



UNIVERSIDAD DE JAÉN
Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación

Trabajo Fin de Grado

INVESTIGACIÓN EN ALCOHOLISMO APLICADA EN PSICOLOGÍA: ENFOQUE DESDE LAS COMUNIDADES TERAPÉUTICAS.

Alumno/a: **Javier Sampedro Jiménez.**

Tutor/a: Prof. D. Manuel Miguel Ramos .
Dpto.: Departamento de Psicología.

Julio, 2016

Índice

Resumen.	3.
1. Definición de: Comunidad terapéutica, adicciones y drogas.	4.
2. Transformación , desarrollo y situación actual de las comunidades terapéuticas en España.	6.
3. Modelos de intervención en la investigación sobre alcoholismo.	9.
4. Aspectos metodológicos : diseños de investigación empleados.	21.
5. Conclusiones.	31.
6. Referencias bibliográficas.	32.

RESUMEN

Desde este texto se pretende conocer y profundizar acerca de la investigación sobre el alcoholismo dependiente en nuestro país , así como también el análisis de los modelos de intervención empleados. Se valora el procedimiento llevado a cabo desde los distintos modelos a partir de su revisión en la literatura científica y la búsqueda sobre la aportación que nos acercan los meta-análisis realizados acerca de la dependencia y las adicciones.

La investigación sobre alcoholismo y otras adicciones desde el ámbito de la psicología se encuentra bajo diversas teorías e investigaciones sobre multitud de variables de los distintos usuarios de los programas. Esta investigación no deja fuera a los usuarios que no están bajo ningún programa de intervención , pero sí es necesario destacar que resulta significativamente más complicada la intervención y el análisis del perfil en una persona con problemas o abusos fuertes de consumo que no se encuentra adherida a ningún tratamiento o a ninguna institución. Estas diferentes metodologías de investigación que se abordan en las siguientes líneas buscan también una solidez empírica , basada en la evidencia aportada por la literatura científica. Por ello, los diseños de investigación que se han ido empleando en la literatura científica sobre este planteamiento y problemática resultan de gran importante en este documento para poder afianzar todos los modelos de intervención descritos.

Todo ello se describe y se desarrolla bajo el enfoque y metodología seguida por las comunidades terapéuticas en nuestro país. Este es un recurso con amplio repertorio de intervención pero que por diversas circunstancias no se encuentra en primera línea a la hora de abordar esta serie de problemas en los distintos estamentos sanitarios. Por ello, antes de hablar de la metodología de investigación, es conveniente conceptuar y delimitar ciertos aspectos de las comunidades terapéuticas que nos pueden servir de base para empezar a trabajar sobre esta investigación.

- Palabras clave: alcoholismo, adicciones , intervención, comunidad terapéutica, modelos de intervención , metodología aplicada, metodología de investigación.

1. DEFINICIÓN DE: COMUNIDADES TERAPÉUTICAS, ADICCIONES Y DROGAS.

En primer lugar, sería conveniente definir el concepto de comunidad terapéutica como un espacio o lugar de carácter residencial y que se encuentra libre de drogas y de consumo. En este ambiente se lleva a cabo un tratamiento contra el consumo y abuso de sustancias tóxicas para las personas de manera estructurada por etapas. Goicoechea y Comas (1988) afirman que todo esto está basado en diferentes procesos, tanto individuales como de grupo, siempre orientados bajo profesionales, con el objetivo de modificar hábitos y conductas.

Como bien sabemos, una droga es una sustancia capaz de actuar sobre el cerebro modificando la conducta, el estado de ánimo o la conciencia, según Anderson, P., Gual, A., Colom, J. (2005) en un artículo publicado sobre alcoholismo y atención primaria de la salud.

Para que la OMS declare una sustancia como droga tiene que reunir tres requisitos fundamentales: tolerancia, dependencia (- esta puede ser física- , psíquica o ambas a la vez) y síndrome de abstinencia.

Cuando estamos hablando sobre las drogas, nos referimos a la adicción como una enfermedad que se inicia con la búsqueda de placer/ recompensa con la ingesta de sustancias y que termina por búsqueda y consumo compulsivo de drogas, a pesar de tener negativas y catastróficas consecuencias en algunos casos. Algunos autores la consideran como una enfermedad del cerebro, ya que a la larga, tanto como la estructura y el funcionamiento se van viendo alterados y modificados, todo esto, traduciéndose en notorios cambios conductuales con un consumo muy abusivo.

El inicio en el consumo, por lo general, es voluntario. No obstante, cuando el consumo va siendo más continuado y más prolongado, el autocontrol se ve afectado y anulado. Este autocontrol es un concepto importante cuando hablamos de drogas y adicciones, ya que numerosos estudios con imágenes cerebrales nos muestran cambios en áreas del cerebro que intervienen en la toma de decisiones, en el aprendizaje y en el control.

Para explicar la relación de la adicción y la dependencia, algunos autores como Gual (2002) hablan de la necesidad de tener unas diferentes estrategias terapéuticas basadas en diferentes modelos. Por ello, las comunidades terapéuticas se basan en una serie de modelos teóricos explicativos. Estos son: biológicos, psicológicos (basados en su mayoría en teorías del aprendizaje) y los modelos sociológicos.

Según Rommelspacher y Müller, (1995) los modelos teóricos explicativos pueden subdividirse en otros modelos o en otros componentes. Dentro del modelo biológico, desde el modelo de enfermedad, se postula que existe una predisposición genética que junto con las dificultades en el proceso madurativo personal provocan una susceptibilidad a la dependencia, todo ello asociado a la intervención de factores facilitadores como son el estrés ambiental y la exposición a las drogas. Los problemas personales, familiares y sociales son, según este modelo, una consecuencia del consumo de drogas.

Desde el modelo de la automedicación se sugiere que se requiere la existencia de un trastorno de personalidad y/o de un trastorno mental previo que provoca la necesidad de droga en un intento de alivio del mismo. Esto, a la larga desemboca en un efecto contraproducente, pues a las manifestaciones de la patología psiquiátrica preexistente se suma la clínica de la dependencia. Por último, Lorenzo et al. (2009) sugirieron que el modelo explicativo biológico también habla del submodelo de exposición, donde se considera que la dependencia se produce por la capacidad de las drogas de actuar como reforzadores primarios sobre los centros cerebrales de recompensa, lo cual explicaría las conductas de búsqueda y consumo.

Los modelos de tipo psicológico son abundantes en la investigación en alcoholismo y otras drogas, son estos modelos los que principalmente nutren la intervención en las comunidades terapéuticas debido a sus diferentes postulados.

Desde los postulados conductistas se afirma que el consumo de ciertas drogas se vería reforzado cuando la persona experimenta que se produce una mejoría de su funcionamiento social a través de los efectos desinhibidores sobre la conducta que ejercen las mismas.

Desde la perspectiva de los postulados cognitivistas, en concreto, desde el modelo de aprendizaje social, Espada et al. (2011) defienden que cobran gran importancia los patrones de conducta de quienes sean las figuras a imitar.

El modelo de adaptación señala que al consumir droga, la persona, deficiente en la utilización de recursos personales o del contexto para dar solución a sus problemas, siente que adquiere habilidades de afrontamiento de las que carecía o éstas son superiores.

Para concluir con los postulados cognitivistas, es necesario mencionar el modelo social, el cual viene determinado por el modo como la persona interpreta la experiencia de consumo y los efectos de la droga y cómo responde tanto a nivel fisiológico y emocional a la misma. Si se tienen modos de satisfacción alternativos y capacidad de aceptarse la persona tal como es, existe protección frente a la adquisición de una dependencia.

Para terminar con los modelos teóricos explicativos, hay que mencionar los modelos sociológicos en el consumo de drogas. Dentro de este modelo, podemos señalar varios submodelos con los que las comunidades terapéuticas trabajan desde sus áreas sociales y familiares.

Desde el modelo de la asociación diferencial, Otero (1989) refiere que el indicador de consumo es la administración de droga por parte del mejor amigo y, además, la existencia de un desapego a la familia que facilita que los hijos se involucren más fácilmente en asociaciones marginales.

Desde el modelo de control parental se sostiene que las consecuencias, a largo plazo, de la falta de afecto de los padres y/o de su falta de respeto a las normas se reflejan en una conducta social desadaptada por parte de los hijos, es decir, un mayor riesgo para el consumo de drogas. Por último, la autoestima juega un papel fundamental en el consumo y en la adquisición de la enfermedad. Desde este modelo se señala cómo la baja autoestima en el marco de la familia es recuperada en el grupo de iguales, y si éstos son consumidores de drogas ésta será la pauta de comportamiento adoptada.

2 TRANSFORMACIÓN, DESARROLLO Y SITUACIÓN ACTUAL DE LAS COMUNIDADES TERAPÉUTICAS EN ESPAÑA.

El término comunidad terapéutica nace en Gran Bretaña en los años 50 asociados a los psiquiátricos. Años más tarde se independizan como recursos residenciales para tratar la dependencia de las personas a las drogas. Diez años más tarde, en los años 60, nacen en Norteamérica como recurso alternativo a los programas ya existentes. Este recurso está basado en la terapia de autoayuda, naciendo así “alcohólicos anónimos”.

El modelo actual de comunidad terapéutica tiene influencias claramente norteamericanas debido a su gran estructuración, a la base del grupo de autoayuda y a la importancia de la modificación de conductas. No obstante, el enfoque europeo añadido años más tarde, también goza de una gran influencia en el concepto de comunidad terapéutica actual, ya que la psicología comunitaria y el aprendizaje social son términos de gran importancia.

