

# Un modelo de tratamiento psicoterapéutico en adicciones

## *A psychotherapy treatment model in addictions*

SÁNCHEZ-HERVÁS, E., TOMÁS GRADOLÍ, V. Y MORALES GALLÚS, E.

*Unidad de Conductas Adictivas de Catarroja. Consellería de Sanitat. Generalitat Valenciana. Valencia. España.*

**RESUMEN:** *Objetivo:* Disponer de un modelo de intervención que permita evaluar las necesidades de los pacientes y de su proceso real de cambio, poder decidir qué tipo de técnicas y procedimientos psicoterapéuticos pueden utilizarse en cada caso particular y optar por las líneas de actuación más adecuadas.

*Método:* Se realiza una revisión bibliográfica de los modelos y programas de tratamiento más utilizados en adicciones y se plantea un modelo general de abordaje.

*Resultados:* Se propone un modelo de tratamiento psicoterapéutico en adicciones que, utilizando como referente el modelo transteorético de cambio de Prochaska y DiClemente, integra las distintas intervenciones y técnicas psicoterapéuticas que pueden ser útiles en el tratamiento de las personas con problemas por consumo de drogas: psicoeducación, motivación, concienciación, manejo del *craving*, prevención de recaídas y otras técnicas cognitivas y conductuales.

*Conclusiones:* Los programas de tratamiento que han demostrado ser efectivos en el abuso y la dependencia a drogas se corresponden fundamentalmente con terapias de orientación cognitivo-conductual. Se han validado terapias para la dependencia al alcohol, para la dependencia a la nicotina, para la dependencia a las benzodiazepi-

nas, para la dependencia a la heroína y para la dependencia a la cocaína. Además de la validación de tratamientos efectivos en los trastornos por consumo de sustancias, una de las líneas de investigación sobre psicoterapia en conductas adictivas más prometedoras en los últimos años, ha sido el desarrollo de los modelos de cambio. La integración de terapias validadas en estos modelos puede aumentar la eficiencia de los tratamientos.

**PALABRAS CLAVE:** Adicciones. Modelos de cambio. Tratamiento cognitivo-conductual. Prevención de recaídas. Eficiencia.

*Abstract: Objective:* The objective of the authors is being able to have an intervention model that allows them to evaluate the needs of the patients and of their real change process and, being able to decide what type of techniques and psychotherapeutic procedures can be used in each particular case, to choose the most appropriate and the most indicated action lines.

*Method:* A bibliographic review is made on the models and programs of treatment used more frequently in addictions and, a general model of treatment considers.

*Results:* In the work that is presented below is outlined a psychotherapeutic treatment model in addictions that, using as referring the Transteoretic Model of Change of Prochaska and DiClemente, integrates the different interventions and psychotherapeutic techniques that can be used in the treatment of people with drug-related problems: psychoeducation, motivation, consciousness, managing of the craving, relapses prevention and other cognitive and behavioural techniques.

---

*Correspondencia:*

EMILIO SÁNCHEZ-HERVÁS  
Unidad de Conductas Adictivas  
Catarroja-Centro de Salud  
Avda. Rambleta, 64  
46470 Catarroja. Valencia. España  
E-mail: uacatarroja@gva.es

**Conclusions:**The treatment programs that have demonstrated being effective in the management of abuse and dependence to drugs are fundamentally those with behavioral-cognitive directed therapies. Therapies for the dependency to alcohol, for the dependence to nicotine, for the dependence to benzodiazepines, for the dependence to heroine and for the dependence to cocaine have been validated. In addition to the effective treatments validation in the disorders by substances consumption, one more promising of the investigation lines on psychotherapy in addictive behaviors in the last years, has been the development of the models of change. The integration of validated therapies in these models can increase the efficiency of the treatment.

**KEY WORDS:** Addictions. Models of change. Behavioral-cognitive treatment. Relapses prevention. Efficiency.

## Introducción

En los últimos años, se ha realizado un importante esfuerzo en evaluar la terapia psicológica. No se trata de una evaluación global de las distintas psicoterapias, sino de evaluar tratamientos eficaces para trastornos concretos en muestras clínicas claramente especificadas<sup>1</sup>. En este sentido, el informe Task Force de la APA (American Psychological Association)<sup>2</sup> es el exponente más importante de la evaluación de las terapias psicológicas realizado hasta ahora. La división 12 es la sección de la APA dedicada a la psicología clínica. En 1993, un grupo de expertos procedentes de distintas escuelas de psicoterapia (interpersonales, psicodinámicos y cognitivo-conductuales), desarrollaron un informe sobre promoción y difusión de procedimientos psicológicos (Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures). Este informe, elaborado por ese grupo de expertos coordinados por D.L. Chambless, fue publicado en 1995<sup>3</sup>, se actualizó en 1996<sup>4</sup>, en 1998<sup>1</sup> y en 2001<sup>5</sup>. El objetivo de dicho informe era determinar la eficacia de los distintos tratamientos para trastornos específicos y elaborar guías de tratamiento adecuadas a cuadros clínicos concretos, para posteriormente promover la difusión de éstas.

