

PAPELES DEL PSICÓLOGO

PSICOLOGÍA Y ADICCIONES



PROPUESTAS PSICOLÓGICAS PARA EL ANÁLISIS Y LA INTERVENCIÓN
" UNA VISIÓN CRÍTICA "

Sección monográfica

1. PRESENTACIÓN: PSICOLOGÍA Y DROGODEPENDENCIAS

José Ramón Fernández Hermida y Roberto Secades-Villa

2. Modelos teóricos de la conducta adictiva y recuperación natural.

Análisis de la relación y consecuencias.

José Ramón Fernández Hermida, José Luis Carballo Crespo, Roberto Secades-Villa y Olaya García-Rodríguez

11. Bases psicológicas de la prevención del consumo de drogas

Elisardo Becoña Iglesias

21. La prevención del consumo de drogas en España: El papel de los psicólogos

Sonia Moncada Bueno y Ana Palmerín García

29. Fundamentos psicológicos del tratamiento de las drogodependencias

Roberto Secades-Villa, Olaya García-Rodríguez, José Ramón Fernández-Hermida y José Luis Carballo

41. Psicología y atención a la drogodependencia en España: una visión histórica

Emiliano Martín

Otras aportaciones

49. La Terapia Facilitada por Animales de Compañía como programa de rehabilitación adjunto para personas con diagnóstico de Esquizofrenia Crónica

Victoria Villalta Gil y Susana Ochoa Güerre

57. Violencia Doméstica: Lo que revela la investigación básica con parejas

Cáceres Carrasco, J.

Special Section

1. INTRODUCTION: PSYCHOLOGY AND DRUG-DEPENDENCE

2. Theoretical models of addictive behaviour and natural recovery.

Analysis of relationships and consequences.

José Ramón Fernández Hermida, José Luis Carballo Crespo, Roberto Secades-Villa and Olaya García-Rodríguez

11. Psychological bases for the prevention of drug abuse

Elisardo Becoña Iglesias

21. Drug-abuse prevention in Spain: The role of psychologists

Sonia Moncada Bueno and Ana Palmerín García

29. Psychological bases of drug-dependence treatment

Roberto Secades-Villa, Olaya García-Rodríguez, José Ramón Fernández-Hermida and José Luis Carballo

41. Psychology and drug-addiction care in Spain: A historical view

Emiliano Martín

Regular articles

49. Pet Facilitated Therapy as an adjunct rehabilitation program for people with Chronic Schizophrenia.

Victoria Villalta Gil and Susana Ochoa Güerre

57. Domestic violence: what couples' interaction research reveals.

Cáceres Carrasco, J.

PAPELES DEL PSICÓLOGO

Edita

Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, España

Director

Serafín Lemos Giráldez

Directores asociados

José Ramón Fernández Hermida, Manuel Enrique Medina Tornero, José Carlos Núñez Pérez y José María Peiró Silla

Consejo Editorial

Francisco Santolaya Ochando
Jaume Almenara i Aloy
Julián Baltasar Jaume
Manuel Berdullas Temes
Rosario Carcas Castillo
Fernando Chacón Fuertes
Juan Delgado Muñoz
Juan Manuel Egurtza Muniain
Alfredo Fernández Herrero
Aurora Gil Álvarez
Lorenzo Gil Hernández
M^a Teresa Hermida Pérez
Rosa Jiménez Tornero
Margarita Laviana Cuetos
Ramón Loitegui Aldaz
Cristina López Díaz
Isabel Martínez Díaz de Zugazua

Manuel Enrique Medina Tornero
Eduardo Montes Velasco
Teresa Rizo Gutiérrez
Manuel Rodríguez Fernández
Concepción Santo Tomás de Abajo
Manuel Mariano Vera Martínez
Jesús Ramón Vilalta Suárez

Consejo Asesor

José Antonio Aldaz, Esteban Alonso, Isaac Amigo, José Arévalo Serrano, Pilar Arránz, José María Arredondo, Dosíteo Artiaga, M^a Dolores Avia, Sabino Ayestarán, Francisco Bas, Vicent Bermejo, Amalio Blanco, Cristina Botella, Carmen Bragado, Gualberto Buela, José Buendía, Vicente Caballo, Francisco Cabello, José Cáceres, Rosa Calvo, Fernando Calvo, Amalia Cañas, Antonio Capafons, José Carlos Caracuel, Helio Carpintero, Mario Carretero, José Antonio Carrobes, Miguel Costa, Antonio Coy, Sixto Cubo, Piedad Cueto, Fernando Díaz Albo, María José Díaz-Aguado, Jesús A. De Diego, Raúl De Diego, Andrés Duarte López, Rocío Fernández Ballesteros, Nicolás Fernández Losa, Jorge Fernández Del Valle, Concepción Fernández Rodríguez, Alfredo Fornos, Enrique García Huete, Miguel Anxo García Álvarez, César Gilolmo, Jesús Gómez Amor, Jorge L. González Fernández, Julio Antonio González García, José Gutiérrez Terrazas, Adolfo Hernández Gordillo, Florencio Jiménez Burillo, Cristóbal Jiménez Jiménez, Annette T.Kreuz, Francisco Javier Labrador, José Carlos León Jarriego, Jesús Ramón Loitegui, Roberto Longhi, Aquilino Lousa, Araceli Maciá, Emiliano Martín, María Angeles Martínez Esteban, José Joaquín Mira, Luis Montoro, José Muñiz, Nicomedes Naranjo, Conrado Navalón, José Ignacio Navarro Guzmán, Luis De Nicolás, Soledad Ortega Cuenca, Pedro

Pérez García, Marino Pérez Álvarez, Félix Pérez Quintana, José Luis Pinillos, José Antonio Portellano, José María Prieto, Ismael Quintanilla, Francisco Ramos, Jesús Rodríguez Marín, Carlos Rodríguez Sutil, José Ignacio Rubio, Carlos Samaniego, Aurelia Sánchez Navarro, Javier Urta, Miguel Angel Vallejo y Jaime Vila.

Diseño y Maquetación

Juan Antonio Pez Martínez

Redacción, administración y publicidad

Juan Antonio Pez Martínez
Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos
C/ Conde de Peñalver, 45-5^o Izq.
28006 Madrid - España
Tels.: 91 444 90 20 - Fax: 91 309 56 15
E-mail: papeles@correo.cop.es

Impresión

Intigraf S.L.
C/ Cormoranes, 14. Polígono Industrial La Estación.
28320 Pinto Madrid

Depósito Legal

M-27453-1981 / ISSN 0214-7823

*De este número 28 Vol. 1 de Papeles del Psicólogo se han editado 47.700 ejemplares.
Los editores no se hacen responsables de las opiniones vertidas en los artículos publicados.*

Papeles del Psicólogo está incluida en Psycodoc y en las bases de datos del ISOC (Psedisoc), del DOAJ (Directory of Open Access Journals), Elsevier Bibliographic Database: SCOPUS y en IBECS y también se puede consultar en la página WEB del Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos:

<http://www.cop.es>

PREVENCIÓN



Los trastornos por abuso de drogas constituyen en la actualidad uno de los problemas de salud pública más importantes y tanto su consumo como las consecuencias derivadas del mismo son un tema de atención y preocupación prioritario para todos los países de nuestro entorno. Es por ello que la mayoría de los estados occidentales emplea un gran volumen de recursos y personal en su tratamiento y prevención.

El denominado modelo bio-psico-social es, según todos los expertos, el modelo de referencia inexcusable para el abordaje de las drogodependencias. La conducta adictiva (el abuso de drogas) no se puede reducir a un evento neuroquímico que ocurre en el cerebro. La probabilidad de que una persona consuma una droga o llegue a ser adicto no está relacionada sólo con las propiedades biológicas de la sustancia, sino también con el grado de vulnerabilidad (en el que sustrato biológico es uno de sus componentes), el contexto en el que el individuo se desenvuelve y los procesos de reforzamiento implicados.

Frente al modelo médico tradicional, las consecuencias de esta perspectiva son varias y diversas. Por ejemplo, el concepto de adicción no implica necesariamente que la persona adicta nunca sea capaz de abandonar la conducta en cuestión. Fenómenos como el auto-cambio o recuperación natural demuestran esta posibilidad. El paso de un consumo de riesgo a uno de bajo riesgo o a la abstinencia es bastante común. Al igual que sucede con otros trastornos, las adicciones pueden evolucionar favorablemente, si se producen las condiciones que determinen, en cada caso, el cambio de conducta.

Otra clara implicación de esta formulación es que los trastornos por abuso de sustancias requieren un abordaje multimodal, tanto en el ámbito de la prevención, como en el tratamiento. Así, muchos de los factores de riesgo y protección del consumo de drogas tienen una naturaleza eminentemente psicológica. Dichos factores constituyen los objetivos esenciales de los programas de prevención, tanto en el contexto escolar, como el familiar y el comunitario. La prevención del consumo de drogas es hoy un ámbito de actuación esencial, y las técnicas y componentes y eficaces de dichos programas se fundamentan en sólidos principios psicológicos de amplia tradición.

Desde el punto de vista asistencial, a pesar del auge que en los últimos años han tenido los tratamientos farmacológicos, se hace necesario reclamar justamente el protagonismo de los tratamientos psicológicos de la drogadicción. Según refieren los informes y las guías de tratamiento promovidas en los últimos años por las entidades más importantes en este ámbito, los tratamientos psicológicos son una parte central y crítica para el tratamiento efectivo de la adicción. Existe un importante soporte científico que avala la eficacia de determinadas técnicas psicológicas en el tratamiento de las conductas adictivas, en particular, de la terapia de conducta (incluyendo la formulación cognitivo-conductual), combinada o no con apoyo farmacológico.

Por todo ello, se puede afirmar sin ninguna duda que en la actualidad la intervención psicológica es esencial tanto para la prevención como para el tratamiento de las drogodependencias.

En España, la implantación y diseminación de los programas de prevención de drogodependencias y de la red asistencial han tenido un desarrollo muy importante en los últimos años. Sin embargo, aún existen determinadas carencias que, sin duda, se deben corregir. Por ejemplo, el auge tan importante que han tenido los programas de reducción del daño en detrimento de otras modalidades de intervención de carácter psicosocial, o la implantación de programas de prevención de forma poco sistematizada y sin los estándares de calidad adecuados.

Los artículos que aparecen a continuación están encaminados a dar a conocer el punto de vista de la Psicología sobre la evolución y el estado actual del conocimiento y la actividad profesional en este ámbito de intervención. Nuestro deseo más apreciado es que las ideas que se sugieren en este número sean de interés y ayuden a revitalizar el papel de nuestra disciplina en el campo de las drogodependencias.

José Ramón Fernández Hermida y Roberto Secades Villa
Departamento de Psicología. Universidad de Oviedo



MODELOS TEÓRICOS DE LA CONDUCTA ADICTIVA Y RECUPERACIÓN NATURAL. ANÁLISIS DE LA RELACIÓN Y CONSECUENCIAS

THEORETICAL MODELS OF ADDICTIVE BEHAVIOUR AND NATURAL RECOVERY. ANALYSIS OF RELATIONSHIPS AND CONSEQUENCES

José Ramón Fernández Hermida, José Luís Carballo, Roberto Secades-Villa y Olaya García-Rodríguez

Departamento de Psicología de la Universidad de Oviedo

La prevención y el tratamiento de la drogodependencia no son independientes del modelo teórico que explica la naturaleza y los determinantes de la adicción a las drogas. El modelo bio-médico conforma buena parte del sustrato teórico que subyace hoy a las políticas de atención a la drogodependencia, y buena parte de la investigación que se puede ver en publicaciones y congresos presta cada vez mayor atención a los determinantes biológicos. Sin embargo, el fenómeno del auto-cambio o la recuperación natural en las adicciones ponen en cuestión el modelo bio-médico predominante y favorecen un enfoque bio-psico-social más acorde con la tradición y la investigación psicológicas. En el presente trabajo se exponen los datos empíricos más relevantes que se han obtenido de la investigación sobre el auto-cambio en el consumo problemático de drogas, y se analizan las consecuencias de estos hallazgos sobre los modelos teóricos en liza. Por último, se formulan algunas recomendaciones en la implantación de los servicios de atención a drogodependientes que favorezcan el cambio tanto en sujetos que se recuperan naturalmente como en aquellos que deban acudir a tratamiento.

Palabras clave: *Abuso de drogas, Recuperación Natural, Modelos Psicopatológicos.*

The prevention and treatment of drug-dependence are not independent of the theoretical model that explains its nature and determinants. The biomedical model makes up a large part of the theoretical substrate currently underlying policies on drug-dependence, and an ever-growing proportion of research presented in journals and at conferences focuses on biological factors. However, the phenomenon of self-change or natural recovery from addictions calls into question the predominant biomedical model, favouring a bio-psycho-social perspective more in line with psychological tradition and research. The present work reviews the most relevant empirical findings from research on self-change in problematic drug use, and analyzes the consequences of these findings for the current theoretical models in the field. Finally, some recommendations are made in relation to the implementation of drug-dependence programs that can help change both in those who recover naturally and those who require treatment.

Key words: *Drug Abuse, Natural Recovery, Psychopathological Models*

DOS MODELOS EN LIZA

La drogodependencia o el consumo adictivo de drogas, sean legales o no, tiene una naturaleza controvertida. Los sistemas psicopatológicos al uso (CIE y DSM) reconocen la adicción a las drogas como un trastorno o una enfermedad. En el caso del DSM gira en torno a dos conceptos, abuso y dependencia, que describen distinto grado de adherencia al hábito patológico de consumo de una o varias sustancias psicotrópicas con potencial adictivo.

Para los propósitos de este artículo nos centraremos en la noción de dependencia, ya que el concepto de abuso carece de relevancia por ser una categoría residual que indica un patrón de uso desadaptativo o peligroso de límites bastante indefinidos. Podría decirse que el abuso

puede verse como una posible estación de tránsito hacia la dependencia, estado que contiene los elementos esenciales que determinan la condición patológica de la adicción a las drogas, tales como la pérdida del auto-control, la degradación de la conducta social, la tolerancia y la abstinencia.

El modelo biomédico tradicional, subyacente a los dos sistemas de clasificación anteriormente mencionados, cree que la dependencia de una o varias drogas es una enfermedad crónica de carácter recidivante (Casas, Durro, & Pinet, 2006). Las consecuencias de esta perspectiva son bastantes claras:

1. No hay recuperación en ausencia de tratamiento. El carácter crónico del trastorno y la pérdida de control asociada hacen que el paciente drogodependiente fracase en sus múltiples intentos de dejar la sustancia por sí mismo. El tratamiento por tanto es la única respuesta posible.
2. No se aplica el concepto de curación, ya que la su-

Correspondencia: José Ramón Fernández Hermida. *Facultad de Psicología. Universidad de Oviedo. Plaza Feijoo, s/n. 33003 Oviedo – Asturias. Spain. E-mail:* jrhermid@uniovi.es

puesta vulnerabilidad biológica siempre está presente y pueden ocurrir recaídas. Dichas recaídas no deben ser vistas como un fracaso del tratamiento sino como el resultado de la evolución crónica del trastorno en su relación, no siempre eficaz, con una supervisión y un tratamiento continuados en el tiempo. En este sentido, las recaídas son pruebas de la existencia subyacente crónica del trastorno.

3. No hay posibilidad de mantener un contacto auto-controlado permanente con la droga. El objetivo del tratamiento debe ser siempre la abstinencia, dado que el contacto del sujeto con el tóxico producirá la inmediata recaída. Desde esta perspectiva, se considera imposible el "consumo controlado" de las personas que han sido dependientes de una sustancia mediante la argumentación de que o bien estamos antes un diagnóstico insuficiente o erróneo, o bien hay que dudar de la exactitud de los informes (Vaillant, 2005).

Por otro lado, el modelo bio-psico-social entiende la drogodependencia como una conducta o hábito regulado por factores biológicos, psicológicos y sociales. Según este modelo, la conducta adictiva o la drogodependencia no es una condición crónica del individuo, sino el resultado de la interacción de determinantes psicológicos, biológicos y sociales en un momento dado. Las consecuencias de esta perspectiva también son bastante claras:

1. Puede haber recuperación en ausencia de tratamiento. El paso de un consumo de riesgo a uno de bajo riesgo o la abstinencia es un fenómeno bastante común. Al igual que sucede con el fenómeno de recuperación natural en las neurosis (Eysenck, 1952), las adicciones pueden evolucionar favorablemente si se producen las condiciones que determinen, en cada caso, el cambio de conducta. No todos los sujetos pueden modificar su comportamiento adictivo sin ayuda externa, bien debido a la gravedad del hábito o al deterioro grave de sus condiciones personales y sociales. Pero la recuperación natural parece el camino que sigue la mayoría de las personas que tienen "problemas" con las drogas (Cunningham, 1999; Dawson et al., 2005; Hasin & Grant, 1995; Klingemann et al., 2001; Sobell, Cunningham, & Sobell, 1996).
2. La recaída durante el tratamiento es el resultado de la interacción de los distintos factores que determinan la presencia del hábito. No debe ser vista como

una evidencia de una vulnerabilidad biológica subyacente, sino como la evidencia del fracaso de los mecanismos de afrontamiento del sujeto frente a los condicionantes contextuales de su conducta.

3. El objetivo del tratamiento puede ser el "consumo controlado". Como en el caso de la recaída, la incapacidad de auto-control no es una característica crónica de una persona, sino que debe verse como el resultado de las determinantes contextuales y la capacidad de afrontamiento.

La elección del modelo bio-médico está teniendo importantes efectos en la forma de prevenir y tratar la drogodependencia. Algunos de los más relevantes son los siguientes:

- ✓ La dirección de las políticas anti-droga han estado y están, cada vez más, bajo una perspectiva sanitaria, muy dominada por el modelo bio-médico.
- ✓ A pesar de que la prevención goce de gran predicamento en las políticas públicas anti-droga, su desarrollo e implantación son claramente precarios. La prevención de las drogodependencias tiene una perspectiva casi totalmente psico-social con importantes repercusiones en los ámbitos legal, educativo y comunitario. A diferencia de la prevención de las enfermedades infecciosas, los componentes biomédicos no son relevantes. Dentro de este contexto, resulta lógico que los gestores sanitarios no afronten con convicción y medios la tarea preventiva.
- ✓ El tratamiento se medicaliza a marchas forzadas. Cada vez más, surgen o parecen surgir nuevas indicaciones o enfoques farmacológicos en el campo del tratamiento, que copan la actividad en congresos y simposios, además de una presencia creciente en las revistas especializadas. A pesar de que hay vías de tratamiento psico-social muy importantes para los drogodependientes, eso no significa que el modelo de "enfermedad crónica" no sea el que subyace en muchos de esos recursos asistenciales (p.ej.: mediante la adopción de objetivos únicos de abstinencia). Por último, resulta significativa la insistencia de las autoridades de que la Asistencia Primaria tome más cartas en la prevención y el tratamiento de la drogodependencia. Para cualquier conocedor de la actividad en Asistencia Primaria resulta evidente que un reclamo de ese tipo a un servicio médico por excelencia y muy colapsado sólo puede hacerse desde una perspectiva completamente bio-médica.

¿Cuáles son las razones para que se mantenga un mo-

delo bio-médico de las adicciones? ¿Hay razones científicas que avalen la idoneidad de ese modelo frente al bio-psico-social a la hora de explicar o dar cuenta de los fenómenos que se pueden observar en el comportamiento adictivo?

Esta fuera de las limitaciones de este trabajo entrar en un análisis detallado de las pruebas que puedan apoyar a uno u otro modelo. Es muy posible que las razones científicas, sociales y económicas que apuntalan el modelo bio-médico para explicar hábitos de conducta, tales como las adicciones, en el seno de las sociedades occidentales, no sean diferentes de los que se han aducido para comprender el entusiasmo bio-médico actual en el análisis de otros trastornos psicopatológicos (Blech, 2005).

En esta ocasión, nuestro interés se va a centrar en el estudio de las implicaciones que tiene el fenómeno de la recuperación natural de las adicciones para la comprensión, prevención y tratamiento de las drogodependencias. Procederemos inicialmente exponiendo brevemente la naturaleza de la recuperación natural y los hallazgos derivados de la investigación. Luego se analizará su coherencia con los modelos teóricos en liza. Finalmente se expondrán algunas conclusiones que afectan a la prevención y el tratamiento de las drogodependencias.

LA RECUPERACIÓN NATURAL O EL AUTO-CAMBIO EN LAS CONDUCTAS ADICTIVAS

Cuando una persona drogodependiente se recupera sin la intervención de tratamiento formal alguno se dice que se ha recuperado "naturalmente", que se ha producido una "recuperación espontánea" o que ha mejorado mediante un proceso "guiado por él mismo" o "auto-cambio".

La definición anterior tiene tres elementos fundamentales (drogodependencia, recuperación y tratamiento formal) que es necesario precisar.

Los estudios de recuperación natural en el campo de la adicción se han preocupado de precisar el estado inicial o de partida del paciente que se ha recuperado. Esta preocupación viene determinada por la necesidad de conocer si el proceso de recuperación natural ocurre en pacientes realmente drogodependientes o sólo en personas con "problemas" con las drogas. Haciendo una cierta definición circular o tautológica de la dependencia como concepto central de la adicción, se ha llegado a decir que si el sujeto cambia por sí mismo su hábito adictivo de una sustancia, entonces no es verdadera-

mente adicto (entiéndase dependiente) a la misma (Chiauzzi & S., 1993). A pesar de que en algunos trabajos sólo se tengan en cuenta criterios clínicos de consumo (cantidad, frecuencia, tipos de drogas, etc.) para evaluar la gravedad de la dependencia, en otros se utilizan, como punto de corte, criterios nosológicos establecidos, tales como los que marca el DSM, que permiten comparar la "senda" de recuperación seguida por sujetos que han ido a tratamiento frente a los que no han ido y se recuperan "naturalmente". De esta manera, se trata de garantizar que la comparación se hace una vez que se ha superado en ambos casos un cierto umbral de gravedad de la dependencia. La utilización de esta estrategia de valoración, que se apoya en sistemas nosológicos de clara inspiración médica, no está exenta de críticas, provenientes precisamente de los más acérrimos defensores del modelo médico, lo que no deja de ser paradójico (Vaillant, 2005). En todo caso, la valoración de la drogodependencia se hace tanto con criterios continuos (número y gravedad de los diversos síntomas o conductas de dependencia) o discontinuos/categoriales (se alcanza o no el criterio que marca el sistema nosológico que se utiliza).

El concepto de recuperación es también importante. Para algunos, normalmente desde modelos médicos o morales, la recuperación sólo puede ser igual a la abstinencia. Sin embargo, parece evidente que la contrafigura del consumo abusivo o dependiente, cuya característica esencial no es tanto la cantidad cuanto la pérdida de control del consumidor, es el uso controlado. Es importante que se tenga en cuenta que la idea de "recuperación", en el caso de los estudios de recuperación natural y en lo que se refiere al consumo de alcohol, normalmente no significa "abstinencia" sino "consumo no peligroso". Este uso "no peligroso" se establece de acuerdo con las propias normas de la OMS (World Health Organization, 1998). Las consecuencias de adoptar uno u otro criterio son importantes para dilucidar la importancia de la recuperación natural. Se ha estimado que la no inclusión de los bebedores moderados podría excluir a un 40% de los bebedores problemáticos de alcohol que se recuperan sin ayuda terapéutica (Klingemann et al., 2001; Sobell, Ellingsstad, & Sobell, 2000). En lo que se refiere al tabaco o las drogas ilegales no hay "consumo seguro", por lo que el criterio de recuperación es la abstinencia (Carballo et al., 2007). Este criterio puede resultar muy discutible de acuerdo con la gravedad de las

consecuencias del consumo controlado y prolongado de sustancias como el cannabis, o incluso la cocaína y la heroína, aunque es plenamente conforme con las directrices sanitarias vigentes.

No resulta siempre fácil dilucidar lo que se quiere decir cuando se habla de tratamiento formal. Este es un asunto importante, porque no hay una diferencia radical entre los cambios observados durante el tratamiento y los que pueden verse como consecuencia del proceso de "auto-cambio". Si en lo que le sucede al sujeto no hay diferencia sustancial, entonces se torna muy importante dilucidar que se entiende por ayuda terapéutica y en qué se diferencia de la ayuda externa que también reciben los adictos que optan por la recuperación natural. Es difícil separar lo que es tratamiento de lo que no lo es. Para los propósitos de los estudios de recuperación natural, Klingemann et al. (2001) han definido el tratamiento como diferentes tipos de recursos o servicios terapéuticos dirigidos a lograr el cambio en las conductas adictivas, incluyendo a: grupos de autoayuda, tratamientos psicológicos o psiquiátricos, recursos relacionados con los servicios sociales, hospitales psiquiátricos, consejo médico o de enfermería, servicios hospitalarios o de emergencia y centros de desintoxicación. Como puede observarse, esta es una definición extraordinariamente amplia que excluye toda ayuda a la recuperación que se haya definido como una actuación terapéutica estructurada, desde el consejo breve y el apoyo psico-social institucional hasta los tratamientos más elaborados y prolongados sean de tipo psicológico o psiquiátrico. Hay que hacer notar, sin embargo, que algunos estudios recientes no han considerado tratamiento la asistencia a tres o menos sesiones de grupos de auto-ayuda (Ellingsstad, Sobell, Sobell, Eickelberry, & Golden, 2006; Sobell, Sobell, & Toneatto, 1992; Sobell, Sobell, Toneatto, & Leo, 1993; Toneatto, Sobell, Sobell, & Rubel, 1999), sobre todo si el sujeto considera que su paso por esos grupos fue irrelevante para su proceso de recuperación.

Reuniendo lo que se ha dicho hasta ahora sobre drogodependencia, recuperación y tratamiento, puede tenerse ya una primera impresión sobre la recuperación natural en las adicciones. Estos estudios no se han centrado sólo en el uso "problemático" y de abuso de las adicciones, limitando su alcance, sino que también se han investigado las posibilidades de recuperación natural en sujetos dependientes, definiendo la dependencia de acuerdo con lo que se recoge en los sistemas nosológicos actuales. Además, el alcance de la recuperación

no se ha limitado a los sujetos abstinentes, en el caso del alcohol, sino que se han incluido como recuperaciones válidas las de aquellos sujetos que regresan a un uso controlado y de bajo riesgo para la salud. Desde la perspectiva de la recuperación natural no hay razón para mantener la abstinencia como criterio, sin caer en el razonamiento circular de que la dependencia siempre exige abstinencia, o sin mantener una posición moralista ajena a los criterios clínicos que para el alcohol mantiene una organización internacional como la OMS. Por último y con el fin de darle la máxima consistencia al concepto de auto-cambio o de "cambio natural", el concepto de tratamiento se ha extendido ampliamente hasta abarcar toda forma reglada de intervención en el campo de las drogodependencias, aunque se han establecido algunos límites en el caso de la auto-ayuda, dada la frecuencia con la que estos pacientes exploran este tipo de estrategias terapéuticas que luego no siguen.

LA RECUPERACIÓN NATURAL EN LA INVESTIGACIÓN EMPÍRICA

El fenómeno de auto-cambio o la recuperación natural ocurre con éxito en todo tipo de adicciones a sustancias psicoactivas. Uno de los más citados estudios iniciales se centró en la mejora sin intervención terapéutica alguna que tenía lugar entre algunos de los veteranos de Vietnam adictos a la heroína cuando regresaban a sus hogares en EE.UU (Robins, 1993). Posteriormente, la mayoría de los trabajos han versado sobre el alcohol y tabaco, aunque cada vez más se van incorporando estudios con otras sustancias, tales como el cannabis, la cocaína, la heroína y otras (Carballo et al., 2007).

Cuando los datos de las investigaciones han procedido de amplias encuestas pasadas a la población general, se han podido encontrar tasas de auto-cambio muy elevadas (Dawson et al., 2005). Así, en el caso del alcohol las cifras han oscilado desde el 67% al 83% de "auto-cambiadores" dependiendo de si eran "dependientes" o "abusadores" respectivamente (Hasin & Grant, 1995), o en el entorno del 77% si el criterio de inclusión era que fueran bebedores habituales con un consumo de más de 7 unidades de bebida / día (lo que no es poco) (Sobell, Cunningham, & Sobell, 1996). No es extraño que a tenor de estos resultados se concluya que "... una amplia mayoría de personas con problemas con el alcohol pueden superar, y, de hecho, los superan sin tratamiento formal o grupos de auto-ayuda" (Klingemann et al., 2001)

Como ya se ha dicho antes, en el caso de las drogas ilegales los datos obtenidos son más escasos, aunque parecen ir en la misma dirección. En una amplia encuesta realizada en Canadá se ha podido encontrar que el 84% de los usuarios de cannabis, el 85,9% de LSD, el 84% de los de crack / cocaína, el 79,6% de speed y el 65,5% de heroína podrían ser auto-cambiadores (Cunningham, 1999).

El proceso de auto-cambio es más probable que ocurra cuando la adicción es menos grave (Bischof, Rumpf, Hapke, Meyer, & John, 2002; Weisner, Matzger, & Kasutas, 2003), aunque puede darse en cualquier tipo de sujeto dependiente, sin limitación por razón de la historia de abuso o características personales. La gravedad de la adicción hace referencia a un constructo cuyas variables son la gravedad de la dependencia antes de iniciar el proceso de cambio, así como el número, duración e importancia de las consecuencias derivadas de la conducta adictiva. Los distintos estudios que comparan las características de los sujetos que van a tratamiento con las de los que se recuperan naturalmente, encuentran que, por término medio, los que se recuperan naturalmente suelen presentar un perfil menos grave de adicción y tienen más recursos personales para afrontar el proceso de cambio (DiClemente, 2006). Eso no significa que no se pueda dar el proceso de auto-cambio en sujetos con adicciones graves, o con escasos recursos.

En un trabajo realizado en España por los autores de este artículo y que aún no ha sido publicado, se ha podido encontrar que los que se recuperan naturalmente o auto-cambiadores presentaban al inicio del proceso de cambio menos síntomas de dependencia que los que acudían a tratamiento. Además los sujetos que pedían tratamiento tenían más trastornos psicopatológicos asociados (comorbilidad) que los que no solicitaban tratamiento y frecuentemente referían mayores tasas de policonsumo. La presencia de trastornos comórbidos y el uso de múltiples sustancias puede ser interpretada como un incremento de los problemas asociados y como una reducción de los recursos personales para afrontarlos (DiClemente, 2006).

En el auto-cambio parecen darse procesos cognitivos similares a los que pueden encontrarse en los sujetos que se recuperan mediante tratamiento. Según el modelo transteórico (Prochaska & DiClemente, 1984), la recuperación supone siempre el propósito de cambio, compromiso, planificación y toma de decisión efectiva de la persona implicada. Es discutible si ese proceso de cam-

bio se ciñe a una secuencia de estadios prefijada, tal y como viene descrita en el modelo transteórico, que sirva para predecir "el grado en el que un individuo está motivado para cambiar una conducta problema" (Klingemann et al., 2001). Lo que no resulta tan dudoso, dado el volumen de las pruebas, es que la disponibilidad al cambio sea el resultado de la interacción de múltiples factores conductuales, cognitivos y ambientales.

Hay factores conocidos que influyen en la decisión y en el éxito del auto-cambio. Entre esos factores se encuentran los determinantes ambientales y evolutivos, los problemas asociados al consumo de drogas y los recursos disponibles. Los determinantes ambientales que aparecen con más frecuencia en la literatura son los cambios vitales importantes (de lugar de residencia, de trabajo, de estado civil, etc.) o los relacionados con la presión social, sea de la familia, amigos, del trabajo, etc. (Bischof, Rumpf, U., Meyer, & John, 2001; Rumpf, Bischof, Hapke, Meyer, & John, 2002). Desde un punto de vista evolutivo, se ha especulado con la hipótesis de la maduración para explicar la facilidad con la que ciertos adictos abandonan su hábito al llegar a cierta edad, o se ha podido comprobar el efecto de vínculo que existe entre la edad y ciertos hábitos de consumo y cómo, una vez superada la etapa crítica, se retoman comportamientos más saludables (Drew, 1968; Winick, 1962, 1964). En relación con esto último, el estudio de las variables predictoras asociadas a la recuperación natural o al auto-cambio podrían ser de gran utilidad para conocer la importancia futura de ciertos hábitos patológicos de consumo de drogas asociados a la adolescencia (Vik, Cellucci, & Ivers, 2003). Es un hecho que no todos los sujetos de 12 a 18 años con patrones abusivos de consumo de alcohol, tabaco u otras drogas, van a degenerar en pacientes adultos con dependencias graves.

Otros factores que influyen en la decisión son los que derivan directamente del consumo de drogas. Frecuentemente se cita a la salud como un motivo para dejar el consumo de alcohol. El consumo de drogas puede llevar aparejado una agresión directa o indirecta a la salud del sujeto. No es extraño que un 52,9% de los estudios que informan de las razones para el cambio, indiquen la salud como una de ellas (Carballo et al., 2007). Otras razones importantes vinculadas directamente con el consumo, son las dificultades económicas y las complicaciones legales. El consumo abusivo bien sea de sustancias legales o ilegales (en este último caso con mayor fuerza) puede estar asociado con el deterioro de la actividad la-

boral, la búsqueda incesante de fuentes financieras para mantener el hábito y la trasgresión de la Ley. En este sentido, no es extraño que también se recojan en este apartado razones económicas y legales como determinantes importantes tanto para el inicio como para el mantenimiento del cambio (Carballo et al., 2007).

Los recursos disponibles pueden ser un factor determinante para elegir la vía del auto-cambio. Es muy posible que los sujetos que tengan un mejor nivel de educación, mayores recursos financieros y sociales puedan afrontar antes y mejor el proceso de cambio, por lo que es muy probable que elijan evitar la estigmatización y los condicionantes relacionados con los programas de tratamiento, como se muestra en la mayoría de estudios donde se les preguntan las razones de no acudir a tratamiento (Carballo et al., 2007; Sobell et al., 2000). También es verdad es que los recursos no pueden ser independizados de la gravedad de la adicción, ya que son este tipo de sujetos con mayores posibilidades los que presentan adicciones menos graves.

Por último, la aceptación social del fenómeno de auto-cambio es muy posible que tenga también una importante repercusión en la generación de estrategias de auto-cambio entre los sujetos con consumos problemáticos. La elección entre tratamiento y auto-cambio se encuentra modulada por factores tales como los programas de tratamiento disponibles y su accesibilidad, la experiencia de otras personas que han abandonado sus hábitos perjudiciales de consumo, la confianza en la utilidad de los servicios disponibles, la disponibilidad de grupos de auto-ayuda, las actitudes y creencias comunitarias sobre las drogas y la recuperación de la drogodependencia y la experiencia pasada con los tratamientos, entre otros (Klingemann et al., 2001). Es muy posible que las actitudes y la experiencia sociales ante el cambio en las drogodependencias modele el comportamiento individual hacia el auto-cambio y la recuperación natural. Se conoce la importancia del contexto social en la prevención y el tratamiento de la drogodependencia. Es muy posible que ese sea el camino por el que ejercen su efecto la influencia "religiosa o espiritual" referida por algunos auto-cambiadores o el papel de los ex-toxicómanos en los programas de tratamiento. Actualmente se está llevando a cabo una investigación en diversas ciudades europeas que trata de averiguar las distintas actitudes y creencias sociales sobre el auto-cambio en las drogodependencias. Sus resultados posiblemente permitan contestar directamente a la pregunta de cuál es el

grado de la relación entre la percepción social del auto-cambio y la extensión del mismo entre las personas con consumos problemáticos.

El hallazgo de que la evolución del proceso de la recuperación natural no lleva necesariamente a la abstinencia es un asunto de gran importancia en estos estudios, como ya se ha subrayado anteriormente. En una revisión de las investigaciones realizadas hasta el año 2000, se pudo comprobar que más de las tres cuartas partes de los sujetos que se recuperan del consumo problemático del alcohol eligen el consumo moderado o controlado (Sobell et al., 2000). En esa misma revisión, se pudo encontrar que un 46,2% de los estudios que analizaban la recuperación del consumo de otras drogas también tenían en cuenta el consumo limitado o controlado.