Es significativo el cambio que han experimentado las comunidades terapéuticas desde su creación en nuestro país hasta la actualidad. Fernández y Llorente (1999) defienden que estos

cambios no se ciñen solamente al número de plazas y a su difusión, que también podría serlo, sino que también resulta muy llamativa la evolución en cuanto a su estructura, a los tipos de personal que trabajan en ellas, a sus ámbitos de trabajo y a las distintas y nuevas problemáticas tratadas. Este recurso resulta de vital importancia para el sector de la drogodependencia, ya que todo el tratamiento se realiza en un entorno de seguridad para pacientes y familias ya que ofrecen un programa de intervención mucho más intensivo que otros recursos.

En España no se empieza a hablar de comunidades terapéuticas hasta la década de los años 80, dónde la literatura habla de este recurso como lugar que tiene como finalidad la inclusión de las personas dependientes en la sociedad una vez realizado tratamiento, en detrimento de otros lugares o recursos cuya finalidad eran el control o el consumo controlado. Otro modelo en nuestro país y que está basado e influido por las comunidades terapéuticas es la red Proyecto Hombre. Este recurso, también está basado en la autoayuda pero difiere en el tipo de actividades realizadas, ya que en este recurso se apuesta más por las actividades ocupacionales o actividades educativas en vez de la propia intervención psicológica. Por lo tanto, se podría decir, que sería un programa terapéutico y educativo principalmente.

Desde el inicio de las comunidades terapéuticas en España hasta nuestros días, la red de servicios ofrecidos por estas se ha ido ampliando notoriamente debido al aumento de la complejidad de los casos según Comas-Arnau (2006). Si bien anteriormente, los objetivos básicos eran lograr la abstinencia para abandonar el consumo para lograr una reinserción social, ahora los objetivos son más amplios. Son más amplios porque hay que coordinar más servicios para ayudar a los pacientes y a sus familiares. A los servicios de terapia grupal e intervención individual, podemos sumar los servicios educativos a las familias y el asesoramiento médico, laboral, judicial y de programas de servicios sociales.

La riqueza de las comunidades terapéuticas en nuestro país se basa en la combinación de una intervención estructura y no estructurada. Podemos encontrar todo tipo de terapias e intervenciones individuales muy estructuradas, pero también , mucha autoayuda en ambientes tanto formales e informales que requiere de menos estructuración, ya que la interacción entre los propios pacientes resulta vital según afirma Pascual- Pastor (2015). Esta interacción en todas las actividades realizadas resulta ser la esencia de la comunidad, teniendo como finalidad en muchas ocasiones aprender de lo ocurrido en la vida del enfermo y el aprendizaje de lo ocurrido a sus compañeros.

Esta interacción sobre la que hago referencia resulta esencial por varias razones, entre ellas aportar feedback de manera constante, reforzamiento positivo y constantes sugerencias de

cambio. Todo esto hace prepararles para una mejor reincorporación a la vida social y familiar, ya que aprenden a interactuar con iguales libres de consumos. Además , añadidos a que las tareas de mantenimiento , cocina y limpieza de la residencia son competencia de los propios internos, haciendo así una adquisición y concienciación de responsabilidades que antes no tenían a causa de los consumos.

Son más de 100 las comunidades abiertas en nuestro país, con un total de 3400 plazas públicas que acogen más de 7000 ingresos nuevos al año de los cuales más de 2500 acaban en altas terapéuticas tras el periodo de tratamiento que se suele estimar entre los 5 y los 12 meses.

Según el *Plan nacional sobre drogas* se estima que hay más de 1500 profesionales trabajando en las comunidades terapéuticas, con un claro predominio de psicólogos que actúan como psicoterapeutas. También encontramos un amplio grupo de trabajadores sociales y educadores sociales. Fernández-Hermida y Secades (2003) lo afirman en su intervención en cuanto a la intervención familiar en el plan nacional sobre drogas.

Resulta significativa la curva de personal médico como enfermeros, psiquiatras y propios médicos que ha ido creciendo desde los años 90 hasta hace escasos unos años. Curva que últimamente va decreciendo en cuanto a este personal ya que cada vez las comunidades terapéuticas recurren más a recursos sanitarios y de salud mental externos.

Tal y como recoge el *plan nacional sobre drogas* , resulta muy llamativa la manera de adaptarse las comunidades terapéuticas a los nuevos perfiles de adicciones que han ido evolucionando a lo largo de los últimos años por motivos socioeconómicos . Si bien hace 20-25 años se trataba los perfiles de alcoholismo puro o heroína , es cierto que con el transcurso de los años se abordan nuevas adicciones y sustancias como la cocaína , cannabis , pastillas alucinógenas, benzodiacepinas o ludopatía.

Desde los años 2000, muchos de los nuevos ingresos acuden a las comunidades terapéuticas por motivos judiciales. Bien sean debidos a la necesidad del sujeto de realizar un tratamiento de deshabituación de sustancias para no ingresar en prisión , o bien, las propias instituciones penitenciarias mandan a los reclusos con una historia delictiva y clínica basadas en los consumos, a realizar la última parte de la condena sujeta a un internamiento con tratamiento en su adicción .

Actualmente en nuestro país algunas comunidades terapéuticas se han ido adaptando a unos usuarios con perfiles mas especializados. Estos perfiles no solo incluyen el abuso y la dependencia a alcohol y a otras sustancias, sino que esta dependencia va de la mano de otras

patologías u otros trastornos asociados (desintoxicaciones de metadona, adictos con doble diagnóstico, trastornos de la alimentación, adicciones mixtas (ludopatías – cocaína – alcohol) tal y como recoge Casas y Guardia (2002). Por lo tanto, tal y como señalan Fernández , Gutiérrez y Llorente (1998) sería conveniente que todas estas novedades en cuanto a la intervención, fueran acompañadas de estudios o investigaciones basadas en la evaluación de estos nuevos perfiles de usuarios.

Desde numerosas asociaciones sobre drogodependencias , y , concretamente, numerosos autores, como Wagner y Weiss (2001) debaten sobre cual sería el camino a seguir en el futuro sobre las comunidades terapéuticas. La reflexión y la mejora iría dirigida hacia modelo orientado hacia la reinserción social de los usuarios, no excluyente de otros abordajes, articulados en una red amplia y variada de servicios asistenciales para drogodependientes.

Esta mejora puede conseguirse a través del desarrollo de una comunicación y una participación muy activa entre los diferentes estamentos locales, regionales y estatales que participen en la lucha contra esta problemática. Los temas de debate en el futuro para esta mejora que se plantea podrían ceñirse a la calidad en la asistencia a los usuarios; la claridad y estandarización de unas intervenciones basadas en el desarrollo actual del conocimiento racional, técnico y científico; la transparencia en la actuación y la evaluación de la eficacia, eficiencia y efectividad.

3. MODELOS DE INTERVENCIÓN EN LA INVESTIGACIÓN SOBRE ALCOHOLISMO.

A partir de los modelos teóricos explicativos que se han expuesto anteriormente, la investigación en adicciones , y , concretamente en alcoholismo, se ha centrado en diferentes modelos de intervención mucho más concretos, concisos y específicos a la hora de abordar e intervenir en esta problemática de la que se habla.

Estos modelos que para Arnau et al. (1982) son , en algunos casos de carácter unidimensional, y en otros, de carácter multidimensional, no sólo abordan la enfermedad y la problemática desde la perspectiva de la intervención con el enfermo o persona dependiente, sino que también busca abarcar otras poblaciones relacionadas con el individuo, como es el caso de la

familia o, concretamente, los hijos de alcohólicos, población de riesgo muy importante para Díaz y Ferri (2002).

En otros casos, los modelos de intervención no buscan intervenir cuando la dependencia y la problemática es ya muy severa en la edad adulta, sino que intenta actuar en poblaciones como la adolescente ,población de riesgo para Romo- Avilés (2001) debido a los nuevos patrones de consumo, antes de que el consumo se convierta en una conducta dependiente.

3.1. Modelos de intervención breve para adolescentes.

Numerosos estudios nos muestran como es habitual el inicio del consumo en nuestros adolescentes a los 16 años. Edad en la que en algunos casos disminuye hasta los 12 y los 13 años. Este hecho, además de suponer riesgos en la salud supone una correlación existente entre este suceso y otra serie de variables, tales como: aumento de costes en servicios de salud y tratamientos, riesgos de accidentes , fracaso/abandono escolar, problemas en el ámbito familiar y cambios/ problemas de conducta.

Existen modelos de intervención breve que resultan exitosos a la hora de trabajar con esta población mencionada, sobre todo cuando el consumo se realiza de manera abusiva y no llega a existir una dependencia todavía. Estos modelos se basan en teorías de aprendizaje social, donde se expone que el inicio de los consumos en edades tempranas es debido a patrones de exposición , pero estos patrones pueden ser cambiados a partir de otros modelos o situaciones de aprendizaje, siendo de esta manera las personas los principales activos para el cambio en el consumo.

Es de gran importancia destacar que es necesario un componente motivacional a la hora de atraer a los adolescentes a este tipo de modelos de intervención breve, ya que en un alto porcentaje de casos, los adolescentes no ven como un problema el abuso de alcohol y de otras sustancias.

