría del aprendizaje social de Bandura, y combina los procedimientos conductuales de entrenamiento en habilidades, la terapia cognitiva y el reequilibrio en el estilo de vida. Inicialmente, el modelo de prevención de recaídas se desarrolló como un programa conductual de mantenimiento para utilizar en el tratamiento de las conductas adictivas (Marlatt y Gordon, 1980; 1985). Este enfoque puede aplicarse como estrategia de mantenimiento, para prevenir recaídas o, sobre la base de un enfoque más general, para cambiar el estilo de vida.

Uno de los problemas de la definición tradicional de recaída es su asociación con el retorno al estado de enfermedad. La causa de la recaída se atribuye, con frecuencia, a los factores biológicos internos asociados a la condición de enfermedad (Brickman y col, 1982). Este enfoque tiende a ignorar la influencia de los factores psicológicos y situacionales como determinantes potenciales en el proceso de recaída. La recaída sin embargo puede percibirse como un acto único de retroceso: un solo error, una equivocación, un fallo. En el enfoque de Marlatt, la recaída se percibe como un proceso transitorio, una serie de acontecimientos que pueden, o no, estar seguidos por el regreso a niveles de línea base de conducta objetiva observados antes del tratamiento (Marlatt, 1993).

Se admite que el individuo experimenta una sensación de control mientras se mantiene abstinentes. La conducta está bajo control en la medida que no se produce durante este período. Cuanto más largo es el pe-

riodo de abstinencia, mayor es la percepción de autocontrol que tiene el individuo. Este control percibido continuará hasta que la persona se encuentre en una situación de alto riesgo (cualquier situación que represente una amenaza para la sensación de control del individuo y aumente el riesgo de recaída). Cummings, Gordon y Marlatt (1982), identificaron en un estudio con 331 episodios iniciales de recaída, tres situaciones de alto riesgo principales que se asocian con casi tres cuartas partes de todas las recaídas: a) Estados emocionales negativos (35% de todas las recaídas de la muestra): situaciones en las que el individuo experimenta un estado emocional o de humor negativo, o un sentimiento como por ejemplo frustración, ira, ansiedad, depresión, etc, antes o al mismo tiempo que la ocurrencia del primer lapso; b) Conflictos interpersonales (en el 16% de las recaídas): situaciones que incluyen un conflicto actual o relativamente reciente, asociado con cualquier relación interpersonal, como el matrimonio, una amistad o relaciones de trabajo y; c) Presión social (en el 20% de la muestra): situaciones en las que el individuo responde a la influencia de otra persona o grupo de sujetos que ejercen presión sobre él, para que realice la conducta indeseada.

Estas tres situaciones de riesgo se hallan frecuentemente, asociadas a la recaída, independientemente del problema de que se trate (problemas con la bebida, el tabaco, la heroína o el juego). Para Marlatt (1993), este hallazgo, apoya la hipótesis relacionada con la existencia de un mecanismo común constituyente del proceso de recaída dentro de las distintas conductas adictivas. Si un individuo puede realizar una respuesta de afrontamiento eficaz en una situación de alto riesgo, la probabilidad de recaída disminuye de forma significativa. Es probable que el individuo que afronta satisfactoriamente la situación experimente una sensación de dominio o una percepción de control. El dominio de una situación problemática se asocia, con frecuencia, a la expectativa de ser capaz de afrontar con satisfacción el próximo acontecimiento desafiante. La expectativa de ser capaz de afrontar sucesivas situaciones de alto riesgo, se asocia muy estrechamente con la noción de autoeficacia de Bandura (1977), definida como la expectativa del individuo relacionada con la capacidad de afrontar una situación como inminente. La sensación de confianza en la propia capacidad para afrontar de forma eficaz una situación de alto riesgo, se relaciona con un aumento de la percepción de la autoeficacia.

Es posible que el sujeto no haya adquirido nunca las capacidades de afrontamiento necesarias, o que las respuestas apropiadas estén inhibidas por el miedo o la ansiedad. Los déficits de motivación también minan las estrategias de afrontamiento adquiridas, a medida que disminuye la autoeficacia en las situaciones que van apareciendo, las expectativas de afrontar satisfactoriamente la próxima situación problemática, disminuyen. La probabilidad de recaída aumenta si el individuo tiene unas expectativas de consecuencias positivas. Con frecuencia, el individuo anticipa los efectos positivos inmediatos de la actividad, una anticipación fundamentada en experiencias anteriores, mientras ignora o no presta atención a las consecuencias negativas involucradas a más largo plazo.