La importancia de estos estudios, es que suponen la mayor revisión de la bibliografía sobre la eficacia de los tratamientos psicológicos que se ha realizado, y que todo el proceso de trabajo se ha auspiciado desde una organización formada fundamentalmente por clínicos, como la APA. El informe contiene varios

apartados, uno de los cuales corresponde a los tratamientos en drogodependencias. De los 10 tratamientos efectivos para el abuso y dependencia de sustancias incluidos en dichas revisiones, 9 corresponden a tratamientos de tipo cognitivo-conductual. Los tratamientos incluyen terapias psicológicas para la dependencia a cocaína, opiáceos, alcohol, tabaco y benzodiazepinas. Para una información más detallada consultar las guías generales y recientes revisiones en castellano sobre tratamientos eficaces en trastornos adictivos<sup>6-13</sup>.

La terapia cognitivo-conductual representa la integración de los principios derivados de la teoría del comportamiento, la teoría del aprendizaje social y la terapia cognitiva. Supone el enfoque más comprensivo para tratar los problemas derivados del uso de sustancias, y consiste en el desarrollo de estrategias destinadas a aumentar el control personal que la persona tiene sobre sí misma. La filosofía de la intervención está basada en la consideración del paciente como un científico, en el sentido de que se le anima a recurrir al método científico para contrastar empíricamente sus ideas o creencias<sup>14</sup>. En su aplicación a las conductas adictivas, la terapia de prevención de recaídas ha sido la más utilizada, que en principio se desarrolló para el tratamiento de los problemas de bebida<sup>15-17</sup>, y que posteriormente se adaptó para los adictos a cocaína<sup>18,19</sup>. En ella se ayuda a los pacientes a reconocer las situaciones en que es probable que usen las sustancias, encuentren maneras de evitar las situaciones de riesgo y desarrollen estrategias para solucionar las formas de comportamiento y los afectos relacionados con el uso de las sustancias que le provocan problemas.

En los años ochenta comienzan a aparecer diversos trabajos que enfatizan un modelo de fases de cambio en la descripción, explicación y predicción del proceso de abandono de diferentes conductas adictivas, en contraposición a la visión tradicional del cambio como un suceso dicotómico (abstinencia frente a consumo). La ventaja de este tipo de modelos es que describen el cambio como un proceso a lo largo del tiempo, en lugar de enfatizar la abstinencia *per se* como el primer objetivo a alcanzar<sup>20</sup>. El desarrollo de estos modelos ha permitido integrar las diferentes técnicas y tratamientos validados en un contexto más propicio que permite mejorar la eficacia de las intervenciones.

A continuación revisaremos brevemente algunos de los modelos y propuestas más interesantes en el ámbito del tratamiento de las conductas adictivas y, basándonos en ello, propondremos un abordaje integrado que permita situar de forma adecuada las distintas intervenciones psicoterapéuticas.

## Modelos de cambio y motivación

Prochaska y DiClemente han desarrollado una propuesta interesante en el área de conductas adictivas que aporta un marco adecuado donde situar las intervenciones en pacientes dependientes a drogas. Nos referimos al modelo transteórico de cambio<sup>21-24</sup>. El modelo parte del análisis de los cambios que se producen en el desarrollo de un proceso de cambio de comportamiento, con o sin ayuda de psicoterapia. Los modelos teóricos adolecen a menudo de un marco de referencia donde puedan integrarse las distintas intervenciones a realizar con los pacientes. Esta propuesta intenta solucionar este problema y considera que los esfuerzos en las intervenciones terapéuticas deben ir dirigidas a: conocer cuándo las personas se deciden a realizar cambios que modifican sus conductas adictivas; cómo se realizan estos cambios, y qué es lo que necesitan cambiar las personas para superar sus problemas particulares de adicción. Aquí, el «factor de riesgo» es que, mientras se buscan las soluciones para que pueda darse un proceso en el que se dé el «cambio», el sujeto retroceda a niveles en los que ya no se decida a cambiar.

Lo que se pretende es cubrir globalmente todo el proceso de cambio, desde que una persona advierte su problema de adicción hasta que ese problema deja de existir. Es un modelo tridimensional que integra estadios (cómo es la secuencia de cambio), procesos (cuáles son los procesos subyacentes al cambio) y niveles de cambio (a qué niveles afecta la conducta problema y dónde debe dirigirse la intervención). La importancia del modelo en la práctica clínica es el acento sobre la dimensión temporal en el proceso de cambio. No sólo se trata de considerar si una intervención es adecuada en sí misma, sino si se adecúa al momento temporal (estadio) en el que se encuentra el paciente, y conocer los procesos cognitivos y conductuales que subyacen a dicho proceso de cambio.