Se ha discutido si estos hallazgos están sesgados ya que no se puede garantizar que estemos ante recuperaciones estables o que la información que suministran los pacientes pueda ser "creíble" o exacta. No es este el lugar para tratar extensamente estos temas que también han sido sometidos a investigación. Baste decir que el concepto de "estabilidad" se ha tenido en cuenta en la investigación, manteniendo criterios restrictivos temporales para aceptar sujetos recuperados "naturalmente". Se recomienda que no se acepte ninguna "recuperación natural" cuya duración sea inferior a 5 años, ya que el máximo período de inestabilidad se localiza en los primeros cinco años posteriores al cambio, sea conseguido éste por tratamiento o por auto-cambio (Sobell et al., 2000). Algunos estudios muestran la estabilidad de la recuperación natural en autocambiadores de alcohol tanto abstinentes como de consumo moderado tras varios años de seguimiento (Rumpf, Bischof, Hapke, Meyer, & John, 2006; Sobell, Sobell, & Kozlowski, 1995). En lo que se refiere a la exactitud de los auto-informes, no se ha apreciado ninguna razón para desconfiar de esa fuente de información, aunque se recomienda el uso de informantes adicionales que puedan mejorar la exactitud de los informes (Sobell et al., 2000).

RECUPERACIÓN NATURAL Y MODELOS DE CONDUCTA ADICTIVA

El fenómeno de la recuperación natural, tal y como se ha descrito hasta este momento, tiene unas implicaciones claras en el debate de los modelos aún vigente en el campo de las adicciones.

El modelo de enfermedad crónica, característicamente bio-médico, postula un trastorno permanente y, en contac-

to con la sustancia, progresivo que no se puede detener en ausencia de tratamiento. Las características del individuo que le hacen ser dependiente se encuentran radicadas en su fisiología y son permanentes, tal vez por estar radicadas en su genoma. Tal enfoque es completamente incompatible con el fenómeno de la recuperación natural o el "auto-cambio" que hemos venido describiendo.

La generalidad de los procesos de auto-cambio, tanto por edades, culturas, tipos de drogas consumidas, gravedad de la adicción, etc., apunta a un proceso bastante común en la relación con las drogas, y hace imposible que se mantenga la idea de que la dependencia de las drogas sólo tiene un componente biológico que la explique. La variadas características del fenómeno de auto-cambio apuntan, sin lugar a dudas, más a una etiología compleja en la que interactúan diversos factores (psicológicos, sociales y biológicos) que a una simple de tipo fundamentalmente biológico. Es más, la naturaleza de los factores que inician y mantienen los procesos de auto-cambio y la similitud de esos factores con los que también operan en el tratamiento (Bischof, Rumpf, Hapke, Meyer, & John, 2000; Bischof et al., 2002; Blomqvist, 1999; Tucker, Vuchinich, & Rippens, 2002), abogan por un modelo bio-psico-social, que concuerda mejor con la pluralidad de las diferentes rutas adictivas.

El tratamiento a los drogodependientes debe ser visto como una ayuda al proceso de auto-cambio generado por los sujetos. Si la descompensación entre los estímulos al consumo y los recursos del sujeto para afrontarlos es muy grande, entonces los sujetos motivados solicitan tratamiento. Este binomio formado por los estímulos asociados al consumo y los recursos de afrontamiento mantienen una relación dinámica que posibilita muchas posibles salidas y entradas en la adicción, algo que es bastante común en este campo. Esta forma de entender el tratamiento es completamente incompatible con un reduccionismo biologicista, ya que una de las posibles soluciones de equilibrio por las que puede optarse incluye la opción de un "consumo controlado". El hecho constatado de que la dependencia y el consumo "problemático de las drogas" no tiene como único destino de mejora a la abstinencia, desafía abiertamente la noción de la predisposición crónica o el concepto de enfermedad subyacente al modelo bio-médico. Parece evidente que el control de la conducta adictiva puede darse en dos diferentes escenarios (abstinencia y consumo controlado) cuya viabilidad dependerá de múltiples factores psicológicos, biológicos y sociales.

A MODO DE CONCLUSIÓN. ALGUNAS CONSECUENCIAS PRÁCTICAS

La realidad empírica y la naturaleza del fenómeno de auto-cambio no autorizan a mantener un enfoque bio-médico reduccionista. Parece evidente que la adopción de la idea de que la drogodependencia es una enfermedad crónica, con un substrato fundamentalmente biológico, deja fuera gran parte de la realidad observable y produce una fuerte distorsión en las estrategias de prevención y tratamiento que no favorecen su eficacia.

La constatación del fenómeno de auto-cambio en las drogodependencias debería conllevar ciertos cambios en los enfoques preventivo y terapéutico.

La prevención debería tener en cuenta el fenómeno de la "recuperación natural". Es necesaria la promoción del auto-cambio con el fin de que los individuos, que estén usando inadecuadamente las drogas, deseen cambiar sus patrones de consumo y no estén interesados en iniciar el tratamiento, puedan confiar en sus posibilidades y poner en marcha el proceso de cambio. Para ello la información pública y la educación deberían mostrar que es posible recuperarse del consumo problemático de alcohol y que ese es el camino que se utiliza con más frecuencia (Sobell & Sobell, 2005). Una estrategia de este tipo podría tener influjo positivo incluso sobre los que no son capaces de mejorar por sí mismos, ya que parece predisponerles más favorablemente a buscar ayuda (Sobell et al., 2002).

Si se observa el auto-cambio como la base esencial del proceso de cambio de la dependencia al consumo responsable y controlado o a la abstinencia, independientemente de si se usa la ayuda del tratamiento o no, entonces el foco de interés en el tratamiento o en las intervenciones terapéuticas deberá cambiar hacia una mayor atención a los determinantes, características y procesos individuales de cambio. Debe primarse el enfoque psico-social en el tratamiento de las adicciones, y alejarse de la deriva biologicista a la que estamos asistiendo.

Una consecuencia inmediata de unir esta perspectiva con la extensión e importancia del auto-cambio en las adicciones, es la necesidad de fomentar la creación y financiación de los llamados "servicios de moderación" (con funciones de reducción de riesgo) que se dirijan a ese amplio segmento de la población que desean reducir el consumo de alcohol y no quieren recurrir aún a los programas de tratamiento formales disponibles. Esta estrategia tendría la ventaja obvia de atraer hacia los ca-

nales de tratamiento a personas reacias a entrar en él.

Obviamente para garantizar el éxito de esa estrategia, sería completamente necesario el entrenamiento y formación de los profesionales en técnicas de evaluación y tratamiento, así como en la formulación de objetivos, más acordes con un modelo bio-psico-social de la adicción, que se diferencien de los que usualmente se formulan en los servicios de atención a drogodependientes que se mueven dentro del marco tradicional sanitario de "enfermedad crónica".

AGRADECIMIENTOS

Este artículo ha podido realizarse gracias a la ayuda MCYT-03-BSO- 00732 del Ministerio de Educación y Ciencia.

REFERENCIAS

Bischof, G., Rumpf, H. J., Hapke, U., Meyer, C., & John, U. (2000). Maintenance factors of recovery from alcohol dependence in treated and untreated individuals. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 24(12), 1773-1777.

Bischof, G., Rumpf, H. J., Hapke, U., Meyer, C., & John, U. (2002). Remission from alcohol dependence without help: how restrictive should our definition of treatment be? *Journal of Studies on Alcohol*, 63(2), 229-236.

Bischof, G., Rumpf, H. J., U., H., Meyer, C., & John, U. (2001). Factors influencing remission from alcohol dependence without formal help in a representative population sample. *Addiction*, 96(9), 1327-1336.

Blech, J. (2005). *Los inventores de enfermedades*. Barcelona: Ediciones Destino, S.A.

Blomqvist, J. (1999). Treated and untreated recovery from alcohol misuse: environmental influences and perceived reasons for change. *Substance Use & Misuse*, 34(10), 1371-1406.

Carballo, J. L., Fernández Hermida, J. R., Secades Villa, R., Sobell, L., Dum, M., & García Rodríguez, O. (2007). Natural recovery from alcohol and drug problems: A methodological review of the literature from 1999 through 2005. In H. Klingemann & L. Sobell (Eds.), *Promoting self-change from problem substance use: Practical implications for policy, prevention, and treatment*. London: Springer Verlag.

Casas, M., Duro, P., & Pinet, C. (2006). Otras Drogodependencias. In J. Vallejo Ruiloba (Ed.), *Introducción a la Psicopatología y a la Psiquiatría* (pp. 620).

Barcelona: Masson S.A.

Cunningham, J. A. (1999). Untreated remissions from drug use: the predominant pathway. *Addictive Behaviors*, 24(2), 267-270.

Chiauzzi, E. J., & S., L. (1993). Taboo topics in addiction treatment: An empirical review of clinical folklore. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 10, 303-316.

Dawson, D. A., Grant, B. F., Stinson, F. S., Chou, P. S., Huang, B., & Ruan, W. J. (2005). Recovery from DSM-IV alcohol dependence: United States, 2001-2002. *Addiction*, 100(3), 281-292.

Dawson, D. A., Grant, B. F., Stinson, F. S., Chou, P. S., Huang, B., & Ruan, W. J. (2005). Recovery from DSM-IV alcohol dependence: United States, 2001-2002. *Addiction*, 100, 281-292.

DiClemente, C. C. (2006). Natural Change and the Troublesome Use of Substances. In W. R. Miller & K. M. Carroll (Eds.), *Rethinking Substance Abuse. What the Science Shows, and What We Should Do about It* (pp. 81-96). New York: The Guilford Press.

Drew, L. R. H. (1968). Alcoholism as a self-limiting disease. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 29, 956-967.

Ellingstad, T., Sobell, L., Sobell, M., Eickelberry, L., & Golden, C. (2006). Self-change: A pathway to cannabis abuse resolution. *Addictive Behaviors*, 31(3), 519-530.

Eysenck, H. J. (1952). The effects of psychotherapy: an evaluation. *Journal of Consulting of Psychology*, 16(5), 319-324.

Hasin, D., & Grant, B. (1995). AA and other help seeking for alcohol problems: Former drinkers in the U.S. general population. *Journal of Substance Abuse*, 7, 281-292.

Klingemann, H., Sobell, L., Barker, J., Blomqvist, J., Cloud, W., Ellingstad, T., et al. (2001). *Promoting Self-Change from Problem Substance Use: Practical Implications for Policy, Prevention and Treatment*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers. (pag. 20).

Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1984). *The Transtheoretical Approach: Crossing Traditional Boundaries of Therapy*. Homewood, IL: Dow Jones - Irwin.

Robins, L. N. (1993). Vietnam veterans' rapid recovery from heroin addiction: A fluke or normal expectation? *Addiction*, 88, 1041-1054.

Rumpf, H. J., Bischof, G., Hapke, U., Meyer, C., & John, U. (2002). The role of family and partnership in re-

- covery from alcohol dependence: comparison of individuals remitting with and without formal help. *European Addiction Research*, 8(3), 122-127.
- Rumpf, H. J., Bischof, G., Hapke, U., Meyer, C., & John, U. (2006). Stability of remission from alcohol dependence without formal help. *Alcohol and Alcoholism* 41(3), 311-314.
- Sobell, L., Cunningham, J. A., & Sobell, M. (1996). Recovery from alcohol problems with and without treatment: Prevalence in two population surveys. *American Journal of Public Health*, 86(7), 966-972.
- Sobell, L., Ellingstad, T., & Sobell, M. (2000). Natural recovery from alcohol and drug problems. Methodological review of the research with suggestions for future directions. *Addiction*, 95(5), 749-764.
- Sobell, L. C., Cunningham, J. A., & Sobell, M. B. (1996). Recovery from alcohol problems with and without treatment: Prevalence in two population surveys. *American Journal of Public Health*, 86(7), 966-972.
- Sobell, L. C., Sobell, M. B., Leo, G. I., Agrawal, S., Johnson-Young, L., & Cunningham, J. A. (2002). Promoting selfchange with alcohol abusers: a community-level mail intervention based on natural recovery studies. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 26, 936-948.
- Sobell, L. C., Sobell, M. B., & Toneatto, T. (1992). Recovery from alcohol problems without treatment. In N. Heather, W. R. Miller & J. Greeley (Eds.), *Self-control and the Addictive Behaviours*. New York: Maxwell MacMillan.
- Sobell, L. C., Sobell, M. B., Toneatto, T., & Leo, G. I. (1993). What triggers the resolution of alcohol problems without treatment. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 17(2), 217-224.
- Sobell, M., & Sobell, L. C. (2005). Time to Tear Down the Wall: Comment on Dawson et al. (2005). *Addiction*, 100, 294-295.
- Sobell, M. B., Sobell, L. C., & Kozlowski, L. T. (1995). Dual recoveries from alcohol and smoking problems. In J. B. Fertig & J. A. Allen (Eds.), *Alcohol and tobacco: From basic science to clinical practice* (pp. 207-224). Rockville: MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.
- Toneatto, T., Sobell, L. C., Sobell, M. B., & Rubel, E. (1999). Natural recovery from cocaine dependence. *Psychology of Addictive Behaviors*, Vol 13(4), 259-268.
- Tucker, J. A., Vuchinich, R. E., & Rippens, P. D. (2002). Environmental contexts surrounding resolution of drinking problems among problem drinkers with different help-seeking experiences. *Journal of Studies on Alcohol*, 63(3), 334-341.
- Vaillant, G. (2005). Secrets and lies: Comments on Dawson et al. (2005). *Addiction*, 100, 294.
- Vik, P. W., Cellucci, T., & Ivers, H. (2003). Natural reduction of binge drinking among college students. *Addictive Behaviors*, 28(4), 643-655.
- Weisner, C., Matzger, H., & Kaskutas, L. A. (2003). How important is treatment? One-year outcomes of treated and untreated alcohol-dependent individuals. *Addiction*, 98(7), 901-911.
- Winick, C. (1962). Maturing out of narcotic addiction. *Bulletin on Narcotics*, 14, 1-10.
- Winick, C. (1964). The life cycle of the narcotic addict and of addiction. *Bulletin on Narcotics*, 16(1-11).
- World Health Organization. (1998). *Mental Disorders in Primary Care*. Geneva: World Health Organization.

BASES PSICOLÓGICAS DE LA PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS PSYCHOLOGICAL BASES OF THE PREVENTION OF DRUG ABUSE

Elisardo Becoña Iglesias
Universidad de Santiago de Compostela

El consumo de drogas se ha convertido en un importante problema social en los últimos años en todos los países desarrollados. Un modo de contener o atajar este problema es a través de la prevención del consumo de drogas. La psicología siempre ha tenido un papel destacado en la prevención del consumo de drogas, tanto para comprender y explicar esta conducta desde los procesos que estudia la psicología, a la realización de estudios para explicar por qué unas personas consumen drogas y otras no, como elaborar teorías y modelos para explicar e intervenir en los consumidores y, de modo especial, en el desarrollo de programas preventivos eficaces, como de tratamiento. Esta conducta, la del consumo de drogas, tiene una gran relevancia para la psicología por su alta prevalencia y los graves problemas que acarrea a muchos individuos (físicos, psicológicos y sociales). Los resultados obtenidos con los programas de prevención del consumo de drogas son buenos aunque no siempre su implantación llega al nivel deseable.

Palabras clave: Prevención, drogas, psicología, teorías.

The drug consumption has become an important social problem in the last years in all the developed countries. It's possible to cut this problem through the prevention of the drug consumption. The psychology has always had a paper highlighted in the prevention of drug consumption, to understand and to explain this behavior from the psychological processes, the realization of studies to explain why some people consume drugs and other not, elaborate theories and models to explain the consumption and to treat the abusers and, in a special way, in the development of effective preventive and treatment programs. This behavior, drug consumption, has a great relevance for the psychology by their high prevalence and the serious problems it produce at many individuals (physical, psychological and social). The results obtained with the preventive programs of drug consumption are goods although their implementation not always reach the desirable level.

Key words: Prevention, drugs, psychology, theory.

PSICOLOGÍA Y CONSUMO DE DROGAS, ¿POR QUÉ LAS PERSONAS CONSUMEN DROGAS?, ¿POR QUÉ DEBEMOS PREVENIR EL CONSUMO DE DROGAS?

Cuando nos planteamos la explicación del consumo de drogas viene bien comenzar por definir qué es la psicología para, en función de dicha definición, conocer cuál es nuestro papel. Una definición sencilla de psicología es la de la ciencia que estudia la conducta y los procesos mentales (Atkinson, Atkinson, Smith, Bem y Nolen-Hoeksema, 1996). De modo quizás más comprensible podríamos decir que la psicología es la ciencia que estudia el comportamiento humano, para comprender sus actos y conducta observable, sus procesos mentales (cogniciones, sensaciones, pensamientos, memoria, motivación) y todos aquellos procesos que permiten explicar la conducta en contextos concretos. Por ello, se centra en lo observable (conducta) y en los procesos mediadores

(mentales) pero sin dejar de considerar los procesos sociales (cultura, socialización, sistema social) y biológicos (genéticos, perinatales, postnatales, enfermedades) siempre que estos últimos permitan explicar el comportamiento humano.

Una conducta, como es la del consumo de drogas, va a exigir una explicación bio-psico-social, o más bien socio-psico-biológica, porque el aspecto más importante, a nivel cuantitativo y cualitativo para explicar el consumo o no en una sociedad concreta, como la nuestra, es en primer lugar las debidas a factores sociales, en segundo lugar a factores psicológico y, finalmente, en tercer y último lugar, a factores biológicos.

El estudio del comportamiento humano observable se ha realizado mediante todo lo que conocemos por aprendizaje y procesos psicológicos. Dentro de los procesos psicológicos básicos se han estudiado los procesos de cómo percibimos y sentimos, la atención, la memoria y la inteligencia, cómo aprendemos, cómo pensamos, el papel de la cognición, la comunicación, influencia social y cognición social, la personalidad, a veces como resultado final de varios de los procesos anteriores, junto a

Correspondencia: Elisardo Becoña Iglesias. Universidad de Santiago de Compostela. Facultad de Psicología. Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología. Campus Sur. 15782 Santiago de Compostela. España. E-mail: pcelisar@usc.es

otros como la consciencia, etc. También el proceso evolutivo del individuo y su conducta social. Dentro del aprendizaje han destacado los estudios que han llevado al descubrimiento de los procesos de condicionamiento clásico, condicionamiento operante y aprendizaje social o vicario. Esto ha tenido una gran relevancia, dado que la psicología actual fundamenta sus principios en dos grandes bloques. Por una parte, los derivados de la psicología del aprendizaje, a partir de la cual ha desarrollado técnicas de tratamiento muy potentes y efectivas para distintos trastornos, y los procesos cognitivos, que nos permiten conocer los procesos de pensamiento y otros de tipo interno que explican la conducta. También el desarrollo de técnicas basadas en las cogniciones han sido y siguen siendo hoy muy importantes (ej., técnicas atribucionales, cognitivas, de solución de problemas, etc.). Estos mismos principios son los que se utilizan en la prevención de las drogodependencias, y que por falta de espacio y por ser bien conocidos por los psicólogos no nos vamos a detener en los mismos, aunque pueden verse en distintas publicaciones aplicados al consumo de drogas (ej., Becoña, 2002).

Hay tres motivos fundamentales por el que tenemos y debemos prevenir el consumo de drogas, especialmente tabaco, alcohol y cannabis, en niños y adolescentes. El primero, el más evidente y conocido, es que si conseguimos que los niños y adolescentes no fumen cigarrillos o cannabis, ni beban abusivamente alcohol, evitaremos que de adultos no se conviertan en adictos o abusadores. El segundo motivo es que hoy sabemos que si esa persona no consume evitaremos enfermedades físicas directamente relacionadas con ese consumo (cáncer de pulmón, cirrosis hepática, trastornos cardiovasculares, etc.) y también reduciremos la probabilidad de que padezca trastornos mentales en su vida adolescente y adulta. Hoy sabemos que el consumo de drogas está asociado con un gran número de trastornos mentales, algunos de los cuales acarrearán gran sufrimiento, como depresión, trastornos de ansiedad, esquizofrenia, etc. (Becoña, 2003; Comisión Clínica, 2006; Regier et al., 1990). Y, en tercer lugar, sabemos que el consumo de alcohol y tabaco facilita pasar a consumir en muchos casos drogas ilegales, como el cannabis, la heroína, la cocaína, etc. (Kandel y Jessor, 2002). Hoy sabemos, sobre el consumo de drogas, que: 1) hay factores que facilitan el inicio y mantenimiento en el consumo de las distintas sustancias en unas personas respecto a otras, 2) hay una progresión en el consumo de las drogas legales a las ile-

gales en una parte significativa de los que consumen las primeras respecto a los que no las consumen, y 3) toda una serie de variables socio-culturales, biológicas y psicológicas modulan los factores de inicio y mantenimiento y la progresión o no en el consumo de unas a otras sustancias. Y, de los estudios realizados sobre esta cuestión (ver Becoña, 1999), podemos concluir que: 1) existe una relación significativa entre el consumo de drogas legales (alcohol y tabaco) y el posterior consumo de cannabis, y entre el consumo de cannabis y el posterior consumo de cocaína y/o heroína; 2) aunque existe relación no se puede confundir "relación" (estadística) con "causalidad"; 3) también existen otras variables relacionadas con el consumo de heroína, como del cannabis que, a su vez, en muchos casos están en la base del consumo previo de cannabis, heroína o cocaína, que deben ser tenidas en cuenta, porque pueden ser las que explican el inicial consumo de cannabis, su mantenimiento y su progresión al consumo de cocaína o heroína y a otras conductas asociadas con dicho consumo; 4) aún así, desde una perspectiva preventiva y de salud pública, hay que intervenir tanto sobre el cannabis, como sobre las otras variables que se relacionan con el consumo, tanto las sustancias previas en la cadena de consumo (ej., alcohol, tabaco), como en variables de tipo social (aceptación, disponibilidad), biológicas (predisposición) y psicológicas (ej., rasgos de personalidad, aprendizaje); y, 5) la prevención debe, por tanto, centrarse tanto en poner en marcha acciones para frenar el consumo de drogas como igualmente para mejorar todas aquellas variables que se relacionan con el inicio, progresión y mantenimiento del consumo de las distintas drogas centrándose en las variables del individuo (ej., incrementar sus estrategias de afrontamiento) y del sistema social (ej., que tenga oportunidades), así como en otras conductas relacionadas con el consumo de drogas (predisposición, conductas delictivas, baja autoestima, etc.).

LA EXPLICACIÓN PSICOLÓGICA DEL CONSUMO DE DROGAS

Procesos psicológicos básicos

La explicación comprensiva del comportamiento humano exige integrar en un mismo ser humano los componentes socio-culturales, o contexto en donde ha nacido, ha aprendido, ha desarrollado sus habilidades y donde actualmente vive (esto significa que ha aprendido cosas dentro de una cultura concreta, que tiene una concepción del mundo distinta a la de otros grupos sociales, y

que afronta el mundo con los valores y creencias de esa cultura); los componentes psicológicos, o modo de comprender y afrontar el mundo desde su realidad; y, el componente biológico, o parte física que le permite ser hombre, por una parte, y hombre social por otra, dependiendo de su estructura orgánica y de su funcionamiento biológico a través de sus sentidos, órganos y características biológicas innatas u otras que han ido interaccionando con su parte psicológico y su parte social de modo mutuo a través de su ciclo vital (Carlson, 1998). Los procesos psicológicos básicos, esto es, cómo percibimos y sentimos, el papel de la atención, la memoria y la inteligencia, los tan importantes procesos de aprendizaje, cómo pensamos y el papel de la cognición, la comunicación, influencia social y cognición social, la personalidad, la consciencia..., los hay que tener en cuenta para comprender, explicar y poder prevenir y tratar el consumo de drogas (Becoña, 2002). Como un ejemplo, saber como una persona aprende es de la mayor relevancia. El aprendizaje es un proceso básico en el ser humano y en los animales. A lo largo del tiempo la persona aprende relaciones entre eventos en su ambiente y como los mismos tienen efectos sobre su conducta. La teoría del aprendizaje explica la conducta como un fenómeno de adquisición que sigue unas leyes, las del condicionamiento clásico, operante y aprendizaje social, como todos bien conocemos.

Junto a los procesos básicos anteriores, que nos permiten comprender y explicar el comportamiento humano desde la esfera más psicológica, hay otros procesos que se relacionan con la parte social del individuo y, naturalmente también, con su parte biológica, ya que el individuo, el comportamiento de cualquiera de nosotros, se produce en un contexto social y con una persona que tiene también un sustrato biológico. Nos referimos a la importancia que tiene conocer la cultura (y sus características) en relación a la valoración y normas que tiene sobre el consumo de drogas, el proceso de socialización del individuo, el papel de su familia y de los procesos familiares de ese individuo, así como el papel de la familia en ese medio social (estilos de crianza, control, expectativas hacia sus hijos, etc.). También tenemos que conocer la vulnerabilidad y los procesos de predisposición biológica que puedan existir en ese individuo.

No hay que olvidarse de que, en el caso concreto del consumo de drogas, es de vital importancia conocer el proceso de la adolescencia y adultez temprana, la psicología de la adolescencia, por ser en la adolescencia, habitual-

mente entre los 12 y los 20 años, cuando se van a producir, si se producen, los procesos de prueba de drogas, y posible abuso y dependencia. En este sentido, conocer esta etapa de la vida es clave para el profesional, porque van a ser las personas en este periodo de la vida las que más van a estar en contacto con él, junto a aquellos mecanismos que desarrollan los jóvenes para conseguir o no el autocontrol de su conducta (Becoña, en prensa).

Tipos de familia y crianza

El proceso de socialización es fundamental para la vida de cualquier individuo, para que pueda hacerse humano en el grupo cultural en el que ha nacido. Muchos de los modelos y teorías psicológicas para explicar el consumo de drogas parten del proceso de socialización como elemento central (ej., Oetting y Donnermeyer, 1998). Dentro del consumo de drogas se ha estudiado especialmente el papel de la familia (ver Fernández y Secades, 2002).

Uno de los aspectos más relevantes para el individuo es el relacionado con su tipo de crianza. Hoy sabemos que distintos tipos de crianza de los padres influyen en la conducta de los hijos. Dos variables son aquí esenciales: el control y la calidez paterna. El control paterno se refiere a como son de restrictivos los padres; la calidez paterna al grado de afecto y aprobación que tienen con sus hijos. Baumrid (1980) describió tres tipos de estilo parental: con autoridad, autoritarios y permisivos. Posteriormente, Maccoby y Martin (1983) describieron un cuarto tipo, los indiferentes. En la descripción de Craig (1997) el estilo parental con autoridad ejerce mucho control y mucha calidez; el autoritario mucho control y poca calidez; el permisivo poco control y mucha calidez y, el indiferente, poco control y poca calidez. El tipo de crianza en función del estilo paterno tiene una consecuencia directa en el tipo de personalidad que va a desarrollar el niño. Así, los padres autoritarios tienden a producir niños apartados y temerosos, con poca o ninguna independencia y que son variables, apocados e irritables. En la adolescencia los varones pueden ser rebeldes y agresivos y las chicas pasivas y dependientes. Los padres permisivos tienden a producir niños autoindulgentes, impulsivos y socialmente ineptos, aunque en otros pueden ser activos, sociables y creativos; en otros pueden ser rebeldes y agresivos. Los hijos de los padres con autoridad son los mejor adaptados, dado que tienen confianza en sí mismos, tienen mayor control personal y son socialmente más

competentes. Finalmente, los hijos de los padres indiferentes son los que están en peor situación y, si sus padres son negligentes, se sienten libres de dar rienda suelta a sus impulsos más destructivos (Craig, 1997). Todo lo que llevamos dicho hasta aquí tiene una clara incidencia en el consumo de drogas.

Adolescencia y consumo de drogas

La adolescencia es una etapa crítica para la formación de la persona. En la misma, el individuo tiene que desarrollarse a nivel físico, emocional, social, académico, etc. La búsqueda de la autonomía e identidad son elementos definitorios de la misma. Esto se va a ver favorecido o no por su historia previa, por el apoyo/no apoyo y comprensión de su familia, existencia o no de problemas en la misma, grupo de amigos, etc. Tampoco se debe olvidar que la adolescencia es un largo periodo de tiempo que luego continuará en la vida adulta. El consumo de drogas es uno de los aspectos con el que se tiene que enfrentar la persona y decidir, en función de sus valores y creencias, pero también de su medio sociocultural, familiar, amigos, etc., si consumirá o no una vez que se las ofrezcan o sienta la necesidad de ellas. Debemos ser conscientes de que la experimentación con las drogas se ha convertido en un hecho habitual en los adolescentes de las sociedades desarrolladas (Blackman, 1996). Un gran número de ellos experimentan con el tabaco y el alcohol, en un lugar intermedio el hachís, y en menor grado con otras sustancias. Una experimentación temprana con estas sustancias facilita la posterior experimentación con otras sustancias. Saber convivir con las drogas (Funes, 1996) y saber que un porcentaje importante de los adolescentes las van a probar o consumir, es un hecho que hay que saber, conocer y reconocer, para poder actuar y ayudar a estas personas.

La percepción del riesgo es una variable de gran relevancia para explicar el consumo o no de una sustancia psicoactiva en adolescentes. Las personas toman decisiones en función de las consecuencias positivas que van a obtener y evitan las consecuencias negativas. Si perciben que algo les va a acarrear dichas consecuencias negativas no lo harán. Por ello, la concepción que se tiene sobre las distintas drogas, que depende tanto del uso, como de las creencias y de la propia construcción social sobre la sustancia, influye en su consumo. En ocasiones puede haber sesgos sobre los efectos de las sustancias, en un sentido o en otro. Por

ello es de gran relevancia proporcionar información correcta y tener siempre presente que el objetivo de una persona es tener las suficientes habilidades para enfrentarse adecuadamente al mundo circundante y tener una buena adaptación en el mismo.

El consumo de drogas no suele ir solo, sino unido a otras conductas desviadas, antisociales o consideradas problemáticas socialmente. Detectar los adolescentes vulnerables a este tipo de problemas es de gran relevancia tanto para ellos como para el resto de la sociedad. Esto también nos debe dejar claro que la mejora en el bienestar social (ej., reducción de la tasa de paro, aumento de las oportunidades, buenas escuelas para todos, etc.), biológico (ej., facilidad de acceso a la sanidad, posibilidad de hacer chequeos periódicos, etc.) y psicológico (ej., crianza adecuada con una buena interacción con la familia y un buen nivel de afectividad; poder desarrollar sus capacidades y expresar sus opiniones, preservar la salud mental, etc.) de las personas, puede ser una de las mejores formas de hacer prevención para el consumo de drogas.

Además, son varios los factores que hacen que las personas no se comporten saludablemente, como (Bayés, 1991; Becoña y Oblitas, 2006): 1) por el carácter placentero (reforzante) de la mayor parte de las consecuencias que siguen a muchos comportamientos nocivos, así como a la inmediatez de sus efectos, 2) lo dilatado del tiempo que, normalmente, separa la práctica de los comportamientos nocivos, de la aparición de la enfermedad en su estado clínico diagnosticable, 3) el hecho de que mientras las conductas no saludables (ej., carcinógenas) proporcionan siempre, o casi siempre, una satisfacción real e inmediata, la aparición de enfermedades o de otros efectos nocivos son remotas y poco probables, 4) el convencimiento del poder sin límites de la medicina y de su tecnología para solucionar cualquier problema que podamos llegar a padecer, 5) por el sistema cultural, que a través de distintas creencias y por su arraigo suele mantener y justificar prácticas no saludables, pero socialmente correctas, y 6) el cambio como un proceso cíclico y lento más que rápido y lineal, en muchos casos caracterizado por la recaída. Muchos adolescentes no ven los problemas que pueden causar las distintas drogas o las conductas de riesgo que realizan a corto plazo; ven que esos son problemas muy lejanos y que no van con él, si es incluso que llega a plantearse que pueden llegar a causarle problemas (ej., emborracharse).

Ocio, tiempo libre, vida recreativa y consumo de drogas

Hoy la diversión cada vez está más asociada al consumo de drogas, sea éste puntual, esporádico o frecuente, aunque un gran número de personas se divierten sin consumirlas y es posible desarrollar un adecuado control y autocontrol en la situación de diversión, en la vida recreativa y en otros contextos de la vida. La difusión de las drogas dentro de la diversión ha sido importante y con frecuencia se asocia una con la otra, aunque no puede establecerse un total paralelismo. Este nuevo fenómeno se le denomina hoy como consumo de drogas recreativas (Calafat et al., 2000, 2001, 2004), por la gran difusión de las mismas, asociadas específicamente a la diversión, un razonable coste económico al que le pueden hacer frente muchas personas, el buscar en ellas un modo de potenciar la resistencia y el placer en la diversión, o como un modo de evadirse en el tiempo libre de que se dispone. Todo ello implica en muchas ocasiones riesgos. Este es un fenómeno que se circunscribe de modo muy importante a la adolescencia y primera juventud. Declina su relevancia en la vida adulta, y paralelamente el consumo de sustancias y los problemas que ellas pueden acarrear, cuando la persona tiene que asumir sus responsabilidades de adulto al tener un trabajo, formar una familia, tener hijos, etc.

Como es bien sabido, en los jóvenes se ha producido en los últimos años una importante transformación de la diversión y de los hábitos de consumo asociados con ella. La vida recreativa, el pasarlo bien, el salir de marcha, se ha convertido en un nuevo fenómeno, más que por nuevo, ya que la gente se ha divertido siempre, por sus nuevas características. Además, este nuevo fenómeno ha estado asociado en parte importante en sus inicios, al consumo de éxtasis, para pasarlo mejor y aguantar la noche, a la baja percepción de riesgo de su consumo, al cambio de los horarios de diversión, al surgimiento de los locales afters (que abren a altas horas de la madrugada y cierran a media mañana o final de la misma), las rutas del bakalao, etc., todo lo cual ha constituido un nuevo modo de divertirse que antes no existía y que es reciente en el tiempo. Y, esta nueva forma de diversión, se asocia en una parte de los que participan en ella con un consumo de sustancias para aguantar mejor la noche y pasarlo bien. De ahí la asociación entre vida recreativa y consumo de drogas. En todo caso nunca hay que olvidar que cuando hablamos de consumo

de drogas hay que conocer el dato epidemiológico real, en el sentido de que siempre hay más personas jóvenes, si nos referimos a ellos, que no consumen drogas ilegales que los que las consumen (Calafat et al., 2001, 2004). Por suerte, el consumo se circunscribe habitualmente al fin de semana, aunque este tipo de conductas incrementa la probabilidad de que un porcentaje de los mismos tengan problemas de consumo abusivo de drogas o de alcohol y que aparezcan pronto sus problemas asociados, especialmente por el policonsumo recreativo. Estamos asistiendo en estos últimos años a un cambio en los patrones de consumo de sustancias en los jóvenes asociados a esta nueva forma de divertirse. Y este cambio no es sólo característico de nuestros jóvenes sino que es un fenómeno que se está produciendo en el resto de los países europeos (Calafat et al., 2001). Es una señal más de la creciente homogenización a la que vamos no solo en la moda, estética, forma de vestir, sino también en los consumos de las distintas drogas.

El paso de la adolescencia a la adultez. Asunción de roles adultos y papel de las drogas en la vida del individuo

Hoy sabemos, gracias a toda una serie de estudios de seguimiento desde la adolescencia a la adultez, que el consumo de drogas no es igual cuando se es adolescente que cuando se pasa a ser adulto, a asumir los roles adultos en la sociedad concreta en la que se vive (Bachman et al., 2002). Como un ejemplo, Baer, MacLean y Marlatt (1998), después de revisar varios de los estudios longitudinales que se han realizado en donde se han seguido a las personas desde la adolescencia hasta el final de la misma o hasta su vida adulta, concluyen, referido al consumo de alcohol, que éste va incrementándose en la adolescencia pero a partir de los 20 años de edad declina no sólo el consumo de alcohol sino también el consumo de sustancias, estando el pico del mayor consumo en la adolescencia y en la adultez temprana. Las causas que se han aducido para este cambio se relacionan con la asunción de los roles adultos, indicándose entre las más importantes el matrimonio, tener hijos y comenzar a trabajar. Esto facilitaría una moderación en el consumo de alcohol. O, visto de otro modo, la menor disponibilidad de tiempo para beber y el mayor control por parte del otro miembro de su pareja, de su familia más extensa y del mismo sistema social y laboral, facilitaría el no beber.

Por tanto, es claro que una parte del consumo de sustancias que hacen los adolescentes remite con el tiempo, in-

cluso aunque dicho consumo esté asociado a distintos problemas psicosociales (Baer et al., 1998). Los problemas que no remiten suelen estar asociados con problemas de desarrollo temprano como conflicto familiar y conducta desviada. Esto sugeriría que en estas personas hay un proceso de desarrollo diferente a la gran mayoría de los adolescentes, especialmente a los que aún consumiendo sustancias han tenido problemas medios o moderados y que, incluso, consumiendo esporádicamente en su vida adulta, e incluso en una ocasión puntual de modo importante, no desarrollan problemas. Conocer estos aspectos más claramente es de una relevancia clara, especialmente para el campo de la prevención de las drogodependencias, para la detección precoz de las conductas problema y para el rendimiento académico de los que ahora están en la fase de prueba. También para los adultos que llevan a cabo estas conductas. El poder conocer tipos de personas con patrones distintos de consumo y tipos de problemas producidos por los mismos, nos podría proporcionar un cuadro más exacto de esta evolución desde las edades tempranas hasta la adultez, con todos los aspectos de incorporación social con plenos derechos que tienen los adultos, en su sentido social. Por ello, White, Bates y Lebovieve (1998) consideran que ya es hora de modificar el centro de la actual investigación y de los esfuerzos preventivos y que hay que dedicar más esfuerzos al estudio de los últimos años de la adolescencia y a la adultez temprana. Por ello lo relevante sería analizar las conductas de riesgo de los adolescentes en sus periodos de transición y ver el modo de disminuir esos riesgos.