Una de las escasas lagunas que pueden objetarse al modelo de Marlatt, es que no presta la suficiente atención a los diferentes estados motivacionales por los que puede atravesar un individuo respecto al consumo de sustancias. Cómo se ha mencionado anteriormente, las personas cambiamos a menudo nuestras decisiones e incumplimos nuestros propósitos sea cual sea la conducta de la que estemos hablando. Estas diferencias de "estado", requieren de un marco de referencia donde poder integrar las distintas intervenciones. El Modelo Transteorético de Cambio al que prestaremos atención a continuación, intenta solucionar este problema y considera que los esfuerzos en las intervenciones terapéuticas deben ir dirigidas a: 1) conocer cuándo las personas se deciden a realizar cambios que modifican sus conductas adictivas, 2) cómo se realizan estos cambios y; 3) qué es lo que necesitan cambiar las personas para superar sus problemas particulares de adicción. Aquí, el «factor de riesgo» es que, mientras se buscan las soluciones para que pueda darse un proceso en el que se dé el «cambio», el sujeto retroceda a niveles en los que ya no se decida a cambiar.

Modelo transteorético de cambio

Prochaska y DiClemente han desarrollado un modelo al que han denominado «Modelo Transteorético de Cambio», con el que intentan cubrir globalmente todo el proceso de cambio, desde que una persona advierte su problema de adicción hasta que ese problema deja de existir. El modelo transteorético que han desarrollado es un modelo tridimensional que integra estados, procesos y niveles de cambio. Estos autores iden-

tifican algunos estadios comunes experimentados por los individuos durante el proceso de cambio, a los que denominan: precontemplación, contemplación, actuación y mantenimiento (Prochaska y DiClemente, 1982).

La precontemplación es un estadio durante el cual los individuos no piensan seriamente en cambiar, bien porque no están informados o porque están poco informados sobre las consecuencias de su conducta, otros individuos experimentan una desmoralización respecto a su capacidad de cambiar y no quieren pensar en ello. Prochaska y Prochaska (1993), apuntan a que lo más frecuente sea que los individuos en el estadio de precontemplación estén a la defensiva en relación a sus conductas adictivas y se resistan a las presiones externas para que cambien.

La contemplación sería el período en que los individuos están pensando seriamente en el cambio a corto plazo (aproximadamente en los seis meses próximos según los autores). Los sujetos están más abiertos al feedback y a la información sobre sus problemas y sobre la manera de cambiarlos. En este estadio los individuos pueden permanecer durante años, debido a la ambivalencia experimentada en relación con el precio y el beneficio de sus conductas adictivas.

El siguiente estadio es el de la actuación, en el que se produce abiertamente la modificación de la conducta problemática. Este estadio se prolonga durante un período de aproximadamente seis meses después de la modificación de la conducta adictiva. Un problema que se da frecuentemente, es que muchos sujetos se otorgan un tiempo insuficiente para completar este estadio.

Por último se encuentra el estadio de mantenimiento, que empieza a los seis meses de producirse el cambio y termina cuando la conducta adictiva ha finalizado. El fin de la conducta adictiva sería la no existencia de tentaciones a lo largo de todas las situaciones problema. El mantenimiento sería un período de cambio continuo, mientras que la finalización es mucho más estable y el individuo no necesita utilizar procesos de cambio para impedir la recaída.

Este modelo pretende explicar como cambian la mayoría de las personas con el tiempo. Es un modelo definido por los autores como en forma de espiral que explica como progresan los individuos con problemas de conducta adictiva desde la precontemplación a la contemplación y la actuación, y en donde la mayoría

recae alguna vez en algún momento del ciclo. Una gran parte de los sujetos que recaen no abandonan su intento, sino que se reciclan a partir del estadio de contemplación y se preparan para una actuación posterior. Este patrón en espiral indica que la mayoría de los individuos aprenden de sus experiencias de recaída.

Una vez conocidos los diferentes estadios de cambio por los que atraviesan las personas con problemas de adicción, el modelo se plantea qué es lo que hacen esas personas para avanzar de un estadio de cambio al siguiente. Prochaska y DiClemente (1984), encontraron la existencia de diez procesos básicos de cambio. Un proceso de cambio sería una actividad iniciada o experimentada por un individuo que modifica el afecto, la conducta, las cogniciones o las relaciones interpersonales. Existe un grupo de procesos de cambio común utilizados por todos los individuos que intentan superar sus problemas de adicción. La mayoría de los sistemas terapéuticos subrayan especialmente dos o tres procesos de cambio, sin embargo tanto los pacientes que siguen tratamiento como los sujetos que cambian por sí mismos, utilizan según Prochaska, de ocho a diez procesos de cambio (concienciación, autoliberación, liberación social, contracondicionamiento, control de estímulos, auto-reevaluación, reevaluación del entorno, manejo de contingencias, alivio por dramatización y relaciones de autoayuda).