Para Prochaska y Prochaska<sup>24</sup>, hasta que se produzca un mayor desarrollo en los programas de prevención de recaídas, la alternativa más práctica consiste en los programas de reciclaje. El objetivo de estos programas es conseguir que los sujetos que han recaído se reciclen de un modo más eficiente y efectivo. Para los sujetos desmoralizados respecto a su capacidad de cambiar, el objetivo inmediato es evitar que desciendan a un estadio de cambio anterior.

Una de las variables que pueden incluirse en el modelo es la motivación. La falta de motivación para el cambio no tiene que ser concebida como un rasgo de personalidad del adicto, sino como una característica

de estado susceptible de ser modificada mediante la utilización de cierto tipo de intervenciones. La variable motivación se incluye en el modelo a partir de la operativización realizada por Janis y Mann<sup>25</sup> de los componentes motivacional y cognitivo implicados en todo proceso de toma de decisiones relacionado con un posible cambio conductual, concretados esencialmente en los beneficios (pros) y costes (contras), para uno mismo y para los demás de las diferentes alternativas conductuales para abandonar la conducta adictiva (balance decisonal). La estrategia de balance decisonal ha demostrado ser un predictor significativo del movimiento de los adictos situados en los estadios de precontemplación y contemplación.

En el modelo de la toma de decisiones, Janis y Mann<sup>25</sup> postularon 8 categorías con relación a la toma de decisiones: beneficios instrumentales para uno mismo, beneficios instrumentales para los demás, aprobación por parte de uno mismo, aprobación por parte de los demás, costes instrumentales para uno mismo, costes instrumentales para los demás, desaprobación por parte de uno mismo, desaprobación por parte de los demás. En la validación de este modelo en el área de las conductas adictivas se observó que, aparentemente, las personas sólo discriminaban entre los pros y los contras de una decisión. Estos pros y contras tendrían gran importancia en los estadios de precontemplación y contemplación. A medida que los individuos pasan del estadio de precontemplación a estadios más avanzados, se va estrechando la diferencia entre los pros y los contras, hasta acabar invirtiéndose. Sin embargo, durante los estadios de actuación y mantenimiento, el equilibrio en la toma de decisiones tiene menos importancia como predictor de éxito<sup>26</sup>. Durante el estado de actuación los pros van perdiendo importancia. La importancia de los contras aumenta durante la contemplación, hasta el punto que se iguala con los pros. En este momento, la toma de decisiones está en equilibrio, lo cual disminuye la probabilidad de que se realice un movimiento en algún sentido. Durante la actuación, los contras se mantienen más altos que los pros.

## Recaídas y craving

Independientemente del tipo de conducta adictiva que presente una persona, las recaídas, o los procesos de recaída, constituyen un reto asistencial continuo o ineludible debido a la elevada frecuencia con que se presentan<sup>16,27</sup>. En el tratamiento de las adicciones, las posiciones de los terapeutas ante las recaídas han va-

riado desde la exigencia de abstinencia a los pacientes, a los planteamientos de la formulación de la hipótesis de los procesos de cambio<sup>23</sup>, en el que las recaídas se entienden como algo tan frecuente que se integran como un eslabón más en dicho proceso.

Las conductas de recaída sólo podríamos considerarlas atípicas si no se observaran con frecuencia fracasos en el incumplimiento de la conducta humana. Las personas nos proponemos constantemente objetivos que luego no cumplimos. Los hombres tienden a iniciar acciones y a no mantener posteriormente el esfuerzo. La pregunta a plantear sería si la tasa de recaídas en las conductas adictivas es más alta que en cualquier otro propósito que las personas hacen normalmente para cambiar sus hábitos<sup>28</sup>.

Las impresiones clínicas y de investigación, se han obtenido principalmente a partir de muestras clínicas. Este método está sesgado, porque los entrevistados son individuos que en general han presentado «recaídas negativas». Los individuos que han recaído, pero que no han experimentado consecuencias adversas, o los que han sentido satisfacción, estaban excluidos de la muestra sujeta a análisis. El reconocimiento de la influencia del placer inherente a muchos incumplimientos de propósitos, debe incorporarse a cualquier perspectiva del proceso de recaída. Estas consideraciones desmienten el hecho de que las recaídas sean irracionales y estén más allá del control del individuo<sup>28</sup>.

Las repercusiones del fenómeno de la recaída son manifiestas y de amplio espectro. Cabe citar que los procesos de recaída son motivos de perplejidad por parte del propio adicto, porque la mayoría de veces se trata de un fenómeno que le sobrepasa y que escapa a su propio control, motivo de desespero familiar y social, dado que no se entiende por qué se producen, y motivo de frustración por parte de los profesionales que trabajan en el ámbito de la clínica de conductas adictivas<sup>29</sup>.