Todo lo anterior también se relaciona con la distinción de Moffitt (1993) entre conductas problema limitadas a la adolescencia y persistentes a lo largo de la vida. Los datos indican que ello puede ser cierto en muchos casos. Moffitt (1993) encontró para la conducta delincuente que había dos tipos de personas para esta conducta problema: los que solo realizaron este tipo de conducta de modo puntual en la adolescencia y los que la hacían tanto en la adolescencia como también en la vida adulta. En el caso del consumo de drogas lo más probable es que ocurra esto, dado que los estudios analizados aquí no muestran una relación lineal de consumos en la adolescencia y en la vida adulta. Pero también esos mismos estudios (ej., Baer et al., 1998) u otros (ej., Donovan, Jessor y Costa, 1999) indican que el mejor predictor del consumo de drogas en la adultez es el consumo de drogas que hacían cuando eran adolescentes, o a veces aún antes. Conocer estos tipos de personas es una tarea que

hay que abordar en los estudios (Cairns, Cairns, Rodkin y Xie, 1998; Silbereisen, 1998). Y, en función de los mismos, aplicar la intervención preventiva que mejor se adecue a cada uno de ellos. Los tipos de programas preventivos existentes, como son los universales, los selectivos y los indicados, van en esta línea, línea que por otra parte ha comenzado a dar adecuados frutos en el campo de la prevención de las drogodependencias. A su vez, relacionado con lo anterior, es necesario conocer no sólo mejor la conducta de consumo de drogas y las conductas problemas relacionadas con las mismas, sino también factores causales directos e indirectos en relación a las mismas, como suele ejemplificarse con la relación con la comorbilidad psiquiátrica (Regier et al., 1990), todo lo cual ayudará a comprender mejor el consumo de drogas, el mantenimiento del consumo y su abandono. Con todo este conocimiento nos será más fácil realizar la prevención en drogodependencias.

TEORÍAS EXPLICATIVAS DE TIPO PSICOLÓGICO SOBRE EL CONSUMO DE DROGAS

En cualquier ciencia es de gran relevancia disponer de adecuados modelos y teorías que fundamenten la misma. Estos no son fruto de nuestra libre elucubración sino que se basan en la práctica y en los conocimientos que tenemos sobre el campo (en el caso del consumo de drogas sobre los factores de riesgo y protección del consumo de drogas, de los estudios epidemiológicos, empíricos y de seguimiento realizados, y en todo el amplio abanico de conocimientos de que disponemos sobre drogas, la adolescencia y adultez temprana, la prevención, el diseño de programas, la evaluación de programas preventivos, y así un largo etcétera.).

Como hemos indicado en otro lugar (Becoña, 1999), podemos considerar varios grupos de teorías y modelos explicativos para el consumo de drogas: 1) teorías y modelos parciales o basadas en pocos componentes, 2) teorías y modelos de estadios y evolutivas y 3) teorías y modelos integrativos y comprensivos. Analizando los mismos se aprecia que la mayoría de los modelos explicativos son de tipo psicológico, bien incluyendo solo procesos psicológicos o combinándolos con procesos biológicos y sociales

Dentro de las teorías y modelos denominados parciales o basadas en pocos componentes, se incluyen una serie de ellos que se caracterizan por explicar el consumo de drogas con muy pocos elementos o componentes. Aquí están las teorías y modelos biológicos, como es la adic-

ción como un trastorno con sustrato biológico, donde se reduce la explicación del trastorno a una causa fundamentalmente biológica y la hipótesis de la automedicación. También el modelo de salud pública, creencias de salud y competencia, estos últimos como evolución del primero y el modelo de creencias de salud.

Una teoría de gran relevancia para la explicación del consumo, para el tratamiento y para la prevención es la teoría del aprendizaje. La teoría del aprendizaje explica la conducta como un fenómeno de adquisición que sigue unas leyes, las del condicionamiento clásico, operante y aprendizaje social.

Otro grupo de teorías que han tenido una gran relevancia desde mediados de los años 70 son las teorías actitud-conducta. De ellas destacan la teoría de la acción razonada de Fishbein y Ajzen y la teoría de la conducta planificada de Ajzen. El objetivo de las mismas es la predicción de la conducta desde la actitud o actitudes del sujeto y de las normas subjetivas, estando ambas mediadas por la intención conductual, en el modelo de Fishbein y Ajzen, y en el de Ajzen junto a las anteriores también por el control conductual percibido.

Otro grupo de teorías simples son las agrupadas como teorías psicológicas basadas en causas intrapersonales o las basadas en la afectividad, el modelo sistémico y el modelo social.

El segundo gran conjunto, las teorías y modelos de estadios y evolutivas, son todas psicológicas. Las mismas se basan o inciden en su explicación en los estadios o en el desarrollo evolutivo de las personas respecto a su madurez y el consiguiente consumo de drogas. El más conocido es el modelo evolutivo de Kandel. Básicamente, su modelo se basa en que el consumo de drogas sigue unos pasos secuenciales, donde se comienza por una primera sustancia de iniciación (drogas legales, alcohol y tabaco) que sirven de elemento facilitador para el posterior consumo de otras sustancias, especialmente marihuana en un segundo paso, y luego las drogas ilegales, en los que llegan a consumir finalmente éstas. La idea básica que plantea es que el consumo de drogas ilegales, marihuana, cocaína, heroína, etc., se producen de modo secuencial o evolutivo, partiendo del consumo de las drogas legales, el alcohol y el tabaco. Los estudios por Kandel realizados, tanto de tipo longitudinal como transversal, indican la existencia de cuatro etapas por las que pasan los consumidores de drogas ilegales: 1) cerveza o vino, 2) cigarrillos o licores, 3) marihuana, y 4) otras drogas ilegales. El consumo de drogas legales

es el elemento intermedio que está entre el no consumo de ninguna sustancia y el consumo de marihuana, antes de pasar al consumo de otras drogas ilegales. Es también importante resaltar que en la década de los años 70 el modelo de Kandel ha aportado un elemento nuevo hasta ese momento inexistente en el campo de la prevención. Su modelo indica que no es necesario que la secuencia anterior se dé en todos los sujetos por igual. El consumo de una sustancia en una fase incrementa de modo importante y significativo la probabilidad de pasar a la siguiente fase de consumo. Hay varias influencias básicas que se relacionan con el consumo o no de las drogas ilegales. Los dos principales son la familia y los iguales, y a estos dos ha dedicado la mayor atención en sus estudios. Junto a ellos estarían los factores del individuo y otras conductas desviadas. Junto al contacto con las distintas sustancias también se tendrían dos tipos de influencia: la interpersonal y la intrapersonal o características personales (por ejemplo, la relación entre depresión y abuso de sustancias). La utilidad del modelo ha sido comprobada en varios estudios de seguimiento. Además, el patrón de evolución propuesto se ha encontrado tanto en hombres como en mujeres, en distintas edades, en personas de raza blanca y de color, lo que muestra un gran nivel de generalización.

Otro modelo de estadios o etapas es el de Werch y DiClemente, el modelo de etapas motivacionales multicomponente, basándose en los estadios de cambio de Prochaska y DiClemente. El modelo del proceso de reafirmación de los jóvenes de Kim incluye como componentes el adecuado apoyo familiar, adecuado apoyo social, cuidado y apoyo de los adultos en la vida del joven, altas expectativas sobre el joven por parte de otras personas relevantes para él en el mundo social, amplias oportunidades de aprender habilidades para la vida que tengan implicaciones relacionadas con el trabajo, oportunidades relevantes para asumir responsabilidades, oportunidades para participar y contribuir significativamente a los asuntos de tipo social, cultural, económico y público de la escuela, comunidad y gobierno, amplias oportunidades para demostrar habilidades y éxitos, y tener su rendimiento reforzado por otras personas para él relevantes en la escuela, la casa y por los otros adultos en su ambiente social. Otros modelos evolutivos son el de madurez sobre el consumo de drogas de Labouvie, la teoría de la pseudomadurez o del desarrollo precoz de Newcomb, el modelo psicopatológico del desarrollo de la etiología del abuso de drogas de Glantz. Otro que

destaca es el de la teoría de la socialización primaria de Oetting y colaboradores.

Finalmente, los modelos y las teorías integrativas y comprensivas tienen como objetivo explicar la conducta de consumo de drogas mediante la integración de distintos componentes de diversas teorías, o bien plantean una teoría comprensiva que permite explicar por sí sola dicha problemática. Aparte del modelo de promoción de la salud, también a veces conocido como de la salud pública, que incluye elementos psicológicos pero también otros, y se ha elaborado desde el campo médico orientado a la planificación, los demás son psicológicos, como son la teoría del aprendizaje social, red denominada más actualmente como teoría cognitiva social, de Bandura, el modelo del desarrollo social de Catalano, Hawkins y sus colaboradores, el cual es una teoría general de la conducta humana cuyo objetivo es explicar la conducta antisocial a través de la especificación de relaciones predictivas del desarrollo, dando gran relevancia a los factores de riesgo y protección, integrando otras teorías previas que han tenido apoyo empírico, como son la teoría del control, la teoría del aprendizaje social y la teoría de la asociación diferencial. Otra teoría de gran relevancia es la de la conducta problema de Jessor y Jessor, más actualmente red denominada como la teoría para la conducta de riesgo de los adolescentes, en la

que considera unos factores de riesgo y protección, unas conductas de riesgo y unos resultados del riesgo. También recientemente Botvin ha propuesto un modelo integrado general de la conducta de uso de drogas, el cual es un modelo eminentemente descriptivo para fundamentar su programa preventivo.

LA PSICOLOGÍA Y LA PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS

El tratamiento es muy importante para las personas que tienen un trastorno pero aún es más importante prevenir que nuevas personas lleguen a padecer el mismo. Esto está claro cuando hablamos del consumo de drogas.

La mayoría de los programas preventivos eficaces han sido realizados por psicólogos, al menos los de última generación que funcionan adecuadamente (programas psicosociales, basados en la evidencia, etc.) (ver Becoña, 2006). Fue en los años 70 y 80 cuando aparecen los programas preventivos basados en el modelo de influencias sociales o psicosociales a partir de distintos estudios, tanto de la psicología social (Evans, 1976), como del aprendizaje social (Bandura, 1986) y de los estudios sobre los antecedentes del consumo de drogas (Jessor y Jessor, 1977). Estos programas dan gran relevancia al aprendizaje de habilidades sociales específicas. En los años 80 y 90 surge el modelo de habilidades generales, que insiste en que es necesario entrenar a los jóvenes no sólo en habilidades específicas para rechazar el ofrecimiento de las distintas drogas, sino que es necesario entrenarlos en habilidades generales más allá de lo que se venía haciendo en el campo de la prevención de las distintas drogas. De ahí que se denomine modelo de habilidades generales, porque va más allá del entrenamiento específico en el rechazo al consumo de drogas (Botvin, 1995).

Si tuviésemos que caracterizar a los programas eficaces actuales tendríamos que indicar que éstos se basan en la evidencia científica que tienen, la cual recoge los avances que se han realizado hasta el momento presente, como han sido los programas de influencia social, u otros que incluyen componentes que han mostrado ser eficaces. Esto parte de que, en los últimos años, en el campo científico aplicado ha habido una gran revolución en lo que se ha denominado la medicina basada en la evidencia, la psicología basada en la evidencia (Labadador, Echeburúa y Becoña, 2000), todo lo cual se ha ido extendiendo a todos los aspectos de las ciencias biomédicas, las ciencias sociales y la misma prevención de drogas. Lo que subyace a esto es que debemos utilizar

TABLA 1
ELEMENTOS MÁS IMPORTANTES QUE DEBEN ESTAR PRESENTES EN UN BUEN PROGRAMA PREVENTIVO PARA EL CONSUMO DE TABACO

1. Información sobre el tabaco y las consecuencias en la salud
2. Conocimiento de los factores relacionados con el inicio y mantenimiento del consumo de tabaco
3. Conocer y detectar los factores de riesgo y protección para todo el grupo y para ciertos individuos del grupo
4. Entrenamiento en habilidades de resistencia y rechazo de los cigarrillos
5. Entrenamiento en habilidades para la vida cotidiana
6. Toma de decisiones y compromiso de no consumo
7. Promover estilos de vida saludables
8. Más allá de la escuela: incidir en los amigos, padres y comunidad
9. Implicar en la medida de lo posible a la familia (AMPAS y padres o tutores)
10. Implicar a toda la escuela en el programa (profesores que no fumen, que no consuman otras sustancias, que promuevan estilos de vida saludables)

Fuente: Becoña (2006).

aquello que tiene no sólo una buena fundamentación teórica, sino que tiene que tener una buena base empírica basada en la evidencia y demostrar que consigue el resultado que se espera. Esto es, que es eficaz.

Como hemos indicado en otro lugar (Becoña, 2006), hoy sabemos cuales son los elementos eficaces de un programa preventivo para aplicar en la escuela (ver tabla 1). Como venimos abogando, la prevención en la escuela debe hacerse en una asignatura específica semanal de Educación para la Salud o título semejante. El actual sistema preventivo en la escuela a través de la transversalidad se hace inoperante en muchos casos, no se imparte tal transversalidad o no tiene la intensidad que necesita para surtir el efecto deseado.

Hoy es relativamente fácil disponer de un listado fiable de todos los programas que funcionan en la prevención de las drogodependencias (ej., Gardner, Brounstein, Stone y Winner, 2001; McGrath, Sumnall, McVeigh y Bellis, 2006; Robertson, David y Rao, 2003).

En España podemos ver el *Catálogo de programas de prevención de drogodependencias* (Antón, Martínez y Salvador, 2001; Martínez y Salvador, 2000), auspiciada por la Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid. A su vez la evaluación de qué programas funcionan lo podemos ver a través de distintos metaanálisis (ej., Thomas, 2002; Tobler et al., 2000), como de revisiones sistemáticas (ej., Jones, Sumnall, Burrell, McVeigh y Bellis, 2006).

De todo lo dicho es claro que los psicólogos y psicólogas tenemos mucho trabajo por hacer en el tema de las drogodependencias y otras adicciones, tanto en los aspectos preventivos como en los de tratamiento. La psicología conoce bien lo que es una adicción, tiene una completa explicación psicológica para la misma y programas preventivos adecuados para que las personas no comiencen a consumir drogas. La evaluación de los mismos y su adecuada implantación permitiría una mejor prevención del consumo de drogas en nuestros niños, adolescentes y jóvenes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Antón, A., Martínez, I. y Salvador, T. (2001). *Catálogo de programas de prevención de drogodependencias 2*. Madrid: Agencia Antidroga.
- Atkinson, R.L., Atkinson, R.C., Smith, E.E., Bem, D.J. y Nolen-Hoeksema, S. (1996). *Hilgard's introduction to psychology (11th. ed.)*. Fort Worth, TX: Harcourt Brace College Publisher.
- Baer, J.S., MacLean, M.G. y Marlatt, G.A. (1998). En R. Jessor (ed.), *New perspectives on adolescent risk behavior* (pp. 182-220). Cambridge, RU: Cambridge University Press.
- Baumrid, D. (1980). New directions in socialization research. *American Psychologist*, 35, 639-650.
- Bayés, R. (1991). *Psicología oncológica, 2 ed.* Barcelona: Martínez-Roca.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall (trad. cast.: Barcelona, Martínez-Roca, 1987).
- Becoña, E. (1999). *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Becoña, E. (2003). Tabaco y salud mental. *Revista Thomson Psicología*, 1, 119-137.
- Becoña, E. (2006). Tabaco. Prevención y tratamiento. Madrid: Pirámide.
- Becoña, E. (en prensa). Riesgo, control y autocontrol entre los jóvenes que buscan la diversión. En A. Calafat (Ed.), *La democratización del placer*. Palma de Mallorca: Irefrea.
- Becoña, E. y Calafat, A. (2006). Los jóvenes y el alcohol. Madrid: Pirámide.
- Becoña, E. y Oblitas, L. (2006). Promoción de estilos de vida saludables. En L. A. Oblitas (Ed.), *Psicología de la salud y calidad de vida* (2 ed., pp. 83-109). México: Thomson.
- Botvin, G. (1995). Entrenamiento en habilidades para la vida y prevención del consumo de drogas en adolescentes: consideraciones teóricas y hallazgos empíricos. *Psicología Conductual*, 3, 333-356.
- Bachman, J.G., O'Malley, P.M., Schulenberg, J.E., Johnston, L.D., Bryant, A.L. y Merline, A.C. (2002). *The decline of substance use in young adulthood. Changes in social activities, roles, and beliefs*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publisher.
- Blackman, S.J. (1996). Has drug culture become an inevitable part of youth culture? A critical assessment of drug education. *Educational Review*, 48, 131-142.
- Cairns, R.B., Cairns, B.D., Rodkin, P. y Xie, H. (1998). New directions in developmental research: Models and methods. En R. Jessor (ed.), *New perspectives on adolescent risk behavior* (pp. 13-40). Cambridge, RU: Cambridge University Press.

- Calafat, A., Fernández, C., Juan, M., Becoña, E. y Gil, E. (2004). *La diversión sin drogas. Utopía y realidad*. Palma de Mallorca: IREFREA.
- Calafat, A., Fernández, C., Juan, M., Bellis, M.A., Bohrn, K., Hakkarainern, P. et al. (2001). *Risk and control in the recreational drug culture. SONAR Project*. Palma de Mallorca: IREFREA.
- Calafat, A., Juan, M., Becoña, E., Fernández, C., Gil, E., Palmer, A., Sureda, P. y Torres, M.A. (2000). *Salir de marcha y consumo de drogas*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Carlson, N.R. (1998). *Fisiología de la conducta*. Barcelona: Ariel.
- Comisión Clínica (2006). *Cannabis. Informes de la comisión clínica*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Craig, G.J. (1997). *Desarrollo psicológico (7 ed.)*. México: Prentice-Hall Interamericana.
- Donovan, J.E., Jessor, R. y Costa, F.M. (1999). Adolescent problem drinking: Stability of psychosocial and behavioral correlates across a generation. *Journal of Studies on Alcohol*, 60, 352-361.
- Evans, R. (1976). Smoking in children: Developing a social psychology strategy of deterrence. *Preventive Medicine*, 5, 122-126.
- Fernández Hermida, J.R. y Secades, R. (Eds.), *Intervención familiar en la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Funes, J. (1996). *Drogas y adolescentes*. Madrid: Aguilar.
- Gardner, S.E., Brounstein, P.J., Stone, D.B. y Winner, C. (2001). *Guide to science-based practices. 1. Science-based substance abuse prevention: A guide*. Rockville, MD: Substance and Mental Health Services Administration, Center for Substance Abuse Prevention.
- Jessor, R. y Jessor, S.L. (1977). *Problem behavior and psychosocial development: A longitudinal study of youth*. Nueva York: Academic Press.
- Jones, L., Sumnall, H., Burrell, K., McVeigh, J. y Bellis, M.A. (2006). *Universal drug prevention*. Liverpool: National Collaborating Centre for Drug Prevention.
- Kandel, D.B. y Jessor, R. (2002). The gateway hypothesis revisited. En D.B. Kandel (Ed.). *Stages and pathways of drug involvement. Examining the gateway hypothesis* (pp. 365-373). Cambridge: Cambridge University Press.
- Labrador, F.J., Echeburúa, E. y Becoña, E. (2000). *Guía para la elección de tratamientos psicológicos efectivos. Hacia una nueva psicología clínica*. Madrid: Dykinson.
- Maccoby, E.E. y Martin, J.A. (1983). Socialization in the context of the family: Parent-child interactions. En P.H. Mussen (Ed.), *Handbook of child psychology. Vol. 4. Socialization, personality, and social development*. Nueva York: Wiley.
- Martínez, I. y Salvador, T. (2001). *Catálogo de programas de prevención de drogodependencias*. Madrid: Agencia Antidroga.
- McGrath, Y., Sumnall, H., McVeigh, J. y Bellis, M. (2006). *Drug use prevention among young people: A review of reviews. Evidence briefing update*. Londres: National Institute for Health and Clinical Excellence.
- Moffitt, T.E. (1993). Adolescence-limited and life-course-persistent antisocial behavior: A developmental taxonomy. *Psychological Review*, 100, 674-701.
- Oetting, E.R. y Donnermeyer, J.F. (1998). Primary socialization theory: The etiology of drug use and deviance. I. *Substance Use & Misuse*, 33, 995-1026.
- Regier, D.A., Farmer, M.E., Rae, D.S., Locke, B.Z., Zeith, S.J., Judd, L.L. et al. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. *JAMA*, 264, 2511-2518.
- Robertson, E.B., David, S.L. y Rao, S.A. (2003). *Preventing drug use among children and adolescents. A research-based guide, 2nd ed.* Rockville, MD: Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Institute on Drug Abuse; 2003.
- Silbereisen, R.K. (1998). Lessons we learned - problems still to be solved. En R. Jessor (ed.), *New perspectives on adolescent risk behavior* (pp.518-543). Cambridge, RU: Cambridge University Press.
- Thomas, R. (2002). Programas escolares para la prevención del tabaquismo (versión española). *Biblioteca Cochrane Plus*, 2002, Issue 1. Chichester, RU: Wiley and Sons.
- Tobler, N.S., Roona, M.R., Ochshorn, P., Marshall, D.G., Streke, A.V. y Stackpole, K.M. (2000). School-based adolescent drug prevention programs: 1998 meta-analysis. *Journal of Primary Prevention*, 20, 275-336.
- White, H.R., Bates, M.E. y Labouvie, E. (1998). Adult outcomes of adolescent drug use: A comparison of process-oriented and incremental analysis. En R. Jessor (ed.), *New perspectives on adolescent risk behavior* (pp. 150-181). Cambridge, RU: Cambridge University Press.

LA PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS EN ESPAÑA: EL PAPEL DE LOS PSICÓLOGOS

PREVENTION OF DRUG ABUSE IN SPAIN: THE ROLE OF PSYCHOLOGISTS

Sonia Moncada Bueno * y Ana Palmerín García **

**Jefa del Área de Prevención. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad y Consumo. **Jefa de Sección de Programas de Prevención. Instituto de Adicciones. Madrid Salud. Ayuntamiento de Madrid.*

El presente artículo trata de analizar el papel de la psicología y los psicólogos en el campo de la prevención de las drogodependencias. Para ello, proponemos un repaso de la evolución de este campo de trabajo en España, resaltando algunas de las contribuciones hechas por psicólogos que han propiciado la mejora del conocimiento y la práctica. Posteriormente, trataremos de definir el rol que deberían desempeñar los profesionales de nuestro sector en la prevención y las exigencias formativas que ello conlleva.

Palabras clave: *Psicología, psicólogos, aportaciones, prevención de drogodependencias, formación, España*

This article intends to analyse the role of Psychology and psychologists in the field of drug prevention. To do so, the development of this issue in Spain is reviewed, highlighting some of the main contributions made by the Spanish psychologists in order to improve the expertise and the practice in the field. Lastly, the authors try to define the role that the professionals in the sector should play in drug prevention, as well as the requirements in training that it involves.

Key words: *Psychology, psychologists, contributions, drug prevention, training, Spain.*

INTRODUCCIÓN

En los últimos años nuestra sociedad viene sufriendo profundos cambios en numerosos y relevantes aspectos: las relaciones y estructura familiar, los valores predominantes, las diferentes variables culturales interrelacionadas, las nuevas tecnologías y sus novedosas formas de aprendizaje, los distintos códigos de comunicación interpersonal, etc. Estos factores de naturaleza sociocultural dibujan contextos inéditos con los que el individuo debe relacionarse de la manera más adaptativa posible.

El consumo de drogas es uno de los nuevos problemas a los que se enfrenta nuestra sociedad y un reto para el que, hasta hace relativamente poco tiempo, no una había respuesta clara. La prevención de las drogodependencias también es nueva, como lo es de hecho el campo de la prevención en general, y es tan sólo en la última década cuando ha recibido un verdadero impulso para su desarrollo, al menos en España y en Europa.

Esta estrategia de intervención ha ido ganando su espacio, entre otras alternativas, en el abordaje de ésta y otras problemáticas en las que la conducta humana juega un papel central. Este hecho ha surgido de manera progresiva, a medida que se ha ido generando un cuerpo de evidencias sobre los que basar sus actuaciones.

A la construcción de este cuerpo de conocimientos contribuyen, además de la psicología, otras disciplinas como la antropología, la sociología, la epidemiología, la estadística, las ciencias políticas, medicina preventiva, etc. Cada una de estas disciplinas aporta elementos importantes para la comprensión del fenómeno y el desarrollo de estrategias de intervención, pero indudablemente la psicología ha jugado y juega un papel central en todo este proceso.

El conocimiento, que desde la psicología se establece, tanto del origen y mantenimiento de la conducta como de las variables que la determinan y la predicen, la proveen de un protagonismo que no debemos desestimar, aprovechando nuestra posición central para modificar no sólo los comportamientos, individuales y/o grupales, sino también los contextos y las organizaciones donde se desarrollan.

Pero ¿qué han aportado la psicología y los psicólogos a la prevención?, ¿qué supone la prevención como nuevo campo de trabajo para el psicólogo? Estas son las cuestiones que nos planteamos en la elaboración de este artículo y sobre las que trataremos de ofrecer algunas ideas que sirvan para dibujar el espacio el rol futuro de nuestra profesión en este ámbito.

Para su abordaje, comenzaremos haciendo un repaso de la evolución de la prevención en España y el papel desempeñado por los psicólogos en la misma. Posteriormente, trataremos de analizar el papel de los psicólogos en

Correspondencia: Sonia Moncada. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. c/ Recoletos, 22. 28001 Madrid. España. E-mail: smoncada@msc.es

cada una de las áreas y ámbitos de trabajo de la prevención. Por último, haremos un intento por dibujar un perfil profesional del psicólogo, dedicado a la prevención, que pueda servir de orientación a la hora de determinar la formación necesaria para ejercer su trabajo en este área.

REVISIÓN HISTÓRICA DE LA PREVENCIÓN EN ESPAÑA Y SUS IMPLICACIONES EN EL PAPEL DE LOS PSICÓLOGOS

Trataremos de hacer un recorrido histórico de la prevención en España, dividido en tres décadas, aproximadas, en el que pondremos de relieve algunos de los acontecimientos más significativos, sin intención de ser exhaustivos, resaltando las contribuciones de los psicólogos en esta trayectoria.

Primera etapa: los ochenta

El fenómeno de las drogodependencias y su brusca irrupción en la sociedad española, hace ya casi tres décadas (a finales de los 70), provocó primero una importante respuesta social y más tarde, la elaboración de las primeras políticas de drogas por parte de la administración. Básicamente era un periodo en el que este sector no estaba aún profesionalizado y no se disponía de un cuerpo de conocimientos que sustentara la práctica.

En 1985 se crea el Plan Nacional sobre Drogas y a partir de aquí los planes autonómicos y municipales. Se trataba de un plan eminentemente centrado en la asistencia, a pesar de que el motivo de su elaboración es una moción del Congreso de los Diputados encaminada a la elaboración de un *Plan de prevención contra la droga que también contemple la reinserción social del toxicómanos*. Esto pone de manifiesto la sensibilidad política existente en aquellos momentos de impulsar la prevención. En el Plan recién elaborado se apostaba por una prevención inespecífica, es decir, dirigida a mejorar las condiciones de vida y prevenir la marginalidad. También aparecían algunos conceptos sobre la prevención que son mantenidos en la actualidad, tales como: la necesidad de coordinación, la participación ciudadana o la promoción de la salud como marco de las acciones de prevención de las drogodependencias.

En aquel momento se establecen una serie de prioridades en prevención, como son la elaboración de material didáctico para centros educativos, la formación a padres y profesores, la edición de publicaciones especializadas, el impulso de programas experimentales de prevención, la investigación sobre epidemiología y factores de ries-

go, la creación de servicios de información y orientación municipales y programas de cooperación social.

A pesar del interés, la realidad fue que en esta primera etapa prácticamente todos los recursos se volcaron en dar una respuesta asistencial a los casos de drogodependencias. La prevención se materializaba, muchas veces, en actividades aisladas en el entorno escolar y comunitario; actuaciones de asociaciones de barrios desfavorecidos, que veían el problema de cerca, y trataban de poner en marcha acciones preventivas en sus zonas dirigidas, fundamentalmente a prevenir el consumo de los menores; cursos de formación de mediadores (sin tener muy claro a quién se debía convocar) y una gran variedad de actividades esporádicas y puntuales. Se trataba de acciones muy poco fundamentadas, inespecíficas, poco estructuradas y basadas más en la intuición y el voluntarismo que en el conocimiento y la profesionalidad de los agentes implicados.

También, se comenzaron a establecer mesas de prevención comunitaria que servirían de modelo de referencia para el trabajo de entidades locales.

Poco a poco el sector de las drogodependencias se fue profesionalizando. Al mismo tiempo, surgían servicios asistenciales que dieron lugar a una importante red a la que se destinaban gran cantidad de recursos humanos y materiales.

La creación de los servicios asistenciales fue clave para el desarrollo de todo un cuerpo de conocimiento que creció de manera inductiva, es decir, desde la práctica a la teoría. El psicólogo jugó un importante papel dentro de estos servicios y, además de la clínica, comenzó a realizar otra serie de funciones, tales como la gestión, la coordinación y la planificación de estos servicios, empezando, así, a salir de su papel tradicional más centrado en la atención directa y el trabajo con el individuo.

Su implicación en la prevención era, en estos momentos, mucho menor que en la asistencia, entre otras cosas porque la demanda social era dar respuesta inmediata a la drogodependencia y a la alarma social que generaba, además era en esa área donde se le ofrecían oportunidades de trabajo estable.

Segunda etapa: los noventa

A principios de los noventa, una vez ya creada y consolidada la red asistencial, se empezaron a generar, dentro de los planes autonómicos y locales, servicios específicos de prevención donde no quedaba claramente definido el perfil profesional, al contrario que en el caso

de la asistencia donde el psicólogo tenía un rol muy determinado. Eso hizo que a este tipo de recursos pudieran acceder profesionales de muy diferentes campos; el psicólogo no consolidaba una posición clara en estos servicios y seguía dirigiendo sus intereses profesionales más hacia la tratamiento, donde sí tenía cabida y podía adaptarse más fácilmente.

A pesar de ello, los psicólogos solían formar parte de los equipos de prevención, bien trabajando en asociaciones -muchas veces de manera voluntaria- bien desde la propia administración realizando acciones tanto de prevención como de gestión.

En relación a la práctica preventiva, aunque se había mejorado metodológicamente, aún se realizaban una gran cantidad de acciones puntuales y esporádicas, con poco o ningún rigor científico, una deficiente planificación y casi total ausencia de evaluación sistemática, y ello junto con otros programas más estructurados y de mayor calidad.

A pesar de las deficiencias técnicas de los programas iniciales, lo cierto es que el ámbito de la prevención iba tomando poco a poco cuerpo y los profesionales empezaban a demostrar inquietud por mejorar sus conocimientos y actuaciones. El Colegio de psicólogos comienza en esta época a ofertar cursos sobre prevención y aparecen publicaciones en español que facilitan la transmisión del conocimiento.

Nace en esta etapa el sistema Idea-Prevención, que recoge y sistematiza la actividad preventiva que venía emergiendo en los últimos años. Este sistema cuenta también con un boletín específico que ayuda a la difusión del conocimiento en la materia.

Unido a estos factores, el ámbito escolar, que ya era reconocido como un contexto idóneo para desarrollar acciones preventivas, recibe un impulso con la aprobación de la LOGSE en 1990, que establece la transversalidad de la Educación para la Salud en la Escuela. Esta nueva ley favorece la sensibilidad del colectivo educativo sobre la necesidad de hacer prevención y gracias a ello se comienzan a desarrollar programas dirigidos a la escuela, cursos de formación del profesorado y actividades extraescolares relacionadas con la prevención.

Poco a poco las labores del psicólogo parecen perfilarse, incluyendo el diseño de programas (escolares, familiares, comunitarios), la aplicación y evaluación de programas, así como la formación de los mediadores y la elaboración de materiales.

También comienzan a introducir contenidos de preven-

ción en los estudios de experto y master sobre drogodependencias de diversas universidades españolas. Un porcentaje importante del alumnado de estos cursos eran psicólogos.

Pero el fenómeno ya había dejado de ser un problema que afectaba sólo a poblaciones marginales. El consumo aumentó en todas las capas sociales y se modificó en sus patrones: cambió no sólo el tipo de consumidor, sino las formas de consumo, las drogas utilizadas, los contextos y las edades de inicio. Los programas de prevención empezaron a diversificarse y a plantearse otros objetivos y con otras poblaciones (programas de ocio alternativo, de reducción de riesgos, de información y sensibilización a jóvenes).

A mediados de los 90 el Plan Nacional sobre Drogas elabora una Ponencia Técnica sobre los criterios de homologación de los programas preventivos. En ella se recogen una serie de requerimientos básicos para el diseño y planificación de programas, muchos de los cuales son en realidad genéricos, es decir, útiles para la planificación de cualquier programa, incluidos los de prevención (se dice, por ejemplo, que los programas preventivos tienen que estar adecuados a necesidades, definir objetivos, deben ser evaluados etc.) lo que pone de manifiesto la precariedad metodológica del sector aún.

En 1996, los Ministerios de Sanidad y Educación firman un Convenio para promover la Educación para la salud en la escuela y dentro de ese marco se realizan una serie de acciones de interés. Se realiza de una revisión de materiales de prevención de las drogodependencias en la escuela, encontrándose que hay más de 600 materiales escolares sobre el tema. También se pone en marcha una experiencia piloto de prevención escolar: la aplicación y evaluación del programa de Habilidades de Vida de G. Botvin que se caracteriza por ser un programa inspirado completamente en modelos de intervención y metodologías derivadas de la psicología que ya había demostrado su eficacia.

La prevención escolar se ha generalizado y ya en 1999 se contabilizan en España más de 40 programas escolares validados y aplicados por las Comunidades Autónomas (*PND, memoria 2000*). La actividad preventiva se va extendiendo también a otros ámbitos como: el familiar, laboral, medios de comunicación y ocio; diversifica sus estrategias con programas de ocio alternativo y de reducción de riesgos y se integran las nuevas tecnologías al campo de la prevención.

Tercera etapa: 2000

En el año 1999 se elabora la Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008, que actualiza y replantea las respuestas al fenómeno de las drogodependencias; primero porque el fenómeno ha cambiado muchísimo y segundo porque las respuestas también han evolucionado. En ella se destaca el papel prioritario que debe jugar la prevención en las políticas de drogas. Es ya evidente la necesidad de hacer políticas integrales de reducción de la oferta y de la demanda y de enmarcar la prevención en la promoción de la salud. En la redacción de esta estrategia se puede apreciar la evolución de la prevención, no sólo en cuanto a la generalización de la misma, sino a la mejora conceptual y metodológica que ha logrado.

En ella se plantea la necesidad de consolidar y generalizar de los programas de prevención universal y el necesario impulso a la prevención selectiva e indicada. Se llama la atención sobre la necesidad de mejorar la calidad de los programas aplicados; se diversifican los objetivos y también los ámbitos de actuación, entre los que se incluyen el ámbito recreativo el sanitario y el de los medios de comunicación.

Por otro lado, desde hace algunos años, hay una gran cantidad de literatura internacional sobre la prevención de las drogodependencias, pero rara vez trasciende a los profesionales debido a la falta de publicaciones y traducciones en español.

Quizás con motivo de esta carencia, aparecen importantes publicaciones escritas por psicólogos que ayudaron a trasladar todo un cuerpo de conocimientos teóricos y empíricos en esta materia. El libro sobre modelos teóricos de Elisardo Becoña (1999) es una pieza central y se convierte pronto en un referente necesario de la prevención en España. Aparece, además, mucha otra literatura de calidad: manuales para la intervención con menores o en espacios de ocio; guías para la planificación, catálogos de programas, etc. (Arbex, 2002; Salvador, 2002; González, Fernández Hermida y Secades, 2004;) y la mayoría de las veces son psicólogos quienes los elaboran.