Los estadios y procesos de cambio tienen que situarse en el contexto de los niveles complejos e interrelacionados del comportamiento humano. La tercera dimensión del modelo hace referencia a los cambios que se necesitan para abandonar la conducta adictiva. La dimensión de los niveles de cambio representa una organización jerárquica de los cinco niveles en que se focalizan las diferentes evaluaciones e intervenciones terapéuticas: 1) síntoma/situacional, 2) cogniciones desadaptadas, 3) conflictos interpersonales actuales, 4) conflictos sistémicos familiares y, 5) conflictos intrapersonales.

En el modelo transteorético de cambio, los autores han utilizado el modelo de la toma de decisiones de Janis y Mann (1977), y el modelo de autoeficacia de Bandura, para comprender mejor la forma en que cambian los individuos. En el modelo de la toma de decisiones, Janis y Mann postularon ocho categorías en relación a la toma de decisiones: beneficios instrumentales para uno mismo, beneficios instrumentales para los demás, aprobación por parte de uno mismo, apro-

bación por parte de los demás, costes instrumentales para uno mismo, costes instrumentales para los demás, desaprobación por parte de uno mismo, desaprobación por parte de los demás.

En la validación de este modelo en el área de las conductas adictivas se observó, que aparentemente, las personas sólo discriminaban entre los pros y los contras de una decisión. Estos pros y contras tendrían gran importancia en los estadios de precontemplación y contemplación. A medida que los individuos pasan del estadio de precontemplación a estadios más avanzados, se va estrechando la diferencia entre los pros y los contras, hasta acabar invirtiéndose. Sin embargo, durante los estadios de actuación y mantenimiento, el equilibrio en la toma de decisiones tiene menos importancia como predictor de éxito (Prochaska et al, 1985). Durante el estado de actuación los pros van perdiendo importancia. La importancia de los contras aumenta durante la contemplación hasta el punto que se iguala con los pros. En este momento la toma de decisiones está en equilibrio, lo cual disminuye la probabilidad de que se realice un movimiento en algún sentido. Durante la actuación, los contras se mantienen más altos que los pros.

Prochaska y DiClemente (1984), aplicaron la teoría de autoeficacia de Bandura a las conductas adictivas. En su teoría cognitiva social, Bandura (1977b), defiende que las evaluaciones de la autoeficacia influyen en la elección, el esfuerzo dedicado, los pensamientos, las reacciones emocionales y la conducta ejecutada. A lo largo de los estadios de cambio se encuentra una variación significativa de las puntuaciones de eficacia, siendo los precontempladores los que refieren los niveles más bajos de eficacia, y los mantenedores más altos. En el estadio de precontemplación, existe un amplio desnivel entre la baja autoeficacia y la magnitud de la tentación, este nivel se reduce en el estadio de contemplación. A medida que los individuos entran en el estadio de actuación, el equilibrio entre la tentación y la eficacia se va haciendo más precario, ya que la eficacia aumenta drásticamente y la tentación disminuye de forma gradual. En el mantenimiento, se invierte el patrón de la precontemplación y la tentación disminuye totalmente, mientras que la eficacia alcanza su punto máximo y se mantiene elevada (Prochaska y DiClemente, 1984).

Para Prochaska y Prochaska (1993), la alternativa más práctica consiste en los programas de reciclaje. El

objetivo de estos programas es conseguir que los sujetos que han recaído se reciclen de un modo más eficiente y efectivo. Para los sujetos desmoralizados respecto a su capacidad de cambiar, el objetivo inmediato es evitar que caigan en el estadio de precontemplación.

Discusión

Las altas tasas de recaída son un fenómeno habitual en el tratamiento de la adicción a drogas y cuestionan la eficacia del esfuerzo terapéutico. Además, esta alta reincidencia en el consumo de drogas se cita frecuentemente como indicador tanto de la naturaleza patológica de los adictos como de la naturaleza irreversible de las conductas adictivas. Sin embargo, dichas conductas sólo podrían considerarse atípicas si no se observaran con frecuencia fracasos en el incumplimiento de propósitos, como una característica de la conducta humana. Lo cierto es que las personas se proponen constantemente objetivos que luego no cumplen. Independientemente de lo que se trate, las personas tienden a iniciar acciones y a no mantener posteriormente el esfuerzo. Tal y cómo indicó Saunders (1993), la pregunta que es necesario plantear es, si la tasa de recaídas en las conductas adictivas es más alta que en cualquier otro propósito que las personas hacen, normalmente, para cambiar sus hábitos. Por tanto, se puede concluir que, además de estudiar a fondo porqué los alcohólicos o los adictos recaen, también deben dedicarse trabajos y estudios para investigar y conocer porqué las personas no mantienen, con frecuencia sus propósitos. Ser un reincidente es probablemente un proceso normal que puede comprenderse mejor estudiando situaciones no patológicas en muestras normales, más que en muestras clínicas, en lugar de investigar a los individuos implicados en el enclave relativamente estrecho de las conductas adictivas.