Las recaídas en el consumo de drogas no pueden entenderse sin una aproximación al concepto de *craving*. En sus primeras concepciones el *craving* por el consumo hacía referencia al deseo irrefrenable por el consumo o ansia de la droga. Representaría un deseo muy intenso por una experiencia concreta de algún tipo, como comer, bailar o sexo. La realización del deseo se alcanzaría con la consumación, el medio de conseguirlo sería el acto consumatorio. El impulso se conceptualiza como la consecuencia instrumental del *craving*, la intención conductual para verse implicado en una conducta consumatoria específica<sup>16</sup>. El objetivo último del impulso es reducir el estado que lo ha

instigado (*craving*). Los *craving* y los impulsos por el consumo tienden a ser automáticos y llegan a ser «autónomos», es decir, pueden continuar incluso aunque la persona intente suprimirlos, no se suprimen con facilidad<sup>30</sup>. Dadas estas características, el abordaje del *craving* resulta fundamental en el tratamiento de las personas con problemas de dependencia a drogas. Los *craving* por el consumo, son los factores más importantes de abandono terapéutico y son los causantes de las caídas en el consumo después de largos períodos de abstinencia, sobre todo porque resurgen durante y después del tratamiento<sup>31,32</sup>.

Aunque existen algunas diferencias en la conceptualización del *craving*, hay una serie de elementos comunes en los distintos posicionamientos: a) el deseo o *craving* a drogas forma parte de la adicción; b) el deseo se intensifica si el individuo recibe el impacto de señales asociadas al consumo de drogas; c) es fundamental enseñar a los pacientes a analizar, afrontar y manejar sus deseos, y observar cómo desaparecen sin necesidad de consumo.

En los últimos años, ha aparecido un creciente interés en el estudio del *craving*. Las aportaciones de la psicología cognitiva, han jugado cada vez más un importante papel en la investigación y tratamiento de la adicción a drogas, con énfasis a la necesidad de comprensión, regulación e interpretación del *craving* como una parte de una aproximación estructurada del tratamiento. Por otro lado, investigadores y clínicos han revisado el condicionamiento clásico como un mecanismo que puede estar en la base de la respuesta del consumidor de drogas en la relación drogas-estímulos, o señales, en el ambiente. Además, se han encontrado fármacos como la naltrexona para reducir la recaída entre alcohólicos abstinentes, y algunos estudios sugieren que estos fármacos también pueden reducir el *craving*<sup>33</sup>. Finalmente, se ha ampliado enormemente la comprensión de los mecanismos cerebrales que están en la base de la dependencia a drogas y de estructuras cerebrales que pueden estar asociadas con el *craving*<sup>34</sup>.

Los tratamientos con dependientes a drogas incluyen la intervención en procesos de condicionamiento para prevenir recaídas durante la recuperación. Las terapias cognitivo-conductuales proporcionan a los pacientes estrategias cognitivas para manejar el *craving* y situaciones que inducen al *craving*. Los tratamientos basados en redes sociales (grupos de autotayuda) intentan distraer a los pacientes del *craving* y mejorar sus mecanismos de resistencia contra el fenómeno. También existen medicaciones «*anticraving*», las cuales pueden ayudar a regular los procesos neuroquímicos relacionados con el *craving*<sup>35</sup>.

## Autoeficacia y adicción

Los conceptos de salud y enfermedad han evolucionado en los últimos años desde un modelo biológico a un modelo holístico. Desde esta perspectiva, salud y enfermedad son el resultado de factores biológicos, psicológicos y sociales. En este modelo biopsicosocial se enfatiza tanto la mejoría del estado de salud como la prevención de las enfermedades, y se asume que niveles elevados de autoeficacia ayudan al control de numerosas enfermedades y procesos adictivos<sup>36</sup>. La autoeficacia es un juicio autorreferido de la capacidad para llevar a cabo una conducta o acción concreta, que influye en la elección, la consecución y el mantenimiento de hábitos saludables. Los juicios de capacidad o autoeficacia no tienen sentido si el individuo no los refiere a una circunstancia concreta en la que llevar a cabo una determinada conducta. En el ámbito concreto de las conductas adictivas, podría entenderse como el grado de confianza que tienen las personas para conseguir y mantener la abstinencia en diferentes situaciones de riesgo<sup>24</sup>.

La autoeficacia se ha mostrado en diferentes estudios como un determinante importante en la adquisición de conductas saludables, que influye sobre la salud humana a 2 niveles. En un primer nivel o básico, mediante el juicio de capacidad de las personas para enfrentarse a las diversas circunstancias de la vida, por medio de diversos mecanismos bioquímicos que son virtualmente mediadores de los estados de salud o enfermedad, y en un segundo nivel, la autoeficacia puede ejercer un control directo de las conductas cuya modificación pueda deparar un mejor estado de salud<sup>37</sup>.