En esta etapa siguen mejorando la calidad de las intervenciones. Sin embargo, aún hay grandes lagunas en el terreno de la práctica. Aunque se han establecido criterios claros de prevención se detectan todavía deficiencias metodológicas en el diseño de los programas que se aplican. Sólo se evalúa una mínima parte de lo que se hace, siguen aplicándose e invirtiéndose recursos en acciones y programas de dudosa efectividad y sin embargo, otros que la han demostrado desaparecen o son muy poco difundidos.

Todo esto pone en evidencia la brecha existente entre la teoría y la práctica, que da como resultado la dificultad a la hora de materializar las evidencias preventivas. Podríamos decir, sin miedo a equivocarnos, que se apuesta en la prevención pero se cree poco en ella.

Por otra parte la prevención no se ha desarrollado de la misma manera que la asistencia, con servicios estables y profesionales con funciones bien definidas. Aunque existen departamentos de prevención en los diversos planes de drogas, la práctica preventiva está casi siempre en manos de ONGs que dependen de subvenciones para funcionar.

En 2005 se publica la evaluación intermedia de la Estrategia Nacional sobre Drogas y se ponen en evidencia algunos déficit, que tratan de ser corregidos en el Plan de Acción 2005-2008. Entre los más importantes se destaca la necesidad de impulsar la prevención en el ámbito sanitario y en los medios de comunicación como medidas para hacer frente a las tendencias crecientes de consumo, relacionadas con las reducciones significativas en la percepción del riesgo que la población asocia al consumo de sustancias.

APORTACIONES DEL PSICÓLOGO EN LOS DISTINTOS ÁMBITOS DE LA PREVENCIÓN

Los psicólogos hemos comprendido, desde siempre, la importancia de su papel en el campo de las drogodependencias. El bagaje teórico-científico y flexibilidad que nos proporciona nuestra disciplina y todas sus áreas de estudio (clínica, educativa, comunitaria, social, etc) nos capacita ampliamente para desarrollar técnicas de intervención que tengan validez en diferentes entornos comunitarios, difundir nuestros conocimientos a otros agentes sociales, iniciar investigaciones que den soluciones a las diferentes problemáticas que abarcan las conductas adictivas, y, en definitiva, para detectar, difundir y generar los cambios sociales necesarios que posibiliten estilos de vida saludables (Bender, 1972, Silverman, 1978, Costa y López, 1986). En este panorama el psicólogo se presenta, junto a otros agentes sociales, como una figura fundamental capaz de modificar en influir en los entornos y en los propios individuos para favorecer el desarrollo de estilos de vida saludables.

Ya en 1986 el Colegio de Psicólogos publicaba una serie de artículos en Papeles del psicólogo (vol 4 nº 24; enero 1986) sobre nuestro rol en el campo de las adicciones. Precisamente en su editorial se nos avisaba de la necesidad de no cometer los mismo errores que otros sectores que no habían cuidado la fundamentación, la

calidad y consistencia de las intervenciones, apuntándose la necesidad de proponer, desde la psicología, criterios y estrategias que así lo garantizaran.

Realmente podemos decir, mirando atrás, que en todos estos años hemos jugado un papel importante en el desarrollo de la prevención y hemos hecho grandes aportaciones para su crecimiento. No sólo hemos aportado fundamentos teóricos relevantes, también hemos realizado investigaciones, asesoramientos útiles para el progreso de políticas y actuaciones generales; diseño de programas, aplicándolos y evaluándolos e incorporando instrumentos y técnicas que nos son propias. No debemos olvidar que hoy en día muchos programas, especialmente los educativos, están contruidos en base a criterios aportados desde la psicología.

Los psicólogos hemos logrado ubicarnos en posiciones que abarcan el continuo entre la teoría, la practica y la gestión de la prevención. Así, nos encontramos en la actualidad con psicólogos trabajando en prevención en las Universidades; en departamentos específicos de la administración central, autonómica y local; en el ámbito laboral, integrados en servicios de prevención; en asociaciones y ONGs, etc.

En definitiva, tanto su ubicación como su cualificación profesional le capacitan para realizar grandes aportaciones en la mejora del conocimiento y de la práctica preventiva, tales como:

- **La mejora de la calidad de las intervenciones:** los psicólogos tienen una formación que les capacita para diseñar y planificar programas de calidad, pasando a ser un garante del rigor metodológico de los programas. Su preparación de base le sirve para iniciar todas esas tareas, además de la gestión y coordinación de equipos debido a los conocimientos añadidos que le aportan los fundamentos teóricos de la psicología. Por otro lado, estos fundamentos primigenios nos proporcionan la visión necesaria para resolver futuras cuestiones que vayan surgiendo, aportándonos la flexibilidad suficiente para adaptarnos a nuevos retos.
- **Integración de conocimientos teoría-practica:** el psicólogo está en un lugar idóneo para combinar la información proveniente de la teoría y la practica, es decir, ocupar el lugar intermedio entre la investigación y la acción. Su trabajo, en colaboración con otras disciplinas, le permite tener en cuenta perspectivas y elementos cruciales que muchas veces son clave para el éxito de los programas. En definitiva, le permite adaptar los programas desde una pers-

pectiva ecológica. No olvidemos que en la actualidad éste es uno de los retos de la prevención: comprender por qué programas similares no dan los mismos resultados en distintos contextos de intervención. Asimismo, es necesario conocer las claves de las buenas prácticas. La Universidad debe escuchar a los profesionales que aplican los programas y conocen la realidad, así como los impedimentos que surgen en la aplicabilidad de los mismos; si no, corremos el riesgo de generar estupendos programas alejados de la comunidad.

- **Capacitación de profesionales de otros sectores:** muchas veces su labor consiste en que otros integren sus perspectivas y los elementos que las componen en sus planteamientos. Es el caso de la prevención escolar, donde trabajar junto con el profesorado es imprescindible; de los medios de comunicación, donde hay que colaborar y asesorar a profesionales de la información ; en el sistema sanitario; en las familias, etc. En todos estos casos, el psicólogo aporta sus conocimientos y sus técnicas para que sean aplicadas por otros.
- **Transferencia del conocimiento:** a pesar de que en los últimos años los psicólogos han realizado importantes esfuerzos en elaborar y difundir las evidencias en prevención, se debe insistir en este aspecto. Además, aún existe una gran cantidad de literatura internacional relevante que no se traduce o no se difunde lo suficiente.
- **Papel de referentes expertos:** en la situación actual hay una clara confusión de mensajes sobre drogas, que llegan a la población, a través de informaciones contradictorias; por otra parte también hay, entre los propios profesionales del campo, ambivalencia a la hora de optar por las mejores estrategias de intervención. Es necesario conseguir credibilidad y ocupar una posición de expertos en ambos sentidos, tanto de cara a la sociedad como al cuerpo de profesionales del sector.

Teniendo en cuenta todo lo dicho, propondremos a continuación algunos de los contenidos formativos, habilidades y retos que debe asumir el psicólogo para desarrollar adecuadamente éstas y otras funciones en el campo preventivo.

HACIA UN PERFIL DEL PSICÓLOGO QUE TRABAJA EN PREVENCIÓN

La prevención de drogodependencias ha supuesto un

cambio en el rol tradicional del psicólogo más centrado en el área asistencial. Hoy es asumido por todos que los programas de prevención se deben encuadrar dentro de la Promoción de la Salud (Plan Nacional sobre Drogas, 1985, 2000.), cuyas estrategias están dirigidas a modificar los entornos y los estilos de vida, entendiendo éstos como constelaciones de comportamientos más o menos organizados, complejos y estables, que están claramente condicionados por el entorno donde viven las personas (Costa y López, 1996). Esto implica que el psicólogo debe abandonar su rol clínico tradicional, adoptando un papel más activo, sin esperar pasivamente que los problemas acudan a él e implicándose, inexcusablemente, con la colectividad objeto de su intervención para dar respuesta a las necesidades y demandas detectadas.

Por otro lado, la propia complejidad del fenómeno le exige tener una perspectiva mucho más global de los problemas que aborda, no tan centrada en el sujeto, obligándole a intervenir en distintos niveles que van desde la elaboración teórica y la investigación, al asesoramiento de políticas de intervención, la formación, el diseño de programas, la aplicación directa de los mismos y su evaluación, tal y como se ha descrito.

Esta complejidad le fuerza a trabajar entre diferentes disciplinas con las ventajas e inconvenientes que esto conlleva. Entre las ventajas más determinantes destaca la posibilidad de dar respuestas integrales y ajustadas a estas problemáticas, aumentando la eficacia, eficiencia y efectividad de las acciones diseñadas. Sin embargo, el trabajo interdisciplinar implica un mayor esfuerzo de concreción a la hora de definir las funciones de los diferentes profesionales implicados, una formación más global pero al mismo tiempo más específica, que nos aporte un marco de referencia desde el que guiarnos, y un lenguaje común a través del cual diseñar nuestras intervenciones.

Debemos evitar, en la medida de lo posible, dos de los fallos más comunes que pueden darse en el desarrollo de la labor interdisciplinar: la mera suma de funciones, que nos aleja de la globalidad de la acción emprendida; y el solapamiento de tareas, que nos aboca a una confusión en la metodología y, por ende, al desconcierto entre la población a la que nos dirigimos.

Para realizar con éxito estas tareas, el psicólogo debe conocer una serie de elementos, teóricos y prácticos, que le permitan llevar a cabo con éxito su trabajo. Ya en la creación del Plan Nacional sobre Drogas se apuntaba (PND, 1985) la necesidad de asegurar la correcta formación en drogodependencias, incluida la prevención, a los estudian-

tes de las disciplinas relacionadas más directamente con este ámbito (sanitarios, educadores sociales, sociólogos, psicólogos...); al igual que apoyar los esfuerzos encaminados a la actualización y reciclaje de los profesionales ya en ejercicio. En la consecución de estos objetivos, la labor de los diferentes colegios profesionales y los planes de estudio de las universidades son fundamentales.

Actualmente todos los colegiados estamos al tanto del riesgo que, para la adecuación formativa y la práctica de nuestra profesión, suponen las propuestas del MEC (Ministerio de Educación y Ciencia) sobre el desarrollo de los estudios de psicología. Éste no prevé que tanto el Grado como los Master en psicología cuenten con directrices propias, lo que no garantizará una formación adecuada y homogénea de los futuros psicólogos. Sin embargo, al margen de esta polémica y confiando en que haya soluciones que garanticen los objetivos de idoneidad y homogeneidad, creemos que es conveniente que la formación del psicólogo abarque diferentes aspectos si queremos que se presente como una profesión competitiva en el ámbito de la prevención de drogodependencias. Entre estos contenidos sugerimos los siguientes:

- Bases teórico- prácticas de la promoción de la salud y la prevención de las drogodependencias: conocimientos sobre los modelos teóricos explicativos del consumo, sobre factores de riesgo y protección y sobre las diferentes estrategias preventivas de promoción y educación de la salud.
- Conceptos teóricos relativos a las drogas y las drogodependencias, así como conocimientos sobre las sustancias, sus características, efectos y riesgos ; sobre los distintos perfiles de consumidores y las tendencias de consumo.
- Conocimiento sobre planificación y evaluación de programas.
- Conocimiento sobre investigación aplicada y metodología científica.
- Información sobre los programas y recursos existentes en prevención.
- Comprensión de los elementos que determinan la toma de decisiones en políticas de salud para lograr que éstas tengan en cuenta la evidencia.
- Marco legislativo sobre drogas.
- Técnicas de transmisión de la información científica, fundamentalmente la dirigida a la población y a otros profesionales.
- Nociones sobre las diferentes opciones de tratamiento y la evidencia sobre su efectividad.

- Comprensión de las diferentes etapas evolutivas para adaptar los programas a las edades de los destinatarios.
- Habilidades y estrategias para el trabajo individual, grupal y comunitario ajustadas a los distintos niveles de prevención: universal, selectiva e indicada.
- Coordinación y motivación de equipos de trabajo.

Estos contenidos deberían materializarse y garantizarse tanto en los estudios de grado, como los de postgrado y master haciendo énfasis, en unos u otros aspectos, en función de la ubicación profesional.

Sin embargo, en el caso de los psicólogos que trabajan en programas selectivos e indicados, es necesario tener en cuenta ciertos aspectos:

Tradicionalmente el psicólogo ha desarrollado primordialmente su trabajo de manera más eficaz en contextos de intervención controlados, donde el individuo acude, con más o menos reparos, a manifestar un malestar que le impide desarrollar su vida cotidiana de una manera satisfactoria. En estos entornos los límites de la relación terapéutica se establecen con cierta facilidad. Nuestra comunicación verbal y no verbal, nuestra condición de expertos, incluso la separación física que permite el propio mobiliario entre ese individuo y nosotros facilitan dichos límites. A nuestro servicio o consulta acude, a solicitud nuestra y siempre que es posible, su familia, pareja, amigos, etc. En definitiva, estamos en nuestro terreno.

En la prevención en general, y en el ámbito de la población en riesgo en particular, el psicólogo se sitúa ante el reto de intervenir con subgrupos de población que no manifiestan ninguna necesidad de nuestros servicios, donde nuestra condición de expertos no queda reflejada por un título colgado en la pared, donde los códigos y canales de comunicación son desconocidos, en muchas ocasiones, por nosotros y donde el entorno nos exige una mayor implicación y compromiso, dificultando la delimitación de nuestro rol profesional. Estamos en su terreno.

Debido a los elementos que componen este ámbito, la formación del psicólogo va a requerir de un especial entrenamiento, tanto a nivel de conocimientos como de habilidades, basada fundamentalmente en los principios de la prevención pero encuadrada dentro de un panorama más amplio donde confluyan: la psicología educativa, evolutiva, social, comunitaria, clínica... En este área, tan importante es conocer y actualizar los principios por los que se rige la adquisición del comportamiento adictivo como saber qué conocimientos queremos transmitir, las estrategias que permiten un mejor aprendizaje y afirma-

ción de los mismos, cómo modificar el entorno para facilitar la ejecución de comportamientos saludables, qué condicionantes evolutivos, culturales o de género rigen su comportamiento o cómo posibilitar cambios en los individuos, entre otros aspectos.

En este terreno debemos abandonar prácticas inmovilistas, captando activamente a la población, analizando sus necesidades, conociendo in situ cómo se relaciona con su entorno y cómo éste, a su vez, determina el desarrollo o inhibición de comportamientos saludables y la aplicabilidad real de los programas que diseñemos. Para realizar estas tareas, el compromiso e implicación con las mismas es fundamental, ya que tradicionalmente estos subgrupos de población se mueven en contextos poco incentivadores, donde la relación existente entre expectativas y resultados es claramente insatisfactoria, promoviendo comportamientos de rechazo y desconfianza ante todo lo que proviene de elementos ajenos a su grupo natural, fundamentalmente si las respuestas provienen de servicios institucionales.

CONCLUSIONES

A pesar de que la prevención es un campo de conocimientos relativamente reciente en España, en los últimos años ha adquirido una base científica y empírica de importancia. A este desarrollo han contribuido diferentes disciplinas, permitiendo generar un campo de conocimientos, científicos y técnicos, que mejoran y enriquecen un área tan íntimamente relacionada con variables personales y sociales que difícilmente pueden fragmentarse. Este enriquecimiento ha facilitado el abandono de modelos reduccionistas que se mostraban ineficaces en el planteamiento y comprensión de las adicciones.

Nuestra pretensión a lo largo de este artículo ha sido describir, de forma general, cómo los psicólogos han contribuido de manera muy especial al crecimiento y consolidación de la prevención a lo largo de los distintos periodos por los que ha pasado el campo de las drogodependencias en nuestro país. Sus aportaciones han quedado reflejadas en diversas vertientes donde alcanzan las cotas más eficaces, destacando: la investigación y desarrollo de modelos teóricos donde sustentar las acciones; la alianza, por su ubicación, entre la teoría y la práctica, adaptando los programas a las diferentes realidades sociales y asumiendo su rol de experto; difusión del conocimiento y formación; incorporación de sus estrategias y metodologías con el fin de ser utilizadas por otros profesionales. Todo ello sin olvidar el papel que desempeñan en la gestión y coordinación de recursos.

Podemos afirmar, por tanto, que actualmente los psicólogos disponen de un bagaje de conocimientos y experiencias que les permiten desarrollar con gran calidad programas preventivos.

Dada la complejidad del fenómeno que nos ocupa y las posibilidades de intervención que nos permiten nuestra disciplina, tal y como hemos referido, al psicólogo se le exige tener una visión más amplia, no tan centrada en el individuo, asumiendo su papel en distintos niveles que van desde la elaboración teórica, metodológica y práctica de las acciones preventivas hasta la formación y asesoramiento de políticas de intervención. Para ello es necesario diseñar planes de formación y actualización globales y homogéneos, tanto de grado, postgrado y master, que garanticen su capacitación y consolidación de roles. Esta formación debe abarcar no sólo aspectos teórico-prácticos meramente preventivos, sino también conocimientos globales (legislativos, educativos, farmacológicos, asistenciales, etc.) aportados por otras áreas.

La necesidad de abandonar posturas excesivamente tradicionales en el abordaje de la prevención e implicarnos en la comunidad con la que trabajamos, queda ampliamente reflejada, también, en el diseño y aplicación de los programas dirigidos a colectivos en riesgo, donde otras disciplinas ocupan posiciones para las que todavía no parece que estemos preparados. Sólo de este modo podremos abordar sus problemáticas desde perspectivas más ecológicas, modificando no sólo los comportamientos individuales sino propiciando los cambios sociales necesarios para su desarrollo

No queremos finalizar esta reflexión sin animar a todos los psicólogos, que intervienen en prevención, en el desarrollo de tareas de transmisión de conocimientos y experiencias al resto de la comunidad (científica y social), participando en publicaciones, jornadas, etc., e incluso creando Comités Científicos que consoliden nuestra posición en este ámbito.

REFERENCIAS

Arbex, C.(2002). *Guía de Intervención: Menores y consumos de drogas*. Madrid: ADES.

Bender, M. P. (1972). *The role of a community psychologist*. *Bull. Sr. Psychol. Soc.*, 25, 211-218.

Calafat, A., Fernández, C., Juan, M., Bellis, M.A., Bohrn, K., Hakkarainen, P., Kilfoyle-Carrington, M., Kokkevi, A., Maalsté, N., Mendes, F., Siamou, I., Simon, J., Stocco, P. & Zavatti, P. (2001) *Risk and control in the recreational drug culture*. *Sonar Project*. Palma de Mallorca: Irefrea España.

Centro de Estudios sobre Promoción de la Salud (CEPS). (2002). *Catálogo de Programas de Prevención (1 y*

2). Comunidad de Madrid: Consejería de Sanidad y Consumo. Agencia Antidroga.

Costa, M y López, E. (1986). *Salud Comunitaria*. Barcelona: Martínez Roca.

Costa, M y López, E. (1996). *Educación para la Salud. Una estrategia para cambiar los estilos de vida*. Madrid: Pirámide

Chacón, F. (1987). El papel del psicólogo en los equipos de Intervención Social. *Papeles del Psicólogo*, 31, 47-49.

González, A; Fernández, J.R.; Secades, R. (2004). *Guía para la detección e intervención temprana con menores en riesgo*. Madrid: Colegio Oficial de Psicólogos.

L.O.G.S.E. *Ley 1/1990 de 3 de Octubre* (B.O.E. de 4 de Octubre de 1.990. http://www.mec.es/mecd/atencion/educacion/hojas/E_SistemaEduc/e-1-4.htm.

Luengo, M.A. et al. (1999) *La prevención de consumo de drogas y la conducta antisocial en la escuela: análisis y evaluación de un programa*. Mº. Educación y Ciencia, Mº. Sanidad y Consumo; Mº. del Interior.

Martín, E. (2000). Psicología y drogas: aproximación histórica, situación actual y perspectivas de futuro. El papel del psicólogo en los equipos de Intervención Social. *Papeles del Psicólogo*, 77, 3-12.

Plan Nacional sobre Drogas. (1999). *La prevención de las drogodependencias; análisis y propuestas de actuación*. Madrid: Ministerio del Interior.

Plan Nacional sobre Drogas. (2000). *Estrategia Nacional 2000-2008*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio del Interior.

Plan Nacional sobre Drogas (2001). *Memoria 2000*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio del Interior.

Plan Nacional sobre Drogas. (2005). *Evaluación intermedia de la Estrategia Nacional sobre Drogas 2005-2008. Plan de Acción 2005-2008*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad y Consumo.

Salvador, T. (2000). Avances y retos en prevención del abuso de drogas. *Papeles del Psicólogo*, 77, 25-32.

Silverman, W. H. (1978). Fundamental role characteristics of the community psychologist. *Journal of Community Psychology*, 6, 207-215.

Sloboda, Z.; Bukoski, W. (ed), (2003). *Handbook of drug abuse prevention. Theory, science and practice*. New York: Kluwer Academia/plenum Publishers.

Stockwell, T. Et al (ed). (2005). *Preventing harmful substance use: the evidence base for policy and practice*. Chichester, UK: Wiley.

Vega, A. (1986) La formación del psicólogo ante las drogas: una urgencia. *Papeles del Psicólogo*; enero 1986; vol. IV; nº 24. Colegio Oficial de Psicólogos.

FUNDAMENTOS PSICOLÓGICOS DEL TRATAMIENTO DE LAS DROGODEPENDENCIAS

PSYCHOLOGICAL BASES OF THE TREATMENT OF DRUG-DEPENDENCE

Roberto Secades-Villa, Olaya García-Rodríguez, José Ramón Fernández-Hermida y José Luis Carballo

Departamento de Psicología. Universidad de Oviedo

Existe un amplio soporte científico que avala la eficacia de las técnicas psicológicas en el tratamiento de la drogadicción. Dicha eficacia se fundamenta en la evidencia empírica que ha demostrado que las conductas de uso y abuso de drogas son conductas operantes y que las contingencias juegan un papel determinante en la explicación de las mismas. La terapia de conducta cuenta con tratamientos empíricamente validados que se consideran estrategias esenciales para el tratamiento efectivo de la drogadicción. Las técnicas operantes (manejo de contingencias), de condicionamiento clásico (exposición), las técnicas cognitivo-conductuales (entrenamiento en habilidades) y las distintas combinaciones entre ellas se muestran como los componentes críticos de estos programas. No obstante, a pesar de esta relativa eficacia, las tasas de recaídas a largo plazo (más de un año de seguimiento) siguen siendo altas en todos los tipos de conductas adictivas. Por tanto, las futuras líneas de investigación han de ir dirigidas a resolver algunas deficiencias que mejoren los resultados a largo plazo de estos programas.

Palabras clave: Adicción a drogas, Reforzamiento, Tratamientos Psicológicos

There is substantial scientific support for the effectiveness of psychological techniques in the treatment of drug addiction, based on empirical evidence demonstrating that drug use and abuse behaviours are operant behaviours, and that contingencies play a determinant role in their explanation. Behaviour therapy offers empirically validated approaches that are considered essential strategies for the effective treatment of drug addiction. Operant (contingency management), classical conditioning (exposure) and cognitive-behavioural (skill training) techniques –as well as their different combinations– have emerged as critical components of such programmes. Nevertheless, despite this relative effectiveness, relapse rates in the long term (more than one year of follow-up) remain high in all types of addictive behaviours. Therefore, future research lines should aim to remedy some of the deficiencies with a view to improving the long-term results of these programmes.

Key words: Drug Addiction, Reinforcement, Psychological Treatments

EL MODELO BIOCONDUCTUAL DEL CONSUMO DE DROGAS

La evidencia empírica ha demostrado que las conductas de uso y abuso de drogas no dependen de un factor aislado, sino que están originadas y mantenidas por diversos factores de naturaleza multidimensional. Así, el denominado modelo bio-psico-social (o bio-conductual) es el marco contextual aceptado por la gran mayoría de los autores, que tiene la capacidad de poder analizar las interacciones entre el ambiente y los factores farmacológicos implicados en las conductas de consumo de drogas, con independencia de la sustancia de referencia. Desde este punto de vista, el consumo o rechazo de drogas vendría explicado por los efectos de las sustancias, los factores contextuales y la vulnerabilidad del propio sujeto.

Correspondencia: Roberto Secades-Villa. Facultad de Psicología. Universidad de Oviedo. Plaza Feijoo s/n 33003 Oviedo. Spain. E-mail: secades@uniovi.es

Así pues, no puede establecerse un modelo explicativo válido para toda conducta adictiva más allá de estos principios generales. A partir de ellos, las casuísticas (combinaciones específicas de sus elementos) que explican la adquisición o no de uno u otro tipo de conducta adictiva y las variables que la controlan han de ser examinadas en cada caso y momento particular. Se trata de utilizar el análisis de la conducta para determinar, en cada caso particular, las variables implicadas y las condiciones de las que dependen. En este sentido, resulta de interés el “modelo de la formulación bio-conductual” (si se quiere, *bio-psico-social*) descrito por Pomerleau y Pomerleau (1987) para explicar cómo se inicia y se mantiene la conducta de fumar. Como apuntan los mismos autores, aunque las otras sustancias puedan diferir en la especificidad de su acción farmacológica, todas ellas pueden estar sujetas a la misma línea general de análisis. Este marco contextual tiene la capacidad de poder analizar las conductas de consumo, en función de las in-

teracciones con el contexto, la vulnerabilidad individual y las consecuencias. Las variables incluidas bajo la denominación de *contexto* (estímulos esteroceptivos e interoceptivos) vendrían dadas desde los modelos de aprendizaje clásico y operante, y se combinarían con las variables reforzadoras identificadas bajo *consecuencias*. La *conducta* incluiría tanto los comportamientos relacionados con el consumo de drogas, como el rechazo de las sustancias y la resistencia a consumir. La *vulnerabilidad* o susceptibilidad incluye factores genéticos, las influencias socioculturales y la historia de aprendizaje (Secades-Villa y Fernández-Hermida, 2003).

Un conocimiento completo de la conducta adictiva requerirá también un análisis funcional que explique las relaciones entre estos elementos. Así, existirían asociaciones críticas que denotarían relaciones muy cerradas, como las que se dan entre las conductas y las contingencias reforzadoras y los efectos de estas consecuencias sobre la conducta que la precede. Mientras que entre otros elementos existiría una asociación de tipo correlacional o moduladora. Por ejemplo, las consecuencias de una conducta pueden cambiar el contexto instigando una conducta motora que modifique el ambiente o el estado interoceptivo, mientras que los factores de susceptibilidad pueden influir, no sólo en cómo afecta el contexto, sino también en la intensidad y el tipo de conducta que ocurrirá en unas circunstancias particulares o en qué sentido serán las consecuencias que siguen a esa conducta.

El papel del reforzamiento en las conductas de uso de drogas

En el modelo bioconductual, las contingencias asociadas a las conductas de uso o abstinencia a las drogas juegan un papel determinante en la explicación de las mismas. Existe una amplia evidencia empírica de que las drogas pueden funcionar eficazmente como reforzadores positivos de las conductas de búsquedas y auto-administración y de que los principios que gobiernan otras conductas controladas por reforzamiento positivo son aplicables a la auto-administración de drogas. Es decir, la conducta de auto-administración de drogas obedece a las mismas leyes que gobiernan la conducta "normal" de todos los animales en situaciones similares (McKim, 2000). Una conclusión fundamental que se extrae de los resultados de estos estudios es que sitúa a los trastornos por abuso de sustancias dentro del cuerpo de los principios psicológicos existentes, que permiten analizar dichas conductas como una variable dimensional dentro de un continuo que iría desde un patrón de uso esporádico no problemático o con escasos problemas, hasta un patrón de uso severo con muchas consecuencias aversivas.

Esta evidencia comenzó a ponerse de manifiesto en los estudios de laboratorio sobre auto-administración de drogas en animales y estudios de laboratorio y clínicos con drogodependientes realizados durante las décadas de 1960 y 1970 (véase Bigelow y Silverman, 1999). Estos estudios han demostrado cómo la auto-administración de drogas, al igual que otras conductas operantes, eran altamente moldeables y que podían ser incrementadas o reducidas manipulando el mismo tipo de variables (por ejemplo, programa y magnitud de reforzamiento, uso de castigos, reforzamiento de conductas alternativas incompatibles, etc.) que habían demostrado ser efectivas en la manipulación de otras conductas operantes (Silverman, 2004).

En el caso de los opiáceos, muchas de las demostraciones realizadas para demostrar la eficacia del reforzamiento se han complicado por la presencia de la dependencia física en los sujetos con los que se realizaron los experimentos. No obstante, bastantes estudios han proporcionado demostraciones experimentales de los efectos reforzantes positivos de estas sustancias sin la necesidad de dependencia física (Schuster y Johanson, 1981; Yanagita, 1973).

En el ámbito clínico, existen estudios que han comprobado la eficacia de los opiáceos como reforzadores. Por ejemplo, cuando se administra la metadona de forma contingente con la asistencia a terapia, se ha registrado un incremento en la frecuencia de las sesiones (Brooner, Kidorf, King y Bigelow, 1997). Parece estar claro, por tanto, que el efecto reforzante positivo de la auto-administración de opiáceos es fundamental en el mantenimiento de la conducta, por lo que la dependencia física no es un antecedente necesario para explicar la conducta de auto-administración.

De la misma manera, varios trabajos han demostrado también la ocurrencia de la conducta de auto-administración de cocaína y otros estimulantes sin la presencia de síntomas de abstinencia (Pickens y Thompson, 1968).

Por tanto, la dependencia física puede ser importante a la hora de explicar el consumo de drogas, pero no es un factor necesario para las conductas de auto-administración y tampoco es suficiente por sí misma para explicar el uso y abuso de drogas. Es decir, se puede asumir que las drogas son reforzadores positivos, independientemente del síndrome de abstinencia y de la dependencia física.

Una evidencia aún más definitiva es el hecho de la auto-administración de una gran variedad de sustancias psicoactivas, en los que no se han observado señales de abstinencia o éstas son muy tenues. La auto-administración de drogas sin la presencia de síntomas de abstinencia se ha demostrado en una amplia variedad de

sustancias, como el etanol, la nicotina, los barbitúricos, las benzodiazepinas, los opiáceos o los estimulantes. Además, los estudios que han comparado las conductas de auto-administración en humanos y no humanos han encontrado una gran similitud entre especies (Yanagita, 1973).

En el ámbito de los tratamientos, los éxitos de los ensayos clínicos realizados durante la década de los años setenta con alcohólicos y adictos a otras sustancias demostraron la eficacia de las intervenciones basadas explícitamente en los principios del reforzamiento y que el uso de drogas por sujetos con dependencia severa podía ser modificado a través del empleo sistemático del manejo de contingencias (reforzamiento y castigo) (por ejemplo, Hunt y Azrin, 1973; Miller, 1975).

Desde estos primeros años, este marco de análisis científico ha tenido un papel central en la investigación sobre la drogodependencia, especialmente en los estudios de laboratorio con animales. Estas investigaciones han abarcado los campos de la neurociencia, la genética o la farmacología. Sin embargo, el camino que ha seguido la investigación clínica fue sensiblemente diferente y el interés por el estudio de los principios de reforzamiento decayó a partir de la década de los ochenta, especialmente en el ámbito del alcoholismo. Las causas que explican este hecho son varias, destacando, sobre todo, dos: la influencia de la psicología cognitiva que proporcionó un marco de análisis alternativo (especialmente, el modelo de prevención de recaídas) o el desarrollo de terapias farmacológicas efectivas para la adicción a determinadas sustancias (como la metadona) (Higgins, Heil y Plebani, 2004).

Sin embargo, en los años noventa comenzó un resurgimiento vigoroso de la investigación clínica sobre los principios del reforzamiento en el abuso de drogas, que continúa hasta hoy. En cierta medida, la naturaleza recalcitrante de la dependencia a la cocaína y el fracaso de los tratamientos farmacológicos y psicológicos para esta adicción propiciaron la ocasión para la consideración de un punto de vista alternativo que diera respuesta a este problema.

La teoría de la elección conductual y el uso de drogas

Como acabamos de ver, las investigaciones sobre los principios del reforzamiento en adictos a sustancias, especialmente a la cocaína, realizados desde principios de los años noventa hasta la actualidad, han sido tanto estudios de laboratorio, como estudios en contextos clínicos y naturales. Una línea de investigación importante se centró en la aplicación de los principios de la *Economía Conductual* al análisis de las conductas del uso de dro-

gas. La Teoría de la Elección Conductual (Vuchinich y Tucker, 1988) surge de la aplicación de las leyes empíricas (conductuales) de la elección de reforzadores al problema de las drogas y aporta un análisis muy pertinente de las conductas de consumo de drogas dentro del contexto social (de los factores socio-culturales).

La Economía Conductual ha sido empleada en todos los campos relacionados con el abuso de sustancias, desde los estudios de laboratorio, hasta la elaboración de políticas gubernamentales (Bickel, DeGrandpre y Higgins, 1993). Para entender los principios de la Economía Conductual debemos referirnos a tres conceptos: *Demanda*, *Precio* y *Coste de Oportunidad*. La *demanda* se refiere aquí a la búsqueda y consumo de drogas. El concepto de *precio* hace referencia a la cantidad de recursos empleados para consumir drogas (no solo su valor económico, sino también los esfuerzos que se requieren para obtenerlas), así como a las propias consecuencias negativas del consumo. El *coste de oportunidad* se refiere a los reforzadores alternativos perdidos debido al uso de sustancias. Así, la demanda (búsqueda y consumo de sustancias) variaría en función del precio y del coste de oportunidad, por lo que la manipulación de estas dos variables resultaría fundamental para el desarrollo de estrategias para reducir el consumo de drogas. En concreto, el aumento del precio y del coste de oportunidad haría que el consumo decreciese de forma directamente proporcional.

Varios estudios con animales y humanos han demostrado cómo, efectivamente, la administración de drogas (demanda) variaba en función del precio (Nader y Woloverton, 1992) y del coste de oportunidad (Higgins, Bickel y Hughes, 1994).

Un número importante de los estudios de laboratorio han tenido como objetivo examinar la influencia de reforzadores alternativos (diferentes a las drogas) sobre la preferencia y la elección del uso de cocaína. Los resultados de estos estudios demostraron una cierta maleabilidad del efecto reforzante de la cocaína, la cual podía debilitarse en función del reforzador alternativo.

En esta misma línea, un área de investigación emergente sugiere que los adictos a sustancias tienden a rebajar el valor de los reforzamientos demorados y la importancia de los reforzadores perdidos, en mayor medida que los no consumidores; de tal manera que los adictos muestran mayor preferencia por: a) los reforzadores más inmediatos y de menor magnitud que por los más demorados y de mayor magnitud y b) las pérdidas (castigos) más demoradas y de mayor magnitud que por los castigos más inmediatos y de menor magnitud (Bickel y Marsch, 2001).

Otro factor fundamental para entender las conductas de uso de drogas es el papel de la demora temporal. En el contexto natural, los individuos con frecuencia eligen entre consumir drogas en el presente frente a abstenerse y experimentar las consecuencias positivas en el futuro. Los estudios de laboratorio demuestran como la demora temporal disminuye la potencia del reforzador alternativo para competir con las consecuencias reforzantes inmediatas del uso de drogas.

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS DE LA DROGADICCIÓN

Una clara implicación de esta formulación bio-psicosocial y multifactorial (en donde el consumo de sustancias se inicia y se mantiene por unas complejas interacciones entre la susceptibilidad, el contexto, la conducta y sus consecuencias) es que los trastornos por abuso de sustancias pueden afectar a muchas áreas del funcionamiento del individuo y que, por tanto, requieren con frecuencia un abordaje de igual modo multimodal, que incluya aspectos biológicos, conductuales y sociales.

Algunos componentes del tratamiento pueden ir orientados directamente a los efectos del uso de la sustancia, mientras que otros se deben centrar en las condiciones que han contribuido o que han sido el resultado del consumo de drogas. Las investigaciones sobre los resultados de los tratamientos psicológicos (en particular, de los programas de manejo de contingencias) muestran cómo los principios del reforzamiento pueden incrementar significativamente las tasas de abstinencia a las drogas. En este sentido, las técnicas de manejo de contingencias (incluyendo aquí, las estrategias de entrenamiento en habilidades, que pretenden fundamentalmente incrementar la disponibilidad de reforzadores alternativos al consumo de drogas) se proponen como los procedimientos más eficaces para el tratamiento de los problemas de abuso de drogas.

Así, una descripción de los tratamientos psicológicos de la drogadicción debería incluir tres tipos de estrategias de intervención, a saber: las técnicas operantes (manejo de contingencias), de condicionamiento clásico (exposición) y las técnicas cognitivo-conductuales (entrenamiento en habilidades).

Manejo de contingencias

El Manejo de Contingencias (MC) implica la aplicación sistemática de reforzadores o castigos contingentes a la ocurrencia de la conducta objetivo o a la ausencia de la misma.

