

Prevención de recaídas

Por Juan Díaz Salabert

Psicólogo. Técnico del Centro Provincial de Drogodependencias de Málaga

PROCESOS COGNITIVOS Y RECAÍDA EN LAS CONDUCTAS ADICTIVAS

1.- INTRODUCCION

El fenómeno de la recaída, consustancial al proceso de recuperación de las adicciones, es un foco de atención relativamente reciente en la historia del estudio y tratamiento de las adicciones.

Tanto desde el modelo moral preponderante en principios de siglo, en el que la recaída se veía como una confirmación del carácter intrínsecamente malvado del adicto, como posteriormente desde el modelo de enfermedad, en el que la recaída sólo era un símbolo de una mala curación o de una gravedad especial del problema, la recaída se valoraba como un resultado más que como un fenómeno de estudio en sí mismo.

Las primeras aportaciones de explicación científica del fenómeno de la reincidencia en el comportamiento adictivo, provienen de los modelos de aprendizaje por condicionamiento clásico. En estos modelos, aquellas situaciones relacionadas con la abstinencia (Wikler, 1965) o con el consumo, (Siegel, 1979) adquieren potentes propiedades elicitoras de reacciones condicionadas directas (síndrome de abstinencia condicionado) o compensatorias (Craving) que producen una intensa motivación para el consumo ante múltiples situaciones cotidianas en el ambiente natural del adicto que trata de mantenerse abstinentes.

A pesar de la importancia explicativa de estos modelos de una parte importante del fenómeno de la recaída, el modelo no explica muchas de las observaciones clínicas de los profesionales implicados en el tratamiento de las adicciones. La gran complejidad de este fenómeno se ve íntegramente reflejada en las múltiples causas y variaciones que se pueden producir en la reincidencia del comportamiento adictivo por una persona que ha decidido y ha conseguido mantenerse en abstinencia durante plazos de tiempo relativamente importantes.

La misma evolución que se realizó en la terapia de conducta hacia acercamientos más globales de tipo cognitivo conductual, se produce en el estudio de las adicciones y más concretamente en el fenómeno de la recaída. A pesar de la gran variedad de formas en las que se produce este fenómeno, estudios realizados por diferentes autores confirman una

importante similitud en cuanto a las variables intervinientes. Entre ellas: la tasa y frecuencia de ocurrencia de las recaídas a lo largo del tiempo (Hunt y Cols., 1979), la similitud entre ciertas categorías de situaciones en las que se pueden producir con una mayor frecuencia (Marlatt A. y Gordons, J., 1985) y ciertas características personales que nos pueden orientar respecto a determinada vulnerabilidad cognitivo-conductual en algunas personas (Beek, A. y Cols., 1993). Estas observaciones permiten suponer mecanismos comunes que posibiliten realizar modelos del comportamiento adictivo y de las estrategias para su recuperación.

El primer y más integrador modelo cognitivo-conductual de explicación del fenómeno y de orientación para la intervención en la prevención de recaídas, es el realizado por Marlatt y expuesto por Marlatt y Gordons en 1985. Según este modelo, la recaída es fundamentalmente un fallo de autocontrol del sujeto. Ante determinadas situaciones, algunas personas pueden fallar y hacer una valoración adecuada del grado de riesgo de la situación y/o de su capacidad para afrontarla; o pueden no desarrollar de la forma necesaria las habilidades precisas para su afrontamiento exitoso.

La gran aportación de Marlatt es la integración en un modelo altamente comprensivo del proceso de recuperación de las adicciones, de una gran cantidad de variables estudiadas por otros autores a lo largo de la década anterior y, muy especialmente, en lo referente al énfasis en los procesos cognitivos en la determinación del comportamiento adictivo. Nuestro objetivo en este trabajo es repasar al menos someramente los factores cognitivos descritos por los autores que han estudiado el fenómeno desde un fundamento teórico, basado principalmente en la teoría cognitivo-social de Albert Bandura.

2.- PROCESOS DE CAMBIO Y RECAIDA

Más allá de la simple definición de recaída como «recurrencia de los síntomas de una enfermedad tras un período de mejoría» que se extrae del modelo de la adicción como enfermedad, existe un amplio consenso entre los investigadores dedicados al estudio de las adicciones en la aceptación del modelo transteórico explicativo de los procesos de cambio de conductas adictivas, desarrollado por Prochaska y Di Clementi (1983, 1993) y en el significado que adquiere el fenómeno de la recaída en el proceso global de recuperación de los trastornos adictivos.

El concepto central en este modelo es que el cambio de comportamiento se realiza a través de una serie de fases. La fase de «precontemplación» es el período previo a que el individuo reconozca la necesidad de cambiar. La siguiente fase en el proceso de cambio es la fase de «contemplación», donde la persona reconoce el problema y considera hacer algo respecto a ello. Es posible para el individuo permanecer en esta fase indefinidamente si la ambivalencia para moverse hacia la siguiente fase no se resuelve. La fase de «acción» es donde el individuo intenta cambiar su **comportamiento por su propio** esfuerzo o buscando ayuda externa (tratamiento). La fase final es la de «mantenimiento», donde el individuo lucha para mantener los cambios realizados. Una importante característica de este modelo es que es un

modelo circular de cambio y no uno lineal. Si la persona recae, puede reentrar en el ciclo e ir a través del proceso otra vez hasta que el resultado deseado sea alcanzado. La prevención de la recaída está dirigida a la fase de mantenimiento en el modelo. Un objetivo fundamental no es sólo tratar de evitar la ocurrencia de la recaída, sino además, ayudar a la persona a permanecer en el cielo tras este suceso, intentando convertir la experiencia de la recaída en una experiencia de aprendizaje.