Aunque pueden ser de gran utilidad para reducir en gran medida los patrones de abuso, todavía no hay datos concluyentes sobre investigaciones realizadas, ya que la aplicación de estos modelos a la población adolescente es relativamente novedosa, ya que esta aplicación ha sido más común en personas adultas.

Un ejemplo de un modelo de intervención breve es el programa *PIBA*. Este modelo de intervención consta de seis fases diferenciadas:

- Fase 1: Detección de casos y problemas. Mediante charlas informativas a alumnos y a personal docente de los distintos centros educativos poder obtener distintos casos para el programa.
- Fase 2: Admisión. De los diferentes casos detectados , evaluar a los jóvenes para determinar si son objeto de poder realizar la intervención .
- Fase 3: Evaluación. Evaluar el consumo en un patrón de 180 días, así como también la severidad auto percibida del consumo y la auto eficacia para abandonar y disminuir el consumo.
- Fase 4: inducción al tratamiento. Promover la inclusión al tratamiento a través de una entrevista motivacional.
- Fase 5: Tratamiento. Mediante cuatro sesiones semanales de manera individualizada. Trabajo sobre el auto control de manera en la que se analizan beneficios y costos del consumo, pasando por una pauta para la meta de abstinencia o reducción del consumo. Se trabaja la identificación de situaciones asociadas al consumo así como también estrategias para enfrentarse a estas situaciones . También se establece una valoración sobre el impacto del consumo en sus metas a corto, medio y largo plazo. Por último se hace una revisión de todo el proceso y trayecto de cara a haber conseguido los objetivos sobre la meta elegida.
- Fase 6: Seguimiento. Evaluación del consumo y de los patrones de conducta una vez transcurridos 6 meses.

Una vez dicho esto, Martínez – Martínez et al. (2014) realizaron una investigación” para comprobar la eficacia de programas de intervención breve en jóvenes de entre 14 y 18 años, todos ellos estudiantes y con consumos de alcohol y de marihuana de manera abusiva pero sin llegar a la dependencia”. Se utilizó un diseño de caso único con 25 sujetos, de los cuales 17 presentaban abuso de alcohol y los 8 restantes presentaban abuso de marihuana. Se realizaron seguimientos al mes, a los tres meses y a los seis meses. Esta investigación demostró el éxito del programa PIBA entre estos adolescentes, ya que se encuentra un descenso en los consumos entre la línea base y la fase de tratamiento y entre la línea base y la fase de seguimiento, lo que da a entender que la intervención fue exitosa no solo en cuanto a la reducción del consumo, sino que también fue estable a lo largo de los meses. Cabe destacar también el aumento en la percepción de auto eficacia a la hora de enfrentarse a situaciones potenciales de consumo y un descenso en los problemas asociados al consumo, como pueden ser de carácter familiar, social y académico.

Una vez analizados los resultados y las conclusiones, sería interesante proponer varias líneas para futuras investigaciones. Una de ellas sería la validación empírica de estos modelos mediante otras nuevas investigaciones o replicas con un número de participantes más elevado y sobre todo con periodos de observación y seguimiento más extensos. Otra de ellas sería incluir en nuevas investigaciones otras variables diferentes que puedan afectar al tratamiento y a los resultados del mismo.

3.2 Modelo socio comunitario en alcoholismo.

Está demostrado que la adolescencia supone un punto o etapa clave en el inicio o en la experimentación en el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas. Esto supone una grave amenaza en la salud pública, por lo que esto ha llevado a numerosos científicos de la salud y sociales a profundizar sobre este suceso.

Para Villareal et al. (2010) el inicio en el consumo de alcohol en edades tempranas supone un riesgo importante a la hora de introducir otro tipo de drogas diferentes, además, supone también un riesgo de mantener o agudizar el consumo hasta edades adultas si se encuentran bajo diversas condiciones.

Normalmente el consumo de alcohol se ha explicado o relacionado a partir de modelos y contextos diferenciados como son la familia, la escuela y la comunidad. Desde el modelo socio comunitario se pretende explicar la relación que existe entre el consumo y estas tres variables de manera conjunta.

El sistema y entorno familiar resulta jugar un papel fundamental en el consumo por parte de las personas y sobre todo de adolescentes. Una buena comunicación familiar y una buena adaptabilidad de todos los miembros de la familia correlacionan significativamente y negativamente con el consumo de alcohol. Sin embargo, problemas de comunicación y adaptación familiar correlacionan positivamente con los consumos. Además, en la mayoría de los casos, las personas con consumos abusivos perciben su medio familiar como conflictivo con mala comunicación entre los miembros.

El modelado familiar en cuanto a los consumos también explica el consumo temprano de adolescentes en sus círculos sociales. De esta manera, si en casa vemos los consumos como algo normal, aumentara la probabilidad del consumo en los hijos de padres consumidores, principalmente cuando se encuentren entre sus grupos de iguales.

Según Shinn y Toohey (2003) el consumo y la identidad de las personas, están vinculados a los roles sociales que desempeñan dentro de una determinada comunidad. Estos autores destacan la importancia que tiene la comunidad sobre las personas a la hora de crearse un

sentido de identidad y a la hora de formar y potenciar su autoestima, factores relacionados con el consumo de alcohol cuando las personas interaccionan en estos contextos comunitarios.

Por último, el rendimiento académico o laboral positivo actúa de manera inhibitoria con las conductas que implican un consumo abusivo de alcohol y otras sustancias Musitu y Herrero (2003), por lo que podríamos decir que este hecho serviría como factor de protección a las personas. Esta autoestima relacionada con el buen rendimiento laboral o académico, demuestra la capacidad de las personas para aceptar reglas de convivencia . Por lo que las personas que se valoran negativamente en este ámbito perciben su entorno académico y laboral de una manera agresiva e injusta, factores que podrían aumentar el consumo abusivo.

Una vez dicho esto, Villareal, Musitu, Sánchez y Valera (2009) realizaron una investigación integrando las variables familiares, sociales y escolares para relacionar estas variables con el consumo de alcohol, apoyo comunitario y rendimiento académico. El modelo bajo el que se guía este estudio es el modelo ecológico *de* Bronfenbrenner (1979) junto con el modelo de estrés familiar Musitu, Jiménez y Murgui (2007) donde podemos encontrar factores tanto de riesgo como de protección.

Esta investigación fue realizada a una población adolescente de 1245 personas, muestra formada por 630 varones y 615 mujeres de entre 12 y 17 años. A raíz de este estudio estos autores encontraron una relación entre las relaciones familiares y sociales con el consumo de alcohol, a su vez relacionado este consumo con el ocio compartido con familia y grupos de iguales en actividades ociosas. Esta pauta de consumo solía darse con muy poca frecuencia pero sin embargo las cantidades consumidas eran elevadas y abusivas cada vez que se producían. Se demuestra que los patrones de consumo de los familiares y de los amigos más cercanos correlacionan de manera positiva con los consumos en los adolescentes, sobre todo en cuanto a frecuencia e intensidad.

Una cuestión a tener en cuenta es que desde este modelo se ha observado que el consumo moderado y muy episódico en familias de adolescentes, muestra una relación familiar adecuada entre todos sus miembros. Dicho esto, podríamos afirmar que es el consumo excesivo, abusivo, frecuente y problemático el que crea un clima hostil en la familia, así como también mala adaptación escolar, laboral y comunitaria.

Para entender estas ideas propuestas a partir de la investigación sobre este modelo, podemos hacer referencia a las dos principales vías de la adolescencia según este modelo: la transitoria y la persistente según Moffitt (1993).

En referencia a la vía transitoria, se describe la adolescencia como una etapa donde la persona experimenta un amplio número de alternativas en muchos ámbitos, algunos de ellos de riesgo.

En cuanto a la familia, este hecho supone una gran prueba para adaptarse a las demandas que presenta el adolescente en casa, dando a entender de esta manera que los adolescentes con más conductas o factores de riesgo serán aquellos que vivan el ambiente familiar como conflictivo. Esto puede mejorar a medida que aumenta la edad y el desarrollo educativo, teniendo estas variables una correlación significativa con la implicación del adolescente en la familia y en la toma de decisiones. En la vía transitoria se destacan tres procesos: la motivación, la imitación social determinada por las relaciones con los iguales y el refuerzo.

En cuanto a la vía persistente, las conductas problemáticas y disruptivas comienzan a mostrarse en la primera infancia, acentuándose durante la adolescencia y siendo comúnmente consolidadas en la edad adulta, asociadas especialmente en la etapa adulta con consumos abusivos. Esta rama persistente del modelo se centra más en factores biológicos, psicológicos, educativos y sociales que influyen en el desarrollo y consolidación de la personalidad de una persona.

Desde el modelo socio comunitario se propone que las vías transitorias y persistentes no se vean como polos opuestos, sino como modelos complementarios, sobre todo de cara a futuras investigaciones, intervenciones o prevenciones. También es necesario destacar que desde el modelo socio comunitario no se busca como finalidad la abstinencia o el cese de consumo en las delante de los adolescentes exclusivamente, sino que se busca unas alternativas al consumo, y si no se consigue, poder tener un consumo moderado y controlado

Tanto en las culturas europeas como americanas, la aceptación social del alcohol se encuentra muy arraigada en la población, por lo que resulta muy complicado según los investigadores el hecho de que los padres inculquen a los hijos que el consumo puede ser perjudicial para su salud. Según Estévez et al. (2006) la adolescencia es un periodo de experimentación y de búsqueda de nuevas sensaciones y el alcohol es muy accesible.