Las intervenciones basadas en el MC pueden entenderse como intervenciones que de forma directa y sistemáti-

ca incrementan el *coste de oportunidad* (*reforzadores alternativos*) del uso de drogas. Este tipo de programas establecen ciertas condiciones bajo las cuales, el paciente pierde reforzadores potenciales si consume una o varias sustancias. Cuando un paciente usa drogas durante el tratamiento, además del precio asociado a su consumo, éste perdería determinados reforzadores que estarían a su disposición si se hubiese mantenido abstinentemente (Higgins, 1996). Los programas de MC han empleado una amplia variedad de reforzadores tales como privilegios clínicos, acceso a empleo o alojamiento, dinero en metálico o vales y descuentos canjeables por bienes o servicios en la comunidad (Petry, 2000).

La intervención de MC que ha recibido mayor atención en las investigaciones es aquella en la que los pacientes ganan *vouchers* (vales) canjeables por bienes o servicios, contingentes a la ausencia de consumo de drogas. Además de reforzar la abstinencia, los programas de MC basados en el uso de *vouchers* han sido empleados para reforzar otros objetivos terapéuticos, como por ejemplo, el incremento de la adherencia a la medicación (naltrexona, terapia antiretroviral, etc) o la retención y la asistencia a las sesiones de tratamiento.

A lo largo de la década de los noventa se publicaron varias decenas de artículos en donde se empleaban los *vouchers* como estrategia de reforzamiento y la gran mayoría de estos estudios (en torno al 85%) informaron de mejoras significativas en el uso de drogas y en otras conductas asociadas (Higgins, Heil y Plebani, 2004). Un número importante de estas investigaciones fueron llevadas a cabo por el equipo del Profesor S. Higgins en la Universidad de Vermont, con adictos a la cocaína, mientras que varios estudios llevados a cabo por Silverman y colaboradores replicaron y extendieron estos procedimientos a adictos a la heroína en programas de tratamiento con metadona, y que también consumían cocaína (Silverman, 2004). Los resultados del meta-análisis realizado por Griffith, Rowan-Szal, Roark y Simpson (2000), en el que se incluían 30 estudios que utilizaron diferentes tipos de reforzadores (incremento de dosis de metadona, dosis de metadona para llevar a casa e incentivos contingentes a la abstinencia) confirmaron que el manejo de contingencias era una estrategia eficaz para reducir el uso de drogas en programas externos de mantenimiento con metadona.

Por tanto, los resultados de los estudios demuestran que los programas de incentivos basados en el manejo de contingencias son tratamientos eficaces para el tratamiento de la adicción a diferentes sustancias y con poblaciones diferentes (Higgins, Heil y Plebani, 2004; Roozen et al. 2004; Secades Villa y Fernández Hermida,

2003). En realidad, la terapia de incentivo basada en los *vouchers* representa solo una de las formas en la que los métodos operantes pueden ser incorporados para la reducción del uso y la dependencia de la cocaína (Higgins et al., 2000). En ocasiones, esta estrategia se ha aplicado mediante protocolos de tratamiento con una estructura y unos componentes muy bien definidos, como los que se exponen a continuación.

Aproximación de Reforzamiento Comunitario

La Aproximación de Reforzamiento Comunitario (*Community Reinforcement Approach, CRA*) (Hunt y Azrin, 1973) es un programa pionero en el tratamiento de alcohólicos severos mediante métodos operantes, que tiene como objetivo reducir el consumo de alcohol e incrementar el comportamiento funcional.

La CRA busca el cambio terapéutico manipulando las contingencias naturales. En términos de economía conductual, el tratamiento estaría incrementando el *coste de oportunidad*, ya que mejoraría la calidad de aquellos reforzadores que el paciente pierde cuando consume drogas.

Este programa se aplica en grupo o individualmente y tanto con pacientes externos como hospitalizados. Sus componentes varían dependiendo de la población clínica y de las necesidades individuales de los pacientes, pero habitualmente tienen los siguientes componentes fundamentales: a) estrategias para reducir las barreras del tratamiento, b) asesoramiento vocacional para pacientes desempleados, c) identificación de antecedentes y consecuentes del uso de drogas y conductas alternativas saludables, d) terapia conductual de pareja, e) entrenamiento en habilidades para reducir el riesgo de recaídas (por ejemplo, habilidades de rechazo, habilidades sociales, manejo de los estados de ánimo) y f) terapia con disulfiram para individuos con problemas con el alcohol.

La CRA posee un fuerte soporte empírico obtenido a través de investigaciones bien controladas, que permite que se pueda considerar como un programa bien establecido. Además, un punto importante a favor de la superioridad de la CRA sobre otros procedimientos es que hasta el momento todos los estudios encaminados a comprobar su eficacia han obtenido resultados positivos. En el artículo de Miller, Meyers y Hiller-Sturmhöfel (1999) se ofrece una buena revisión de los estudios sobre la eficacia de la CRA.

Aproximación de Reforzamiento Comunitario más terapia de incentivo

Este protocolo fue inicialmente desarrollado para el tratamiento de adictos a la cocaína en contextos ambulatorios

(Buchey y Higgins, 1998; Higgins et al., 1991). La CRA + Incentivo integra la Aproximación del Reforzamiento Comunitario, originalmente desarrollada como un tratamiento efectivo para el alcoholismo (Hunt y Azrin, 1973) con un programa de manejo de contingencias, en donde los pacientes pueden ganar puntos canjeables por determinados reforzadores que contribuyen a alcanzar los objetivos del programa, a cambio de mantenerse en el tratamiento sin consumir cocaína.

Los componentes de la terapia son seis: terapia de incentivo, habilidades de afrontamiento de consumo de drogas, cambios en el estilo de vida, asesoramiento en las relaciones de pareja, consumo de otras drogas y tratamiento de otros trastornos. El orden o el número de sesiones dedicado a cada uno de ellos varía dependiendo de las necesidades del paciente.

El sub-componente de la terapia de incentivo es un procedimiento de manejo de contingencias mediante el que se refuerza sistemáticamente la retención y la abstinencia. Los puntos o vales son ganados a cambio de resultados negativos en los análisis de orina y el número de puntos se incrementa por cada análisis negativo consecutivo. El procedimiento no sólo incluye recompensa por cada muestra negativa, sino que se contemplan incentivos mayores por largos periodos de abstinencia continuada. Los *vouchers* son cambiados por determinados incentivos (bienes o servicios) que ayudan a los pacientes a alcanzar los objetivos terapéuticos y a mejorar el estilo de vida. En ningún caso se utiliza dinero como método de reforzamiento de la abstinencia.

Este tratamiento multi-componente ha demostrado ser eficaz en varios estudios bien controlados con sujetos co-cainómanos adultos en programas externos. Por este motivo, en la actualidad es un programa avalado por el NIDA (*National Institute on Drug Abuse*) de Estados Unidos. El grupo de Higgins de la Universidad de Vermont ha llevado a cabo varios ensayos clínicos examinando la eficacia de este programa. En dos de estos trabajos (Higgins et al., 1991, 1993), la CRA + terapia de incentivo se mostró superior a un programa de consejo psicológico tradicional varios meses después del tratamiento. En ensayos posteriores (Higgins et al., 2003; Higgins et al., 1994), se comprobó que los sujetos que recibían el programa completo alcanzaban tasas de abstinencia significativamente superiores a los sujetos que recibían solo uno de ambos módulos del programa (CRA o incentivos). Los resultados muestran también que la eficacia del programa se mantiene en periodos largos de seguimiento (Higgins et al., 1995).

Por último, la eficacia de este programa para el trata-

miento de la adicción a la cocaína también se ha comprobado en estudios de efectividad llevados a cabo en contextos comunitarios en nuestro país (Secades Villa, García-Rodríguez, Álvarez Rodríguez, Río Rodríguez, Fernández-Hermida y Carballo, en prensa; García-Rodríguez et al., 2006).

En definitiva, la Aproximación del Reforzamiento Comunitario más terapia de incentivo se puede considerar como un tratamiento de primera elección, al menos para el tratamiento de la cocaína. Los autores sugieren que la eficacia del programa a largo plazo reside, al menos en parte, en su capacidad para lograr periodos iniciales de abstinencia en la mayoría de los pacientes (Higgins, Badger y Budney, 2000). Por otra parte, esta estrategia tiene la virtud de combinar la manipulación de contingencias "artificiales" y "naturales" (Higgins, 1996). Las contingencias naturales se trabajarían con los módulos terapéuticos que forman la CRA: habilidades para el rechazo de drogas, cambios en el estilo de vida, asesoramiento en relaciones sociales, abuso de otras sustancias y manejo de otros trastornos asociados. La Terapia de Incentivo, por su parte, se situaría en el polo de las contingencias artificiales, al tratarse de un programa de MC en el que los pacientes ganan vales que cambian por diferentes bienes y servicios, si se mantienen abstinentes de cocaína.

Los tratamientos que se sitúan más cerca del polo natural deberían tener más ventajas que los situados en el polo contrario, al menos en lo que se refiere a la abstinencia a largo plazo, ya que las contingencias "naturales" son las que, al final, deben mantener cualquier cambio terapéutico. Por otra parte, la conducta operante es altamente sensible a la precisión de las contingencias que la controlan, y una ventaja de los tratamientos más cercanos al polo "artificial" es que estas contingencias pueden ser manipuladas de forma más precisa que las "naturales".

Todas estas observaciones sugieren que quizás la mejor aproximación sería una combinación de contingencias naturales y artificiales durante las primeras etapas del tratamiento, para después tratar de mantener los cambios terapéuticos bajo contingencias naturales, una vez que se ha conseguido un primer periodo de abstinencia.

Therapeutic Workplace

Una versión particular del empleo de manejo de contingencias con politoxicómanos en programas de metadona es el programa denominado *Therapeutic Workplace*. En este programa se utiliza el salario como reforzador contingente a la abstinencia (de cocaína y heroína) y a

otras conductas ligadas a la participación en un módulo de empleo (puntualidad, aprendizaje, productividad y otras "conductas profesionales"). El equipo de Kennet Silverman del *Johns Hopkins University School of Medicine* de Baltimore llevó a cabo un primer estudio en donde aplicó esta estrategia a un grupo de mujeres desempleadas (madres recientes y mujeres embarazadas) en un programa de metadona. A los seis meses, las tasas de abstinencia en ambas sustancias del grupo experimental doblaba a las alcanzadas por el grupo control (Silverman, Svikis, Robles, Stitzer y Bigelow, 2001). Estos buenos resultados se mantuvieron también a los tres años de seguimiento (Silverman, Svikis, Wong, Hampton, Stitzer y Bigelow, 2002). Los autores concluyen que el *Therapeutic Workplace* puede ser efectivo a largo plazo para el tratamiento de la adicción a la cocaína y heroína con este tipo de pacientes. Sin embargo, algunos autores ponen en duda la aplicabilidad en contextos reales de este procedimiento (debido a la complejidad del programa de reforzamiento) y la eficacia real del mismo (ya que es difícil discernir en qué medida el descenso del consumo de drogas se debe al programa de contingencias o al mero hecho de que los sujetos se impliquen en una actividad que puede competir con dicha conducta) (Marlatt, 2001; McLellan, 2001; Petry, 2001). Es decir, el reforzamiento directo de la abstinencia se apoya con el reforzamiento de conductas que pueden competir con el uso de drogas y, por tanto, facilitar el no consumo.

Otros tratamientos con base en el Manejo de Contingencias

Además de estos programas basados explícitamente en el MC, otros tratamientos muy populares también utilizan estrategias dirigidas a manipular el *coste de oportunidad* del uso de drogas (Higgins, 1996). Por ejemplo, las intervenciones breves, como la reconocida Entrevista Motivacional (Miller y Rollnick, 1991). La Entrevista Motivacional es un tipo de abordaje que se ha mostrado muy eficaz sobre todo para reducir el consumo de alcohol y los daños asociados a la bebida en bebedores excesivos (con niveles de dependencia bajos o moderados) (Saunders, Wilkinson y Phillips, 1995; Stotts, Schmitz, Rhoades y Grabowski, 2001), pero también para reducir el consumo de otras drogas (Bien, Millar y Boroughs, 1993; Handmaker, Millar y Manicke, 1999) o incrementar la retención a los tratamientos (Secades-Villa, Fernández-Hermida y Arnáez Montaraz, 2004). La Entrevista Motivacional es una técnica particularmente útil con personas que son resistentes al cambio. Tiene como objetivo romper esa negación y ambivalencia, y acti-

var al consumidor hacia el cambio. Las estrategias de la Entrevista motivacional son más persuasivas que coercitivas. De acuerdo con los autores, las estrategias cognitivo-conductuales clásicas, basadas en el Entrenamiento en Habilidades, asumen que el sujeto está ya en el estadio de "acción" (y, por tanto, motivado para el cambio), por lo que el énfasis se pone en entrenar a las personas en cómo cambiar; mientras que la Entrevista Motivacional se propone construir el compromiso (el *por qué*) del cambio. Así, este procedimiento se fundamenta en cinco principios generales: expresar empatía, desarrollar discrepancia, evitar la discusión, salvar la resistencia al cambio e incrementar la autoeficacia. En particular, el desarrollo de la discrepancia implica que el terapeuta debe ayudar al paciente a identificar discrepancias entre la conducta actual y las aspiraciones y los objetivos personales. Este ejercicio implica explorar las consecuencias potenciales de la conducta actual de consumo de drogas, es decir, hacer conscientes a los pacientes del *coste* de la conducta de consumo de drogas.

El programa de Alcohólicos Anónimos (AA) también se fundamenta, en gran parte, en los principios del reforzamiento (Secades-Villa y Pérez Álvarez, 1998). Existen al menos tres prácticas comunes en AA y otros programas similares de 12 pasos que pueden ser reconceptualizados desde la Economía Conductual. El compañerismo y camaradería característicos de estos grupos de autoayuda podrían entenderse como esfuerzos para mejorar la vida social de los miembros del grupo al igual que lo hace la CRA. También el hecho de que los miembros del grupo no pueden participar en el mismo si están bajo la influencia de alguna sustancia aumenta el *coste de oportunidad* tras un consumo, privando al miembro del grupo del compañerismo y ayuda que tendría si estuviese sobrio. Las medallas y otros métodos de reconocimiento para premiar la abstinencia continuada estarían en relación con el incremento del *precio* si el paciente vuelve a consumir, ya que el reconocimiento entre sus compañeros no se vuelve a hacer efectivo hasta que el paciente demuestra un mantenimiento de la abstinencia prolongado.

Tratamientos cognitivo-conductuales

Los programas cognitivo-conductuales (*Cognitive-Behavioral Treatment, CBT*) se centran en el entrenamiento de determinadas habilidades para responder de forma adecuada a los antecedentes y consecuentes ambientales e individuales (cogniciones y emociones) que mantienen la conducta de consumir drogas. Los déficit en habilidades de afrontamiento y determinadas cogniciones desadaptadas son considerados como el mayor factor de riesgo

para el uso de drogas. Dentro de este paradigma, se ha optado por distinguir tres modelos de intervención: el Entrenamiento en Habilidades Sociales y de Afrontamiento, la Prevención de Recaídas (PR) y la terapia conductual familiar y de pareja.

Entrenamiento en Habilidades Sociales y de Afrontamiento

El Entrenamiento en Habilidades Sociales es un procedimiento cognitivo-conductual de amplio espectro que cuenta con gran arraigo, sobre todo en el tratamiento del alcoholismo. En la literatura anglosajona se ha acuñado el término de *Coping/social skills training (CSST)* para referirse a este procedimiento. El planteamiento que subyace a esta estrategia terapéutica es que el paciente carece de habilidades adecuadas para enfrentarse con situaciones sociales e interpersonales de la vida cotidiana. Estas deficiencias pueden conllevar la aparición de condiciones de estrés que dificulten un afrontamiento apropiado y eficaz para resistir la presión social para beber alcohol o usar otro tipo de drogas. El objetivo principal de este tipo de intervenciones es dotar al paciente de las suficientes habilidades de afrontamiento y autocontrol para poder manejar las situaciones de riesgo producidas por los estímulos que desencadenan el deseo intenso de beber.

Los aspectos centrales de este procedimiento incluyen: habilidades interpersonales, asertividad y expresión de emociones, entrenamiento en solución de problemas, afrontamiento de estados cognitivo-emocionales, afrontamiento de eventos vitales estresantes y afrontamiento de situaciones de riesgo para el consumo (Monti, Rohsenow, Colby y Abrams, 1995).

La evidencia científica de la eficacia de los componentes terapéuticos esenciales del CSST es extensa, sobre todo en el caso del alcohol. Varias revisiones y meta-análisis muestran que el Entrenamiento en Habilidades es superior a otros tratamientos o al no tratamiento, y que incrementa la eficacia de las intervenciones cuando forma parte de programas más amplios (Miller et al., 1995).

En los últimos años también han proliferado los trabajos en los que se emplea alguna variante de la terapia cognitivo-conductual junto con terapia farmacológica (naltrexona o acamprosato). En la mayoría de los casos se encontró que la terapia combinada era superior a la utilización aislada de uno de los componentes.

Prevención de Recaídas (PR)

El modelo de Prevención de Recaídas (PR) de Marlatt y

Gordon (1985) se puede considerar como una especie de ramificación particular de los programas cognitivo-conductuales que cuenta hoy en día con una eficacia demostrada, por lo que puede ser catalogado como un tratamiento de primera elección.

La PR contiene tres elementos fundamentales: (1) Estrategias de entrenamiento en habilidades, que incluyen tanto estrategias cognitivas como conductuales para afrontar situaciones de riesgo: identificación de situaciones de alto riesgo, entrenamiento en habilidades de afrontamiento, autorregistro y análisis funcional del uso de drogas, estrategias para afrontar el *craving* y los pensamientos asociados al uso de sustancias, afrontamiento de las caídas o consumos aislados (*lapses*), asertividad, control de estrés, habilidades de comunicación, habilidades sociales generales y entrenamiento en solución de problemas, (2) procedimientos de reestructuración cognitiva diseñados para proporcionar al paciente pensamientos alternativos a los que le empujan a consumir, estrategias de imaginación para detectar situaciones de riesgo y estrategias para afrontar el EVA (efecto de violación de la abstinencia) y (3) estrategias de reequilibrio del estilo de vida (como la relajación o el ejercicio físico) para incrementar las actividades alternativas al consumo de drogas.

No obstante, aunque se trate de un procedimiento de intervención originariamente bien estructurado, con fases y componentes bien diferenciados, en la mayoría de los estudios no se ha aplicado de forma sistemática, sino que se ha utilizado como un método general de afrontamiento de las recaídas en el consumo de drogas. Además, en muchos casos es difícil apreciar las diferencias entre los componentes de un programa de entrenamiento en habilidades de los de un programa de PR.

Salvando estos inconvenientes, en la actualidad, se dispone de suficiente evidencia empírica que certifica la eficacia de la PR en el tratamiento del alcoholismo, en comparación con el no tratamiento, con el control placebo, con el consejo médico tradicional o con estrategias de autocontrol. Asimismo, varios estudios meta-analíticos sitúan a la PR como tratamiento de elección para el alcoholismo y algunos muestran que la PR es más eficaz en el tratamiento de la adicción al alcohol en comparación con otras sustancias (Secades-Villa y Fernández-Hermida, 2006).

En el caso de la heroína, existe una evidente escasez de trabajos bien controlados y una dispersión y heterogeneidad de los componentes empleados. Sin embargo, por lo que se refiere a la cocaína, la Terapia Cognitivo-Conductual de Habilidades de Afrontamiento (CBT), basada en la PR, cuenta con un fuerte apoyo empírico,

destacando los trabajos llevados a cabo en la *Substance Abuse Treatment Unit* de la Universidad de Yale. Se trata de un programa de corta duración que tiene dos componentes fundamentales: el análisis funcional y el entrenamiento en habilidades.

Los parámetros de la CBT están perfectamente delimitados y de acuerdo con los autores, los ingredientes activos característicos de la CBT son los siguientes (Carroll, 1998): análisis funcional del abuso de la droga, entrenamiento en el reconocimiento y afrontamiento del *craving*, solución de problemas, afrontamiento de emergencias, habilidades de afrontamiento, examen de los procesos cognitivos relacionados con el consumo, identificación y afrontamiento de las situaciones de riesgo y empleo de sesiones extras para el entrenamiento en habilidades.

Terapia conductual familiar y de pareja

La terapia conductual familiar y de pareja se centra en el entrenamiento en habilidades de comunicación y en el incremento de la tasa de reforzamiento positivo en las relaciones familiares. En realidad se trata de programas multicomponentes que incluyen técnicas como el análisis funcional, la identificación de relaciones conflictivas que provocan la bebida, la asignación de tareas, el control estimular, el contrato conductual, el manejo de contingencias o el entrenamiento en habilidades de comunicación y de solución de problemas.

Este procedimiento se ha empleado sobre todo en el tratamiento del alcoholismo y la mayoría de los estudios han encontrado resultados positivos, mostrando que las técnicas orientadas a mejorar las relaciones familiares de los pacientes pueden ser un componente crítico de los programas de tratamiento para el alcoholismo. Las distintas investigaciones de los equipos de McCrady y de O'Farrell han marcado la pauta en este sentido. En tres de estos estudios (McCrady, Longabaugh et al., 1986; McCrady, Noel, et al., 1986; McCrady et al., 1991), los sujetos del grupo de terapia familiar conductual obtuvieron mejores resultados a los seis, doce y dieciocho meses de seguimiento respectivamente que los otros dos grupos de tratamiento. Resultados similares fueron encontrados por Bowers y Al-Redha (1990), en donde los alcohólicos del grupo de tratamiento en el que se había incluido a las esposas, consumían menos alcohol al año de seguimiento que los que habían recibido un tratamiento individual estándar.

En diferentes estudios del equipo de O'Farrell, se comprobó que la terapia conductual familiar (*Behavioral Marital Therapy, BMT*) era eficaz para reducir el consumo de alcohol, mantener la abstinencia a largo plazo y

reducir los problemas legales, familiares y sociales (O'Farrell, Cutter y Floyd, 1985; O'Farrell et al., 1996; Fals-Stewart, O'Farrell y Birchler, 1997; O'Farrell, Van Hutton y Murphy, 1999).

En un reciente desarrollo de la terapia de pareja que los autores denominan *Community Reinforcement and Family Training (CRAFT)*, Miller, Meyers y Tonigan (1999) incluían los siguientes componentes: entrevista motivacional, entrenamiento en manejo de contingencias para reforzar la abstinencia, entrenamiento en habilidades de comunicación, identificación de actividades que podían competir con la bebida, identificación de situaciones de riesgo e identificación de actividades reforzantes para la pareja. Los resultados mostraron que el CRAFT obtenía mejores resultados que otros dos modelos diferentes de intervención familiar (Al-Anon y la intervención de confrontación del *Johnson Institute*).

En el mismo sentido, Meyers, Miller, Hill y Tonigan (1999) encontraron que esta modalidad de terapia de pareja incrementaba la abstinencia y la adhesión al tratamiento, y reducía las conductas depresivas, la ansiedad, la ira y la sintomatología física aversiva de las personas allegadas a los pacientes.

En definitiva, se puede deducir de los resultados de la mayoría de estos estudios que las técnicas orientadas a mejorar las relaciones familiares de los pacientes puede ser un componente crítico de los programas de tratamiento. De hecho, las técnicas de manejo familiar son una parte importante de la CRA, uno de los programas de tratamiento del alcoholismo con mejor soporte empírico en estos momentos (Secades-Villa y Fernández-Hermida, 2003).

Técnicas de exposición

La terapia de exposición a pistas o señales (*Cue Exposure Treatment, CET*) invoca el condicionamiento respondiente para explicar el uso de drogas. Esto es, estímulos originalmente neutrales que preceden dicha conducta pueden, después de repetidos apareamientos, llegar a ser capaces de provocar respuestas condicionadas de consumo de drogas. Estas técnicas están orientadas a reducir la reactividad a las señales (*cue reactivity*) mediante procedimientos de control estimular y de exposición. La intervención consiste en la exposición repetida a señales de pre-ingestión de la droga en ausencia de consumo de ésta (prevención de respuesta), con la consiguiente extinción de las respuestas condicionadas.

Los estudios sobre los tratamientos que incorporan la metodología de la exposición a señales en alcoholismo presentan resultados prometedores, pero aun son muy escasos. Los trabajos de Childress, McLellan y O'Brien

(1986), Kasvikis, Bradley, Powell, Marks y Gray (1991) o Powell, Gray y Bradley (1993) son buenos ejemplos de aplicación de la exposición. No obstante, en varios trabajos, la exposición no se ha mostrado tan eficaz (por ejemplo, Dawe et al., 1993).

Sin embargo, esta estrategia ha tenido mayor implantación en los problemas de adicción a los opiáceos y, aunque estos estudios muestran resultados esperanzadores, aún existen bastantes dudas sobre los parámetros de la exposición, que deberían ser solventadas en futuras, por ejemplo: el tiempo de exposición con relación a la abstinencia y al uso de la droga, la duración y la frecuencia de las sesiones de exposición para asegurar la habituación y la extinción, la selección de las señales estímulares o el método de presentación de las mismas.

Además, en muchos de estos trabajos se hace referencia a la dificultad que supone un obstáculo importante: la generalización de los estímulos fuera del marco del tratamiento. En este sentido, algunos autores proponen que la utilidad fundamental de la extinción pasiva es la de permitir una realización más efectiva de las habilidades de afrontamiento, minadas en ocasiones por la intensa reactividad (ansiedad) ante los estímulos relacionados con la droga. Así, la exposición pasiva constituiría la primera fase de la intervención, la cual debería ser complementada por estrategias activas de intervención (*exposición activa*), por ejemplo, entrenamiento en habilidades sociales o en habilidades de afrontamiento (Secades-Villa y Fernández-Hermida, 2003).

CONCLUSIÓN: LA EFICACIA DE LOS TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

A pesar del auge que en los últimos años han tenido los tratamientos farmacológicos, se hace necesario reclamar justamente el protagonismo de los tratamientos psicológicos de la drogadicción. Este hecho queda de manifiesto si nos atenemos a los informes y a las guías de tratamiento promovidas en los últimos años por entidades tan importantes como las Asociaciones de Psicología y Psiquiatría Americanas o el Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (NIDA) de este mismo país. Así por ejemplo, entre los denominados 'principios sobre el tratamiento efectivo', el NIDA destaca que las terapias psicológicas son componentes críticos para el tratamiento efectivo de la adicción, mientras que el tratamiento farmacológico es un elemento importante del tratamiento para muchos pacientes, especialmente cuando se combina con terapias conductuales (NIDA, 1999). Es necesario prestar atención al hecho de que mientras los tratamientos farmacológicos son beneficiosos con determinados pacientes, las terapias psicológi-

cas son esenciales en cualquier programa de tratamiento integral, con lo que se está reconociendo el papel central de dichos tratamientos en la intervención terapéutica.

Así, existe un importante soporte científico que avala la eficacia de determinadas técnicas psicológicas en el tratamiento de las conductas adictivas. La terapia de conducta cuenta con tratamientos empíricamente validados que se consideran estrategias esenciales para el tratamiento efectivo de la drogadicción (NIDA, 1999). Las técnicas operantes (manejo de contingencias), de condicionamiento clásico (exposición) y las técnicas cognitivo-conductuales (entrenamiento en habilidades) y las distintas combinaciones entre ellas se muestran como los componentes críticos de estos programas (Secades-Villa y Fernández-Hermida, 2006).

Como se ha comentado, los factores relacionados con el desarrollo y mantenimiento de las conductas adictivas son múltiples y de diferente índole. De aquí se deduce, en gran medida, la utilidad de emplear las estrategias conductuales dentro de programas multicomponentes, incluyendo, dentro de estos programas, la posible utilización de terapias farmacológicas (mediante sustancias agonistas o interdlectoras). Se asume que ambos enfoques funcionan a través de mecanismos diferentes y que afectan también a aspectos distintos (aunque muy relacionados entre sí) del problema (Secades-Villa y Fernández-Hermida, 2003). Es decir, las terapias farmacológicas y las psicológicas no han de entenderse como estrategias competitivas, sino complementarias. Programas como el CRA resumen perfectamente este punto de vista.

No obstante, a pesar de esta relativa eficacia, las tasas de recaídas a largo plazo (más de un año de seguimiento) siguen siendo altas en todos los tipos de conductas adictivas. Por tanto, las futuras líneas de investigación han de ir dirigidas a resolver algunas deficiencias que mejoren los resultados a largo plazo de estos programas.

AGRADECIMIENTOS

Este artículo ha podido realizarse gracias al proyecto financiado por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional de Drogas (Ref. MINT-03-01) así como por una beca predoctoral de la Universidad de Oviedo (Ref. UNIOVI-04-BECD-05) y una beca predoctoral de la Fundación para el Fomento de la Investigación Científica Aplicada y la Tecnología (FICYT) de Asturias (Ref. BP05-002).

REFERENCIAS

Bickel, W. K., DeGrandpre, R. J. y Higgins, S. T. (1993). Behavioral economics: a novel experimental approach

to the study of drug dependence. *Drug and Alcohol Dependence*, 33(2), 173-192.

- Bickel, W.K. y Marsch, L.A. (2001). Toward a behavioral economic understanding of drug dependence: delay discounting processes. *Addiction*, 96, 73-86.
- Bien, T.H., Miller, W.R. y Boroughs, J.M. (1993). Motivational interviewing with alcohol outpatients. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 21, 347-356.
- Bigelow, G.E. y Silverman, K. (1999). Theoretical and empirical foundations of contingency management treatments for drug abuse. En S.T. Higgins y K. Silverman (Eds.), *Motivating behavior change among illicit-drug abusers: Research and contingency management interventions* (pp. 15-31). Washington, DC: American Psychological Association.
- Bowers, T.G. y Al-Redha, M.R. (1990). A comparison of outcome with group/marital and standard/individual therapies with alcoholics. *Journal of Studies on Alcohol*, 51, 301-309.
- Broner, R.K., Kidorf, M., King, V.L. y Bigelow, G.E. (1997). Using behaviorally contingent pharmacotherapy in opioid abusers enhances treatment outcome. En L.S. Harris (Ed.), *Problems of drug dependence 1996* (NIDA Research Monograph, 174). Washington, DC: US Department of Health and Human Services.
- Budney, A. J. y Higgins, S. T. (1998). *A Community Reinforcement Plus Vouchers Approach: Treating Cocaine Addiction*. Rockville: National Institute on Drug Abuse.
- Carroll, K.M. (1998). *A Cognitive-Behavioral Approach: Treating Cocaine Addiction*. Rockville, MD.: National Institute on Drug Abuse.
- Childress, A.R., McLellan, A.T. y O'Brien, C.P. (1986). Conditioned responses in methadone population: A comparison of laboratory, clinic and natural setting. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 3, 173-179.
- Fals-Stewart, W., O'Farrell, T.J. y Birchler, G.R. (1997). Behavioral couples therapy for male substance-abusing patients: a cost outcomes analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 789-802.
- García-Rodríguez, O., Secades-Villa, R., Álvarez Rodríguez, O., Río Rodríguez, A., Fernández-Hermida, J.R., Carballo, J.L., Errasti Pérez, J.M. y Al-Halabi Díaz, S. (2006). Efecto de los incentivos sobre la retención en un tratamiento ambulatorio para adictos a la cocaína. *Psicothema*, 19, 134-139.
- Griffith, J.D., Rowan-Szal, G.A., Roark, R.R. y Simpson, D.D. (2000). Contingency management in outpatient methadone treatment: a meta-analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, 58, 55-66.
- Handmaker, N.S., Miller, W.R. y Manicke, M. (1999).

- Findings of a pilot study of motivational interviewing with pregnant drinkers. *Journal of Studies on Alcohol*, 60, 285-287.
- Higgins, S. T. (1996). Some potential contributions of reinforcement and consumer-demand theory to reducing cocaine use. *Addictive Behaviors*, 21(6), 803-816.
- Higgins, S.T., Badger, G.J. y Budney, A.J. (2000). Initial abstinence and success in achieving longer term cocaine abstinence. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 8, 377-386.
- Higgins, S. T., Bickel, W. K. y Hughes, J. R. (1994). Influence of an alternative reinforcer on human cocaine self-administration. *Life Sciences*, 55(3), 179-187.
- Higgins, S.T., Budney, A.J., Bickel, W.K., Hughes, J.R., Foerg, F. y Badger, G.J. (1993). Achieving cocaine abstinence with a behavioral approach. *American Journal of Psychiatry*, 150, 763-769.
- Higgins, S.T., Budney, A.J., Bickel, W.K., Badger, G.J., Foerg, F.E. y Ogden, A.D. (1995). Outpatient behavioral treatment for cocaine dependence: one-year outcome. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 3, 205-212.
- Higgins, S.T., Delaney, D.D., Budney, A.J., Bickel, W.K., Hughes, J.R., Foerg, F. y Fenwick, J.W. (1991). A behavioral approach to achieving initial cocaine. *American Journal of Psychiatry*, 148, 1218-1224.
- Higgins, S.T., Heil, S.H. y Plebani, J. (2004). Clinical implications of reinforcement as a determinant of substance use disorders. *Annual Review of Psychology*, 55, 431-452.
- Higgins, S. T., Sigmon, S. C., Wong, C. J., Heil, S. H., Badger, G. J., Donham, R., Dantona, R. L., y Anthony, S. (2003). Community reinforcement therapy for cocaine-dependent outpatients. *Archives of General Psychiatry*, 60, 1043-1052.
- Hunt, G.M. y Azrin, N.H. (1973). A community-reinforcement approach to alcoholism. *Behaviour Research and Therapy*, 11, 91-104.
- Kasvikis, Y., Bradley, B., Powell, J., Marks, I. y Gray, J.A. (1991). Postwithdrawal exposure treatment to prevent relapse in opiate addicts: A pilot study. *International Journal of the Addictions*, 26, 1187-1195.
- Marlatt, G.A. (2001). Integrating contingency management with relapse prevention skills. Comment on Silverman et al. (2001). *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 9, 33-34.
- Marlatt, G.A. y Gordon, J.R. (Eds.) (1985). *Relapse prevention. Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: The Guilford Press.
- McCrary, B.S., Longabaugh, R., Fink, E., Stout, R., Beattie, M. y Ruggieri-Authelet, A. (1986). Cost effectiveness of alcoholism treatment in partial hospital versus inpatient settings after brief inpatient treatment: 12-month outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 708-713.
- McCrary, B.S., Noel, N.E., Abrams, D.B., Stout, R.L., Nelson, H.F. y Hay W.M. (1986). Comparative effectiveness of three types of spouse involvement in outpatient behavioral alcoholism treatment. *Journal of Studies on Alcohol*, 47, 459-467.
- McCrary, B.S., Stout, R., Noel, N.E., Abrams, D.B. y Nelson, H.F. (1991). Effectiveness of three types of spouse-involved behavioral alcoholism treatment. *British Journal of Addictions*, 86, 1415-1424.
- McKim, W.A. (2000). *Drugs and behavior. An introduction to behavioral pharmacology*. Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall.
- McLellan, A.T. (2001). Moving toward a "third generation" of contingency management studies in the drug abuse treatment field. Comment on Silverman et al. (2001). *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 9, 29-32.
- Meyers, R.J., Miller, W.R., Hill, D.E. y Tonigan, J.S. (1999). Community reinforcement and family training (CRAFT): engaging unmotivated drug users in treatment. *Journal of Substance Abuse*, 10, 291-308.
- Miller, P.M. (1975). A behavioural intervention program for chronic public drunkenness offenders. *Archives of General Psychiatry*, 32, 915-918.
- Miller, W.R., Brown, J.M., Simpson, T.L., Handmaker, N.S., Bien, T.H., Luckie, L.F., Montgomery, H.A., Hester, R.K. y Tonigan, J.S. (1995). What works? A methodological analysis of the alcohol treatment outcome literature. En R.K. Hester y W.R. Miller (Eds.), *Handbook of alcoholism treatment approaches. Effective alternatives*. Needham Heights, MS.: Allyn & Bacon.
- Miller, W.R., Meyers, R.J. y Hiller-Sturmhöfel, S. (1999). The Community-Reinforcement Approach. *Alcohol Research and Health*, 23, 116-119.
- Miller, W.R., Meyers, R.J. y Tonigan, J.S. (1999). Engaging the unmotivated in treatment for alcohol problems: a comparison of three strategies for intervention through family members. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 688-697.
- Miller, W. R. y Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. New York, NY: Guilford Press.
- Monti, P.M., Rohsenow, D.R., Colby, S.M. y Abrams, D.B. (1995). Coping and social skills training. En R.K. Hester y W.R. Miller (Eds.), *Handbook of alcoholism treatment approaches. Effective alternatives*. Needham

- Heights, Massachusetts: Allyn & Bacon.
- Nader, M. A. y Woolverton, W. L. (1992). Effects of increasing response requirement on choice between cocaine and food in rhesus monkeys. *Psychopharmacology (Berl)*, 108(3), 295-300.
- National Institute on Drug Abuse (1999). *Principles of drug addiction treatment*. Washington: U.S. Department of Health and Human Services.
- O'Farrell, T.J., Cutter, H.S. y Floyd, F.J. (1985). Evaluating behavioral marital therapy for male alcoholics: effects on marital adjustment and communication from before to after treatment. *Behavior Therapy*, 16, 147-167.
- O'Farrell, T.J., Choquette, K.A. y Cutter, H.S., Floyd, F.J., Bayog, R., Brown, E.D., Lowe, J., Chan, A. y Deaneault, P. (1996). Cost-benefit and cost-effectiveness analyses of behavioral marital therapy as an addition to outpatient alcoholism treatment. *Journal of Substance Abuse*, 8, 145-166.
- O'Farrell, T.J., Van Hutton, V. y Murphy, C.M. (1999). Domestic violence before and after alcoholism treatment: a two-year longitudinal study. *Journal of Studies on Alcohol*, 60, 317-321.
- Petry, N. M. (2000). A comprehensive guide to the application of contingency management procedures in clinical settings. *Drug and Alcohol Dependence*, 58(1-2), 9-25.
- Petry, N.M. (2001). Challenges in the transfer of contingency management techniques. Comment on Silverman et al. (2001). *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 9, 29-32.
- Pickens, R. y Thompson, T. (1968). Cocaine-reinforced behavior in rats: Effects of reinforcement magnitude and fixed-ratio size. *Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics*, 161, 122-129.
- Pomerleau, O.F. y Pomerleau, C.S. (1987). A biobehavioral view of substance abuse and addiction. *Journal of Drug Issues*, 17, 111-131.
- Powell, J., Gray, J. y Bradley, B. (1993). Subjective craving for opiates: evaluation of a cue exposure protocol for use with detoxified opiate addicts. *British Journal of Clinical Psychology*, 32, 39-53.
- Roozen, H. G., Boulogne, J. J., van Tulder, M. W., van den Brink, W., De Jong, C. A. y Kerkhof, A. J. (2004). A systematic review of the effectiveness of the community reinforcement approach in alcohol, cocaine and opioid addiction. *Drug and Alcohol Dependence*, 74, 1-13.
- Saunders, B., Wilkinson, C. y Phillips, M. (1995). The impact of a brief motivational intervention with opiate attending a methadone programme. *Addiction*, 90, 415-424.
- Schuster, C.R. y Johanson, C.E. (1981). An analysis of dug-seeking behavior in animals. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 5, 315-323.
- Secades Villa, R. y Fernández Hermida, R. (2003). Guía de los tratamientos psicológicos eficaces para la drogadicción: alcohol, cocaína y heroína (pp.107-139). En M. Pérez, J.R. Fernández-Hermida, C. Fernández e I. Amigo, *Guía de Tratamientos psicológicos eficaces*. Madrid: Pirámide.
- Secades Villa, R. y Fernández Hermida, J.R. (2006). Tratamiento cognitivo-conductual. En G. Cervera, J.C. Valderrama, J.C. Pérez ce los Cobos, G. Rubio y L. Sanz, *Manual SET de Trastornos Adictivos*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Secades Villa, R., Fernández Hermida, J.R. y Arnáez Montaraz, C. y (2004). Motivational interviewing and treatment retention among drug abuse patients: a pilot study. *Substance Use & Misuse*, 39, 9, 1369-1378.
- Secades Villa, R., García-Rodríguez, O., Álvarez Rodríguez, H., Río Rodríguez, A., Fernández-Hermida, J.R. y Carballo, J.L. (en prensa). El Programa de Reforzamiento Comunitario más Terapia de Incentivo para el Tratamiento de la Adicción a la Cocaína. *Adicciones*.
- Secades Villa, R. y Pérez Álvarez, M. (1998). Análisis conductual de los procesos de cambio en Alcohólicos Anónimos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 24, 98, 883-904.
- Silverman, K. (2004). Exploring the limits and utility of operant conditioning in the treatment of drug addiction. *The Behavior Analyst*, 27, 209-230.
- Silverman, K., Svikis, D., Robles, E., Stitzer, M.L. y Bigelow, G.E. (2001). A reinforcement-based Therapeutic Workplace for the treatment of drug abuse: Six-month abstinence outcomes. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 9, 14-23.
- Silverman, K., Svikis, D., Wong, C.J., Hampton, J., Stitzer, M.L. y Bigelow, G.E. (2002). A reinforcement-based Therapeutic Workplace for the treatment of drug abuse: three-year abstinence outcomes. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 10, 228-240.
- Stotts, A.L., Schmitz, J.M., Rhoades, H.M. y Grabowski, J. (2001). Motivational interviewing with cocaine-dependent patients: a pilot study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 858-862.
- Vuchinich, R.E. y Tucker, J.A. (1988) Contributions from behavioral theories of choice to an analysis of alcohol abuse. *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 181-195.
- Yanagita, T. (1973). An experimental framework for evaluation of dependence liability of various types of drugs in monkeys. *Bulletin of Narcotics*, 25, 57-64.