El modelo transteórico de Prochaska y Di Clementi utiliza para la explicación del avance por las fases citadas un conjunto amplio de procesos de cambio, destacando entre ellos un importante grupo de procesos cognitivos que tienen relación con los procesos de toma de decisiones.

3.- PROCESOS DECISIONALES Y RECAIDA

Desde una perspectiva de aprendizaje social, es preciso enfatizar la influencia de la toma de decisiones como un importante componente en la cadena de sucesos que preceden y suceden a una caída o fallo inicial. De acuerdo con esta aproximación, el proceso decisional es un concepto clave, tanto en la iniciación de un programa de cambio, como en la «ruptura de la resolución» asociada con la recaída. Antes de la caída inicial, el individuo se enfrenta con una elección: «consumir o no consumir». Aunque la persona puede no entenderlo como un proceso de toma de decisiones, existe un número importante de puntos de elección y bifurcaciones en el camino del cambio de hábito. Algunas de estas decisiones dirigen lejos de las situaciones asociadas con un alto riesgo de recaída, mientras que otras dirigen cada vez más cerca del consumo inicial

Janis y Mann (Mann y Janis, 1982) han desarrollado un modelo de toma de decisiones en conflictos, centrado en cómo el estrés del conflicto decisional influye las maneras en cómo la gente toma decisiones. Una idea central en este modelo es que la perspectiva de tomar decisiones que, tengan consecuencias importantes produce estrés para el individuo implicado. Esta teoría, describe cinco patrones diferentes de afrontamiento decisional:

1. Adherencia sin conflicto.
2. Cambio sin conflicto.
3. Evitación defensiva.
4. Hipervigilancia.
5. Vigilancia.

De esos patrones, dos son especialmente relevantes en el proceso de recaída: «evitación defensiva» e «hipervigilancia». Este último patrón puede ser provocado por el estrés

engendrado en determinadas situaciones de alto riesgo. En lugar de sopesar cuidadosamente las alternativas y buscar información relevante, como ocurre con el patrón de «vigilancia», la persona puede escoger apresuradamente implicarse en la conducta adictiva como una forma de encontrar alivio rápido.

El segundo patrón de afrontamiento inadaptable «evitación defensiva» puede ser especialmente relevante para comprender algunos procesos de recaída. Este patrón decisional se fundamenta en la delegación de responsabilidad en otros y en la amortiguación de las objeciones de la alternativa escogida, lo que se manifiesta en la recaída a través de «racionalizaciones» y «negaciones» de la alternativa seleccionada. Este tipo de tácticas, asociadas con la «evitación defensiva» tienen importantes implicaciones para comprender cómo un individuo se implica en planes encubiertos dirigidos a la recaída. El plan es encubierto, en ocasiones, incluso para el propio individuo, que evita ser consciente como mecanismo de defensa ante la ansiedad y la culpa, asociadas a la realización de la conducta adictiva. Esto se realiza normalmente, seleccionando una situación de alto riesgo u otro elemento casual de la recaída que cambie el foco de responsabilidad desde su propia elección a una causa ostentosamente justificable. El proceso hacia la recaída puede ir guiado a través de decisiones aparentemente irrelevantes «D.A.I.S.» es decir, mini-decisiones que dirigen al individuo al borde de la recaída.

4. EXPECTATIVAS Y RECAIDA

Expectativas de autoeficacia

El concepto de autoeficacia como un importante mediador cognitivo de la conducta, ha sido elaborado por, el teórico del aprendizaje social Albert Bandura (1977, 1981). En sus propias palabras «la autoeficacia está constituida por los juicios sobre el grado en que uno mismo puede organizar y ejecutar patrones de acción requeridos para tratar con situaciones futuras que contienen elementos ambiguos, impredecibles y a menudo estresantes» (Bandura 1981). La autoeficacia es pues, definida como un proceso cognitivo, a través de evaluaciones o apreciaciones percibidas que la gente hace sobre su competencia para realizar adecuadamente una tarea en una situación específica.

Bandura diferencia la autoeficacia de conceptos relacionados como autoestima o autoconcepto, remarcando que la autoeficacia se refiere a la competencia percibida en situaciones específicas, mientras que estos otros se refieren a una autoimagen global a través de una amplia variedad de situaciones. Este énfasis en los juicios para tareas con situaciones específicas es consistente con los recientes movimientos teóricos en psicología, que enfatizan la importancia de los «estados» (interacción entre la persona y el ambiente inmediato) en contraste con el tradicional concepto global de «rasgos» (tendencias disposicionales a largo plazo) como determinantes de la conducta. De acuerdo con Bandura, la apreciación de autoeficacia está basada en cuatro fuentes principales de información: las propias realizaciones de uno mismo en el pasado, la observación vicaria de las ejecuciones de otros, la influencia de

persuasión externa e influencia social y los estados de activación emocional. La información de cualquiera de estas fuentes es cognitivamente valorada por el individuo; las diferencias individuales en la manera que la persona selectivamente atiende a cierta información o desarrolla sus inferencias, influirá en su nivel de expectativas de autoeficacia.