La exposición de una persona a situaciones potencialmente estresantes, antes y después de haber adquirido un adecuado nivel de autoeficacia, tiene diferentes consecuencias. La exposición a un agente estresante sin la percepción de ser capaz de afrontarlo, produce la activación del sistema nervioso autónomo, liberación de catecolaminas y activación del sistema opiáceo endógeno, que ocasiona una elevación de las concentraciones de corticoides, que pueden empeorar la inmunidad celular y humoral, lo cual aumenta la susceptibilidad a enfermar. Si por el contrario, la persona se enfrenta a tal situación estresante con el convencimiento de afrontarla con éxito, no experimentará tales alteraciones<sup>37,38</sup>. El concepto de autoeficacia tiene cada vez mayor importancia en la prevención y tratamiento de las diferentes drogodependencias<sup>39-42</sup>.

Prochaska y DiClemente<sup>22</sup>, aplicaron la teoría de autoeficacia de Bandura a las conductas adictivas. En

su teoría cognitiva social, Bandura<sup>43,44</sup>, defiende que las evaluaciones de la autoeficacia influyen en la elección, el esfuerzo dedicado, los pensamientos, las reacciones emocionales y la conducta ejecutada. A lo largo de los estadios de cambio se encuentra una variación significativa de las puntuaciones de eficacia, y son los precontempladores los que refieren los niveles más bajos de eficacia, y los mantenedores más altos. En el estadio de precontemplación, existe un amplio desnivel entre la baja autoeficacia y la magnitud de la tentación, este nivel se reduce en el estadio de contemplación. A medida que los individuos entran en el estadio de actuación, el equilibrio entre la tentación y la eficacia se va haciendo más precario, ya que la eficacia aumenta drásticamente y la tentación disminuye de forma gradual. En el mantenimiento, se invierte el patrón de la precontemplación y la tentación disminuye totalmente, mientras que la eficacia alcanza su punto máximo y se mantiene elevada<sup>22</sup>.

La aplicación de la autoeficacia en los distintos trastornos por abuso de drogas, permite el fortalecimiento del propio juicio de capacidad de los pacientes, para que éstos colaboren de un modo más efectivo en la solución de su problema adictivo. Las expectativas de autoeficacia son una medida de estado, es decir, una medida específica para cada interacción persona-conducta en particular, y no una medida rasgo, generalizable a diferentes situaciones. Por tanto, varían en diversas dimensiones (magnitud, generalidad y fuerza). La importancia de las expectativas de autoeficacia radica en que demuestran ser capaces de predecir los cambios o movimientos en los estadios, en especial en los estadios de contemplación y acción.

## Modelo integrado de intervención

Se presenta un modelo de abordaje que, basado en los modelos teóricos y prácticos desarrollados en los puntos anteriores, nos permita evaluar las necesidades de los pacientes y su proceso real de cambio, de forma que podamos decidir qué tipo de técnicas y procedimientos psicoterapéuticos son más convenientes para utilizar en cada caso, y poder optar por las líneas de intervención más adecuadas (fig. 1). Se contempla todo el proceso de tratamiento: la acogida, las diferentes fases en la evaluación, y la integración de las distintas técnicas y procedimientos psicoterapéuticos en función del estado motivacional de los pacientes.

En general, al inicio de los tratamientos, los pacientes utilizan con mayor frecuencia procesos de cambio de tipo cognitivo y en menor medida procesos con-