La utilización de procedimientos validados en el tratamiento de cualquier trastorno es imprescindible para asegurar un mínimo de eficacia en las intervenciones. En la adicción a drogas, han sido los procedimientos de tipo cognitivo-conductual y, los derivados de la prevención de recaídas, los que mejores resultados han obtenido. Los resultados de este tipo de intervenciones en los que se entrena a los individuos a afrontar situaciones de riesgo, mediante el aprendizaje de técnicas y el fomento de habilidades, pueden mejorarse

si atendemos a la situación de cambio en que se encuentra cada persona. El lograr una toma de decisiones firme respecto a la necesidad de cambio, la motivación al tratamiento y la concienciación sobre el problema adictivo, puede resultar fundamental para mejorar los resultados de los tratamientos.

Referencias bibliográficas

Abrams, DB y Nuria, RS (1987): *Social Learning Theory of alcohol use and abuse. Psychological Theories of drinking and alcoholism* (131-180). New York. Guilford Press.

Annis, HK. (1986): A Relapse Prevention Model for Treatment of alcoholics. En: D. Curson (Ed), *Relapse in alcoholism*. Northampton. Alcohol Counselling and Information Service.

Bandura, A. (1977a): *Social learning theory*. Engelwood Cliffs, N, j: Prentice-Hall.

Bandura, A. (1977b): Self-Efficacy: Toward a unifying Theory of Behavioral Change. *Psychological Review*, 84 (191-295).

Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action*. Englewood Cliffs. NJ. Prentice Hall. (traducción en Martínez Roca, 1987).

Bandura, A. (1995). *Self-efficacy in changing societies*. Cambridge RU. Cambridge University Press.

Becoña, E. (1999). *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas*. Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio del Interior.

Brickman, P; Rabinowitz, V. C; Karuza, J; Coates, D; Cohn, E. (1982): *Kidder, L. Models of helping and coping. AM. Psychology*, 37: 368-384.

Cervone, D. Scott, W. (1995). Self-efficacy theory of behavioral change: Foundations, conceptual issues, and therapeutic implications. En: W. O'Donohue y Krasner, L. (ed). *Theories of behavior therapy. Exploring behavior change*. Washington, DC. American Psychological Association.

Cummings, C; Gordon, J. R; Marlatt, G. A. (1982): 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.

Janis, I. L. y Mann, L. (1977): *Decision Making: A psychological analysis of conflict, choice and commitment*. New York: The Free Press.

Lettieri, DJ; Sayers, M; Pearson, HW. (1980): *Theories on Drug Abuse. Selected contemporary perspectives*. National Institute of Drug Abuse U.S. Maryland.

Litman, JK. (1980): *Relapse in alcoholism: Traditional and current approaches. Alcoholism: Treatment in transition*. Londres. Croom Helm.

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.

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. y Gordon, J. R. (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, Guildorf Press.

Marlatt, GA. Y Rohsenow, DR. (1980): Cognitive processes in alcohol use: Expectancy and the balanced placebo design. *Avances in substance abuse: Behavior and Biological Research*, Vol I. Greenwich. Jai Press.

Petraitis, J. Flay, B. Miller, T. (1995). Reviewing theories of adolescent substance use: Organizing pieces on the puzzle. *Psychological Bulletin*, 117: 67-86.

Prochaska, J. O y DiClemente, C. C. (1982): Trans-theoretical 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: 390-395.

Prochaska, J. O y Prochaska J. M. (1993): Modelo trans-teórico de cambio para conductas adictivas. En: *Recaída y prevención de recaídas*. Ed. Neurociencias.

Prochaska, J. O; DiClemente, C. C; Velicer, W, F; Ginpil, S; Norcross, J, C. (1985): Predicting Change in smoking status for self-changers. *Addictive Behavior*, 10: 395-406.

Prochaska, J. O; DiClemente, C. C; Velicer, W, F; Ginpil, S; Norcross, J, C. (1985): «Predicting change in smoking status for self-changers». *Addictive Behavior*, 10: 395-406.

Saunders, B. (1993): Conductas adictivas y recaída. Una visión de conjunto. En: *Recaída y prevención de recaída*. Gossop y Casas (eds). Ed. Neurociencias.

Schippers, G. (1991). Introduction. En: Schippers, G. Lamers, S. Schapp, C. (ed). *Contributions to the psychology of addiction*. Amsterdam: Swets y Zeitlinger.