En el marco del modelo del proceso de recaída, desarrollado por A. Marlatt y otros autores, la autoeficacia es uno de los mediadores cognitivos que juega un papel fundamental en el proceso, junto a las expectativas de consecuencias positivas de los efectos de la sustancia o conducta adictiva, y la atribución de causalidad que determina, si un primer desliz, se convierte en una recaída completa. Dentro de este modelo, la autoeficacia se refiere a la percepción del individuo de su capacidad para afrontar futuras relaciones de riesgo. De esta manera, afrontamientos exitosos con una variedad de situaciones de alto riesgo, incrementa la sensación de autoeficacia y reduce la probabilidad de recaída, mientras que experiencias fracasadas tienen el efecto opuesto. Por otro lado, la fuerza de las expectativas de autoeficacia pueden determinar el tipo de conducta de afrontamiento y cuánto tiempo dicha conducta será mantenida frente a obstáculos y consecuencias adversas.

Desde este modelo teórico, se podría inferir la capacidad de la predicción de la tasa de recaídas en un grupo en función de su nivel de autoeficacia. Algunos trabajos experimentales apuntan en esta dirección. El más completo de ellos es el realizado por Condiotte y Lichtenstein (1981), relativo a la adicción al tabaco. Ellos encontraron varios resultados significativos: la participación en un programa de tratamiento produjo un incremento significativo en las escalas de autoeficacia; el análisis de regresión demostró que a mayor nivel de autoeficacia percibida a finalizar el tratamiento, mayor probabilidad de conseguir periodos de abstinencia más largos. Además, se comprobó que, el tipo de situaciones en las que se encontraba menor autoeficacia, se producen un mayor número de recaídas. Estos resultados referentes a adictos a la nicotina se están corroborando en relación con otras conductas adictivas como el alcoholismo (Rist y Watzl, 1983).

Se han desarrollado por diversos autores diferentes escalas de autoeficacia aplicables en el campo de varias conductas adictivas. El procedimiento general es similar en todas ellas: se presentan al cliente una serie de descripciones de situaciones específicas y se le pide puntuar cada una en términos de la dificultad que le supondría experimentar dicha situación sin realizar la conducta problema. Los resultados pueden evaluarse examinando su puntuación global a través de todas las situaciones como medida de su expectativa de autoeficacia general, o examinando las puntuaciones para cada situación para detectar situaciones particularmente problemáticas. Como puede observarse, estas escalas son muy similares a los tests situacionales utilizados para evaluar perfiles de situaciones de consumo retrospectivamente, o para valorar las habilidades de afrontamiento de los pacientes ante situaciones concretas. De hecho, las mismas relaciones de situaciones adaptadas en el formato de presentación, pueden utilizarse en formas paralelas dentro del proceso de evaluación global. Un ejemplo de un cuestionario desarrollado para el uso con clientes alcohólicos es el S.C.Q. (Situational Confidence Questionnaire) o Cuestionario de Confianza Situacional diseñado por

Helen Annis de la Fundación de Investigación de Adicciones de Toronto (Annis, 1988, 1989). A partir de una relación de 100 ítems cubriendo una amplia variedad de situaciones problemáticas relacionadas con el abuso del alcohol, ha sido acordado en posteriores revisiones a 42 situaciones que pueden ser clasificadas siguiendo una categoría de determinantes de recaídas similar a la propuesta por A. Marlatt.

I. DETERMINANTES INTRAPERSONALES:

1. Estados emocionales negativos.
2. Estados físicos negativos.
3. Estados emocionales positivos.
4. Prueba de control personal.
5. Deseos y tentaciones.

II. DETERMINANTES INTERPERSONALES.

1. Conflicto interpersonal.
2. Presión social.
3. Estados emocionales positivos.

Se pide a los clientes que se imaginen en cada una de las situaciones e indiquen en una escala de 0 (ninguna confianza) a 100 (absoluta confianza), qué confianza tienen de que serían capaces de resistir la intención o el deseo de beber en esa situación. Un potencial problema con el uso de medidas de autoeficacia administradas a clientes en tratamiento es que, algunos de ellos, muestren una «sobreconfianza» cuando rellenan el cuestionario. Estos clientes tienden a puntuar cada ítem con un cien por cien de confianza, indicando que no anticipan ninguna situación más difícil que otras. Esto puede ocurrir porque quizás estas personas malinterpretan el cuestionario como un test de motivación. Ellos esperan que nunca volverán a beber «bajo ninguna circunstancia» y por ello no valoran relativas puntuaciones de su autoeficacia en diferentes situaciones de riesgo. Todos los ítems son puntuados idénticamente con la máxima confianza. Para eliminar o reducir esta potencial fuente de error se pueden utilizar varias estrategias. Se les puede decir, por ejemplo, que aunque su confianza general es muy alta, ellos deben estimar los relativos niveles de dificultad para afrontar las situaciones en el caso de que se les presenten. También se les puede pedir ordenar los ítems en términos de dificultad de mayor a menor. El desarrollo de un formato de elección forzada puede ser un efectivo medio de reducir la sobreconfianza, presentando al cliente pares de ítems y pidiéndole puntuar cuál de los dos es más difícil para afrontarlo. Las personas que muestran esta sobreconfianza pueden requerir especial atención en el tratamiento, especialmente si ello representa una estimación ingenua de los futuros riesgos que implica el mantenimiento de la abstinencia. La sobreconfianza puede representar una excesiva confianza en el poder de la voluntad como único medio de afrontar las tentaciones.