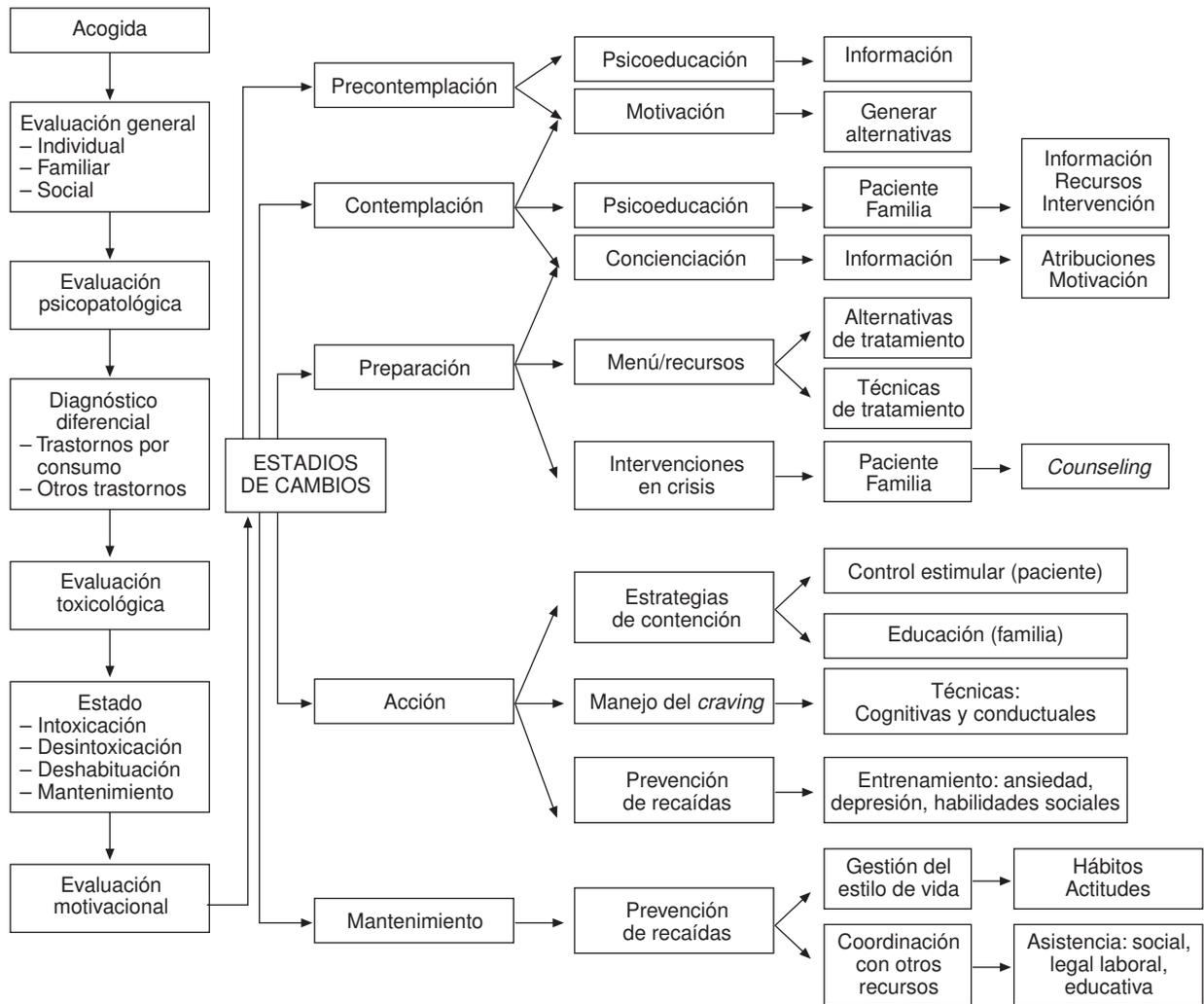


Figura 1. Modelo de tratamiento psicoterapéutico en adicciones.

ductuales. Ello puede estar indicando que en las primeras fases de la intervención podría ser adecuado centrarse en la psicoeducación sobre la sintomatología negativa y el distrés emocional que presenta el paciente, con el objetivo de conseguir un mayor nivel de bienestar psicológico que permita una mayor adherencia al tratamiento<sup>45</sup>. En las últimas fases adquieren mayor importancia los programas de prevención de recaídas y las estrategias de gestión del estilo de vida, incluyendo la coordinación con otros recursos (tabla 1).

### Comentarios acerca del modelo integrado

El objetivo ideal de cualquier programa de intervención sería el de establecer un proyecto global de cambio en el estilo de vida del individuo, que facilita-

ra los mecanismos y las habilidades necesarias para que se produzca ese cambio. Sin embargo, en numerosas ocasiones las personas se plantean una abstinencia temporal e incluso un uso controlado de la sustancia, por lo que resulta adecuado plantear una modificación de las actitudes hacia el consumo y los efectos de la sustancia a través de la consolidación de los períodos de abstinencia<sup>46</sup>.

La mayor parte de los individuos que deciden realizar un intento para dejar el consumo de sustancias psicoactivas, han realizado otros intentos, bien por sí mismos o con ayuda, llegan a los programas con deseos de salir de las situaciones problema y del consumo, pero en la mayor parte de los casos su predisposición frente al consumo en general de drogas sigue siendo positiva. Es decir, se plantean llegar a controlar sólo la sustancia que generó y mantuvo su drogodependencia, se plante-

an dejar la droga dominante como elemento fundamental para ser intervenido. Sin embargo, no se dan cuenta que esa actitud facilitadora es inapropiada con respecto a un proceso de deshabitación a drogas, y que las conductas de eficacia y los sentimientos de satisfacción tienen menor probabilidad de darse<sup>47</sup>. Los tratamientos cognitivo-conductuales se esfuerzan en desarrollar habilidades de afrontamiento, restaurar la autoeficacia y crear atribuciones más constructivas. La estrategia generalmente utilizada en la terapia cognitivo-conductual consiste en animar a los pacientes a atribuir sus retrocesos a causas externas, inestables y normalmente debidas a causas específicas, mientras que el afrontamiento exitoso se atribuye a factores internos.