3.3 Modelo cognitivo- conductual en personas con consumos dependientes.

La bibliografía y diferentes estudios nos muestran la eficacia de este tipo de modelos en intervenciones con los consumos, ya que demuestran en algunos casos la disminución del consumo de sustancias psicoactivas y en otros casos la abstinencia total según Robayo (2013). Desde el punto de vista cognitivo- conductual, se ve la dependencia al consumo como un comportamiento que es aprendido a causa de diversos factores y que esto supone algo desadaptativo en la vida de las personas.

Existen 2 modelos que parten a partir del modelo cognitivo- conductual y que explican de manera clara la dependencia a las diferentes sustancias psicoactivas, estos son : la Teoría del aprendizaje social y el modelo dinámico regulatorio de Niura. Ambos modelos incluyen e integran las diferentes premisas del condicionamiento clásico, el condicionamiento operante y el vicario. Según estos modelos, existen una serie de variables que se consideran precipitadores al consumo. Estos precipitadores serían estímulos condicionantes del consumo, considerados como pasos estrictamente anteriores al consumo.

Niura , con su modelo dinámico regulatorio, defiende que la persona en ocasiones se encuentra frente al impacto de los precipitadores y su deber es elegir y activar la seguridad o la inseguridad para o bien consumir o resistirse al consumo mediante distintas estrategias de afrontamiento. Los estímulos que actúan como precipitadores y que son más frecuentes son: emociones positivas y negativas, tener deseo o ansiedad debido a la sustancia y las expectativas positivas o negativas por las consecuencias del consumo. Los precipitadores que con mayor frecuencia son predecesores del consumo o de recaídas son: estados emocionales negativos, presión social y conflictos tanto interpersonales como intrapersonales.

El modelo de aprendizaje social en los consumos parte también desde los estímulos precipitadores al consumo, pero además, añade distintas variables como son: autoeficacia personal, necesidad de consumir, expectativas del consumo y su análisis de consecuencias positivas o negativas.

Una de las críticas más comunes a los modelos cognitivo - conductuales es la falta de medición de las propias habilidades de o estrategias de afrontamiento de cada persona para mostrarse como alternativas al consumo. Estas carencias de afrontamiento más comunes se encuentran en la comunicación y competencias interpersonales, sobre todo a la hora de tener un patrón comunicativo más asertivo que les permita escuchar y recibir críticas o reconocimiento y a su vez poder resolver conflictos.

3.4 Modelo de intervención de enfoque de refuerzo comunitario (CRA).

Este es un modelo de intervención en alcoholismo que persigue la abstinencia total del paciente. Numerosos estudios han demostrado su eficacia y su aplicabilidad al tratamiento en la deshabituación de otro tipo de sustancias. Debido a su valía también se aplica en las terapias familiares de enfermos alcohólicos como complemento motivacional.

Se pretende llegar a la abstinencia utilizando el refuerzo, tanto el refuerzo positivo por abandonar la conducta de consumo, como con la eliminación del refuerzo positivo que produce la conducta de consumo percibida como conducta placentera o de recompensa.

Hasta llegar a conseguir la abstinencia, este modelo se apoya en una serie de componentes. El primer componente es la motivación del paciente y en algunos casos de la familia, persiguiendo sobre todo una motivación intrínseca para realizar la intervención, ayudando a identificar factores que puedan potenciar este tipo de motivación. Una vez establecidas unas pautas de sobriedad o de reducción del consumo, es importante trabajar sobre el patrón de consumo del paciente, así como también de los factores asociados a este consumo y de sus consecuencias. A continuación sería conveniente destacar la importancia de ayudar a identificar nuevas estrategias de comportamiento que sustituyan a estos consumos anteriores, reforzando el cambio conductual y comportamental. Este proceso de reforzamiento, resulta más eficaz si el entorno familiar y de apoyo más cercano puede participar en la intervención.

Al fin y al cabo, este proceso se podría sintetizar en aportar incentivos a la persona para que interiorice como positiva la abstinencia en detrimento de aportar o impartir un castigo por la conducta de consumo abusivo.

Un principal escollo a la hora de iniciar el programa, es frecuentemente, potenciar la motivación del paciente hacia él, ya que es común que el paciente realice el programa presionado por el entorno familiar y no por su propia motivación. Para conseguir esta motivación por parte del paciente hacia la intervención, el terapeuta puede ayudarse de distintas herramientas. Una de ellas es la revisión junto con el paciente de su problemática actual así como de las consecuencias negativas que le aporta el consumo abusivo, tales como problemas de salud, problemas familiares, problemas laborales o sociales. Luego, el cliente comprueba todas esas consecuencias negativas que puede aplicar a su situación actual o es probable que le ocurran en el futuro si continúa con la conducta abusiva o dependiente.

Una vez que se ha conseguido obtener una motivación hacia el tratamiento, lo siguiente sería empezar a trabajar fijando unos objetivos para llegar a la abstinencia. La mayoría de los pacientes se muestran reacios a acordar una abstinencia inmediata con el terapeuta, por lo que ante esta situación, aparecen los acuerdos intermedios. Estos acuerdos tratan de buscar el descenso del patrón de consumo marcado por un intervalo de tiempo. Por ejemplo, el terapeuta propone una reducción del consumo durante un periodo de prueba de un mes. Pasado ese periodo, el paciente autoevalúa sus sensaciones, emociones y expectativas acerca del descenso del consumo así como las consecuencias obtenidas tras este periodo. *Sánchez*

Craig et al. (1984) concluyeron en su estudio realizado que los pacientes que preferían este periodo de reducción del consumo marcado en un intervalo de tiempo , mostraban una mayor adherencia al tratamiento que las personas que directamente optaban por una abstinencia inmediata sin un periodo de reducción o deshabituación .

Una vez que se ha hablado de la motivación para el tratamiento, el siguiente punto a analizar sería el patrón de consumo de la persona. Es fundamental el análisis del patrón para identificar las situaciones en las que es más fácil consumir, es decir, se trata de la identificación y del análisis de las posibles situaciones de riesgo así como también de las consecuencias positivas que han percibido del consumo abusivo en el pasado. Esto resulta útil en el tratamiento individualizado ya que en un alto porcentaje, los consumos en personas dependientes están asociados a actividades sociales y de ocio. Por eso, una vez analizado el patrón antes mencionado, el siguiente paso sería identificar unas actividades alternativas que sean ricas socialmente para el individuo pero que no impliquen consumo. En otras ocasiones el patrón de consumo lleva al individuo al aislamiento social, por lo que también resulta fundamental esta búsqueda de actividades sociales y de ocio alternativas donde los consumos no estén presentes.

Para que el paciente obtenga unas nuevas estrategias de comportamiento y afrontamiento ante la conducta dependiente, la motivación y las habilidades del terapeuta desempeñan un rol de gran importancia. Esta fase debe de ser muy dinámica, abierta y ejemplificante , por lo que una buena teoría educativa debe de ir acompañada por varias estrategias de role-playing que pongan en práctica los términos trabajados en la terapia. La actitud del terapeuta debe de ser abierta y dinámica con el fin de que esto sea un factor que potencia la adherencia al tratamiento.

La flexibilidad del tratamiento es un punto fuerte de este modelo de intervención. CRA es un enfoque de tratamiento altamente flexible que permite a los terapeutas y los clientes elegir entre muchas opciones para satisfacer las necesidades específicas del cliente. Esta flexibilidad también permite a CRA ser fácilmente adaptado a diferentes poblaciones con necesidades especiales, como diferentes culturas étnicas o minorías culturales.

Distintas investigaciones realizadas demuestran la eficacia del CRA frente a otros procedimientos diferentes, es decir, el CRA goza de un gran soporte empírico mediante investigaciones. Azrin (1973) demuestra la superioridad de este modelo frente a un modelo estándar de tratamiento hospitalario. Encontraron una abstinencia del 97% en el grupo

seleccionado para el estudio a los 6 meses de tratamiento frente a una abstinencia del 74 % del grupo que utilizó un programa educativo basado en el modelo médico.

En un estudio de Smith, Meyers y Delaney (1998) llevado a cabo con 106 alcohólicos sin techo, los participantes del grupo CRA obtuvieron tasas de abstinencia significativamente más altas que los sujetos que participaron en el grupo estándar. Esto demuestra la adaptabilidad citada antes de este modelo de intervención en distintos niveles socioculturales. Estos resultados del grupo CRA también se extrapolan al tratamiento o intervención con los familiares de personas alcohólicas. En el trabajo de Miller, Meyers y Tonigan (1999), se observa el éxito del CRA frente a otros modelos diferentes de intervención familiar.

3.5 Modelo funcional de la conducta en el consumo de drogas.

Desde este modelo, el consumo abusivo de drogas se ve a partir de los mismos parámetros de otra conducta cualquiera. Por lo tanto, el consumo de drogas al igual que otros comportamientos, puede ser modificado ya que es un hábito sobre aprendido.

El consumo abusivo o problemático es el resultado final de la combinación de varios factores diferentes como sugieren Sánchez- Hervás et al. (2002). Estos factores son biológicos, motivacionales, factores ambientales y contextuales, y por último, de las consecuencias fisiológicas o sociales producidas tras la ingesta de la sustancia. Estas diferentes variables explican que las propiedades reforzantes en cada sujeto pueden llegar a ser totalmente distintas, ya que los efectos de la sustancia en cada sujeto varían según la interacción de las variables mencionadas.