El tener en cuenta el perfil de expectativas de autoeficacia situacional de los clientes atendidos, es fundamental al planear y aplicar un programa individualizado de prevención de recaídas. Por un lado, su

adecuada evaluación al inicio de la abstinencia nos dará una visión más ajustada de las situaciones de mayor riesgo para esa persona determinada. Por otro, el incremento de sus expectativas de autoeficacia se convierte en un objetivo prioritario para conseguir la prevención de las recaídas. Además, la aplicación continuada de las escalas de autoeficacia y su comparación con la línea base inicial, nos indicará el progreso hacia un efectivo mantenimiento de la abstinencia.

H. Annis (1989) es la autora que más extensivamente ha desarrollado las implicaciones de la teoría de la autoeficacia en los programas de prevención, mediante la aplicación continuada del S.C.Q. y el desarrollo de cinco procesos a lo largo del tratamiento:

1. Discriminación de situaciones y cogniciones específicas de alto riesgo:

consiste en la valoración detallada de las situaciones problemáticas mediante el análisis del S.C.Q., los registros de tentaciones, y la evaluación de la historia previa.

2. Anticipación de situaciones y problema: consiste en la identificación de los sucesos que puedan ocurrir antes de la siguiente sesión y que puedan pertenecer a las categorías de riesgo ya detectadas previamente.

3. Planificación y ejecución de respuestas alternativas: consiste en la creación conjunta con el cliente de estrategias de afrontamiento frente a las situaciones de riesgo previstas en el futuro inmediato.

4. Práctica de nuevas conductas en situaciones cada vez más difíciles: consiste en la exposición progresiva a situaciones reales de dificultad creciente, una vez que el cliente ha incrementado su autoeficacia en otras similares, pero de menor, dificultad (también se incluye la disminución de ayudas externas como prevención de respuesta, antagonistas o interdictores)

5. Refuerzo de la mejora de competencia: es importante que, a la vez que el cliente va cambiando su conducta en las diferentes situaciones, incentivar las atribuciones personales de los éxitos conseguidos como vía de aumento de las expectativas de autoeficacia frente a situaciones futuras.

Debemos hacer notar que no todas las actuaciones exitosas a lo largo de la evolución del paciente pueden tener el efecto del aumento de la autoeficacia, si no consiguen generar en la persona las siguientes cogniciones:

- a. La exposición a la situación de riesgo fue desafiante.
- b. Sólo un moderado grado de esfuerzo fue necesario para experimentar el éxito.
- c. Poca ayuda externa fue necesaria para el logro.
- d. El éxito fue parte de un patrón general de afrontamiento mejorado.
- e. Un incremento en el control personal fue demostrado.

f. El afrontamiento exitoso fue relevante para situaciones problemáticas encontradas frecuentemente.

Tener en cuenta estos factores es fundamental a la hora de diseñar tareas entre sesiones, si queremos obtener una mejora efectiva de la autoeficacia, a la vez que su revisión nos puede dar luz sobre los motivos por los que ésta no aumenta aunque se consigue cambios importantes a nivel conductual.

A pesar de que, el modelo de Marlatt y Gordons es rico en cuanto a aportaciones explicativas de tipo cognitivo, el fenómeno de las expectativas de autoeficacia y su implicación en el proceso de la recaída es el que mejor fundado e integrado está en el modelo y el que mayor apoyo empírico ha recibido de estudios de diferentes autores.

Expectativas de resultados

Bandura (1977) distingue entre dos tipos de expectativas que están asociadas con la realización de cualquier comportamiento, expectativas de autoeficacia (relacionadas con la capacidad de uno mismo para realizar la conducta, explicada en la sección anterior) y expectativas de resultados, (expectativas de qué pasará como consecuencia de realizar la conducta).

Dentro del modelo de explicación del fenómeno de la recaída desarrollado por A. Marlatt, las expectativas de resultados juegan un papel fundamental en la determinación de la ocurrencia y la intensidad del «deseo de consumir» (Craving), mediante la anticipación cognitiva de los efectos del consumo, tanto de sus efectos físicos, psicológicos y conductuales, como de los posibles efectos ambientales (reacción de otras personas).

Es importante destacar que los efectos actuales de consumir una droga pueden no corresponderse con los efectos esperados. Dentro del proceso de recaídas, las expectativas positivas de resultados son más importantes que los efectos realmente experimentados tras consumir dicha droga.