PSICOLOGÍA Y ATENCIÓN A LA DROGODEPENDENCIA EN ESPAÑA: UNA VISIÓN HISTÓRICA

PSYCHOLOGY AND DRUG-ADDICTION CARE IN SPAIN: A HISTORICAL VIEW

Emiliano Martín

Jefe de Departamento de Familia del Ayuntamiento de Madrid. Exsubdirector General del Plan Nacional sobre Drogas

La historia de la atención a la drogodependencia en España es breve pero muy intensa. Este artículo revisa los principales acontecimientos y avances que jalonan su desarrollo estableciendo un paralelismo entre éstos y el proceso de implantación de la psicología en este ámbito de intervención. También se analiza y valora el papel desempeñado por los psicólogos en las diferentes etapas históricas resaltando tanto los logros como las deficiencias en la construcción de un cuerpo de conocimientos y experiencias profesionales y científicos.

Palabras clave: Psicología, Drogodependencia, Historia de la drogodependencia en España

The history of drug addiction care in Spain is brief but highly intense. The present work reviews the main events and advances that have marked its development, in parallel with the process of incorporation of psychology into this area of intervention. The article also analyzes and assesses the role of psychologists in the different historical stages, highlighting both the achievements and shortcomings in the construction of a body of professional and scientific knowledge and experience.

Key Words: Psychology, Drug Addiction, Historical review, Spain.

Este monográfico nos ofrece de nuevo la ocasión de reflexionar sobre la compleja relación de la psicología con la drogodependencia, relación marcada por un curioso paralelismo en sus respectivos desarrollos que no tienen una larga trayectoria pero sí una alta intensidad en ambos casos. Así, los dos monográficos anteriores de Papeles del Psicólogo aparecieron en estadios históricos bien diferentes pero significativos de la evolución de la atención al fenómeno de la drogodependencia en nuestro país. El primero se realizó en 1986, recién aprobado el Plan Nacional sobre Drogas, cuando el Colegio Oficial de Psicólogos comenzaba a recrear un marco de estudio y una estrategia para aproximar nuestra profesión a las instituciones públicas que se ocupaban de esta materia. El segundo, catorce años después, en el 2000, tras un largo proceso de consolidación caracterizado por una amplia presencia de los psicólogos en todos los ámbitos técnicos y en no pocos institucionales (Martín, 2000).

Desde entonces hasta hoy han transcurrido apenas siete años; en este breve período no se han producido cambios novedosos en la configuración del fenómeno, sin embargo han cuajado determinadas tendencias que venían apuntándose en etapas anteriores y que afectan directamente a las políticas públicas sobre drogas que se vienen aplicando en nuestro país. La más relevante es, sin lugar a dudas, la creciente apropiación del discurso de las drogas por

ciertos sectores sanitarios. En un ámbito que se había caracterizado tradicionalmente por la interdisciplinariedad, está imponiéndose, cada vez con más nitidez, una orientación reduccionista de corte biomédico que va sesgando progresivamente los estilos de intervención y capitalizando los espacios institucionales, políticos y, consecuentemente, mediáticos. De resultas, la presencia de los psicólogos parece haberse estancado y el peso específico que nuestra disciplina había adquirido en determinados espacios corre el riesgo de retroceder.

Ante esta realidad que ya pocos discuten y sus consecuencias en el inmediato futuro, cabrían plantearse numerosas preguntas acerca del papel desempeñado por los psicólogos a lo largo de estos más de veinte años, tanto sobre los aciertos y los errores de los profesionales de la psicología que hemos trabajado en este campo como sobre el grado de aprovechamiento que, como profesión, hemos alcanzado ante las indiscutibles oportunidades que este ámbito de la drogodependencia nos ha brindado: ¿Cuál es el nivel de desarrollo de la psicología en los diferentes planos de intervención ante las drogas? ¿Qué aportaciones inequívocas han hecho los psicólogos en este campo? ¿Qué lugar ocupan los psicólogos en relación con las diversas disciplinas que intervienen? ¿Qué enseñanzas cabría extraer del balance de la experiencia acumulada durante esta etapa? ¿Con qué expectativas podemos afrontar los años venideros?...

En las siguientes líneas trataremos de dar respuesta a éstas y a otras muchas preguntas que suscita este asunto.

Para ello recurriremos a una visión histórica (*Historia magister vitae*) que resulta coincidente en su metodología con otras reflexiones que se han venido realizando desde muy diversos sectores durante los últimos dos años con motivo del vigésimo aniversario del Plan Nacional sobre Drogas.

EVOLUCIÓN HISTÓRICA

Trataremos de establecer un paralelismo entre la evolución que ha sufrido el fenómeno de las drogas en nuestro país y la incidencia que ha tenido la psicología en su desarrollo. Agruparemos esta evolución en cuatro grandes etapas que van desde la configuración del problema tal y como lo ha percibido, y mayoritariamente sigue percibiéndolo, la población española, hasta la situación actual que está condicionando la inmediata evolución de la atención a la drogodependencia en nuestro país.

Antes de seguir adelante, dado que a lo largo de estas líneas se harán continuas referencias a diferentes modelos de intervención y a profesionales de una u otra disciplina, conviene precisar desde ahora que esta reflexión se ha acometido tratando de rehuir en todo momento las posiciones excluyentes, la justificación (o denigración) de modelos o la consideración global –siempre injusta– de los colectivos profesionales y las posiciones corporativas. Nadie posee la verdad, ni seguramente existirá una verdad exclusiva en relación con los variados aspectos que aquí se abordan. Por otra parte, en todas las profesiones pueden encontrarse diferentes personas y comportamientos. Si nos detenemos en los propios psicólogos, a pesar de haber realizado un indiscutible esfuerzo en defensa de la interdisciplinariedad, no nos han faltado también posturas integristas, prepotentes e intolerantes. De igual modo, no todos los psicólogos que intervienen en este campo han hecho gala de los conocimientos y competencias técnicas y profesionales propias de la psicología y han caído en aquellos errores y simplificaciones que con tanta facilidad atribuimos a otros profesionales.

UN PROBLEMA NUEVO, UNA PROFESIÓN JOVEN

Volviendo a la clasificación histórica, podemos situar cronológicamente la primera etapa entre los años 1975 y 1985. La primera fecha coincide con la expansión masiva de drogas ilegales en nuestro país y la segunda con la aprobación del Plan Nacional sobre Drogas. Ambos elementos merecen ser destacados: en un caso por el alarmino que marca toda la década de los ochenta y en otro por constituir la primera iniciativa promovida por el Go-

bierno de la Nación en este ámbito que aporta una estructura administrativa –la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas– y una dotación presupuestaria finalista.

Aunque no conviene olvidar que a finales de los sesenta se había producido un incremento importante de los consumos de alcohol que supuso el inicio del proceso de alcoholización de la sociedad española, lo más característico de esta etapa es la aparición y rápida expansión de la heroína, su impacto y la importante demanda asistencial que generó su consumo en la primera mitad de los ochenta. Puede afirmarse que este fenómeno sorprendió a la sociedad española que, durante años, permaneció inerte ante un problema que se iba expandiendo en un terreno tan abonado como era el contexto sociopolítico que ofrecía nuestra transición democrática. De hecho, en las motivaciones de muchos consumidores de opiáceos subyacían actitudes de carácter contracultural e ideológico relacionadas con un fenómeno muy de la época conocido como “pasotismo”, expresión que recogía muy gráficamente las posiciones de desencanto, insatisfacción y nihilismo que impregnaban la actitud vital de ciertos sectores juveniles.

La respuesta institucional en este período fue mínima. En los comienzos, los únicos servicios existentes de ámbito nacional eran los Dispensarios Antialcohólicos, creados en los años sesenta. A pesar de su escasa incidencia –eran pocos y dispersos por todo el país– tuvieron un cierto valor como referentes de los posteriores centros ambulatorios de drogas. Curiosamente, con ellos aparecen por primera vez los psicólogos en este ámbito como componentes secundarios de unos equipos liderados y compuestos mayoritariamente por psiquiatras.

También es de justicia destacar dos realidades territoriales que tuvieron un carácter pionero: Cataluña y País Vasco. Como después hacen el resto de las Comunidades Autónomas, estas comunidades aprovechan fenómenos emergentes del tipo de las drogas para ir dotándose de competencias a la espera del grueso de transferencias. Aunque con organizaciones y desarrollos diferentes, ambas tienen unas características muy similares: configuran los primeros programas públicos autonómicos y municipales sobre drogas (DAK, DROSS...), proponen las primeras redes asistenciales e incorporan equipos interdisciplinarios con presencia de psicólogos mucho más relevante desde luego que en el caso anterior.

Pero, el hecho cierto es que la oferta asistencial a los afectados que comienzan a demandar ayuda a principios de los ochenta, de modo angustioso en ocasiones, conti-

nuó siendo muy escasa en el conjunto del Estado durante años. En la práctica, las primeras ofertas sustanciales de plazas provienen de la iniciativa social, ligada en ocasiones a las asociaciones de familiares que ya comenzaban a organizarse. Las asociaciones pioneras tienen su origen más allá de nuestras fronteras; aunque de naturaleza y calidad asistencial bien diferenciadas, es obligatorio mencionar a las asociaciones “El Patriarca” y “Proyecto Hombre”. Ésta última ofrecía un programa terapéutico más estructurado que incluía el paso por comunidad terapéutica, pero en el caso de “El Patriarca”, como en la mayoría de las restantes asociaciones, los dispositivos más habituales fueron las denominadas “granjas”.

Surgieron granjas de muy distintas características según los componentes de sus equipos, la incorporación o no de elementos religiosos y el funcionamiento del centro. Pero, en conjunto, se concebían como dispositivos terapéuticos únicos, autosuficientes y situados en el medio rural, es decir, aislados de la realidad cotidiana de los drogodependientes. Herederas de modelos de autoayuda como el de SYNANON, tenían plena confianza en el poder curativo de la comunidad y su ambiente terapéutico y no concebían el consumo de drogas como un problema médico sino basado en causas sociales o personales.

Estos aspectos, que pueden parecer anecdóticos, han tenido sin lugar a dudas una gran relevancia en la evolución posterior del tema que nos ocupa. El marco de análisis que ha condicionado el imaginario social de las drogas en nuestro país es producto de procesos generados por circunstancias históricas tan precisas como las que se produjeron a comienzos de la década de los ochenta y por las connotaciones de una sustancia como la heroína, ligada de forma simbólica a todo lo que de extraño, desconocido, amenazador, violento, marginal, mórbido y mortífero tienen las drogas.

Un ejemplo muy esclarecedor es la consagración, durante esta etapa, de una actitud que ha sobrevolado durante años la intervención técnica en drogodependencias que consiste en considerarla como “una forma de sabiduría específica”, un asunto de iniciados más que una especialidad en el marco conceptual y metodológico de los diferentes profesionales que trabajan en este ámbito. Este problema no ha sido exclusivo de los psicólogos pero sí nos ha afectado muy directamente y ha costado muchos años combatirlo; aún así hoy quedan restos de ese discurso.

No querría terminar esta fase sin hacer una somera referencia a la prevención. La presión de la demanda asistencial ante una carencia objetiva de recursos adecuados

hizo que la prevención tuviera un papel más bien escaso. Las pocas actividades preventivas consistieron en iniciativas puntuales y sin continuidad en el tiempo. Poseían un marcado carácter informativo y ponían el énfasis en las sustancias ilegales que constituían, en aquella época, el centro de interés de los problemas de drogas

En cuanto a la presencia de los psicólogos durante esta etapa podría ser calificada de dispersa y secundaria; en cualquier caso, poco relevante colectivamente hablando. Por eso marca un hito el primer programa de formación para psicólogos que obtiene financiación de un organismo estatal, concretamente la Dirección General de Acción Social, que en el año 1984 financia los primeros cursos de formación general y específica para psicólogos en drogodependencias, proceso formativo que el COP mantiene ininterrumpidamente en los años posteriores con el apoyo del Plan Nacional sobre Drogas.

UNA OPORTUNIDAD PARA LA PSICOLOGÍA

La segunda etapa, aunque de muy corta duración, merece un tratamiento específico por su trascendencia e intensidad. En los cinco años que transcurren desde la aprobación del Plan Nacional sobre Drogas en 1985 hasta el final de la década se aprueban en nuestro país la mayoría de los Planes Autonómicos sobre Drogas y algunos de los municipales más importantes. La creación de un plan global, basado en el consenso institucional, social y político generó unas grandes expectativas que, espoleadas por la presión social y al rebufo de las autonomías emergentes desembocó en una auténtica convulsión para las políticas sobre drogas en nuestro país.

Las consecuencias no se hicieron esperar: se asignaron importantes dotaciones presupuestarias específicas para la atención a la drogodependencia; se creó la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, como órgano de impulso y coordinación del Plan, y comenzó la puesta en marcha de unas estructuras efectivas de planificación, gestión y coordinación autonómica que se denominaron genéricamente Planes Autonómicos sobre Drogas.

La creación de planes conlleva la puesta en marcha de un modelo de respuesta institucional basada en la coordinación de políticas globales que, aunque en estado embrionario, marcará las políticas sobre drogas de nuestro país y se exportará posteriormente a diferentes países europeos y latinoamericanos. Pero, sobre todo, posibilitará que se articulen numerosas redes de atención. Este hecho contribuye a potenciar el movimiento asociativo relaciona-

do con las drogas y genera un notable incremento de los recursos humanos dedicados a esta tarea.

Puede afirmarse que la gran incorporación de profesionales, y específicamente de psicólogos, a este ámbito se produjo en aquellos años. Para los psicólogos significó una ocasión excepcional de promoción de empleo y una oportunidad histórica de aplicar en numerosos ámbitos –clínico, preventivo, gestión, planificación...- sus aportaciones profesionales. Hay un dato esclarecedor: ya en 1990 la Junta de Gobierno Estatal del Colegio de Psicólogos siente la necesidad de reflexionar sobre la naturaleza de esta intervención y conocer las dimensiones de la práctica profesional del psicólogo en este ámbito. El estudio (COP, 2003) se basa en la muestra de 357 psicólogos que responden a los cuestionarios, pero los autores habían enviado un total de 1.000 cuestionarios a otros tantos profesionales identificados a partir de los datos oficiales y un barrido centro a centro. Lo que significa que esta cifra podría aproximarse de algún modo a la real. Actualmente, no existe ningún estudio similar que nos permita establecer una comparación; el dato más reciente corresponde a un estudio del Plan Nacional sobre Drogas (2003) que permite estimar en un mínimo de 825 el número de psicólogos que trabajan en Planes Autonómicos, a los que habría que sumar los correspondientes a aquellos que no aportan este dato (Cataluña, Baleares, Canarias y País Vasco) y los profesionales que trabajan en ONG con redes asistenciales propias (Proyecto Hombre, Cruz Roja, etc.) que, por tanto, no habrán sido incluidos en esta relación. En consecuencia, podemos afirmar que, aunque el volumen actual de psicólogos que intervienen en este campo superará ampliamente el registrado en 1990, es razonable pensar que el grueso de las plazas creadas procede de aquel quinquenio. .

Hay otros datos a destacar de este estudio como la edad de los profesionales, los organismos que generan estos puestos de empleo y el lugar que ocupan los psicólogos en ellos. En cuanto a la edad, cabe resaltar la acentuada juventud de esta población que en un 85% de los casos tiene menos de 35 años y la mitad menos de 30. Por otro lado, dos terceras partes de los generadores de estos empleos son Administraciones Públicas, de las que casi la mitad (46,7%) pertenecen al ámbito de los servicios sociales; finalmente, hay que señalar que, en el 53% de los equipos estudiados, los psicólogos ocupaban el puesto de coordinadores, seguidos por los médicos que alcanzaban el 30,7%.

En síntesis, no sería exagerado afirmar que la masiva incorporación de psicólogos y la ocupación de puestos de

responsabilidad en tan corto espacio de tiempo resulta un hecho excepcional en la historia de la psicología en España. Como veremos a continuación, esta implantación intensa y acelerada ha tenido no pocas consecuencias de cara a la consolidación de la psicología en este campo.

Un aspecto digno de ser destacado en esta etapa es la conceptualización de las redes asistenciales. Superada la etapa anterior de los dispositivos únicos, se consideró que una red de atención a drogodependencias debía estar formada por un conjunto de programas, servicios y recursos con una ordenación y una organización funcional capaces de dar respuesta a la totalidad de supuestos y necesidades de las personas con problemas relacionados con el uso o abuso de drogas (Becoña y Martín, 2004). El resultado fue la creación de redes amplias en cuanto a sus objetivos, diversificadas por su variedad de recursos y profesionalizadas, esto es, integradas por equipos interdisciplinarios con una gran variedad de titulaciones académicas (psicólogos, médicos, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, diplomados de enfermería, etc.).

El planteamiento teórico que subyacía a esta decisión, compartida por entidades sociales e institucionales, partía del convencimiento de que el abordaje terapéutico de un drogodependiente requiere una combinación coordinada de diferentes recursos que deben establecer unos objetivos asistenciales individualizados en los que se realizará un abordaje biológico, psicológico y social.

Otra cuestión relevante de esta etapa es que las redes tenían dos señas de identidad muy generalizadas: estaban dirigidas casi exclusivamente a los problemas generados por la heroína y sus objetivos se orientaban básicamente a la abstinencia y, en última instancia, a la inserción social del drogodependiente.

Por no soslayar el estado de la prevención, baste mencionar que no existieron avances dignos de mención en estos años, excepción hecha de algunos programas con un valor puramente emblemático. Uno de los testimonios más gráficos de esta etapa es sin duda el "Dictamen para la planificación de la prevención escolar de la prevención de drogas en la comunidad escolar" (Aguado, Comas y Martín, 1986), realizado a petición del Ministerio de Educación y Ciencia, que no tuvo consecuencias prácticas en las políticas escolares de prevención.

LOS CAMBIOS Y LA DIVERSIFICACIÓN DE LOS NOVENTA

A la tercera etapa solemos referirnos genéricamente como "la década de los grandes cambios" porque durante estos

años el fenómeno de las drogas sufre sus mayores transformaciones. Tanto es así que los noventa finalizan configurando un escenario mucho más diverso y complejo que el existente en las etapas anteriores. Si tuviéramos que resumir estos múltiples cambios podríamos reducirlos a dos: en relación con los hábitos de consumo, la estabilización y posterior descenso del consumo de heroína que coincide con los denominados usos recreativos de drogas y, si nos centramos en las políticas adoptadas por las Administraciones Públicas, el importantísimo desarrollo de los programas y servicios de reducción de daños, vinculados fundamentalmente al problema del Sida entre los Usuarios de Drogas por Vía Parenteral (UDVP).

El primero de estos fenómenos tiene que ver con la aparición de nuevas drogas y nuevos patrones de consumo. Es lo que diversos autores han valorado como un auténtico cambio de ciclo en las crisis de drogas en nuestro país (Gamella y Álvarez, 97). Se trata de consumos de fin de semana, fuera del ámbito familiar, en espacios o locales públicos y con la principal motivación de divertirse. Pero subyace además un aspecto que conviene explicitar, estos consumos no encierran generalmente posiciones contraculturales o comportamientos marginales como sucedía en el modelo anterior. Lo que se comenzó a gestar en la década pasada no eran simplemente nuevas formas de relacionarse con las drogas sino nuevos modos de estar en sociedad que afectan a sectores muy importantes de jóvenes relativamente bien integrados en otras esferas de la vida. Es lo que Parker (1998) plantea como un proceso de normalización en el que la extensión de una actividad, considerada como desviada, va desde los márgenes hacia el centro de la cultura juvenil, donde se une a otras conductas de riesgo.

Todo ello explica que, en la segunda mitad de la década, comience a reclamarse con insistencia una prevención que afronte este fenómeno de los consumos recreativos, que no aborde sólo los centros escolares sino que conlleve la necesaria implicación de la familia y que introduzca la generación de alternativas de ocio, en suma, un nuevo modo de concebir y de impulsar las estrategias preventivas.

Los avances propiciados en esos años, aunque insuficientes, han contribuido a asentar unas bases sólidas capaces de posibilitar un proceso de generalización de la prevención. Concretamente, los avances en el ámbito de la prevención escolar, protagonizados tanto por las administraciones públicas como por las organizaciones sociales, han sido reiteradamente ponderados por organismos internacionales como el Observatorio Europeo de la Dro-

ga y las Toxicomanías (OEDT). De hecho, los esfuerzos realizados por investigadores, técnicos y educadores en el campo de la prevención escolar llevaron al OEDT a situar a España entre los países más avanzados en prevención: "En España, Irlanda y Reino Unido se ha desarrollado un control de la calidad claro, las políticas de prevención se basan en evidencias y se tiene la intención de reforzar esta línea" (OEDT, 2003). Un experto internacional como Burkhart (2002) afirma que "...en el país (se refiere a España), el nivel metodológico de sus programas es bastante alto: descripciones claras, utilización de los modelos más conocidos, interés por la evaluación, aplicación de modelos más recientes...". Esto queda reflejado en el programa EDDRA sobre buenas prácticas en la Unión Europea que recoge programas españoles superiores a la media de los restantes países miembros. Aunque bien es verdad que esta valoración de la prevención escolar no ha sido extensible a otros ámbitos de la prevención (familiar, comunitaria, laboral...) y que estos logros no se han rematados por la necesaria expansión.

El protagonismo de los psicólogos en este impulso a la prevención resulta incuestionable. Bastaría repasar la lista de obras escritas y programas diseñados, aplicados y evaluados sobre prevención para comprobar que la presencia de psicólogos es abrumadora. En todos los ámbitos (universidades, centros educativos, municipios, familias...) donde se han aplicado programas preventivos han estado presentes psicólogos y a ellos se deben las principales aportaciones que en este campo se han realizado en nuestro país durante esta década; dicho esto sin menoscabar el inestimable papel que han jugado otros profesionales, fundamentalmente pertenecientes a los ámbitos sociales y educativos.

Por otra parte, la diversidad de consumos que caracteriza la década de los noventa termina repercutiendo también, aunque con algunos años de retraso, en la demanda asistencial. De tal modo que el peso asistencial de la cocaína al final de la década era ya responsable del 31% de las primeras admisiones (Informe Observatorio Español sobre Drogas nº 4). De aquí que las redes asistenciales existentes en esos momentos se ven obligadas a hacer frente a las nuevas demandas de tratamiento que de forma progresiva les vienen planteadas por una población relativamente joven, en la que los problemas de abuso a ciertas drogas (cocaína, alcohol, cánnabis o drogas de síntesis) se compatibilizan con aceptables niveles de integración social. De este modo, a mediados de los años noventa se inicia un proceso de reorientación de la oferta

que venían prestando las redes asistenciales, caracterizado por la necesidad de atender simultáneamente las nuevas demandas emergentes y los viejos problemas asociados al abuso de drogas. Un reto ante la diversificación y versatilidad de la oferta asistencial en el que aún hoy se encuentran sumidos las instituciones y los profesionales y que se caracteriza por dotar a las redes de una mayor flexibilidad.

Para entender el segundo de los fenómenos, referido a la extensión de los programas de reducción de daños, es preciso repasar algunos datos y acontecimientos de esa etapa. Aunque los noventa comienzan bajo el impacto de la heroína, en los siguientes años se inicia una tendencia descendente que ha seguido manteniéndose hasta la actualidad. Las admisiones a tratamiento por esta sustancia se estabilizan a partir de 1992 y declinan a partir de 1996. En paralelo, los casos de Sida en UDVP, que habían crecido muy rápidamente desde 1982, llegaron a situarnos durante un largo período a la cabeza de los países de la Unión Europea.

En consecuencia, la antigüedad en el consumo de muchos UDVP, con el consiguiente deterioro personal y las graves enfermedades asociadas (sida, hepatitis, tuberculosis...), unida a la incapacidad de las redes asistenciales creadas en la década anterior para captar a un número importante de adictos a la heroína, justifica sobradamente la gran eclosión de estos programas cuyo principal exponente son los programas de tratamiento con metadona que se multiplicaron por 25,9 veces en estos diez años, pasando de 3.043 casos en 1990 a 78.806 en el 2000 (PND, 2001).

La principal consecuencia de estas políticas fue que España redujo el porcentaje de Sida entre inyectores de drogas. De los 1.465 casos diagnosticados en el año 2001, un 52% del total se atribuían a la inyección de drogas cuando en 1990 se había alcanzado el nivel máximo con un porcentaje del 69,6%. Otro dato que correlaciona directamente con este resultado es el obtenido en el cambio de vía de administración de las drogas: el uso de la inyección como vía preferente pasó de un 60-70% en los años 80 a un 17% en el año 2000.

Todos estos hechos acarrearón durante casi toda la década dificultades de integración en las redes asistenciales que se vieron abocadas a hacer profundos esfuerzos de adaptación. Pero estas dificultades no sólo surgieron por la integración de los distintos tipos de programas –libres de drogas y reducción de daños– sino, fundamentalmente, por los distintos modos de percibir y valorar las prioridades en la intervención terapéutica.

Aquí se sitúa uno de los debates más controvertidos sobre el papel desempeñado por los psicólogos en relación con otros profesionales. Es cierto que no todos los psicólogos mostraron la misma receptividad ante la urgencia que evidenciaban los datos y que impelía a recurrir sin demora a estos programas emergentes. Incluso puede constatar que ciertos sectores de responsables institucionales, entre los que se encontraban algunos psicólogos, ralentizaron excesivamente su respuesta. Pero no es menos cierto que la mayoría de los profesionales de la psicología compartieron desde el principio la necesidad de impulsar estos programas y participaron activamente en su implantación. De aquí lo injusto de algunas acusaciones que se han vertido genéricamente sobre el colectivo de psicólogos. Las redes asistenciales de nuestro país, en términos generales, han sido capaces de afrontar con éxito este reto y en la mayoría de esos equipos había y hay una amplia presencia de psicólogos.

Otra cuestión bien diferente son las dudas que se plantearon entonces y que aún se plantean hoy sobre la forma de concebir y aplicar estos programas, incluso una vez demostrada su eficacia y gozando de una aceptación prácticamente unánime. De igual modo, no debe ocultarse que el fuerte empuje de los programas de reducción de daños ha traído consigo un incomprensible retraimiento del debate y la investigación sobre la eficacia de los programas libres de drogas.

ALGUNOS SIGNOS DE LA ETAPA ACTUAL

Más difícil resulta hacer historia sobre la cuarta etapa que nos conduce desde el año 2000 hasta la actualidad y que está marcada por la aplicación de la Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008, por cuanto supone una realidad que aún se está configurando. No obstante, como decíamos al principio, algunos acontecimientos recientes merecen un breve comentario.

El Gobierno de la Nación, siguiendo las directrices de Naciones Unidas, llevó a cabo en 1999 una revisión en profundidad de sus políticas sobre drogas y, tras un debate en profundidad realizado con los agentes institucionales, profesionales y sociales, aprobó la Estrategia que comienza afirmando: "El Plan Nacional sobre Drogas (...) tras casi quince años de vigencia y permanente actualización, necesita adecuarse a la realidad actual del fenómeno de las drogas así como adelantarse a previsible cambios en el fenómeno de las drogodependencias" (1999). En otras palabras, este documento representó en la práctica el nacimiento de un nuevo plan. Unos años

después, en el ecuador de su desarrollo y tras una evaluación parcial de su grado de cumplimiento realizada en 2004, el Plan Nacional introduce un Plan de Acción que no aporta prácticamente ninguna novedad al espíritu y propuestas del texto anterior.

¿Qué proponen en síntesis estas nuevas políticas institucionales? Básicamente, reafirmar la necesidad de continuar en la dirección que se apuntaba al final de la década anterior, esto es, la garantía de una plena cobertura asistencial adecuada a una diversidad de demandas, la propuesta de priorizar y generalizar la prevención y una mayor insistencia en la calidad de los programas, la evaluación y la formación. No podía ser de otro modo ante las tendencias en los consumos de drogas que se van constatando en nuestro país.

En relación con las redes asistenciales el eje fundamental del planteamiento es la apuesta por la "integración coordinada de las redes de atención a las drogodependencias en los Sistemas Públicos de Salud y de Servicios Sociales", con el doble objetivo de rentabilizar los recursos existentes en esos sistemas y de normalizar la intervención.

En cuanto a la diversificación, existe un claro consenso en dar por consolidada la existencia de una estructura mixta de programas -libres de drogas/reducción de daños-, en la práctica totalidad de las redes de nuestro país, ya sean públicas o privadas. Sin embargo, algunos profesionales estamos preocupados por la instrumentación mecanicista que se está haciendo de los programas de reducción de daños. Pensamos que debería insistirse en que han de estar impregnados de una perspectiva psicológica, social y de apoyo que permita el mejor desarrollo de la vida de estas personas y, siempre que sea posible, sin renunciar a la eliminación de la dependencia. La mirada restrictiva de algunos sectores médicos hacia estos programas parece haber silenciado otras formas de entenderlos y de rentabilizarlos. Sin embargo, existen modelos validados por psicólogos (Insúa, 1999) que abren nuevas líneas de intervención en los programas de reducción de daños y riesgos.

También parece llegado el momento de cerrar el círculo respecto a esta yuxtaposición de programas porque, si bien es cierto que los programas libres de drogas necesitaron el complemento de los de reducción de daños, hoy sabemos que éstos tampoco pueden verse, por sí mismos, como la solución definitiva a los problemas de drogodependencias. Con mayor razón cuando se van imponiendo las nuevas demandas de tratamiento. Todo ello hace apremiante la aplicación de un renovado impulso a la investigación y aplicación de tratamientos, fundamentalmente

psicológicos, que han sido confirmados como los más eficaces a la luz de la evidencia científica disponible (Fernández Hermida y Secades, 2003; Álvarez y Becoña, 2006).

De lo contrario, corremos el riesgo de caminar hacia una normalización muy distinta de la que se planteaba en la Estrategia Nacional que supondría confundir la normalización con la asimilación. Es verdad que la consideración a todos los efectos de las drogodependencias como "enfermedades comunes", recogida en diversas leyes autonómicas, ha permitido dignificar la imagen del drogodependiente y considerar al adicto como un enfermo acreedor, como cualquier otro, de los derechos y prestaciones que ofrece el Sistema Nacional de Salud. Sin embargo, cabe preguntarse si una inadecuada gestión de estos teóricos avances no estará acarreado renovados problemas como la inhibición de otras redes (servicios sociales, educativos...) y generando nuevos errores en la percepción social del fenómeno de drogas que conduzcan a una creciente desmovilización (según el barómetro del CIS, en noviembre de 2006, las drogas eran percibidas como un problema que afectaba personalmente tan sólo al 1,6% de los ciudadanos).

Otro tanto cabría decir de las políticas preventivas. Desde el propio Ministerio de Sanidad se envía el mensaje de un supuesto fracaso de la prevención que está contribuyendo a desanimar a los escasos colectivos que trabajan en este campo. Además de suponer una apreciación injusta toda vez que tan sólo habían transcurrido cuatro años desde la aprobación de la Estrategia, los programas preventivos en España siguen contando con un escaso apoyo (según el PND, eran destinatarios del 15,9% de los presupuestos de los Planes Autonómicos en 2000 y del 21,4% en 2004) y se enfrentan a tendencias de consumo en constante crecimiento durante décadas. Parece obvio que algo no está claro en el concepto que se maneja de la prevención y de las exigencias que ésta plantea desde nuestros poderes públicos.