Según el modelo funcional, el tipo de droga consumida puede influir en las pautas de adquisición de la dependencia y del consumo, ya que en algunas de ellas, como por ejemplo el alcohol, el inicio del consumo suele ser por contingencias de carácter social, y cuando estos consumos tienen varios episodios problemáticos, generalmente, el consumo abusivo cesa. Por ello, las contingencias de cada droga, para este modelo son los elementos que marcan el control de las personas hacia la sustancia.

A partir de estos principios generales se puede explicar la adquisición de una conducta adictiva pero cada variable debe de ser analizada en particular en cada sujeto, por lo que no se puede establecer un modelo explicativo que vaya más allá de estos principios generales mencionados.

Los factores que inician la conducta adictiva se tienen que analizar de manera independiente a los factores que mantienen la adicción ya que la importancia y peso de estos factores tiene una

gran variabilidad en cada sujeto y sobre todo varían en cuanto a importancia a lo largo de las diferentes fases de consumo de cada individuo .

A partir de este modelo, Pomerlau y Pomerlau (1987) proponen un modelo de la formulación bio-conductual basado en la conducta de fumar, pero defienden que es completamente aplicable a otras adicciones ya que el marco contextual del modelo puede analizar perfectamente la relación entre el ambiente y los factores farmacológicos que están implícitos en la conducta de consumir, independientemente de cual sea la sustancia ingerida.

3.6 Entrenamiento en habilidades sociales.

En la cultura anglosajona , denominado como Coping Social Skills Training (CSST), es un modelo cognitivo- conductual que se encuentra muy arraigado al tratamiento de alcoholismo en concreto. Desde este modelo se plantea la hipótesis de que el individuo que carece de habilidades de carácter interpersonal o muestra algún tipo de déficit en ellas, pueden mostrar problemas o deficiencias a la hora de afrontar de manera apropiada la resistencia ante la presión social por beber. Por lo que estos programas, nacen de la necesidad de dotar a los individuos de una serie de habilidades y estrategias de afrontamiento mediante diferentes técnicas de intervención. Estas técnicas van desde entrenamientos en habilidades interpersonales y de afrontamiento ante estados emocionales negativos, hasta el manejo de eventos vitales de carácter estresante ante situaciones donde se encuentra la sustancia.

De hecho la evidencia científica de la eficacia de este modelo en el tratamiento de la adicción al alcohol es extensa. Es evidente desde el primer estudio realizado por Chaney, O'Leary y Marlatt (1978), donde los sujetos del grupo donde se intervino en HHSS obtuvo mejoras significativas respecto a otros grupos.

Por su parte, también hay metaanálisis realizados sobre la eficacia de este modelo de intervención. _Miller et al. (1995), recoge y estudia dieciséis trabajos, en donde se incluyó al menos un grupo que había trabajado el alcoholismo con un modelo de intervención en habilidades sociales, en donde en once trabajos de los dieciséis, el grupo de habilidades sociales mostraba mejores resultados que los grupos con otros tratamientos o de no tratamiento.

No obstante, también es importante destacar que existen algunos estudios que se han publicado, donde la aplicación de un modelo de intervención en habilidades sociales no ha resultado eficaz sobre el consumo de alcohol y otras sustancias y conductas relacionadas. Las investigaciones sugieren que esto puede ser debido a dos hechos principalmente. La primera

idea parte de que esta intervención parte de un procedimiento que no se realiza sistemáticamente ni que está definido por un patrón concreto, simplemente sería una actuación protocolaria a la hora de tratar otras conductas. En definitiva , el entrenamiento en habilidades sociales sería diferente en cada caso y en cada trabajo. Por otra parte , puede resultar que un mismo tratamiento tenga distintos efectos dependiendo de las características y problemática puntual de cada paciente.

A pesar de estas ideas publicadas, la investigación está de acuerdo en que este modelo resulta significativamente y consistentemente más efectivo que otros tratamientos considerados “tradicionales” a la hora de reducción de consumo y a la mejoría de las conductas asociadas al abuso de la bebida.

3.7 Modelo de prevención de recaídas.

Desde este modelo se describe la prevención de recaídas como un conjunto de técnicas de carácter cognitivo- conductual que incluyen la identificación de situaciones de riesgo ante una posible recaída así como sus diferentes estrategias de afrontamiento ante esas situaciones, el análisis del uso de las drogas, análisis del craving y sus estrategias para abordarlo y, por último , los pensamientos asociados al consumo previo de sustancias.

Hay que destacar que aunque este método sea un método estructurado y de aplicación sistemática, en algunos estudios no se ha aplicado como tal, sino que más bien se ha aplicado como un método o modelo terapéutico una vez que la recaída se ha producido .

Este modelo ha sido objeto de varios estudios meta-analíticos. Concretamente Irving et al. , (1999), concluye en su estudio que este modelo muestra su mayor eficacia cuando se utiliza exclusivamente para tratar el alcoholismo frente al tratamiento de otras sustancias. Holder et al. (2000) Realizaron un estudio longitudinal a lo largo de tres años completos donde pretendían medir la eficiencia reflejada en beneficios y gastos medicamente hablando de este modelo de tratamiento frente a otros modelos motivacionales. Los resultados obtenidos mostraban una eficiencia significativamente mayor del modelo de prevención de recaídas, principalmente en los pacientes con un alcoholismo severo o un consumo muy abusivo con alguna patología asociada y con un entorno social diminuto.

Por último , los diferentes estudios no muestran diferencias significativas en cuanto a la eficacia del modelo aplicado de manera individual o grupal.

3.8 Terapia conductual de familia y de pareja.

Es un modelo basado en la comunicación y en la búsqueda de reforzadores positivos en las relaciones familiares y de pareja. Es de carácter multicomponental, ya que en realidad incluyen diferentes técnicas basadas en el análisis y asignación de tareas y roles, el contrato conductual, y sobre todo, el manejo de contingencias ante las habilidades de comunicación y solución de problemas.

Las distintas investigaciones se han basado en medir la eficacia de este modelo a partir del seguimiento. McGrady et al. 1991 defiende que los sujetos que realizaron su tratamiento bajo este modelo, obtuvieron mejores resultados a los seis, a los doce y a los dieciocho meses de seguimiento con respecto a sujetos que realizaron distinto tratamiento. Bowers y Al- Redha (1991) encontraron resultados similares al concluir que los sujetos alcohólicos del grupo en el que se habían incluido a las parejas y tenían un mejor ajuste familiar, consumían menos alcohol o no consumían al año de seguimiento frente a los sujetos que habían recibido otro tipo de tratamiento individual estándar.

4. ASPECTOS METODOLÓGICOS DE LA INVESTIGACIÓN SOBRE ADICCIONES.

4.1 Diseños desde el enfoque cuantitativo y cualitativo en el estudio de consumo de drogas.

El estudio sobre adicciones o consumo de drogas , goza de un amplio repertorio de alternativas metodológicas que una vez puestas en práctica, han permitido estudiar esta problemática de manera más profunda y sobre todo aportar una importante evidencia empírica, siguiendo las directrices marcadas por la psicología científica.

Normalmente, las investigaciones de carácter epidemiológico sobre abuso de drogas, se han centrado en los usuarios de manera particular, concretamente en factores asociados como la edad de inicio en el consumo o en los patrones asociados al consumo , además de las consecuencias derivadas de la vida de consumo. Ahora bien, lo que nos da evidencia empírica sobre todo lo escrito o trabajado, es el amplio abanico de técnicas y metodologías de investigación ,ya sean cuantitativas o bien cualitativas .

Para ello, Conde (1990) defiende que es necesario comenzar revisando los orígenes de la investigación en el consumo de drogas, así como también las aportaciones que ha hecho la antropología en este campo que estamos estudiando.

La mención de la antropología en este tema, puede resultar a priori, como un termino no fundamental en este trabajo. Sin embargo , nos puede ayudar a plantear preguntas que más adelante han propiciado ser objeto de investigaciones de carácter científico . Preguntas como ¿ por que el hombre empezó a consumir drogas? O ¿ Por qué se aficionó a ello?, encuentran sus respuestas hace miles de años . Antropólogos e historiadores dedicados al ámbito de las drogas coinciden en que la principal fuente de información ante estos planteamientos fueron los testimonios de exploradores , misioneros o comerciantes que intentaron documentar las primeras informaciones y planteamientos en torno al abuso de sustancias. Sin embargo, la aparición de una corriente de pensamientos mas escéptica , puso en tela de juicio la veracidad de los planteamientos o afirmaciones de estas personas.

Si nos remontamos al siglo XIX las instituciones científicas y sobre todo los profesionales empiezan a interesarse y a profundizar sobre el estudio y la investigaciones en el ámbito de las drogas, concretamente en los efectos que produce en la mente y la modificación que produce en el estado de ánimo. Pero no fue hasta bien entrado el siglo XX cuando las adicciones se englobaron dentro del ámbito medico y social, haciendo más énfasis en analizar las diferentes técnicas y métodos cuantitativos a la hora de investigar. Ya no solo se pretende describir a las personas consumidoras y a su estado una vez que consumen, sino que se da un paso adelante y el interés en la investigación radica en los patrones , en la práctica y en el consumo por parte de los usuarios.