Las expectativas, tienen tanto componentes cognitivos (informativos) como motivacionales (incentivadores). Los componentes cognitivos o informativos están asociados con lo que la persona conoce o espera que pase como resultado de implicarse en una determinada conducta. Los componentes motivacionales o de incentivo se relacionan con la deseabilidad (valor de reforzamiento) del efecto específico de esa conducta.

El «deseo» intenso de consumir (Craving) consiste por tanto en un estado subjetivo que está mediado por las propiedades incentivadas de las expectativas de resultados positivos, que se creen ocurrirán como consecuencia del consumo de una determinada sustancia.

El «deseo» (Craving) puede ser considerado en este contexto como un valioso

constructo mediacional similar a otros constructos como la ira o la ansiedad. Desde este punto de vista, el deseo no está producido simplemente por un proceso de condicionamiento directo o compensatorio, sino que es algo más complejo y que se fundamenta, además, en otras fuentes tan importantes como el condicionamiento para establecer el valor motivacional de las «expectativas de resultados positivos», especialmente, en las creencias personales y culturales sobre los efectos de las drogas y en factores ambientales-situacionales que modulan las expectativas según la situación en la que se encuentre el sujeto.

5. ATRIBUCIONES Y RECAIDA

El concepto de atribución se refiere a la inferencia de causalidad que las personas realizan sobre los acontecimientos significativos que les ocurren. La teoría de las atribuciones ha sido aplicada por psicólogos clínicos al análisis de distintos trastornos conductuales y muy especialmente de la depresión (Abrahamson, Seligman, y Teasdale, 1978). Se asume por estos autores que los procesos cognitivos determinan las reacciones afectivas y que ciertos procesos cognitivos interactúan con otros. De esta forma, las atribuciones de causalidad para las realizaciones pasadas serán unos de los determinantes primarios de los juicios de autoeficacia para la futura actuación en situaciones similares.

Alan Marlatt se fundamenta en los estudios sobre las atribuciones para formular su denominado «efecto de violación de abstinencia» (E.VA.). Desde este enfoque, la recaída es vista como un proceso de dos fases. La primera fase consiste en la inicial «caída» o fallo en la regla autoestablecida, determinada en gran parte por los factores cognitivos más arriba señalados. El hecho de que esta caída sea seguida por una pérdida de control y una total recaída, dependerá sobre todo de las percepciones del individuo sobre la causa de la «caída» inicial. El E.VA. es una reacción cognitiva-afectiva al consumo inicial, que influye en la probabilidad de que la caída sea seguida de un incremento del consumo o actividad adictiva. Más que una reacción de todo o nada, el E.VA. es un constructo dimensional: cuanto mayor sea este efecto, mayor es la probabilidad de recaída. El E.VA. tiene dos componentes una atribución cognitiva sobre la causa percibida del consumo inicial que interactúa con una reacción afectiva a esta atribución.

Se postula desde este modelo que el E.VA. se incrementará cuando las causas de la caída sean atribuidas a factores internos, estables y globales que sean percibidos como incontrolables (falta de voluntad y/o síntomas de una subyacente enfermedad). La intensidad del E.VA. disminuirá cuando el individuo atribuye la causa de la caída a factores externos, inestables (cambiables) y específicos que son percibidos como controlables (déficit transitorio en el afrontamiento de una situación específica de alto riesgo).

El E.VA. incrementa la probabilidad de recaída mediante la respuesta de la persona a la reacción afectiva que implica este fenómeno. Esta reacción es básicamente aversiva y similar a la disonancia cognitiva descrita por Festinger (1964), cuando el individuo experimenta un conflicto entre su auto-imagen ideal (abstinencia) y su propia conducta

discrepante (consumo). El resultado resultante de disonancia motiva respuestas conductuales y cognitivas dirigidas a reducir este conflicto. Por un lado, las reacciones emotivas negativas (culpa, frustración, ansiedad) energizarán la respuesta habitual y sobreaprendida del hábito adictivo, aumentando además, las expectativas de resultados y por tanto la probabilidad de consumir. Por otro, el individuo puede enfrentar el conflicto redefiniendo su autoimagen en línea con su conducta, como una víctima de fuerzas más allá de su control, lo que es consecuente con la pérdida de control y la disminución de expectativas de autoeficacia. La combinación de estas reacciones provocará un efecto de bola de nieve», de manera que, la persona trata de afrontar sus reacciones al consumo inicial con «más de lo mismo», ocurriendo, por tanto, la recaída total y la vuelta a similares niveles de comportamiento que antes de conseguir la abstinencia.

6. MODELOS COGNITIVOS DEL USO DE SUSTANCIAS

Es a finales de los años 80 cuando se inician modelos básicamente cognitivos de la adicción y de su tratamiento. Como en otras áreas de trastornos, destacan dos enfoques de la terapia cognitiva, el de Albert Ellis y su Terapia Racional Emotiva (T.R.E.), y el de Aaron Beck y su extensión del modelo de terapia cognitiva a las adicciones. Ambos modelos se caracterizan por entender que las creencias del sujeto son los constructos fundamentales que explican el comportamiento, y en ellos las situaciones estresantes son activadoras de las creencias que a su vez son las que determinan primordialmente la conducta.