Se propone abordar la intervención como un programa global en el que tengan cabida las distintas técnicas psicoterapéuticas. Las terapias cognitivo-conductuales se han mostrado eficaces en entrenar a los sujetos en el afrontamiento de situaciones de riesgo, mediante el aprendizaje de técnicas y el fomento de habilidades que el sujeto debe poner en práctica de una forma progresiva. Los resultados pueden mejorarse si las intervenciones se combinan con el modelo transteorético de cambio, en el que se incide en la ne-

cesidad de que el individuo supere una serie de «estadios» para solucionar su problema, y apunta intervenciones específicas en función del «estadio» de cambio en el que se encuentra el paciente. A menudo, encontramos que las estrategias aprendidas no son eficaces, precisamente porque el sujeto no ha realizado una toma de decisiones firme respecto a su necesidad de cambiar. En este punto, cobra especial importancia el rol asumido por el terapeuta. Se ha señalado que los terapeutas deben de mostrar 3 características básicas para propiciar el cambio en sus pacientes: empatía, calidez no posesiva y autenticidad. La utilización de técnicas motivacionales<sup>48</sup>, aporta una atmósfera adecuada para propiciar dicho cambio y poder así avanzar en la consecución de objetivos planteados en la terapia.

El modelo presentado contempla una completa evaluación del caso a nivel individual, familiar, social, toxicológico y motivacional, que incluye el diagnóstico diferencial y, en las últimas fases del tratamiento, la coordinación con otros recursos para la gestión de los problemas adicionales que suelen presentar estos pacientes. El modelo está sustentado teóricamente, es flexible y se puede adaptar a casos de cualquier conducta adictiva.

## Bibliografía

1. Chambless D, Hodson S. Defining empirically supported therapies. *J Consult Clin Psychol* 1998;66:3-18.
2. Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures. A report adpted by the APA Division 12 Board. Washington: American Psychological Association, 1993; p. 1-12.
3. Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures. Training and dissemination of empirically-validated psychological treatments. Report and recommendations. *Clin Psychol* 1995;48:3-29.
4. Chambless D, Sanderson W, Shoham V, Bennet-Johnson S, Pope K, Cris-Cristoph P, et al. A update on empirically validated therapies. *Clin Psychol* 1996;49:5-22.
5. Chambless DL, Ollendick TH. Empirically supported psychological interventions: controversies and evidence. *Annual Review* 2001;52:685-716.
6. American Psychiatric Association. Guía clínica para el tratamiento de los trastornos por consumo de sustancias. Alcohol, cocaína y opiáceos. *Ars Médica*. Traducción al castellano de la Practice Guideline for the treatment of patients with substance use disorders. Washington: American Psychiatric Association, 1999.
7. American Psychiatric Association. Guía clínica para el tratamiento de la dependencia a nicotina. *Ars Médica*. 2001. Traducción al castellano de la Practice Guideline for the treatment of patients with nicotine dependence. Washington: American Psychiatric Association, 1999.
8. Labrador J, Echeburua E, Becoña E. Guía para la elección de tratamientos psicológicos efectivos. Madrid: Ed. Dykinson, 2000.
9. Sánchez-Hervás E, Tomás V. Intervención psicológica en conductas adictivas. *Trastornos Adictivos* 2001;3:21-7.
10. Nathan P, Gorman J, Salkind N. Tratamiento de trastornos mentales: una guía de tratamientos que funcionan. Madrid: Alianza, 2002. Traducción al castellano de *Treating Mental Disorders: a guide to what works*. Oxford: Oxford University Press, 1999.
11. SEPYS. Sociedad Española para el avance de la Psicología Clínica y de la Salud. La eficacia de los tratamientos psicológicos. *Infocop* 2002;17:25-30.
12. Sánchez-Hervás E. Psicoterapia en los trastornos por consumo de sustancias. *Anales de Psiquiatría* 2002;18:180-8.
13. Secades R, Fernández-Hermida J. Guía de tratamientos eficaces para la drogadicción: alcohol, cocaína y heroína. En: Pérez M, Fernández R, Fernández C, Amigó I, coordinadores. Guía de tratamientos psicológicos eficaces I. Adultos. Madrid: Pirámide, 2003; p. 107-39.
14. Meichenbaum D, Cameron R. Cognitive-behaviour therapy. En: Wilso G, Franks C, editors. *Contemporary behaviour therapy, conceptual and empirical foundations*. New York: Guilford Press, 1982.
15. Marlatt GA, Gordon JR. Determinants of relapses: implications for the maintenance of behavior change. En: Davinson PO, Davinson SM, editors. *Behavioral Medicine*. New York: Bruner/Mazel, 1980.
16. Marlatt GA, Gordon JR. Relapse prevention: maintenance strategies in the treatment of addictive behaviours. New York: Guilford Press, 1985.