Concretamente, a partir de los años 20, comienza la aparición y el desarrollo de metodología cuantitativa sobre el consumo de drogas basada en los datos e informaciones aportadas por diversas instituciones como hospitales, centros de tratamiento o centros penitenciarios de las principales ciudades europeas , estadounidenses y también de algunos países americanos como Méjico. Esta manera de obtener información para investigaciones nos brinda la posibilidad de detectar casos en el que las personas presentan dependencia o un abuso severo, pero por el contrario, no permiten identificar a usuarios ocasionales . A su vez, este modo también nos aporta gran información acerca de personas que se encuentran sujetas a una institución, pero poca información sobre problemas de dependencia en la población general.

Debido a esta principal limitación a la hora de cuantificar, esta alternativa metodológica ha tenido que reestructurarse para poder obtener peso empírico a la hora de poder defender lo investigado, por lo que esta estructuración pasa por formar un sistema de información de

manera integrada, dando a conocer el problema de las adicciones desde una perspectiva de atención especializada, en concreto una estrategia de atención primaria en los estudios sobre este problema.

El análisis sistemático de todos los datos obtenidos permite visualizar las tendencias de consumo de la población que solicita ser atendida, y al mismo tiempo se comparan los perfiles sociodemográficos, los patrones de consumo y los tipos de sustancias de abuso de las personas que acuden a los servicios en busca de atención.

En los años 60 comienza a utilizarse una metodología para la investigación mucho mas elaborada. En este periodo es importante mencionar y destacar la encuesta y la entrevista. Tanto la encuesta como la entrevista, son probablemente dos de las metodologías más empleadas en el ámbito de consumo de drogas así como en sus investigaciones, ya que nos permiten obtener una gran cantidad de información de carácter muy útil con bajos costos para la investigación o el modelo de tratamiento. Cuando las entrevistas o las encuestas se emplean en muestras de población representativas, se denominan “encuestas de hogares”, mientras que cuando se utilizan o aplican en población con características particulares, tales como estudiantes, trabajadores, personas que presentan abuso o dependencia o menores, se denominan “ encuestas en poblaciones o grupos especiales”.

Las *encuestas de hogares* proporcionan información sobre el consumo de drogas en la población general, permiten captar a las personas que tienen patrones experimentales, y en menor grado, a grupos ocultos. En cambio, tienen la desventaja de que excluyen a la población recluida en instituciones como cárceles o centros de tratamiento. Estos estudios pueden realizar tanto transversalmente o longitudinalmente, dependiendo de cual sea la variable dependiente concreta. Pueden aportar una amplia información acerca de los niveles y patrones de consumo de la población , así como de las tendencias y los problemas asociados. Un hecho fundamental que hay que tener en cuenta es el sesgo de la información. Es de vital importancia seleccionar muestras no sesgadas de la población , ya que por ejemplo , en las etapas iniciales de la dependencia a alguna sustancia, el consumo tiende a ocultarse por parte del usuario o comúnmente también por la familia.

Las *encuestas en grupos especiales*, tienen como objetivo conocer el índice de consumo de sustancias en estas poblaciones. Se emplean generalmente cuestionarios autoaplicables donde se esperan niveles más altos de respuestas, pero su limitación es que se pierde la población que no es estudiante o trabajadora, quienes por lo general presentan mayores índices de consumo, a lo que se une que la mayoría de las veces, no siempre, resultan ser no representativas de la población. No obstante, recaban datos sobre el uso experimental de

drogas, y dada la relativa sencillez del diseño y su bajo costo, es útil para evaluar las tendencias del problema.

Es evidente que existen limitaciones en la aplicación de los métodos cuantitativos , sobre todo a la hora de la necesidad existente en obtener información más específica en practicas socioculturales que rodean y están presentes en el consumo , así como también a la hora de estudiar y evaluar poblaciones consumidoras que se consideran de “difícil acceso” que están pocas veces incluidas en las investigaciones sobre las adicciones o abusos. Por ello, comienzan a extenderse los estudios de tipo cualitativo mediante el empleo de técnicas cualitativas a la hora de investigar , sobre todo basadas en la observación y en las entrevistas individuales y grupales, con el objetivo a profundizar en el conocimiento de las consecuencias derivadas del uso y del consumo de drogas en grupos más vulnerables. Entre las técnicas más usadas se encuentra la observación participante, las entrevistas en profundidad y semidirigidas, las historias de vida y los grupos de discusión. La elección de una técnica u otra y el grado en el que se ligan, dependen de los objetivos de la investigación por sí misma, así como de los límites del proyecto y la naturaleza del objeto de estudio.

La metodología cualitativa ha sido frecuentemente utilizada debido a su gran adecuación al análisis y estudio en sustancias como la heroína , ya sea por el carácter más oculto de su uso o a la gran complejidad y variabilidad cultural y étnica que esta sustancia implica. Aunque también es muy importante destacar que la cuantificación del uso de ciertas drogas o la generalización de los resultados de ciertas investigaciones sería imposible utilizando solamente técnicas cualitativas, por lo que muchos autores proponen la necesidad de combinar ambas técnicas de investigación .

Tradicionalmente las metodologías de investigación para el estudio de las drogas se basan en los métodos probabilísticos como el muestreo aleatorio simple o estratificado, o incluso métodos no probabilísticos como el de selección por conveniencia, asignación o por cuotas, principalmente en usuarios de centros de tratamiento u otras instituciones de atención para el problema de las drogas. Sin embargo, durante la última década las alternativas tradicionales en la investigación del consumo de drogas han incorporado "nuevos métodos", de tipo no probabilísticos, probabilísticos y una combinación de ambos, que resultan en modificaciones significativas, tanto en la selección de los individuos a estudiar, al obtener muestras más representativas, como en el proceso de recolección de datos, lo que incide en la obtención de inferencias más cercanas a la realidad de la población consumidora de drogas.

Dentro de los denominados "nuevos métodos" resaltan el análisis de redes sociales, el muestreo por bola de nieve y los métodos de entrevistadores con acceso privilegiado (métodos no probabilísticos); los estudios de casos, la búsqueda intensa de casos, las técnicas nominativas y el método de captura-recaptura (métodos probabilísticos); y un tercer grupo, que son en general técnicas de corte antropológico (etnográfico), como la observación participante y no participante, las entrevistas con informantes clave el uso de informantes clave en la búsqueda de casos, el mapeo y las historias orales, entre otras.

El muestreo de red nos permite aumentar y multiplicar la información obtenida en las entrevistas, ya que los usuarios que pasan la entrevista son preguntados sobre asuntos muy concisos y personales , sobre todo acerca de temas personales o familiares o bien sociales. Para evitar que la información esté sesgada, todas las respuestas son ponderadas de acuerdo con el numero de personas que forman parte de la red o del núcleo de relaciones del usuario.

4.2 Evidencia empírica a través de la eficacia y la efectividad de los programas de investigación.

Para lograr una mayor evidencia empírica en la literatura científica sobre los estudios en adicciones de drogas , Aguinaga-Roustan (2015) sostiene que es necesaria la integración de efectividad y de eficacia a través de programas de investigación clínicos. Para facilitar la utilidad y la practica de los modelos de intervención en adicciones , algunos autores resaltan la posibilidad de proponer modelos mixtos de investigación que incluyan los componentes de eficacia en base a la rigurosidad metodológica y los componentes de efectividad ciñéndose a la investigación en contextos clínicos que sean reales.

Durante muchos años el trabajo de muchos profesionales clínicos se ha basado en la información aportada por los libros o las investigaciones clásicas , en la opinión de otros profesionales y autoridades clínicas de su entorno y en su experiencia. Pero esta situación se ha ido revirtiendo con el paso de los años , ya que existía la problemática de que las decisiones a la hora de intervenir, en ocasiones, se han tomado según el principio de la beneficencia, al no disponer de sólidas bases científicas para muchas de las intervenciones terapéuticas disponibles. En la década de los noventa surgió un movimiento denominado “ medicina basada en la evidencia” que también fue adoptada en la psicología por diferentes clínicos con el objetivo de modificar y mejorar esta manera de trabajar.

Esta nueva corriente o filosofía radica en la integración de la experiencia clínica personal del profesional y la mejor evidencia científica posible que se haya obtenido a través de diferentes estudios con carácter de investigación clínica encontrados en toda la literatura científica., todo ello tras una minuciosa revisión de la misma. De este modo la practica clínica seria la mejor posible ya que las decisiones que se toman bajo cualquier modelo de intervención estarían basadas en la mejor evidencia empírica disponible.

Hay que decir que esta filosofía no esta libre de critica y de controversia. Algunas investigaciones ponen en tela de juicio que evidencia seria la mejor, o concretamente, la más idónea. Algunos autores defienden que la mas idónea es aquella que esta proporcionada por los ensayos clínicos controlados y , otros autores, por el contrario, se plantean la posibilidad de que también se tenga en cuenta otras evidencias , como por ejemplo la que nos proporcionan los estudios naturalisticos o los estudios cualitativos.

Según Pope y Mays, (1995) , aparte de tener en cuenta la efectividad y la eficacia, hay que tener presente otros dos conceptos como son la eficiencia(mirando los costes y beneficios de los modelos de intervención) y los aspectos subjetivos en la manera en la que los pacientes perciben y describen su estado de salud. El tratamiento del abuso y la adicción a drogas es una intervención rentable comparada a otras intervenciones en el ámbito de la salud, aunque los estudios de rentabilidad no son muy frecuentes y muestran resultados dispares. En general, con mucha probabilidad los programas ambulatorios y los más cortos son los más rentables según Machado(2005) .