El foco de evaluación y consiguiente intervención son por tanto los procesos mediadores cognitivos, más que el entrenamiento en determinadas habilidades de afrontamiento. Ambos enfoques encuentran dos grandes grupos de creencias que aumentarían la probabilidad de ocurrencia de la adicción o de la posterior recaída. Un grupo lo formarían aquellas creencias irracionales absolutistas y generadoras de inestabilidad emocional en general, y otro grupo estaría formado por aquellas creencias específicas relacionadas con los efectos de las sustancias o de la realización del comportamiento adictivo. La intervención se basa en un conjunto de técnicas cognitivas y conductuales dirigidas especialmente a generar nuevas creencias más adaptativas y mantenedoras de la abstinencia, a la vez que se desafían y reestructuran las creencias generadoras y potenciadoras de la conducta adictiva.

Los autores relacionados con la T.R.E. subrayan la importancia de las características y contenidos comunes de los estilos y creencias subyacentes en el comportamiento adictivo (A. Ellis y cols., 1992):

Características del Pensamiento Alcohólico o Adictivo

1. Características Descriptivas:

- Automático, no consciente.

- Rígido, insensible.
- Firmemente aprendido y practicado a menudo.
- Dicotómico, cualidad de todo o nada.
- Generalizado en exceso e ilógico.
- Antiempírico y absolutista.

II. Contenido Común de los Temas-

- Negación: el alcohol o las drogas no son un problema.
- El alcohol/las drogas son la mejor y única forma de solucionar los problemas emocionales.
- Baja tolerancia a la frustración y/o necesidades autodefinidas sobre elevados niveles de estimulación, gratificación y/o excitación.
- Ansiedad por el malestar; todas las emociones negativas han de evitarse a toda costa.
- Cambiar es demasiado difícil, por lo tanto uno está indefenso, carece de esperanza y es indigno.
- Auto-culpabilidad, incriminación y vergüenza por ser un adicto.

La intervención propuesta por la T.R.E. está dirigida por el modelo «A-B-CD-E» utilizado para el tratamiento de otros trastornos desde el enfoque de esta escuela de psicoterapia:

- A. Acontecimientos activadores.
- B. Creencias irracionales que mantienen y agravan el trastorno.
- C. Consecuencias emocionales y conductuales perturbadoras.
- D. Discusión de las creencias irracionales.
- E. Establecimiento de nuevas creencias racionales y adaptativas.

Di Giuseppe (1986) señala que cambiar el núcleo de las creencias irracionales del cliente es un proceso complicado, que requiere conseguir tres metas fundamentales: la primera es crear en los clientes una considerable disonancia cognitiva, aportando una gran cantidad de evidencias (filosóficas, lógicas y empíricas) que pongan en entredicho sus creencias

irracionales; segundo, el terapeuta demuestra que la creencia irracional no sólo no soluciona los problemas del cliente, sino que, además, es disfuncional; tercero, el terapeuta ayuda al cliente a desarrollar una creencia más racional, demostrando que ésta resulta de mayor ayuda al contar con más datos a su favor que la creencia irracional.

A continuación, se ofrece un listado de nueve estrategias de discusión que ayudan a conseguir estos objetivos:

1. El terapeuta discute la creencia irracional para mostrar sus fallos lógicos.
2. El terapeuta intenta asumir que la creencia irracional es verdadera; a continuación, explora qué deducciones podrían hacerse sobre el mundo si ésta fuera cierta y, por último, comprueba empíricamente estas deducciones.
3. El terapeuta ayuda al cliente a que experimente la capacidad de la creencia irracional para explicar acontecimientos importantes de su vida. Es decir, ¿incluye la creencia irracional atribuciones precisas sobre los acontecimientos?.
4. El terapeuta ayuda al cliente a revisar el cómo mantener esa creencia irracional le ha ayudado o lastimado.
5. Se repiten, una y otra vez, los cuatro pasos anteriores con el fin de convencer al cliente que la creencia irracional es falsa o auto-derrotante.
6. El terapeuta ayuda al cliente a construir una nueva creencia racional que reemplace a la irracional.
7. El terapeuta explora las nuevas creencias racionales en un intento por descubrir si se presentan fallos de orden lógico.
8. El terapeuta realiza deducciones a partir de las creencias racionales y, a continuación, comprueba estas deducciones para ver si la creencia racional lleva a predicciones sobre el mundo más precisas que las creencias irracionales.
9. El terapeuta ayuda al cliente a predecir cómo el cambio a creencias racionales nuevas afectará su comportamiento y a continuación examina si el cambio en su comportamiento será más ventajoso que la conducta desprendida de la creencia irracional.

Partiendo de supuestos similares en cuanto a la concepción básicamente cognitiva del uso y abuso de sustancias y coherente con su modelo de comprensión y tratamiento de otros trastornos emocionales como la ansiedad y la depresión, A. Beck y Cols (1993) proponen un modelo simple y estructurado de la implicación en comportamientos adictivos

que es especialmente útil en la comprensión del fenómeno de la recaída.