CONSIDERACIONES FINALES

Sin ánimo de caer en planteamientos derrotistas, parece obvio que existen indicios suficientes que señalan la preeminencia cada vez mayor de una visión lineal del problema, que incide en las sustancias más que en las personas, basada en el modelo de enfermedad y muy alejada de los presupuestos que proponemos desde la psicología -coincidentes, por otra parte, con los de la OMS- que proponen una visión global del fenómeno y un modelo bio-psico-social que, sin obviar los factores

predisponentes de carácter biológico, considera que el uso de drogas es una forma de comportamiento humano, entendido en sus dimensiones cognitiva, afectiva y conductual, y enormemente condicionado por su entorno interpersonal, social y cultural. Parece que no es difícil encontrar una relación entre éste y otros contenciosos que tiene planteados la psicología en su reconocimiento como profesión sanitaria, también aquí nos enfrentamos a un modelo subyacente de salud que limita gravemente nuestra presencia y nuestro ejercicio profesional plenos en las políticas de drogodependencias.

Esto afectará inevitablemente al papel que los psicólogos podamos desempeñar en el futuro. Sin embargo, como se ha demostrado en las páginas anteriores, los psicólogos ya demostramos capacidad y audacia para ofrecer una respuesta adecuada a las demandas sociales durante los años ochenta, respuesta que resultó oportuna y eficaz ante un difícil reto que muy pocas disciplinas aceptaron. Del mismo modo, hemos generado un cuerpo teórico y realizado notables aportaciones en todos los ámbitos de intervención promoviendo un modelo global, integrado e interdisciplinario. En conjunto, puede afirmarse que se ha logrado un claro reconocimiento de los psicólogos en este marco de actividad.

Sin embargo, ahora es el momento de reflexionar con toda sinceridad sobre nuestras deficiencias. No cabe duda de que hemos desperdiciado buenas ocasiones en momentos clave y hemos rentabilizado insuficientemente el bagaje conceptual, técnico y metodológico que nos ofrece la investigación psicológica. A ello se unen nuestras limitaciones tradicionales como profesión (escasa investigación, pocas publicaciones, carencias en la sistematización de conocimientos, dificultad de organizarnos como colectivo...). Además, en el momento actual, encontramos las barreras propias de las administraciones sanitarias dada nuestra presencia minoritaria en ellas, lo que nos sitúa en una posición de vulnerabilidad respecto a los otros profesionales sanitarios.

¿Cuáles son nuestras oportunidades? Ante todo, extraer todas las posibilidades que nos ofrece la investigación psicológica en ámbitos como la prevención y el tratamiento de las nuevas demandas asistenciales, aplicando y evaluando programas, sistematizando conocimientos y métodos que nos permitan ofrecer modelos rigurosos basados en la evidencia científica. Todo ello articulado en un proyecto colectivo sólido e identificable. Los Colegios de Psicólogos y el Consejo pueden volver a ser plataformas idóneas para renovar este proyecto.

REFERENCIAS

- Becoña, E. y Martín, E. (2004). *Manual de Intervención en Drogodependencias*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Burkhart, G. (2002). Una revisión de los programas escolares europeos recogidos en el Sistema de Información EDDRA. *Idea Prevención*, 23. 64-74. Madrid: Idea Prevención.
- Colegio Oficial de Psicólogos (1993). *Práctica profesional de la Psicología en Drogodependencias*. Madrid: Colegio Oficial de Psicólogos.
- Fernández Hermida, J. R. y Secades, R. (2003) Guía de tratamientos psicológicos eficaces para la drogadicción: alcohol, cocaína y heroína. *Guía de tratamientos psicológicos eficaces. I*. Editorial Pirámide: Madrid.
- Gamella, J.F y Alvares, A (1997) *Drogas de síntesis en España. Patrones y tendencias de adquisición y consumo*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Insúa, P. (1999). *Manual de Educación Sanitaria*. Zaratuz: Plan Nacional sobre Drogas, Plan Nacional sobre Sida y Universidad del País Vasco.
- López, A. y Becoña, E. (2006) "¿Cómo evolucionan las personas con dependencia de la cocaína que están en tratamiento? Estudio a 3 y 6 meses. *Adicciones*, 18 (4).
- Martín, E. (2000). Psicología y Drogas: aproximación histórica, situación actual y perspectivas de futuro. *Papeles del Psicólogo*, 77, 3-12.
- OEDT (2003). Informe Anual 2003. Lisboa: OEDT
- Parker, H., Aldridge, J., y Measham, F. (1998). *Illegal leisure: The normalization of adolescent recreational use*. London.
- Plan Nacional sobre Drogas (2000). *Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008*. Madrid: Ministerio del Interior.
- Plan Nacional sobre Drogas (2005). *Evaluación 2003 de Estrategia Nacional sobre Drogas*. Madrid: Ministerio de Sanidad.
- Plan Nacional sobre Drogas (2005). *Plan de Acción 2005-2008*. Madrid: Ministerio de Sanidad.
- Plan Nacional sobre Drogas (2002). *Informe nº 5. Observatorio Español sobre Drogas*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Plan Nacional sobre Drogas (2003). *Memoria 2002*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Trinidad, A. (2003) *Evaluación diagnóstico de los Planes Autonómicos sobre Drogas*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.

LA TERAPIA FACILITADA POR ANIMALES DE COMPAÑÍA COMO PROGRAMA DE REHABILITACIÓN ADJUNTO PARA PERSONAS CON DIAGNÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA CRÓNICA

PET-FACILITATED THERAPY AS AN ADJUNCT REHABILITATION PROGRAM FOR PEOPLE WITH A DIAGNOSIS OF CHRONIC SCHIZOPHRENIA

Victoria Villalta Gil y Susana Ochoa Güerre

Fundación para la investigación y la docencia Sant Joan de Déu. Unidad de Investigación

Coincidiendo con el surgimiento de la psiquiatría comunitaria, ha habido un progresivo proceso de desinstitucionalización de los pacientes psiquiátricos; seleccionando a los menos discapacitados para los recursos comunitarios y dejando los pacientes con más discapacidad al cuidado de las instituciones. La rehabilitación pretende afrontar la discapacidad para realizar actividades, con la finalidad de mejorar la desventaja social consecuencia del deterioro e incapacidad producidos por la enfermedad.

La Terapia Facilitada por Animales, se describe como una intervención diseñada para mejorar el funcionamiento cognitivo, físico o social de un paciente, con unos objetivos específicos delimitados en el tiempo. Los estudios realizados hasta el momento apuntan a resultados positivos de este tipo de intervención. En el presente trabajo se pretende describir cómo la Terapia Facilitada por Animales puede ser un programa de rehabilitación terapéutico efectivo adjunto al tratamiento normal que cubra con las necesidades de los pacientes crónicos con diagnóstico de esquizofrenia institucionalizados.

Palabras Clave: *terapia por animales, esquizofrenia, rehabilitación.*

Schizophrenia has a course that usually leads to high degrees of disability. For the last years and with the advent of community psychiatry there has been a progressive deinstitutionalization process. Patients less disabled have been selected for the new community mental health services while severe patients have remained under institutionalized care. Rehabilitation aims to cope with the reduction of the ability to undertake different activities in order to improve social disadvantage due to the disability caused by the disorder.

Pet Facilitated Therapy (PFT) is described as an intervention designed to improve cognitive, physical and social functioning of a patient, with some determined, time-delimited objectives. Studies done until now with different populations suggest that this kind of intervention could have positive results. The present paper aims to describe how PFT could be an effective therapeutic rehabilitation program adjunct to usual treatment for institutionalized patients with schizophrenia.

Key Words: *pet-facilitated therapy, schizophrenia, rehabilitation.*

La rehabilitación pretende afrontar la disminución de la capacidad para llevar a cabo actividades con la finalidad de mejorar la desventaja social consecuencia del deterioro e incapacidad producidos por la enfermedad (Collins y Munroe-Blum, 1995). La rehabilitación parte de la base que la dimensión socioambiental de la enfermedad mental tiene tanta importancia como la biológica y que la supervisión de las minusvalías crónicas es tan importante como el tratamiento de los síntomas y por tanto, se plantea como una intervención a largo plazo que se ocupa de los factores de la vida que afectan a la adaptación social, sin ignorar los síntomas que estén experimentando (Sheperd, 1996).

Los problemas de la persona que padece una enfermedad mental grave giran alrededor del "acceso social" y

este depende de la provisión de apoyos sociales que pueden facilitar el acceso y ayudar a mantener a la persona en su posición social. El mantenimiento a largo plazo de su acceso social depende de la estabilidad de estos apoyos sociales y en los servicios de rehabilitación que tienen que supervisar y reajustar constantemente sus intervenciones de manera apropiada (Sheperd, 1996). Esto se dificulta en un contexto institucionalizado, en que el acceso social es reducido.

En el escenario institucional la rehabilitación se ha estructurado como un servicio más, de carácter hospitalario, cuyo objetivo principal es disminuir la discapacidad generada por la vida institucional aunque sin ninguna referencia a un contexto social y por lo tanto a la participación del sujeto en una red social. La facilitación del "acceso social" por parte del equipo de rehabilitación permite apreciar que parte del proceso de rehabilitación necesita también de una participación activa en la comunidad (Aparicio, 1996).

Correspondencia: Victoria Villalta Gil. *Fundación Sant Joan de Déu. Unidad de Investigación. Sant Joan de Déu - Serveis de Salut Mental. C/ Dr. Antoni Pujadas 42. 08830 Sant Boi de Llobregat. Barcelona. España. E-mail:* vvillalta@sjd-ssm.com

En los últimos años y coincidiendo con el surgimiento de la psiquiatría comunitaria ha habido un progresivo proceso de desinstitucionalización de los pacientes psiquiátricos. Así se ha seleccionado a los menos discapacitados para los nuevos recursos comunitarios dejando atrás los casos más graves en recursos hospitalarios más institucionalizados. En algunas ocasiones el proceso de desinstitucionalización ha generado un grupo de pacientes con una pobre red social y una gran incapacidad que recaen e ingresan repetidas veces y presentan una alta desventaja social, fenómeno conocido como “enfermo de puerta giratoria” (Folsom et al., 2005; Trieman y Leff, 1996). Se ha descrito que los pacientes institucionalizados consideran su calidad de vida peor que los pacientes comunitarios, no experimentan mejora en sus habilidades de la vida diaria y su red social se minimiza (Leff, Trieman y Gooch, 1996). Además, si la estancia del interno es larga puede ocurrir lo que se ha denominado “desculturalización”, es decir, un desentrenamiento que lo incapacita temporalmente para encarar ciertos aspectos de la vida en el exterior, en el que también se pierden los roles sociales anteriormente aprendidos (Goffman, 1970).

Los enfermos mentales severos que más presencia tienen en las instituciones psiquiátricas son los diagnosticados de esquizofrenia. Esta enfermedad tiene presentaciones clínicas muy heterogéneas y una evolución que conducirá a altos grados de discapacidad en diversas áreas (Meise y Fleischhacker, 1996). El hecho de que estemos ante una población de pacientes institucionalizados dificulta el entrenamiento en habilidades sociales y funcionamiento social ya que, como anteriormente hemos explicado, tienen el “acceso social” limitado.

En el presente trabajo se pretende describir cómo la Terapia Facilitada por Animales de Compañía puede ser un programa de rehabilitación terapéutico efectivo adjunto al tratamiento normal que cubra con las necesidades de los pacientes crónicos con diagnóstico de esquizofrenia institucionalizados.

LA TERAPIA FACILITADA POR ANIMALES DE COMPAÑÍA (TFA): FACILITADOR DE LA REHABILITACIÓN COGNITIVA Y SOCIAL.

La presencia de animales en ámbitos terapéuticos se remonta a siglos atrás, aunque en las primeras décadas del S.XX, con el advenimiento de la medicina científica, se eliminaron los animales de los entornos hospitalarios (Serpell, 2003). La participación activa y consideración del animal en el proceso terapéutico es relativamente novedosa; fue Levinson, psicólogo infantil, quien por *seren-*

dipity observó que la presencia de su perro Jingles en la consulta facilitaba la interacción con un niño que presentaba dificultades de interacción con el propio terapeuta (Levinson, 1962); posteriormente, utilizó este hallazgo para introducir a Jingles en las sesiones terapéuticas facilitando la interacción y la expresión de los niños (Brodie y Biley, 1999). Levinson se considera el padre de la TFA actual. Aunque anteriormente Bossard (1950) ya había manifestado que “Los animales de compañía son una parte integral de la vida familiar; deben ser considerados como un factor básico de la higiene mental.”

La TFA, o terapia facilitada por animales, se describe como una intervención diseñada para mejorar el funcionamiento cognitivo, físico o social de un paciente, con unos objetivos específicos delimitados en el tiempo. La interacción entre el animal y el paciente es generalmente de uno a uno. Los animales utilizados en la TFA son animales especialmente entrenados y no son los animales del propio paciente (Connor y Miller, 2000).

Mallon et al. (2003), describen unos principios que han identificado tras la larga experiencia de aplicar TFA en Green Chimneys; una residencia temporal para niños y adolescentes en que llevan más de 50 años utilizando el componente curativo de las interacciones animal-persona. Mallon parte de la base que los programas de TFA han de estar protocolarizados, diseñados según las características individuales de cada paciente y adjuntos al tratamiento normal de éstos. El objetivo terapéutico debe dirigirse a mejorar las habilidades sociales de los sujetos, su autonomía y sus respuestas emocionales. Además mantiene que la participación de los pacientes en un programa de estas características ha de ser libre y consentida, así como mantiene que el terapeuta ha de vigilar por la seguridad del paciente y de otros profesionales sanitarios vinculados a la aplicación del programa. Estos principios, aunque hayan sido elaborados por un equipo de trabajo situado en una residencia para niños y adolescentes, son transferibles a cualquier población institucionalizada.

La TFA se sustenta en el vínculo “animal-persona” desarrollado a lo largo del proceso evolutivo del ser humano y de los animales domésticos. La relación entre el ser humano y los animales domésticos (en este caso el perro) se remonta, como mínimo, a hace 12.000 años; en el norte de Israel se encontró una tumba con unos restos fósiles de un ser humano con su mano apoyada a un resto fósil de un perro, los expertos indicaron que un entierro de estas características enfatizaba el vínculo de esa persona con su animal de compañía. De todas formas los estudios de ge-

nética molecular del perro doméstico parecen mostrar que este vínculo se remonta a mucho más atrás (Vila, Seddon y Ellegren, 2005). Este vínculo no es altruista: mientras que al principio los animales nos proporcionaban alimento, protección, transporte, etc... su utilidad se ha ido transformando a una especie de dependencia mutua; en los últimos años ha crecido el interés por saber el sustento de esta dependencia, es decir, cual es el beneficio físico y emocional que los animales de compañía nos aportan actualmente (Manchon y Tomé, 1997a) y se ha observado que el beneficio es considerable. Por ejemplo, Kidd y Kidd (1994) estudiaron los beneficios de la tenencia de animales de compañía por parte de personas sin hogar, llegando a la conclusión que los animales eran la única relación que tenían con otro ser vivo; de todas formas no se utilizaron medidas que permitieran concluir si este hecho les aventajaba de alguna manera sobre las personas sin hogar y sin animal de compañía. En un estudio realizado por Allen et al. (2002; 1991) observaron que las personas propietarias de animales tenían el umbral de respuesta a situaciones estresantes más alto que las no propietarias; también observaron que en presencia de personas conocidas ese umbral se reducía. Estos resultados, nos indican que la presencia de personas hace que la percepción de una situación sea más estresante que estando en presencia de animales de compañía ya que la presencia de éstos últimos reducía los niveles de reactividad cardiovascular ante tareas. Otros estudios también han encontrado que la presión arterial se reducía significativamente después de haber tenido contacto con animales domésticos (Stasi et al., 2004). No sólo se producen cambios en la presión arterial sino que los niveles en plasma de otros neurotransmisores varían significativamente ($p < 0.01$) después de la interacción con un animal de compañía (Odendaal y Meintjes, 2003). Poresky y Hendrix (1990) concluyeron que la tenencia de animales domésticos por parte de niños estaba muy asociada a un buen desarrollo social que afectaba a la competencia social del niño, su empatía y su cooperación. Otro estudio (Siegel, 1990) concluyó que las personas ancianas que tenían animales de compañía realizaban menos visitas al médico de familia que aquellos que no eran propietarios.

En conclusión, parece haber indicios que nos indican que efectivamente existen unos beneficios secundarios al vínculo establecido a lo largo de nuestra evolución entre personas y animales domésticos. Estos beneficios han sido la base para la utilización de los animales de compañía como aliados terapéuticos.

A partir del descubrimiento de Levinson se han empe-

zado a realizar estudios que intentan cuantificar los beneficios de utilizar el vínculo animal-persona en un ámbito terapéutico. Aunque no son muchos los estudios de gran rigor metodológico, los que se han realizado hasta el momento parecen indicar que la TFA es beneficiosa para diferentes síntomas y diferentes enfermedades, en diferentes poblaciones. Principalmente los programas de TFA se han aplicado a:

- a) Personas (especialmente niños) con discapacidad física y/o psíquica: Nathanson y de Faria (1993) aplicaron un programa de Terapia Facilitada con Delfines en niños con retraso mental; aunque la muestra era pequeña, encontraron una tendencia a la mejora del funcionamiento cognitivo (capacidad comunicativa y atención). También se han realizado programas de TFA con caballos con muy buenos resultados de rehabilitación física (Potter, Evans y Nolt, Jr., 1994; Cusack, 1991). Los animales de compañía, especialmente los perros de asistencia, han sido utilizados con el objetivo principal de facilitar la movilidad de los niños físicamente discapacitados; pero un estudio llevado a cabo por el grupo de Mader (1989) concluyó que la compañía de un perro de asistencia facilitaba la aproximación de personas no discapacitadas a los niños discapacitados ($p < 0.01$); además, los niños acompañados de perros de asistencia recibían más contactos positivos ($p < 0.01$) que los niños que iban solos. Estos resultados les permitieron concluir que la presencia de un perro de asistencia es un facilitador social y hace aumentar la aceptación social. En Cataluña se tiene la experiencia de la Residencia Rosella, en que introdujeron animales de compañía como complementos terapéuticos en el tratamiento de la deficiencia mental. Esta experiencia fue valorada muy positivamente por el equipo y, principalmente, por los usuarios (Sanmartí, 1992).
- b) En la Tercera Edad: Se han llevado a cabo programas de TFA en residencias para la tercera edad. Algunos profesionales han evaluado los beneficios de la aplicación de un programa de estas características en sus instituciones. Entre ellos encontramos el grupo de Banks y Banks (2002), que estudió si el sentimiento de soledad de los residentes se beneficiaba tras la aplicación de un programa de TFA. Aunque se encontró que los residentes que habían participado en un programa de estas características mejoraban significativamente ($p < 0.001$) su sentimiento de soledad comparados con un grupo control al que no se le había aplicado TFA, tenemos que su-

brayar que no nos indican si el grupo control recibió algún otro tipo de intervención diferente a la TFA que nos permita afirmar que la TFA, más que otras intervenciones, es más efectiva para reducir el sentimiento de soledad de residentes mayores. Otro estudio apunta que la aplicación de un programa de TFA en ancianos ha resultado en una tendencia a la mejora de los síntomas depresivos y un descenso significativo de la presión arterial (Stasi et al., 2004).

- c) Personas con enfermedades mentales crónicas: De la misma manera que algunos profesionales se han interesado en valorar los efectos positivos de la aplicación de programas de TFA en personas mayores; algunos profesionales del campo de la salud mental también han aplicado y valorado dichos programas, especialmente en personas con diagnóstico de esquizofrenia residentes en instituciones psiquiátricas. De estos estudios podemos destacar el que llevó a cabo el equipo de Barak (2001). Éste realizó un estudio en que evaluó los efectos de un programa de TFA en pacientes geriátricos diagnosticados de esquizofrenia residentes en una unidad de larga estancia durante un año, escogió aleatoriamente una muestra y fueron evaluados con una escala que mide funcionamiento social-interpersonal, habilidades instrumentales y de auto cuidado y control de impulsos. El cambio más importante fue el relacionado con el funcionamiento social-interpersonal que mejoró muy significativamente ($p < 0.01$), se notó una tendencia de mejora respecto a las habilidades instrumentales y no se observó ningún cambio en el control de impulsos, este estudio es especialmente interesante ya que compararon el grupo intervención con TFA con un grupo control al que se le aplicó otro tipo de intervención diferente a la TFA, por lo tanto, los resultados están controlados por actividad y por el paso del tiempo. Posteriormente, Nathans-Barel et al. (2005) obtuvo una mejoría significativa en el tono hedónico ($p = 0.02$) de 20 pacientes de larga estancia que padecían esquizofrenia crónica tras la aplicación de un programa de TFA así como percibían significativamente mejor su calidad de vida ($p = 0.01$) relacionada con el ocio, este estudio no disponía de un grupo control con lo que no se pudieron controlar los posibles cambios en las puntuaciones de las escalas de valoración producidos por el paso del tiempo. Kovács et al. (2004), introdujeron un programa de TFA en una unidad de larga estancia para pacientes diagnosticados de esquizofrenia de mediana edad con la finalidad de facilitar un funcionamiento social adaptativo a las ne-

cesidades comunitarias. Evaluó las habilidades de la vida diaria antes y después de aplicar el programa de TFA y encontró una mejora significativa en las actividades domésticas ($p = 0.01$) y de auto cuidado ($p = 0.02$); también observó una tendencia a la mejora en el resto de actividades de la vida cotidiana. Mayol-Pou (2002), se planteó que un programa de TFA disminuiría la sintomatología psicótica de un grupo de pacientes crónicos institucionalizados, después de la aplicación del programa obtuvo que la psicopatología negativa de los pacientes valorada con la Escala de Síntomas Positivos y Negativos (PANSS) (Kay, Fiszbein y Opler, 1987; Peralta, 1994) mejoraba ($p = 0.005$) tras la aplicación de un programa de TFA. Otro estudio encontró que los niveles de ansiedad de los pacientes con diagnóstico de trastorno psicótico a los que se les aplicaba un programa de TFA disminuían de forma significativa ($p < 0.01$) comparados con un grupo de pacientes a los que se les daba apoyo emocional (Barker y Dawson, 1998). Tenemos que destacar que todos estos estudios realizados con personas diagnosticadas de esquizofrenia se han realizado con muestras no muy grandes, pero un hecho que llama la atención es el alto seguimiento y vinculación con la TFA por parte de todos los pacientes.

- c) Otras enfermedades mentales: La TFA se ha valorado positivamente al introducirse en el tratamiento del trastorno de estrés post-traumático, sobre todo en personas que no responden a otro tipo de tratamiento y que tienden a aislarse activamente (Altschuler, 1999).
- d) Presos: Se han introducido programas de TFA en correccionales con la finalidad de enseñar a los internos nuevas habilidades en relación al cuidado de los animales así como para vincularlos a unas responsabilidades y a unas actividades reguladas (Cooper, 1992).

RIESGOS DE LA TFA

La efectividad de la aplicación de cualquier intervención ha de ser valorada con la finalidad de poder medir los beneficios reales de tal aplicación. Al mismo tiempo, no podemos dejar de valorar los posibles efectos adversos de cualquier intervención terapéutica. Se han detectado un conjunto de posibles riesgos que podría conllevar la aplicación de un programa de TFA, entre estos encontramos:

- 1) Riesgo de contagio de enfermedades (enfermedades zoonóticas)
- 2) Peligro de que los pacientes sean mordidos o arañados

- 3) Problemas sanitarios relacionados con la higiene del animal
- 4) Reacciones adversas de los pacientes frente a los animales
- 5) Sentimiento de pérdida en caso de muerte o separación del animal
- 6) Coste del mantenimiento o de la utilización del animal.

Además de los riesgos anteriormente establecidos que encontramos ya explorados en la literatura (Manchon et al., 1997a; Brodie, Biley y Shewring, 2002), en un trabajo de licenciatura realizado a 46 profesionales de la salud (Manchon y Tomé, 1997b), éstos sugirieron como efectos negativos:

- 7) Riesgo de no adoptar el animal adecuado
- 8) Riesgo que el paciente no tenga claro qué esperar del animal
- 9) Riesgo de forzar situaciones paciente-animal, ya que es una terapia de "prueba"
- 10) Inadecuación del carácter o tipo de animal a las necesidades y que esto implique una experiencia negativa.

Estos efectos negativos han sido resueltos de las siguientes maneras:

- a) Respecto a los puntos 1, 2 y 3: Se han creado protocolos para la higiene del perro. Además, todos los perros utilizados en terapia siguen la legislación actual referente a los animales de compañía, de todas formas las probabilidades de contraer una enfermedad transmitida por un animal de compañía correctamente seguido por un veterinario son muy pequeñas (Brodie et al., 2002; Guay, 2001).
- b) Respecto a los puntos 2, 7 y 10: Los animales de terapia son cuidadosamente entrenados y siguen unos estándares de conducta establecidos por organizaciones que regulan la TFA (Brodie et al., 2002).
- c) Respecto al punto 4: Se realizan cuestionarios para detectar las actitudes adversas de los sujetos hacia los animales-terapeutas, siendo estas un criterio de exclusión a los estudios, además de las actitudes también se valora si los sujetos tienen alergias provocadas por el contacto con animales (Banks et al., 2002).
- d) Respecto al punto 8: Este no es un efecto que encontremos en la literatura pero los profesionales lo consideran importante. Creemos que con la información que se da, previa participación a un estudio o tratamiento, el paciente puede ajustar sus expectativas a los posibles beneficios que obtendrá tras la aplicación del programa.

- e) Respecto al punto 9: Con la legislación que regula la participación voluntaria a estudios y/o tratamientos, no habrá ninguna necesidad de forzar situaciones en las que el paciente o tutores no quieran participar.
- f) Respecto al punto 6: No hay estudios de coste-efectividad realizados hasta el momento en lo que se refiere a TFA.
- g) Respecto al punto 5: Este punto se ha de considerar seriamente ya que el proceso posterior a la muerte de un animal de compañía es un proceso de duelo que puede tener serias repercusiones en el propietario. La TFA se fundamenta en el vínculo humano-animal y es este vínculo el que precisamente hace que el proceso posterior a una pérdida sea de duelo (Podberscek y Blackshaw, 1994). Aunque no sea el fin terapéutico de la TFA, el hecho de participar en un proceso de duelo, ya sea por muerte o separación del animal, permite hacer un entrenamiento de situaciones reales del entorno en un medio protegido con terapeutas que guiaran este proceso.

APLICACIÓN DE UN PROGRAMA DE TFA EN PERSONAS RESIDENTES EN UNA UNIDAD DE LARGA ESTANCIA CON DIAGNÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA CRÓNICA

Como hemos comentado anteriormente, los pacientes con esquizofrenia crónica tienen unos niveles de actividad y funcionamiento social bajos y también muestran unas estrategias de resolución de problemas sociales reducidas. Cuando comparamos los pacientes con esquizofrenia institucionalizados con los comunitarios encontramos que los primeros muestran una discapacidad mayor y más progresiva (Kovacs et al., 2004).

Hasta el momento, la sintomatología negativa, caracterizada por un enlentecimiento del pensamiento, afecto aplanado y retraimiento social (Crow, 1985), no ha sido reducida exitosamente por la medicación neuroléptica. Este conjunto de síntomas negativos es el que más se ha asociado con una larga evolución de la enfermedad, con una disfunción cognitiva y con la discapacidad del individuo (Penades, Gasto, Boget, Catalan y Salamero, 2001; Grawe y Levander, 2001; Liddle, 2000; Hammer, Katsanis y Iacono, 1995).

Ya que el reto de la rehabilitación es desarrollar creativamente apoyos de largo plazo que promuevan el funcionamiento social y ayuden a aceptar la posible existencia de dificultades incurables y cómo mantenerlas

eficazmente (Sheperd, 1996), creemos que la aplicación de un programa de TFA, como complemento de la terapia tradicional y no una terapia exclusiva ni autosuficiente, podría ser beneficioso para personas con enfermedad mental crónica residentes en una unidad de larga estancia, ya que:

- a) Actúa sobre la sintomatología negativa, reduciendo su severidad (Mayol-Pou, 2002; Nathans-Barel et al., 2005). Como hemos comentado la sintomatología negativa se asocia con una larga evolución de la enfermedad y con un nivel de discapacidad mayor. La TFA también parece ser especialmente efectiva en cuanto a catalizador social se refiere (Brodie et al., 1999; Mader et al., 1989); las personas que padecen esquizofrenia crónica y viven en la comunidad ya parecen tener un retraimiento social que se acentúa en los pacientes institucionalizados, por la falta de acceso social.
- b) Los resultados obtenidos hasta el momento indican que los ejercicios de rehabilitación cognitiva que se realizan en presencia de animales obtienen unos resultados mejores que aquellos a los que no se les añade la presencia de un animal (Nathanson et al., 1993). Muchas personas con esquizofrenia crónica muestran disfunción cognitiva (Penades et al., 2001). Además un mal funcionamiento cognitivo se ha relacionado con un mal funcionamiento social (Green, 1996; Addington y Addington, 1999).
- c) La TFA es generadora de actividades normalizadas, ordenadas, supervisadas y reguladas, compatibles con las actividades de la vida diaria; podría ser entrenamiento y modelo de las actividades de la vida diaria de las personas residentes. La medida de las habilidades y los apoyos, más que el diagnóstico psiquiátrico y los patrones sintomáticos particulares de cada individuo con una enfermedad mental grave, determinan el funcionamiento adecuado de una persona en la comunidad. Las intervenciones para mejorar las habilidades y apoyos pueden ayudar a las personas con enfermedades mentales crónicas a funcionar con más éxito en la comunidad (Farkas, 1996).
- d) Reduce el sentimiento de soledad y el malestar de las personas residentes (Banks et al., 2002).
- e) La literatura muestra que la vinculación de las personas con diagnóstico de esquizofrenia que participan en programas de TFA es muy alta (Kovacs et al., 2004; Barker et al., 1998; Barak et al., 2001), lo que permite tratar diferentes aspectos con los pacientes por su alta motivación al tratamiento.

- f) La presencia de animales reduce los niveles de ansiedad (Barker et al., 1998; Allen et al., 2002; Allen et al., 1991; Odendaal et al., 2003). Debido a que la vulnerabilidad de estos pacientes es muy alta, la presencia de animales en el proceso terapéutico reduciría los niveles de ansiedad ante cualquier tarea.

Aunque las experiencias llevadas a cabo en las que se ha aplicado TFA se han realizado con poblaciones muy diferentes y muestras pequeñas y los estudios de eficacia son escasos, los posibles beneficios de este tipo de intervención parecen cubrir parte de las necesidades terapéuticas de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia crónica, con sintomatología negativa principalmente, e institucionalizados y parece ser una buena terapia de apoyo a los protocolos habituales de tratamiento.

CONCLUSIONES

Aunque la TFA no ha sido ampliamente demostrada eficaz, parece ser que hay indicios que nos conducen a plantearnos que podría ser un tratamiento adjunto a los programas de rehabilitación que se llevan a cabo en instituciones en que residen personas con diagnóstico de esquizofrenia con larga evolución de la enfermedad. Los beneficios de este tipo de programas de rehabilitación no están todavía determinados con estudios metodológicamente correctos, pero los estudios que se han llevado a cabo hasta la actualidad parecen apuntar que podría ser beneficiosa para el funcionamiento social-interpersonal (Barak et al., 2001), el tono hedónico (Nathans-Barel et al., 2005), algunas habilidades de la vida diaria (Kovacs et al., 2004) e incluso la sintomatología psicótica (Mayol-Pou, 2002). Lo que realmente nos llama la atención es el alto seguimiento y vinculación con la TFA por parte de los pacientes. Esto nos conduce a pensar que la novedad de la introducción de animales de compañía en el tratamiento habitual convierte a este tipo de intervención idónea para fijar la atención de los pacientes y trabajar aspectos en los que puedan presentar necesidades. La TFA en ningún momento pretende ser independiente ni autosuficiente de otras intervenciones pero se plantea como un complemento a las intervenciones tradicionales. La principal limitación de la TFA es la ausencia de estudios que evalúen su eficacia y beneficios, así como estudien los posibles perjuicios que pueda tener.

REFERENCIAS

Addington, J. y Addington, D. (1999). Neurocognitive and social functioning in schizophrenia. *Schizophre-*

- nia Bulletin, 25, 173-182.
- Allen, K., Blascovich, J. y Mendes, W. B. (2002). Cardiovascular reactivity and the presence of pets, friends, and spouses: the truth about cats and dogs. *Psychosomatic Medicine*, 64, 727-739.
- Allen, K. M., Blascovich, J., Tomaka, J. y Kelsey, R. M. (1991). Presence of human friends and pet dogs as moderators of autonomic responses to stress in women. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 582-589.
- Altschuler, E. L. (1999). Pet-facilitated therapy for post-traumatic stress disorder. *Annals of Clinical Psychiatry*, 11, 29-30.
- Aparicio, V. (1996). Política asistencial en España: Presente y Futuro. En J.A. Aldaz y C. Vázquez (Eds.), *Esquizofrenia: fundamentos psicológicos y psiquiátricos de la rehabilitación*. (pp. 167-186). Madrid: Siglo XXI.
- Banks, M. R. y Banks, W. A. (2002). The effects of animal-assisted therapy on loneliness in an elderly population in long-term care facilities. *The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 57, M428-M432.
- Barak, Y., Savorai, O., Mavashev, S. y Beni, A. (2001). Animal-assisted therapy for elderly schizophrenic patients: a one-year controlled trial. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 9, 439-442.
- Barker, S. B. y Dawson, K. S. (1998). The effects of animal-assisted therapy on anxiety ratings of hospitalized psychiatric patients. *Psychiatric Services*, 49, 797-801.
- Bossard, J. H. (1950). I wrote about dogs; a mental-hygiene note. *Mental Hygiene*, 34, 385-390.
- Brodie, S. J. y Biley, F. C. (1999). An exploration of the potential benefits of pet-facilitated therapy. *Journal of Clinical Nursing*, 8, 329-337.
- Brodie, S. J., Biley, F. C. y Shewring, M. (2002). An exploration of the potential risks associated with using pet therapy in healthcare settings. *Journal of Clinical Nursing*, 11, 444-456.
- Collins, E. J. y Munroe-Blum, H. (1995). Integración de los tratamientos farmacológicos y psicosociales en la esquizofrenia. En C.L. Shriqui y H. A. Nasrallah (Eds.), *Aspectos actuales en el tratamiento de la esquizofrenia*. (pp. 875-896). Madrid: Editores Médicos.
- Connor, K. y Miller, J. (2000). Animal-assisted therapy: an in-depth look. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 19, 20-26.
- Cooper, A. G. (1992). Canine corrections - the human animal bond behind bars. *The Canadian Veterinary Journal*, 33, 515-517.
- Crow, T. J. (1985). The two-syndrome concept: origins and current status. *Schizophrenia Bulletin*, 11, 471-486.
- Cusack, O. (1991). Terapia facilitada por animales de compañía para incapacitados físicos. En O. Cusack (Ed.), *Animales de compañía y salud mental* Barcelona: Fundación Purina.
- Farkas, M. (1996). Avances en Rehabilitación psiquiátrica: Una perspectiva norteamericana. En J.A. Aldaz y C. Vázquez (Eds.), *Esquizofrenia: fundamentos psicológicos y psiquiátricos de la rehabilitación*. (pp. 167-186). Madrid: Siglo XXI.
- Folsom, D. P., Hawthorne, W., Lindamer, L., Gilmer, T., Bailey, A., Golshan, S. et al. (2005). Prevalence and risk factors for homelessness and utilization of mental health services among 10,340 patients with serious mental illness in a large public mental health system. *American Journal of Psychiatry*, 162, 370-376.
- Glynn, S. M. (2001). The challenge of psychiatric rehabilitation in schizophrenia. *Current Psychiatry Reports*, 3, 401-406.
- Goffman, E. (1970). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Argentina: Amorroutu.
- Grawe, R. W. y Levander, S. (2001). Neuropsychological impairments in patients with schizophrenia: stability and prediction of outcome. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 104, 60-64.
- Green, M. F. (1996). What are the functional consequences of neurocognitive deficits in schizophrenia? *American Journal of Psychiatry*, 153, 321-330.
- Guay, D. R. (2001). Pet-assisted therapy in the nursing home setting: Potential for zoonosis. *American Journal of Infection Control*, 29, 178-186.
- Hammer, M. A., Katsanis, J. y Iacono, W. G. (1995). The relationship between negative symptoms and neuropsychological performance. *Biological Psychiatry*, 37, 828-830.
- Kay, S. R., Fiszbein, A. y Opler, L. A. (1987). The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 13, 261-276.
- Kidd, A. H. y Kidd, R. M. (1994). Benefits and liabilities of pets for the homeless. *Psychological Reports*, 74, 715-722.
- Kovacs, Z., Kis, R., Rozsa, S. y Rozsa, L. (2004). Animal-assisted therapy for middle-aged schizophrenic patients living in a social institution. A pilot study. *Clinical Rehabilitation*, 18, 483-486.