Disponer de una gran evidencia científica sobre los distintos modelos terapéuticos existentes, resulta al profesional muy beneficioso ya que le ayuda a emplear el programa que produzca los mejores resultados clínicos. Hecho que elevara la calidad asistencial dada al paciente, que según Soto (1999) es el fin ultimo de todo sistema de salud.

Cabe entonces plantearse algunas preguntas. ¿Es el tratamiento psicológico para el abuso y la adicción a drogas eficaz?. ¿Son todos los programas de tratamiento igualmente eficaces?. ¿Porqué los programas se diferencian en su eficacia?. Sin duda, todos los programas no pueden resultar eficaces para los distintos usuarios de los programas tal y como mantienen Ballesteros et al. (2003). Para ello hay que tener en cuenta diferentes variables asociadas sobre todo a los usuarios y al programa. La demostración de la eficacia es uno de los puntos mas relevantes a la hora de demostrar la evidencia empírica de los modelos de intervención en dependencias y abuso de sustancias, esto es uno de los desafios mas importantes de la psicología clínica , ya que varios de los tratamientos aplicados hoy en día a la dependencia de sustancias no disponen de evidencia en la literatura científica .

Es necesario que la investigación clínica haga especial hincapié en la investigación de la efectividad y en la investigación de la utilidad clínica de los modelos de tratamiento, debido a que tradicionalmente ha existido una pequeña separación entre la investigación y la práctica clínica. Un ejemplo que puede poner en contexto esta situación sería el tratamiento con metadona, que a pesar de contar con una abrumadora evidencia empírica sobre su eficacia y efectividad, han tenido que transcurrir varios años para que se trate de una alternativa de tratamiento sin restricciones. De igual forma algunos tratamientos psicológicos con apoyo empírico han sido poco utilizados, mientras que otros que se utilizan con cierta frecuencia no han experimentado ninguna evolución en la evaluación de su eficacia.

Algunos autores proponen modelos híbridos de investigación para abordar más ampliamente los tratamientos empíricamente validados en los programas de tratamiento en el abuso de sustancias. El modelo híbrido conserva las características esenciales de la investigación de la eficacia, mientras que amplía las preguntas de la investigación para tratar el estudio de la efectividad. Los ensayos controlados de eficacia están siendo duramente criticados en la literatura científica ya que la crítica radica en que no tienen una adecuada validez externa. Mientras tanto, los estudios de efectividad se definen como diseños alternativos, de ahí la posibilidad de utilizar los modelos híbridos que persigan una mayor utilidad y un mayor sentido práctico de los modelos de intervención.

Estos diseños híbridos que han sido propuestos, incluyen elementos de ensayos de eficacia, ya que se conserva el rigor científico preservando la protección de la validez interna (asignación al azar de pacientes del tratamiento, uso de medidas objetivas en los resultados o la definición y supervisión de los tratamientos utilizados).

Existen algunas desventajas de omitir todos estos elementos en un programa híbrido, una de las más importantes es que los estudios que no asignen de manera aleatoria a los participantes a una condición de tratamiento pueden perder la capacidad y la posibilidad de eliminar las explicaciones alternativas a los resultados, es decir, pueden perder la validez interna, por lo que la generalización puede ser discutible a posteriori. Por esto, es necesaria la conservación en los modelos híbridos de todos los componentes de la evidencia basada en la eficacia, añadiéndose los componentes de la efectividad tales como la diversidad de pacientes y contextos de tratamiento, la satisfacción de los pacientes y de los clínicos, usando criterios menos restrictivos de inclusión o de exclusión.

Un importante aspecto a destacar que también influye sobre la evidencia empírica sería el énfasis sobre la preferencia y sobre todo la satisfacción de los pacientes como indicadores que nos muestran la utilidad y el valor del tratamiento. Los indicadores de la satisfacción de los

pacientes son importantes en la determinación de si un nuevo acercamiento agregaría valor a un programa haciéndolo más atractivo a los pacientes. La satisfacción con el programa de tratamiento esta relacionada positivamente con la terminación del mismo o bien, con una permanencia mas prolongada en el mismo obteniendo unos resultados favorables.

En conclusión , la aparición de esta nueva perspectiva clínica indica una mayor preocupación por los impactos sociales del tratamiento y un metaanálisis de lo que se considera evidencia científica que resulta relevante en los tratamientos. Esto puede suponer la nueva creación de programas de investigación de carácter clínico que buscarían maximizar la validez interna de las investigaciones , pero que también proporcionen validez externa al realizar las investigaciones en contextos clínicos reales. Además de esto, supone un desafío muy importante para los investigadores que trabajan con la efectividad , poder estandarizar las intervenciones preservando los cuidados necesarios a los pacientes, el ajuste clínico y el contexto de la intervención.

La dinámica actual en la investigaciones sobre los tratamientos en adicciones reflejan la preocupación y la importancia de obtener evidencia científica mas generalizable de los efectos del tratamiento , así como la aplicación de tratamientos eficaces en contextos que sean reales. Estas tendencias están conduciendo a un mayor énfasis de estudios aplicados con menor protección de la validez interna y mayor focalización en la validez externa. La integración de los acercamientos de la eficacia y la efectividad en estudios híbridos es necesaria.

4.3 Evidencia empírica aportada por los diseños cuasi- experimentales.

Los estudios cuasi- experimentales son utilizados con frecuencia en las investigaciones relacionadas con el alcoholismo y otras adicciones para analizar la correlación entre este suceso y otra variable.

Autores como *Campbell and Stanley, 1963* sugieren y aprueban la utilización de estos diseños en situaciones en las que los investigadores pueden tener cierto grado de control sobre el cuando se va a producir la adicción y sobre algunas variables asociadas , pero que existe una falta de control con respecto a cuando se va a suceder el consumo y a que población afecta, entre otras cosas.

Este diseño puede poseer todas las características de un experimento, pero carece de una asignación al azar en cuanto a los grupos control y a los grupos experimento. A pesar de algunas de sus limitaciones, estos diseños facilitan la manera de escoger a un número de sujetos en una situación concreta de investigación, como puede ser por ejemplo el análisis de la relación entre abuso de alcohol y otras sustancias con el turismo. Ante este estudio, cualquier experimentador puede carecer de control sobre el tiempo y la intensidad del estímulo aplicado, en este caso el turismo, y sobre las personas consumidoras para quienes el estímulo es aplicado.

En algunos momentos si es posible que los investigadores puedan conocer por adelantado el momento en el que un suceso puede ocurrir, y de esta manera poder organizar la obtención de datos para la investigación antes y después de que el estímulo sea aplicado. Un ejemplo de esta situación podría ser un cambio en la disposición del alcohol para la persona que abusa debido a un cambio en la legislación relacionada con el consumo de alcohol en zonas turísticas.

4.4 Diseños cualitativos en adicciones

En teoría la investigación clínica en adicciones tiene un objeto de estudio individual. La realización de investigaciones esta relacionada directamente con la clínica y los resultados pueden ser aplicados al usuario estudiado, pero también, pueden ser aplicados a un colectivo de individuos que presenten similares características y sobre todo similar problemática.

El nivel de estudio que se preocupa de la colectividad, históricamente como mera agrupación de individuos, esta reservado a una única metodología, concretamente a la epidemiología, clásicamente utilizada para estudiar los problemas diferentes de salud y de enfermedad en los diferentes colectivos para dar a conocer los determinantes que los condicionan. Pero sin embargo, la aproximación epidemiológica es una aproximación poblacional, considerando a la población como mera agregación de individuos, sin contemplar las posibles mediaciones, ligaduras e interrelaciones más estructurales que existen en una sociedad. Debido a todo esto, en las últimas décadas, se ha enfatizado en que se reconozca la validez de una metodología diferente a la epidemiológica en el estudio de la salud y la enfermedad, la llamada metodología cualitativa que, como la epidemiología, contribuye al estudio de los determinantes de la salud y la enfermedad, a la planificación sanitaria, a la detección de necesidades y a la evaluación de las intervenciones para la salud y que además conlleva una comprensión más global de la

concepción cultural y simbólica que implica la vivencia de la salud por los individuos y las sociedades.

En la metodología cualitativa los elementos de estudio no son los hechos o sucesos, sino que son los discursos, por lo que la herramienta no es la cuantificación, sino el análisis de datos y su interpretación. Los discursos sobre los que la metodología cualitativa se nutre, analizan e interpretan en situaciones de investigación y surgen tras el diseño metodológico de las condiciones de producción de los mismos, ya sean entrevistas personales y/o encuestas o reuniones de grupo.

Con la metodología cualitativa no sólo se analiza la salud como el resultado de diversos programas de intervención exitosos o no exitosos, sino que la salud se analiza desde un punto de vista cultural y simbólico que la población tiene de la misma, lo que propicia un elemento fundamental para el desarrollo de la salud pública.

Algunos autores critican el sistema de salud actual y las investigaciones relacionado con este debido a que el individuo o usuario y las poblaciones sólo interesan desde la perspectiva de individuos afectados por enfermedades o de los factores de riesgo que conlleva el desarrollo de una determinada enfermedad, pero que no interesan como sujetos dotados de conciencia que forman parte muy activa de las actuaciones sociales y sanitarias que se realizan con ellos. Es en este contexto donde cobra una vital importancia la evidencia empírica aportada por los diseños cualitativos en la investigación en adicciones para estos autores ya que recupera la conciencia y la participación activa del usuario abandonada por otros diseños de investigación.