MODELO COGNITIVO DEL USO DE SUSTANCIAS

111111

Según este modelo, en el núcleo del problema de la persona adicta, está un conjunto de creencias adictivas que derivan de creencias nucleares tales como «no tengo ayuda», «no me quieren» o «soy

vulnerable». Estas creencias nucleares interactúan con los estresores vitales para producir excesiva ansiedad, disforia o ira.

El estrés o las situaciones estimulares no «causan» directamente el deseo, sino que activan las creencias relacionadas con drogas que producen el deseo. Aunque usemos el término «situación estímulo», debemos notar que la situación en sí misma es neutral. Los significados de las creencias que están agregadas a la situación, son las que causan el deseo del individuo. Sujetos con creencias de que no pueden tolerar la ansiedad, la disforia o la frustración, por ejemplo, tenderán a estar hiperatentos a estas sensaciones y pueden constituir expectativas de que únicamente, mediante el consumo de sustancias, pueden aliviar estas sensaciones. Por tanto, cuando acontece un estado de ánimo displacentero, el individuo intenta neutralizarlo consumiéndolo.

Una secuencia específica de creencias relacionadas con las drogas puede ser diseñada. En primer lugar está la activación de «creencias anticipatorias», relevantes para la obtención de placer mediante el consumo de sustancias. Estas creencias anticipatorias, normalmente progresan hacia creencias imperativas de obtención de alivio que definen el consumo como una terrible necesidad y estipulan que el deseo (Craving) es incontrolable y debe ser satisfecho. La anticipación o alivio produce la activación del deseo y de creencias facilitadoras o perinivas, tales como «me lo merezco» o «es un buen momento» que legitiman el consumo. Finalmente, planes instrumentales que tienen que ver con estrategias para obtener drogas o alcohol son provocados por el deseo imperativo.

Muchos individuos tienen creencias conflictivas en consideración de los pros y los contras de consumir. En ocasiones están bloqueados en una especie de lucha aversiva entre creencias opuestas, que paradójicamente, puede provocarles el buscar drogas simplemente para aliviar la tensión generada por el conflicto.

La aplicación terapéutica de este modelo, consistente en la modificación del sistema de creencias personal, va más allá del adiestramiento del individuo en la evitación o afrontamiento de «situaciones de alto riesgo». La meta ideal para el terapeuta cognitivo es la identificación y eliminación de las creencias adictivas del paciente, reemplazándolas por creencias adaptativas de control. Más realísticamente el objetivo de la terapia cognitiva es la facilitación de un proceso, donde las creencias de control del paciente lleguen a ser más pronunciadas que sus creencias adictivas.

Beck y Cols (1993) proponen una metodología útil y flexible para la intervención dirigida a los sistemas de creencias problemáticas:

1. Evaluación de creencias:

El terapeuta cognitivo debe tener una adecuada comprensión del papel de determinadas creencias en la vida del paciente.

La evaluación se ve realizada por dos métodos, por la interacción terapeuta-paciente durante las sesiones de terapia, y por cuestionarios estandarizados.

Las siguientes preguntas abiertas son ejemplos de cómo explicitar información sobre las creencias del paciente:

¿Qué piensas sobre _____ ?

¿Qué vino a tu cabeza cuando pasó ?

¿Cómo explicas ?

¿Cómo interpretas ?

¿Qué significa para ti ?

Según responde el paciente estas preguntas, el terapeuta refleja lo que el paciente ha dicho con especial énfasis en las creencias expresadas por él mismo a través de sus propios pensamientos.

2. Orientación del paciente hacia el modelo de la terapia colyntiva.

Este proceso implica modificar sus creencias sobre su adicción desde una orientación externa («no me puedo controlar») a una orientación interna («soy responsable de mi consumo de drogas y de mi recuperación»).

También incluye la definición de los conceptos fundamentales Como «creencias adictivas», «creencias de control», «situaciones de riesgo», «deseos», etc., así como la interrelación entre ellos.

3. Examen Y prueba de las creencias adictivas.

Debido a la resistencia natural por sobreaprendizaje de las creencias adictivas, el proceso de su modificación es bastante similar a un desafío. El examen de las creencias adictivas implica realizar a los pacientes preguntas probatorias que valoren la validez de sus creencias. Este proceso se conoce como «Método socrático», o «Descubrimiento guiado». Las siguientes son ejemplos de preguntas apropiadas para este proceso:

¿Cuál es la evidencia de esta creencia?

¿Cómo sabes que esta creencia es verdadera?

¿Dónde está escrito?

¿Dónde lo has aprendido?

¿Qué confianza tienes en esta creencia?

Otra estrategia para **examinar y probar** las creencias adictivas es el «Registro diario de pensamientos».

4. Desarrollo de creencias de control.

El método socrático estimula al paciente a examinar sus creencias adictivas y reemplazarlas por creencias de control. Algunas preguntas específicas para introducir creencias de control son las siguientes:

¿Qué harías si la droga no estuviera disponible?

¿Cuáles son las desventajas de consumir?

¿De qué otra forma se puede ver esta situación?

¿Qué más podrías hacer para alcanzar el mismo objetivo? ¿Qué más?

Otra estrategia para desarrollar creencias de control es el «análisis de ventajas-desventajas».