- Leff, J., Trieman, N. y Gooch, C. (1996). Team for the Assessment of Psychiatric Services (TAPS) Project 33: Prospective follow-up study of long-stay patients discharged from two psychiatric hospitals. *American Journal of Psychiatry*, 153, 1318-1324.
- Levinson, B. M. (1962). The dog as a "co-therapist". *Mental Hygiene*, 46, 59-65.
- Liddle, P. F. (2000). Cognitive impairment in schizophrenia: its impact on social functioning. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101, 11-16.
- Mader, B., Hart, L. A. y Bergin, B. (1989). Social acknowledgments for children with disabilities: Effects of service dogs. *Child Development*, 60, 1529-1534.
- Mallon, G. P., Ross, S. B. y Ross, L. (2003). Diseño e implantación de programas de terapia asistida por animales en organizaciones sanitarias y de salud mental. En A.H. Fine (Ed.), *Manual de Terapia Asistida por animales. Fundamentos teóricos y modelos prácticos*. (pp. 135-149). Barcelona: Fundación Affinity.
- Manchon, M. y Tomé, P. (1997a). Terapia Asistida por Animales (I). *Animalia*, 74, 24-28.
- Manchon, M. y Tomé, P. (1997b). *Teràpia Assistida per Animals*. Universitat Autònoma de Barcelona.
- Mayol-Pou, A. (2002). *Teràpia Facilitada per animals de companyia en pacients psicòtics greument deteriorats*. Tesis Doctoral Facultat de Psicologia. Universitat de les Illes Balears.
- Meise, U. y Fleischhacker, W. W. (1996). Perspectives on treatment needs in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry (Suppl.)*, 9-16.
- Messent, P. R. (1985). Pets as social facilitators. *The Veterinary clinics of North America. Small Animal Practice*, 15, 387-393.
- Nathans-Barel, I., Feldman, P., Berger, B., Modai, I. y Silver, H. (2005). Animal-assisted therapy ameliorates anhedonia in schizophrenia patients. A controlled pilot study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 74, 31-35.
- Nathanson, D. E. y de Faria, S. (1993). Cognitive improvement of children in water with and without dolphins. *Anthrozoös*, 6, 17-29.
- Odendaal, J. S. y Meintjes, R. A. (2003). Neurophysiological correlates of affiliative behaviour between humans and dogs. *Veterinary Journal*, 165, 296-301.
- Penades, R., Gasto, C., Boget, T., Catalan, R. y Salamero, M. (2001). Deficit in schizophrenia: the relationship between negative symptoms and neurocognition. *Comprehensive Psychiatry*, 42, 64-69.
- Penn, D. L., Ritchie, M., Francis, J., Combs, D. y Martin, J. (2002). Social perception in schizophrenia: the role of context. *Psychiatry Research*, 109, 149-159.
- Peralta V, C. MJ. (1994). Validación de la escala de los síndromes positivo y negativo (PANSS) en una muestra de esquizofrénicos españoles. *Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 22, 171-177.
- Podberscek, A. L. y Blackshaw, J. K. (1994). The attachment of humans to pets and their reactions to pet death. *Canine Practice*, 19, 16-19.
- Poresky, R. H. y Hendrix, C. (1990). Differential effects of pet presence and pet-bonding on young children. *Psychological Reports*, 67, 51-54.
- Potter, J. T., Evans, J. W. y Nolt, B. H., Jr. (1994). Therapeutic horseback riding. *Journal of the American Veterinary Medical Association*, 204, 131-133.
- Sanmartí, P. (1992). La importancia de los animales de compañía como complemento terapéutico en el campo de la deficiencia mental. Una experiencia concreta: la residencia Rosella. *Animalia*, 30, 14-22.
- Serpell, J. A. (2003). Animales de compañía y bienestar humano: un análisis histórico del valor de las relaciones persona-animal. En A.H. Fine (Ed.), *Manual de Terapia Asistida por animales. Fundamentos teóricos y modelos prácticos*. (pp. 3-22). Barcelona: Fundación Affinity.
- Sheperd, G. (1996). Avances recientes en la rehabilitación psiquiátrica. En J.A. Aldaz y C. Vázquez (Eds.), *Esquizofrenia: Fundamentos psicológicos y psiquiátricos de la rehabilitación* (pp. 1-22). Madrid: Siglo XXI.
- Shumway, M., Saunders, T., Shern, D., Pines, E., Downs, A., Burbine, T. et al. (2003). Preferences for schizophrenia treatment outcomes among public policy makers, consumers, families, and providers. *Psychiatry Services*, 54, 1124-1128.
- Siegel, J. M. (1990). Stressful life events and use of physician services among the elderly: the moderating role of pet ownership. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 1081-1086.
- Stasi, M. F., Amati, D., Costa, C., Resta, D., Senepa, G., Scarafioiti, C. et al. (2004). Pet-therapy: a trial for institutionalized frail elderly patients. *Archives of Gerontology and Geriatrics (Suppl.)*, 407-412.
- Trieman, N. y Leff, J. (1996). The TAPS project. 36: the most difficult to place long-stay psychiatric in-patients. Outcome one year after relocation. Team for the Assessment of Psychiatric Services. *British Journal of Psychiatry*, 169, 289-292.
- Vila, C., Seddon, J. y Ellegren, H. (2005). Genes of domestic mammals augmented by backcrossing with wild ancestors. *Trends in Genetics*, 21, 214-218.

VIOLENCIA DOMÉSTICA: LO QUE REVELA LA INVESTIGACIÓN BÁSICA CON PAREJAS DOMESTIC VIOLENCE: WHAT BASIC INVESTIGATION WITH COUPLES REVEALS

Cáceres Carrasco, J.

Servicio Navarro de Salud - Osasunbidea. Universidad de Deusto-Bilbao

La violencia doméstica, especialmente en poblaciones concretas como usuarios de Servicios de Urgencias, Centros de Salud Mental..., es muy alta. En este artículo se revisan algunos conceptos básicos derivados de los primeros estudios destinados a clarificar el inicio y mantenimiento de los problemas de pareja y se aplican al estudio de la interacción de las personas que denuncian violencia física, psicológica o sexual. Se concluye que el grado de armonía relacional es inversamente proporcional al nivel de violencia, las secuencias seguidas por parejas que denuncian violencia, a la hora de resolver problemas, así como las tasas base y grado de reciprocidad de refuerzos y castigos, se parecen a las que caracterizan a las parejas en conflicto, y el grado de acoplamiento fisiológico es alto. Se concluye que estos datos han de ser tenidos en cuenta a la hora de entender, que no justificar, predecir y modificar los comportamientos violentos en el contexto de relaciones íntimas.

Palabras Clave: violencia doméstica, relación de pareja, solución de problemas, ensamblaje fisiológico.

Domestic violence incidence is particularly high in different samples, particularly those attending Emergency Units or Mental Health Services. This paper reviews some basic concepts derived from original research, aimed at clarifying the origin and maintenance of relationship dysfunction and applies them to the study of the interaction of those who admit experiencing violence. It is concluded that marital adjustment is negatively related to degree of violence experienced, base rate of reinforcements, reciprocity of punishment and physiological linkage are similar to that of ill adjusted couples. These mechanisms should be kept in mind when developing social policies to prevent the development of violence within intimate relationships.

Key Words: domestic violence, couples interaction, problem solving, physiological linkage.

Es difícil estimar el nivel de violencia en el contexto de relaciones íntimas. Tal estimación depende de cómo se defina la violencia, qué poblaciones se estudien, la metodología empleada para la obtención de estos datos, si estos se refieren a un año o a toda la vida, y de toda otra serie de variables referidas al sujeto que, a veces, resultan tremendamente difíciles de evaluar (e.g. evolución, motivación...)

Según el Instituto de la mujer (2002), entre la población general española este fenómeno alcanzó al menos al 4 % de las mujeres durante el año previo y hasta un 15 % manifiestan haberla padecido en algún momento de su vida.

En otras latitudes (EEUU), cuando definimos violencia como asalto, amenaza o intimidación por parte de la pareja, de los asistentes a un **Centro de Atención Primaria**, entre un 8-14% contestan haberla padecido en el último año y entre un 21-34% cuando nos referimos a toda la vida (Grynbaum, Biderman, Levy y Petasne-Weinstock, 2001)

Correspondencia: Cáceres Carrasco, J. Universidad de Deusto. Departamento de Psicología. Apdo. 1, 48080 Bilbao. España.
E-mail: jcaceres@fice.deusto.es

La violencia detectada en los **Departamentos de Urgencias**, lugar donde cabría salirse a la luz con más facilidad, referida al año previo, fue de un 11,7% y la prevalencia acumulada a toda la vida de la persona del 54,2% en Estados Unidos, (Abbott, Johnson, Koziol-McLain y Lowenstein, 1995); en el Reino Unido (Boyle y Todd, 2003) la incidencia general anual es 1,2% y, a lo largo de toda la vida, de 22,4% en el caso de los varones y 22,1% en el caso de las mujeres; en Canadá, las cifras correspondientes, fueron 26% en el último año y a lo largo de toda la vida 51% (Cox, Bota, Carter, Bretzlaff-Michaud, Sahai y Rowe, 2004).

Entre la población que consulta por problemas derivados del **consumo de sustancias tóxicas**, un 22% admiten haber sido objeto de violencia (Easton, Swan y Sinha, 2000), mientras que, de entre las mujeres que **solicitan un aborto** denuncian haber sufrido violencia en el último año un 21,6% y a lo largo de toda la vida un 31,4% (Evins y Chescheir, 1996).

Cann, Withnell, Shakespeare, Doll y Thomas, (2001) recomiendan ser extremadamente cautos a la hora de interpretar estos datos, pues su estudio pone de mani-

fiesto que la proporción de violencia que son capaces de detectar médicos de cabecera, trabajadores de Salud Mental y Servicios de Urgencia o ginecólogos, es infinitamente menor que la detectada en encuestas generales y que el grado de conocimiento acerca del problema y la actitud de los mencionados profesionales hacia la misma sigue siendo deficitario y errático.

Es posible que el aumento del número de denuncias de violencia, la repercusión en los medios de comunicación, el incremento en el número de estudios de investigación centrados en este tema (¡el número de referencias que aparecen entre los años 2000-2006 cuando se introduce "domestic violence" en Medline asciende a 4.746 ¡), sean indicadores del grado de preocupación y concienciación tanto de la población general, como de expertos y planificadores de política social por este tema.

Sin embargo, a nuestro entender, esta mayor preocupación no ha redundado todavía en un cabal conocimiento de los mecanismos implicados o este conocimiento no ha generado actuaciones ni programas comprensivos que posibiliten su control.

Schumacher, Feldbau, Smith Slep y Heyman, (2001) han revisado, de manera detallada, los resultados de diversos estudios, incluyendo sólo los metodológicamente bien controlados, publicados en el periodo 1989-1998, a cerca de factores de riesgo de violencia del hombre a la mujer dentro de la pareja, terminando con un largo listado de factores individuales (demográficos, desarrollo infantil, actitudes, psicopatología, personalidad, celos, abuso de sustancias...) y relacionales.

El objetivo de esta revisión es:

- a) Investigar la proporción de personas de entre las que asisten a un Centro de Salud Mental derivadas desde Atención Primaria, que admiten haber sido objeto de diversos tipos de violencia en el contexto de relaciones de pareja.
- b) Estudiar la relación existente entre este tipo de violencia y algunos de los mecanismos aducidos a la hora de explicar la relación de pareja, su mantenimiento o deterioro.
- c) Esbozar el modelo que, a nuestro entender, mejor integra los datos conocidos hasta el momento presente.

TIPOS DE VIOLENCIA Y FRECUENCIA

En el Departamento de Psicología de un Centro de Salud Mental hemos podido entrevistar a un gran número de parejas, tanto de manera individual como conjunta, y analizar, minuciosamente, su forma de comunicarse, de expresarse sentimientos, anhelos, deseos, y, sobre todo,

los pasos que siguen a la hora de intentar resolver desencuentros. Hemos podido, también, analizar sus contestaciones a múltiples cuestionarios destinados a medir su percepción subjetiva del grado de satisfacción con la relación y su capacidad de ponerse de acuerdo, la Escala de Ajuste Diádico, (Spanier, 1976), sus deseos sexuales, el Inventario de Interacción Sexual, (Lopiccolo y Steger, 1974), cambios deseados en el comportamiento del otro, Cuestionario de Áreas de Cambio (Weiss y Birchler, 1975), y, en definitiva, modelo de relación de pareja a que aspira cada uno de los miembros de la misma, así como el grado de concordancia entre tales modelos implícitos (Cáceres, 1996)

Hemos podido completar toda esta información analizando, también, algunas reacciones fisiológicas básicas de cada uno de los miembros de la pareja, cuando se encuentran en presencia del otro, en situaciones muy especiales tales como dirimir conflictos o ponerse de acuerdo en temas que les enfrentan (Cáceres, 1999)

A la hora de cuantificar la violencia en el seno de la pareja, además de indagar en entrevistas individuales con él y con ella, hemos adaptado cuestionarios, el Índice de Violencia (Hudson y McIntosh, 1981), que nos permite revisar las denuncias realizadas por ellas, y también por ellos, mediante preguntas claras en relación con comportamientos y actuaciones concretas que, en un sentido amplio, diversos autores (Corsi, 1994) consideran violencia, tales como desvalorización, hostilidad, frialdad de trato, y que facilitan, finalmente, evaluar tanto la **frecuencia** como la **intensidad** de violencia, en tres escalas bien diferentes: Violencia física, Violencia psicológica y Violencia sexual (Cáceres, 2002)

En este primer estudio, (Cáceres, 2002) participaron 20 hombres y 33 mujeres (N = 53), que habían sido derivados por su médico de cabecera a un Centro de Salud Mental, la mayoría eran pareja entre sí, fundamentalmente por dificultades relacionales, dificultades que terminaban afectando a su salud, y que cumplieron los cuestionarios anteriormente citados, se obtuvieron resultados que ponen de manifiesto la existencia de violencia física, durante la vida de la pareja, en un 50,9 % de la muestra, y violencia psicológica en un 48,5 %. Este tipo de violencia no parece ser patrimonio de la mujer pues, en cuanto a **Violencia física** se refiere, la media global de violencia denunciada por el varón también supera la puntuación corte de 10 en esta escala del cuestionario, y la diferencia de las puntuaciones medias entre él y ella apenas ronda la significación estadística, ($p < 0.058$). Por lo que a **Violencia psicológica** respecta, el grado de violen-

cia denunciada por ellas es, también, superior a la denunciada por ellos, pero en este caso, las diferencias ni siquiera se acercan a la significación estadística. Estos resultados fueron confirmados en un segundo estudio (Cáceres, 2004) con una muestra mucho más amplia, en el que participaron 76 hombres y 90 mujeres (N = 166), también pacientes derivados por Atención Primaria a un Centro de salud mental, fundamentalmente por problemas relacionales. En este estudio un 62 % de los sujetos superó la puntuación indicadora de violencia psicológica grave. En el caso de la violencia física, este porcentaje ascendió al 46 %. Por lo que a la **frecuencia** de determinados comportamientos violentos respecta, un 4,8 % de la muestra denuncia haber llegado a ser amenazados con un arma (un 6,7 % de las mujeres y un 2,6 % de los hombres); un 7,8 % denuncia haber llegado a ser golpeado en la cara y la cabeza (un 11,1 % de las mujeres y un 3,9 % de los hombres), y un 4,2 % ha necesitado asistencia médica por causa de los golpes (un 6,7 % de las mujeres y un 1,3 % de los hombres). En ninguno de estos comportamientos fueron las diferencias estadísticamente significativas. Cabría resaltar que un 41,9 % de las mujeres manifiesta tenerle miedo al marido, mientras que un 26 % de los maridos dice temer a su mujer. Las proporciones de denuncia de violencia son mayores entre aquellos que se encuentran en proceso de separación que entre los que, a pesar del conflicto continúan juntos. A veces este dato se interpreta en los medios de comunicación aduciendo el machismo que implica "La maté porque era mía". Raramente se hace mención a la cantidad de problemas que acarrea todo el proceso de separación en nuestro país, en el que se han seguido fundamentalmente modelos adversariales antes que mediacionales (Cáceres, 2003).

ESTILO COMUNICACIONAL, ARMONÍA RELACIONAL Y VIOLENCIA DOMÉSTICA

La correlación existente entre el nivel de armonía relacional y el grado de violencia total es alta y negativa ($r = -0,560$; $p < .01$)

Si subcategorizamos la puntuación obtenida en la Escala de Ajuste Diádico, en tres subgrupos, ("Muy bajo", puntuaciones por debajo de 70; "Bajo", puntuaciones comprendidas entre 71 y 85; "Medio", puntuaciones por encima de 90 –si siguiéramos estrictamente los baremos, esta puntuación debiera ser 110, pero personas con este nivel de armonía ¡no acuden a nuestras consultas!), la violencia física, psicológica y sexual experimentada es **inversamente proporcional al nivel de armonía**. Las diferencias entre los subgrupos

clasificados como muy bajo y bajo son estadísticamente significativas frente al subgrupo medio. ($F = 22,37$; $p < .001$). Lo opuesto del maltrato no es la ausencia de violencia, sino el buen trato.

Por lo que al número de cambios que cada uno de los miembros de la pareja espera y demanda del otro, las parejas que denuncian un mayor grado de violencia también exigen más cambios en la relación y en el comportamiento del otro, especialmente ella, (lo que avalaría la idea de que están poco satisfechas con la relación, o que, por el contrario, son más exigentes), peticiones que no siempre son correctamente percibidas o interpretadas por el otro, según se desprende de las puntuaciones en cuanto a acuerdos y desacuerdos, obtenidas en el Cuestionario de Areas de Cambio, (Cáceres, 2004)

Diversos estudios han puesto de manifiesto hace tiempo que las parejas en alto conflicto, se comunican de manera diferente de las parejas armoniosas. (Birchler, 1973; Cáceres, 1992; Gottman, 1979). Estas diferencias tienen que ver con lo que dicen, pero, especialmente, cómo lo dicen, las secuencias que siguen, y el grado de ensamblaje fisiológico que se produce entre ellos en la medida en que se continua la discusión.

Lo que dicen, los contenidos, suelen discriminar menos a las parejas armoniosas de las conflictivas, pero cuando se estudia microanalíticamente caras, gestos, tonos y posturas, descubrimos que las parejas armoniosas son mucho más positivas y menos negativas que las parejas en conflicto (sonríen y se acercan más, son más facilitadoras, menos críticas y acusadoras...). Las parejas en conflicto adoptan gestos, tonos y posturas que muchos no dudarían en etiquetar como "violencia", por lo menos psicológica.

Existe, así mismo, lo que se ha dado en llamar "**reciprocidad**", que hace referencia no sólo a las tasas base de aspectos positivos y negativos que caracteriza a parejas armoniosas y conflictivas, sino, también, a la prontitud con la que tales elementos se contestan en el curso de la interacción; las parejas armoniosas se caracterizan por una **alta reciprocidad de los elementos positivos**, mientras que las parejas en conflicto se devuelven con mayor prontitud, y de manera casi automática, los negativos. O'leary y Slep (2006) ponen de relieve que una alta proporción de los varones de su muestra excusan que la violencia ejercida por ellos viene desencadenada previamente por la violencia física de sus parejas, mientras que un alto porcentaje de mujeres aduce que su propia violencia física viene provocada por la violencia psicológica iniciada por ellos...

Se produce, también, lo que algunos (Gottman y Levenson, 1986) llaman **ensamblaje fisiológico**: el contagio de la aceleración fisiológica del uno al otro. Este ensamblaje fisiológico, cuando se analizan con detalle las emociones subyacentes, no es simétrico, sino que existen sutiles diferencias en la devolución y el contagio de elementos negativos de las mujeres y de los hombres. Las emociones negativas que predominan entre los hombres son ira y desprecio, mientras que las correspondientes de la mujer son tristeza y miedo. Esta asimetría se continúa en las secuencias establecidas en el contagio emocional: la ira en ella, genera ira en él; la ira en él genera miedo en ella y el miedo en ella genera en él ¡más ira!. Las personas, así mismo, parecen reaccionar de manera diferente cardiovascularmente, en el contexto de una discusión: unos se aceleran y otros desaceleran –lo que no implica desactivación simpática, sino, más bien un tipo de “fraccionamiento direccional” fisiológico diferente, que, posiblemente, refleje tipologías de personalidad diferente. (Cáceres, 1999; Gottman, Jacobson, Rushe, Short y Babcock, 1995) Estos tipos diferentes de persona, a los que, en contextos de no expertos, para hacer más fácil la comprensión de sus características y formas de actuación, hemos denominado, respectivamente, “pit-bulls” y “cobras” porque, aún pudiendo ser igualmente letales, reaccionan de manera diferente (Jacobson y Gottman, 1998) tanto en el transcurso del episodio violento como los momentos y la forma de infligir violencia a lo largo del proceso de separación, si la hubiere.

Estos resultados, obtenidos en nuestro entorno, no son diferentes de los obtenidos por investigadores de otros países, (Birchler, 1973; Gottman, 1979; Jacobson y Waldron, 1978; Jacobson, Gottman, Waltz, Rushe, Babcock y Holtzworth-Munroe, 1994) quienes, además, ponen de manifiesto que:

a) A la hora de comunicarse con personas distintas de

la propia pareja todos saben ser más positivos y obsequiosos (“Donde hay confianza da asco”, reza el refrán castellano)

- b) Con las personas extrañas, con las que sabemos ser más positivos, nunca nos toca discutir problemas tan complicados y con tanta carga emocional como los que hemos de discutir con nuestra pareja íntima, y desde luego, no estamos obligados a alcanzar acuerdos puntuales.
- c) Cuando se habla de temas neutros, a veces, hasta con la persona con la que se convive continuamente se sabe ser obsequioso...La correlación existente entre modales negativos (comunicación no verbal) y el conflicto es especialmente alta.
- d) Las parejas en conflicto reaccionan especialmente a contingencias a corto plazo, les puede la inmediatez, mientras que las parejas armoniosas saben esperar recompensas más a largo plazo, sin dejarse llevar por el acaloramiento puntual del momento.

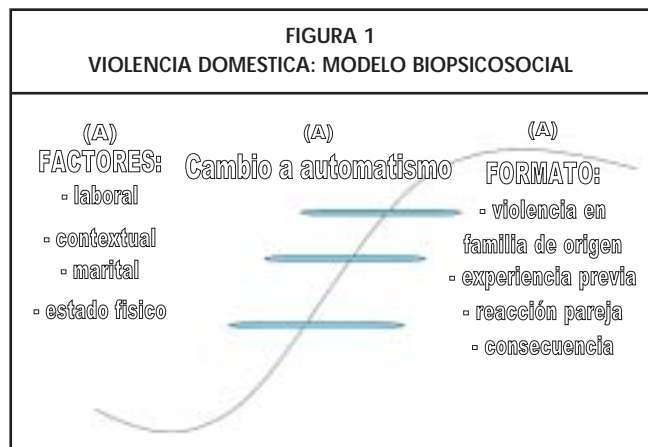
Pero estas características no parecen estar presentes desde el principio de la relación. Cuando se compara el grado de satisfacción y de violencia en parejas jóvenes, recién formadas, todavía sin convivir de manera continuada, con el de parejas añosas en pleno conflicto, nuestros resultados sugieren que el grado de satisfacción con la relación se va desvaneciendo con el transcurso del tiempo y este deterioro de la relación, a la vez que aumenta la desconfianza en resolver los contenciosos de manera mutuamente asumible, facilita el incremento de la violencia. (Cáceres y Cáceres, 2006)

MODELO BIOPSIOSOCIAL DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA

Muchos de estos datos podrían resumirse e integrarse en lo que hemos dado en llamar modelo bio-psico-social de la violencia, adaptado de Rosembaum, Geffner y Sheldon, (1997). (Figura 1)

Este modelo implicaría las siguientes asunciones:

1. Las personas se activan fisiológicamente en función de diversas fuentes de estrés (laboral, marital...)
2. Sobrepasados determinados niveles de activación, la mayoría de las personas entrarían en un período de reacción automática. Se diferenciarían entre sí:
 - 2.1. En los umbrales que determinan su pase a “piloto automático” de manera constante (e. g. factores de personalidad) o coyunturalmente (e. g. Alcohol).
 - 2.2. En la forma de actuar y de controlar procesos cognitivos cuando se encuentran en tal estado



(posiblemente en función de su experiencia pasada, su escuela de aprendizaje social, su tipología de personalidad...).

CONCLUSIONES

Nuestros datos nos permiten, de manera resumida, formular las siguientes conclusiones:

- a) Existen altos porcentajes de violencia física, psicológica y sexual en la pareja, especialmente en subpoblaciones especiales como las que acuden a un Centro de Salud Mental por problemas de pareja. El conflicto parece servir de caldo de cultivo para el desarrollo de la violencia aunque, seguramente, no sea el único elemento determinante. Holtzworth-Munroe, Waltz, Jacobson, Monaco, Fehrenbach y Gottman, (1992) ponen de manifiesto que, si bien existe violencia en la mitad de las parejas en conflicto, esta violencia se da, también, en un tercio de las parejas que no demuestran conflicto. Schumacher y Leonard, (2005) descubren como, aunque existen secuencias denotadoras de riesgo de violencia en el curso de las discusiones, el conflicto no parece ser la única variable determinante de la violencia física.
- b) Esta situación no parece ser así desde el principio de la relación. Muchas parejas parecen saber convivir de manera no violenta al comienzo de la relación. Más tarde, especialmente cuando se inician las discrepancias y el conflicto en el proceso de resolución del mismo, se exigen cambios en la otra persona, y la forma de negociar dichos cambios ya implica un cierto grado de violencia.
- c) Algunos de los mecanismos aducidos a la hora de explicar el deterioro de la relación de pareja (reciprocidad negativa, tasas base de elementos no verbales negativos, activación fisiológica...) ya pueden ser considerados, por sí mismos, ejemplos puntuales dentro del continuo de la violencia.
- d) Parece existir un ensamblaje, tanto fisiológico como comunicacional entre él y ella, de manera que se establecen secuencias que se repiten con un cierto automatismo (Gottman y Levenson, 1999), como los eslabones de una cadena. Dado el uno, cabe esperar el otro. Una vez que, en el contexto de una discusión se ha iniciado una secuencia violenta, no hay nada que la mujer pueda hacer para desactivar tal secuencia (Jacobson, Gottman, Waltz, Rushe, Babcock y Holtzworth-Munroe, 1994)

Creemos que estos procesos son especialmente relevantes

y debieran ser tenidos en cuenta a la hora de desarrollar políticas sanitarias, si de prevenir la violencia, disminuir el número de denuncias o su retirada prematura, en el contexto de relaciones íntimas se trata, y, desde luego, a la hora de planificar programas de tratamiento y recuperación tanto de las víctimas de violencia, como de los agresores.

REFERENCIAS

- Abbott, J., Johnson, R., Koziol-McLain, J. y Lowenstein, S. R. (1995). Domestic violence against women. Incidence and prevalence in an emergency department population. *JAMA*, 273(22), 1763-1767.
- Birchler, G. R. (1973). Differential patterns of instrumental affiliative behavior as a function of degree of marital distress and level of intimacy (Tesis Doctoral). *Dissertation Abstracts International*, 33, 14499B-4500B.
- Boyle, A. y Todd, C. (2003). Incidence and prevalence of domestic violence in a UK emergency department. *Emergency Medical Journal*, 20(5), 438-442.
- Cáceres, A. y Cáceres, J. (2006). Violencia en relaciones íntimas en dos etapas evolutivas. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6 (2).
- Cáceres, J. (1992). Estudio experimental de la interacción en la pareja. *Análisis y Modificación de Conducta*, 18 (59), 413-443.
- Cáceres, J. (1996). *Manual de terapia de Pareja e intervención con familias*. Madrid: Fundación Universidad Empresa.
- Cáceres, J. (1999). Discusiones de Pareja, violencia y Activación cardiovascular. *Análisis y Modificación de conducta*, 25(104), 909-938.
- Cáceres, J. (2002). Análisis cuantitativo y cualitativo de la violencia doméstica en la pareja. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de enlace*, 60, 57-67.
- Cáceres, J. (2003). *Repartirse el desamor: Guía psicológica en la separación*. Madrid: Minerva.
- Cáceres, J. (2004). Violencia Física, Psicológica y sexual en el Ámbito de la pareja: Papel del Contexto. *Clinica y salud*, 15(1), 33-34.
- Cann, K., Withnell, S., Shakespeare, J., Doll, H. y Thomas, J. (2001). Domestic violence: a comparative survey of levels of detection, knowledge, and attitudes in health-care workers. *Public-Health*, 115(2), 89-95.
- Corsi, J. (1994). *Violencia familiar. Una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social*. Buenos Aires: Paidós.
- Cox, J., Bota, G. W., Carter, M., Bretzlaff-Michaud, J. A., Sahai, V. y Rowe, B. H. (2004). Domestic violence. Incidence and prevalence in a northern emergency de-

partment. *Canadian Family Physician*, 50, 90-97.

Easton, C. J., Swan, S. y Sinha, R. (2000). Prevalence of family violence in clients entering substance abuse treatment. *Journal Substance Abuse Treatment*, 18(1), 23-28.

Evins, G. y Chescheir, N. (1996). Prevalence of domestic violence among women seeking abortion services. *Womens-Health-Issues*, 6(4), 204-210.

Gottman, J. (1979). *Marital Interaction: Experimental Investigations*. New York: Academic Press.

Gottman, J., Jacobson, N. S., Rushe, R., Short, J. y Babcock, J. (1995). The relationship between heart rate reactivity, emotionally aggressive behavior and general violence in batterers. *Journal of Family Psychology*, 9(3), 227-248.

Gottman, J. M. y Levenson, R. W. (1986). Assessing the role of emotion in marriage. *Behavioral Assessment*, 8, 31-48.

Gottman, J. M. y Levenson, R. W. (1999). How stable is marital interaction over time? *Family Process*, 38(2), 159-165.

Grynbaum, M., Biderman, A., Levy, A. y Petasne-Weinstock, S. (2001). Domestic violence: prevalence among women in a primary care center—a pilot study. *Israel Medical Association Journal* 3(12), 907-910.

Holtzworth-Munroe, A., Waltz, J., Jacobson, N. S., Monaco, V., Fehrenbach, P. A. y Gottman, J. M. (1992). Recruiting nonviolent men as control subjects for research on marital violence: how easily can it be done? *Violence Victims*, 7(1), 79-88.

Hudson, W. y Mcintosh, D. (1981). The assessment of spouse abuse: Two quantifiable dimensions. *Journal of Marriage and the Family*, 43, 873-884.

Instituto de la mujer (2002). *Macroencuesta Violencia contra las mujeres*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Jacobson, N. y Gottman, J. M. (1998). *When Men Batter Women: New Insights into Ending Abusive Relationships*. New York: Simon & Schuster.

hips. New York: Simon & Schuster.

Jacobson, N. y Waldron, H. (1978). Topographical and functional differences in the exchange of reinforcement and punishment between distressed and nondistressed couples. *University of Iowa. (Unpublished)*.

Jacobson, N. S., Gottman, J. M., Waltz, J., Rushe, R., Babcock, J. y Holtzworth-Munroe, A. (1994). Affect, verbal content, and psychophysiology in the arguments of couples with a violent husband. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(5), 982-988.

Lopiccolo, J. y Steger, J. (1974). The sexual interaction inventory: A new instrument for assessment of sexual dysfunction. *Archives Sexual Behavior*, 3, 585-595.

O'leary, S. G. y Slep, A. M. S. (2006). Precipitants of Partner Aggression. *Journal of Family Psychology*, 20(2), 344-347.

Rosebaum, A., Geffner, R. y Sheldon, B. (1997). A Biopsicosociological Model of understanding Aggression. En R. Geffner y P.K. Lundberg-Love (Eds.), *Violence and Sexual Abuse at Home*. New York: Haworth Press.

Schumacher, J., Feldbau, S., Smith Slep, A. M. y Heyman, R. E. (2001). Risk factors for male-to-female partner physical abuse. *Aggression and Violent Behavior*, 6, 281-352.

Schumacher, J. A. y Leonard, K. E. (2005). Husbands' and Wives' Marital Adjustment, Verbal Aggression, and Physical Aggression as Longitudinal Predictors of Physical Aggression in Early Marriage. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(1), 28-37.

Spanier, G. B. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and the Family*, 38, 15-29.

Weiss, R. L. y Birchler, G. R. (1975). *Areas of Change Questionnaire*. University of Oregon.

AGRADECIMIENTOS

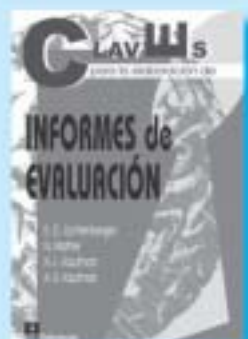
Papeles del Psicólogo desea expresar su mayor agradecimiento a los siguientes expertos que, no siendo miembros de los Consejos Editorial o Asesor, han revisado manuscritos recibidos durante el año 2006.

Antón Aluja Fabregat
Luis Álvarez Pérez

Juan A. Amador Campos
Ramón Arce Fernández
Antonio Capafons Bonet
Eva Cifre Gallego
José Manuel Errasti Pérez
Juan Alberto Estallo Martí
Javier Fernández Montalvo
Jorge Fernández del Valle
Antonio L. García Izquierdo
José Manuel García Montes
Elena García Vega

Pedro Gil Monte
Ana González Menéndez
Laudino López Álvarez
José Miguel Mestre Navas
Marino Pérez Álvarez
Francisco Ramos Campos
Abilio Reig Ferrer
José Luis Sangrador
Jesús Sanz Fernández
Roberto Secades Villa
Carmelo Vázquez Valverde
Ferrán Viñas Poch

NOVEDADES • 2007



CLAVES PARA LA EVALUACIÓN DE INFORMES DE EVALUACIÓN

O. LOCHENBERG, N. MORA, N. KUFMA Y A. RAJFMAN

Una guía práctica y clara destinada a facilitar que los profesionales de la evaluación sean capaces de elaborar informes adecuados, completos, ordenados, rigurosos y comprensibles. Se analizan las diversas partes de que debe constar un buen informe y se presentan numerosos casos prácticos procedentes de varios contextos.



GUÍA. CUESTIONARIO PARA LA EVALUACIÓN DE ADOPTANTES, CUIDADORES, TUTORES Y MEDIADORES

F. A. BERMEO, I. ESTEVEZ, M. I. GARCÍA, E. GARCÍA-RIBES, M. LAFITOLA, P. LETIBARRIA, I. C. PARRA, A. PÉREZ, M. L. SERRA Y F. VELAZQUEZ DE CASTRO

Evalúa la capacidad de un sujeto para proporcionar la atención y el cuidado adecuados a una persona en situación de dependencia.



TEMA-3. TEST DE COMPETENCIA MATEMÁTICA BÁSICA B

H. F. GARCÍA Y A. I. BARRÓN

Evalúa la competencia aritmética en niños de 3 a 8 años (conteo, comparación de números, lectura de los números y los signos, dominio de los hechos numéricos, habilidades de cálculo y comprensión de conceptos) e identifica, desde las primeras etapas, alumnos con dificultades de aprendizaje.

MCMII-III

INVENTARIO CLÍNICO MULTIAIXIAL DE MILLON - III



Agrupación clínica:
Violeta Cardenal Toródez
Nº Pilar Sánchez López

El inventario se apoya en un nuevo marco teórico: la teoría evolutiva. Con la finalidad de optimizar la correspondencia con el DSM IV se han sustituido 95 elementos y se han añadido dos nuevas escalas: un patrón de personalidad clínico (Depresivo) y un nuevo síndrome (Estrés posttraumático).

Evaluación de 4 escalas de control,
11 patrones clínicos de personalidad,
3 rasgos patológicos,
7 síndromes de gravedad moderada y
3 síndromes de gravedad severa.



GUÍA PRÁCTICA PARA LA INTERPRETACIÓN DEL MCMII-III

Evaluación de 14 casos clínicos

V. CARDENAL, M. P. SÁNCHEZ Y M. ORTIZ-TILLO



TEA Ediciones, S.A.

MADRID 28036. Fray B. Sahagún, 24 - Tlf. 912 705 000 - e-mail: madrid@teaediciones.com
 BARCELONA 08028. Paris, 211 - Tlf. 923 379 590 - e-mail: barcelona@teaediciones.com
 BILBAO 48008. Bidebarrieta, 12 - Tlf. 944 163 032 - e-mail: bilbao@teaediciones.com
 SEVILLA 41005. Avda. San Fco. Javier, 21 - Tlf. 955 550 460 - e-mail: sevilla@teaediciones.com
 CEIS-División educativa. MADRID 28028. Briarte, 3 - Tlf. 917 131 100 - e-mail: ceis@teaediciones.com

www.teaediciones.com