La investigación cualitativa ha permitido constatar claramente la existencia de concepciones simbólico-culturales sobre la salud, más amplias que las reconocidas en los discursos médicos dominantes y en las propias nociones de salud tratadas anteriormente. Concepciones globales que ven la salud como algo cultural, como algo colectivo y relacional, yendo más allá de la relación entre salud y enfermedad, más allá de ésta como mero resultado de factores. Concepciones que, por sus mismas características, integran el propio concepto de enfermedad.

La experiencia de la metodología cualitativa para investigar en salud y, concretamente en alcoholismo, es abundante, por lo que muchos autores la destacan por su validez y por su evidencia. Además, la metodología cualitativa defiende que no es excluyente ni restrictiva con la metodología cuantitativa, sino que además se pueden complementar. Es necesario elegir

una metodología u otra en función del objeto de estudio o del punto en el que este mismo objeto se encuentre si ya está siendo investigado. Normalmente siendo las metodologías cualitativas las más utilizadas y pertinentes en situaciones más novedosas y con menos literatura científica , mientras que las metodologías cuantitativas serían más convenientes en cuanto a su utilización en situaciones o investigaciones más codificadas.

5. CONCLUSIONES.

Actualmente en nuestro país existen diversos modelos de intervención en adicciones y , concretamente, sobre alcoholismo. Estos programas se encuentran consolidados ya que llevan poniéndose en práctica durante varias décadas atrás . Debido a la complejidad de los nuevos perfiles de usuarios cuando estamos hablando de adicciones y drogodependencias, es necesario que estos modelos estén siempre sujetos a revisión. Estos nuevos perfiles de los que hablamos ,son variados y complejos, con poco que ver si los comparamos con usuarios dependientes de los años ochenta y noventa por ejemplo. Los nuevos usuarios de los programas de intervención, por lo general, no sólo presentan el problema de alcoholismo, sino que los problemas con el abuso y dependencia de alcohol están asociados o correlacionan con el abuso de otras sustancias, o bien, también existe relación con otras patologías o adicciones como la ludopatía.

Desde este trabajo se pretende el análisis de distintas investigaciones y metaanálisis realizados en alcoholismo desde distintos modelos teóricos de intervención . La literatura científica nos aporta abundante información acerca de estos modelos , y a su vez, la literatura científica nos muestra distintas investigaciones realizadas bajo distintos diseños, lo que aporta solidez empírica a lo mostrado desde las distintas intervenciones.

Existe suficiente soporte científico que avala la eficacia de distintas técnicas psicológicas en el tratamiento de las conductas adictivas. Podemos decir que la mayoría de los modelos de intervención, como es el caso del modelo cognitivo- conductual, son efectivos en alcoholismo cuando no se utilizan de manera exclusiva , sino que forman parte de un conjunto de modelos o modelos multicomponentes a la hora de intervenir. Esta integración de distintos modelos ofrece mejores resultados según las investigaciones.

La adquisición y el desarrollo de las conductas adictivas para cada individuo presenta características y factores de distinta índole. Por eso , en algunas ocasiones a los distintos

modelos de intervención psicológica se le añade la combinación de distintos tratamientos farmacológicos. Se asume que ambos enfoques funcionan a través de mecanismos diferentes y que afectan también a aspectos distintos del problema. La evidencia acumulada demuestra que se dispone de tratamientos conductuales de primera elección (tratamientos bien establecidos) para la adicción severa a las drogas y que las terapias conductuales son componentes muy importantes para que el tratamiento de la drogadicción sea efectivo.

Sin embargo, la lista de tratamientos que se ofrece también ha de ser matizada mediante nuevas aportaciones que aclaren algunos aspectos sin resolver. A pesar de la aparente eficacia y efectividad de los tratamientos a la hora de aplicarlos en las diferentes conductas adictivas, las tasas de recaídas, sobre todo a largo plazo, siguen siendo altas en los periodos de un año de seguimiento en adelante. Por ello, sería aconsejable que las diferentes futuras líneas de investigación aborden la problemática de las recaídas y de la prevención de ellas a la hora de aplicar un modelo.

Siguiendo en la línea de aspectos de mejora en esta investigación hay que reseñar el hecho de que las diversas terapias y modelos de intervención expuestos han sido validados para el tratamiento de adicciones concretas, como por ejemplo son el alcoholismo o la adicción a la cocaína; pero en cambio, no han sido lo suficientemente bien estudiadas en otras adicciones como pueden ser los opiáceos o el juego patológico. Se apunta la necesidad de comprobar empíricamente la validez de determinadas terapias en el tratamiento de la adicción a algunas drogas diferentes.

El enfoque de las comunidades terapéuticas aporta una gran seguridad a la hora de llevar a cabo la implantación de los distintos modelos de intervención en alcoholismo. Este es un recurso poco conocido o poco divulgado, pero a su vez es considerado un recurso eficaz ya que está visto como un lugar seguro para la psicoreeducación. Además, para las distintas investigaciones en drogodependencias, este recurso tiene la capacidad de aportar numerosos datos y determinantes que pueden llegar a ser objeto de estudio y análisis debido a sus años de trabajo y a su evolución paralela con el desarrollo e impacto de nuevas drogas y sobre todo de nuevos perfiles de usuarios.

6. REFERENCIAS.

- Amaro González, G. & Grullón Espinal, M. (2000). El alcoholismo en las Antillas Holandesas. Resultados de un modelo de intervención. *Adicciones*, 12(3), 431.
- Arnau, D., Freixa, F., & Insa, P. (1982). Toxicomanías. Un enfoque multidisciplinario. *Reis*, (17), 153.
- Ávila Escribano, J. & González Parra, D. (2007). Diferencias de género en la enfermedad alcohólica. *Adicciones*, 19(4), 383.
- Ballesteros, J., Ariño, J., González-Pinto, A., & Querejeta, I. (2003). Eficacia del consejo médico para la reducción del consumo excesivo de alcohol. Metaanálisis de estudios españoles en atención primaria. *Gaceta Sanitaria*, 17(2), 116-122.
- Bravo, F., Gual, A., y Gómez-Benito, J. (2010). Investigación longitudinal del alcoholismo tratado: Una revisión sistemática de los seguimientos a largo plazo. *Adicciones*, 22(3), 267-274.
- Casas, M. & Guardia, J. (2002). Patología psiquiátrica asociada al alcoholismo. *Adicciones*, 14(5).
- Comas - Arnau, D. (2006). Comunidades terapéuticas: la transformación invisible. *Adicciones*, 18(4), 323.
- Conde, F. (1990). Un ensayo de articulación de las perspectivas cuantitativa y cualitativa en la investigación social. *REIS*(51/90), 91-117.
- Díaz, R. & Ferri, M. (2002). Intervención en poblaciones de riesgo (1): los hijos de alcohólicos. *Adicciones*, 14(5).
- Goicoechea, E. & Comas, D. (1988). El Tratamiento de la Drogodependencia y las Comunidades Terapéuticas. *Reis*, (44), 180.
- Gual, A. (2002). Organización de la estrategia terapéutica. Modelos de intervención. *Adicciones*, 14(5).
- Llorente del Pozo, J. & Fernández Gómez, C. (1999). Comunidades terapéuticas. Situación actual y perspectivas de futuro. *Adicciones*, 11(4), 329.
- Lopez-Fernandez, O., Ferrer-Pérez, X., Lafarga-Lebey, S., Honrubia-Serrano, M., & Tudela-Marí, M. (2011). Seguimiento de dependientes del alcohol y/o de la cocaína después de su salida de una Comunidad Terapéutica: estudio piloto. *Adicciones*, 23(4), 289.
- Martínez - González, J. (2010). Intervención psicológica en pacientes con comorbilidad del consumo de cocaína y alcohol y trastornos de personalidad. *Trastornos Adictivos*, 12(4), 140-143.
- Pascual Pastor, F. (2015). Alcoholismo y ayuda mutua. De la necesidad a la evidencia. *Adicciones*, 27(4), 243.

- Pedrero, E., Martínez, I., & Olivar, A. (2002). Desarrollo y validez de un cuestionario para medir el cambio educativo en comunidades terapéuticas para drogodependientes. *Adicciones*, 14(1), 33.
- Pérez Gómez, A. & Sierra Acuña, D. (2007). Recuperación natural y recuperación con tratamiento del consumo de drogas y alcohol. *Adicciones*, 19(4), 409.
- Robayo Pinzón, Ó. (2013). El modelo de perspectiva conductual como alternativa para la interpretación del comportamiento del consumidor. *POLIANTEA*, 6(11).
- Romo-Avilés, N. (2011). Cannabis, juventud y género: nuevos patrones de consumo, nuevos modelos de intervención. *Trastornos Adictivos*, 13(3), 91-93.
- Sánchez Hervás, E., Tomás Gradolí, V., del Olmo Gurrea, R., Molina Bou, N., & Morales Gallús, E. (2002). Terapia cognitivo-conductual breve en un grupo de dependientes a drogas. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, (81).
- Sánchez- Hervás, E. (2006). La investigación en el tratamiento psicológico de las adicciones: en busca de la utilidad clínica. *Adicciones*, 18(3), 259-264.
- Villarreal-González, M., Sánchez-Sosa, J., Musitu, G., & Varela, R. (2010). El Consumo de Alcohol en Adolescentes Escolarizados: Propuesta de un Modelo Sociocomunitario. *Psy. Intervention*, 19(3), 253-264.