17. Marlatt GA. La prevención de recaídas en las conductas adictivas: un enfoque de tratamiento cognitivo-conductual. En: Casas M, Gossop M, editores. *Recaída y prevención de recaídas*. Barcelona: Neurociencias, 1993; p. 137-59.
18. Carroll K, Rousanville B, Keller D. Relapse prevention strategies for the treatment of cocaine abuse. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1991;17:249-65.
19. Carroll K, Rousanville B, Nich C, Gordon L, Wirtz P, Gawin F. One-year follow-up psychotherapy and pharmacotherapy for cocaine dependence: delayed emergence of psychotherapy effects. *Arch Gen Psychiatry* 1994;51:989-97.
20. Tejero A, Trujols J. El modelo transteórico de Prochaska y DiClemente: un modelo dinámico de cambio en el ámbito de las conductas adictivas. En: Graña JL, editor. *Conductas adictivas*. Madrid: Debate, 1994; p. 3-43.
21. Prochaska JO, DiClemente CC. Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 1982;19:276-8.
22. Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: toward and integrative model of change. *J Consult Clin Psychol* 1984;51:390.
23. Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change. Applications to addictive behaviour. *Am Psychol* 1992;47:1102-14.
24. Prochaska JO, Prochaska JM. Modelo transteórico de cambio para conductas adictivas. En: Casa M, Gossop M, editores. *Recaída y prevención de recaídas*. Barcelona: Neurociencias, 1993; p. 85-136.
25. Jannis I, Mann L. Decision making. A psychological analysis of conflict, choice and commitment. New York: The Free Press, 1977.
26. Prochaska JO, DiClemente CC. The transtheoretical approach. En: Norcross JC, editor. *Handbook of eclectic psychotherapy*. New York: Brunner/Mazel, 1986.
27. Gossop M. *Recaída y prevención de recaídas*. En: Casa M, Gossop M, editores. *Recaída y prevención de recaídas*. Barcelona: Neurociencias, 1993; p. 1-43.
28. Saunders B. *Conductas adictivas y recaída*. En: *Tratamientos psicológicos en drogodependencias*. Barcelona: Neurociencias, 1993.
29. Trujols J, Tejero A, Casas M. El fenómeno de las recaídas en el tratamiento de las conductas adictivas y su repercusión en la dinámica asistencial. *Adicciones* 1996;8:349-67.
30. Beck A, Wright F, Newman C, Liese B. *Terapia cognitiva de las drogodependencias*. Barcelona: Piados, 1999.
31. Annis H. A relapse prevention model for treatment of alcoholics. En: Miller W, Heather N, editors. *Treating addictive behaviors: process of change*. New York: Plenum, 1986.
32. Tiffany SA. Cognitive model of drug urges and drug abuse behavior: Role of automatic and nonautomatic processes. *Psychol Rev* 1990;84:127-90.
33. Volpicelli J, Alterman A, Hayasida M, O'Brien C. Naltrexone and the treatment of alcohol dependence. *Arch Gen Psychiatry* 1992;49:876-80.
34. George M, Tenebac C, Blomer C, Norner M, Anton R. Using neuroimaging to understand alcohol's brain effects. *CNS Spectrums* 1999;4:88-95.
35. Sánchez-Hervás E, Molina N, Del Olmo R, Tomás V, Morales E. Craving y adicción a drogas. *Trastornos Adictivos* 2001;3:237-43.
36. Engel G. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 1987;196:129-36.
37. Bandura A. Self-efficacy mechanism in psychobiological functioning. En: R. Schwarzer, editor. *Self-efficacy: thought control of action*. Washington DC: Hemisphere, 1992.
38. Schenckman N, McCabe P, Baum P. *Stress and disease processes: perspectives in behavioral medicine*. Erlbaum: NJ Hillsdale, 1992.
39. Marlatt A, Baer S, Quijley A. Self-efficacy and addictive behavior. En: Bandura A, editor. *Self-efficacy. The exercise of control*. New York: NJ Freeman, 1997.
40. Litman GK. Alcoholism survival. The prevention of relapse. En: Miller W, Heather N, editors. *Treating addictive behavior. Process of change*. New York: Plenum Press, 1986.
41. Litman GK. Relapse in alcoholism: traditional and current approaches. En: Gelwands G, Grant M, editors. *Alcoholism: treatment in transition*. Londers: Croom Helm, 1980.
42. Annis H, Davis S. Self efficacy and the prevention of alcoholic relapse: initial findings from a treatment trial. En: Baker T, Cannon D, editors. *Assesment and treatment of addictive disorders*. New York: Praeger, 1988.
43. Bandura A. *Social learning theory*. Engelwood Cliffs NJ: Prentice-Hall, 1997.
44. Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev* 1997;84:191-295.
45. Sánchez-Hervás E, Tomás V, Molina N, Del Olmo R, Morales E. Procesos de cambio en conductas adictivas: influencia de variables psicopatológicas y de consumo. *Adicciones* 2002;14:337-44.
46. Sánchez-Hervás E, Tomás V. Un modelo de intervención en la deshabituación a drogas. *Analisis y Modificación de Conducta* 1997;23:671-93.
47. Sánchez-Hervás E, Tomás V. Actitudes y drogodependencias: elaboración de un instrumento de medida. *Informació Psicológica* 1996;60:50-8.
48. Miller W, Rollnick S. *Motivational interviewing: preparing people for change in addictive behaviour*. New York: Guilford Press, 1991.