5. Práctica de la activación de creencias de control.

Aunque se realicen los procedimientos señalados, es posible que el paciente no acceda a las creencias de control cuando esté enfrentado a la «tentación», debido al sobreaprendizaje de las creencias adictivas. Por ello, es preciso poner especial atención a la activación de las creencias de control como parte importante de la terapia. Con este fin se pueden utilizar los siguientes métodos:

-«Tarjetas de recuerdo»: Se pueden escribir, para su lectura en el ambiente natural, creencias adecuadas, como por ejemplo las principales ventajas-desventajas.

-«Práctica programada»: Imaginación de situaciones de tentación, con la consecuente provocación de deseos y la activación de creencias de control para manejarlos.

6. Asignación de tareas dirigidas hacia las creencias.

La asignación de tareas implica aplicar en el ambiente las habilidades aprendidas en las sesiones de terapia:

-Prueba de creencias adictivas para evaluar su validez.

-Activación de creencias de control en las situaciones de riesgo.

Como meta a largo plazo de la asignación de tareas en la terapia cognitiva estaría el aprendizaje por los pacientes del Diálogo Socrático espontáneo en sus vidas. Las tareas son asignadas al fin de cada sesión y son revisadas al comienzo de la siguiente. Inicialmente las tareas son bastante estructuradas; más adelante, pueden ser menos formales según el paciente desarrolle nuevas y más adaptativas pautas de pensamiento.

La aplicación de los modelos y estrategias de tratamiento de la terapia cognitiva, aunque se está extendiendo rápidamente, comienza ahora a poder evaluarse y valorar adecuadamente en qué tipos y poblaciones afectadas por trastornos adictivos puede aportar soluciones y enfoques realmente valiosos. La experiencia de su anterior aplicación exitosa a los trastornos emocionales, es un poderoso argumento hacia el optimismo sobre la gran variedad de formatos de tratamiento y de poblaciones que puedan beneficiarse de programas de atención a las adicciones que tomen en cuenta la conceptualización y las estrategias de intervención recogidas en este trabajo.

BIBLIOGRAFIA

ABRAMSON, L. SELIGMAN, M., TEASDALE, J.(1978) "*Learned helplessness in humans: Critique and reformulation*". Journal of abnormal Psychology, 87,49-74.

ANNIS, H. DAVIS, C. (1989) "*Relapse prevention training: A Cognitive-Behavioral approach based on Self-Efficacy theory*", in Daley, D. (De.) *Relapse: Conceptual, Research and clinical perspectives*. Hawort Press.

BANDURA, A. (1977) Self-efficacy: "*Toward a unifying theory of behavioral change*". Psychological Review, 84,191-215.

BANDURA, A. (1981) "*Self-efficacy mechanism in human agency*". American Psychologist, 37,122-147.

BECK, A., WRIGHT, NEWMAN, AND LIESE. (1993) "*Cognitive therapy of substance abuse*". New York, Guilford Press.

CONDIOTTE, M., LICHTESTEIN, E. (1981) "*Self-efficacy and relapse in smoking cessation programs*". Journal of consulting and clinical psychology, 49, 648-658.

DI GIUSEPPE, R. (1986) "*The implications of philosophy of science for rational-emotive theory and therapy*". Psychotherapy, 23,634-639.

ELLIS, A., MC INERNEY, J., DI GIUSEPPE, R., YEAGER, R., (1992) "*Terapia racional-emotiva con alcohólicos y toxicómanos*". Edit. Desclee de Brouwer.

FESTINGER, L. (1964) "*Conflict, decision and dissonance*". Stanford University Press.

HUNZ W., BARNETT, L., AND BRANCH, L. (1971) "*Relapse rates in addiction programs*". Journal of Clinical Psychology, 27, 455-456.

HUNT, W., BARNETT, L., AND BRANCH, L. (1971) "*Relapse rates in addiction programs*". Journal of Clinical psychology, 27,455-456

MANN, L., JANIS, I. (1982) "*Conflict theory of decision making and the expectancy-value approach*". In N. Feather (De.) *Expectations and actions*. Hillsdale, N.J. Erlbaum.

MARLATT A., GORDONS, J. (1985) "*Relapse Prevention*". New York, Guilford press.

PROCHASKA, J., DI CLEMENTI, C., (1983) "*Stages and processes of self-change of smoking. Towards an integrative model of change*". Journal of consulting and clinical psychology, 51, 390-395.

PROCHASKA, J., AND PROCHASKA, J., (1993) "*Modelo transteórico de cambio para conductas adictivas*". En Casas, M. y Gossop, M. *Recaída y prevención de recaídas*. Ediciones

Neurociencias, Sitges.

RIST, F., WALTZ, H. (1993) "Self assesment *of* relapse risk and assertiviness in relation to treatment outcome *of* female alcoholics". *Addictive behaviors*, 7, 27-32.

SIEGEL, S. "The role of conditioning in drug tolerance and *addiction*". (1979), En D. Keehen (Ed.C) *Psycopatology in animals: Research and treatment implications*. N.Y Academic Press

WIKLER, A. "Conditioning factors in opiate *addictions and* relapse". (1965) En D. Wilner and G. Kassebaum (Eds.) *Narcotics*. New York; Mc. Graw-Hill.