



**FACULTAD DE FILOSOFIA**

**ESCUELA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**TEMA:**

ACTITUDES DE UN GRUPO DE ADICTOS AL ALCOHOL Y OTRAS DROGAS,  
AL TRATAMIENTO EN MODALIDAD DE INTERNAMIENTO EN LA PRIMERA  
FASE. ESTUDIO A REALIZARSE EN EL CENTRO DOCE PASOS DURANTE LOS  
MESES DE JULIO A DICIEMBRE DE 2012.

**TRABAJO DE GRADUACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE  
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA.**

**AUTOR:**

**JHADIRA RUIZ YUMBLA.**

**DIRECTOR:**

**DR. PATRICIO CABRERA.**

**CUENCA – ECUADOR**

**2013**

### **Dedicatoria**

Dedico este trabajo a mi familia, y en especial a mi hija Sofía, quien ha sido fortaleza dentro de mi vida académica.

A todas las personas que me apoyaron antes, durante y después de realizar este escrito.

### **Agradecimiento**

Agradezco a DIOS, el mismo que me brindó una fuerza especial para darme cuenta que a veces tengo que recorrer caminos largos, para corregir tramos cortos en mi vida.

De igual manera agradezco a la Clínica de tratamiento de adicciones, alcohol y drogas “12 Pasos”, por la oportunidad de realizar esta investigación.

## INDICE

Dedicatoria .....	i
Agradecimiento .....	ii
Índice General .....	iii
Abstract .....	v
Resumen .....	vi
Introducción .....	1
Capítulo 1: Las actitudes .....	2
1.1 Introducción .....	2
1.2 Concepto de Actitud .....	2
1.3 Componentes de la actitud .....	5
1.4 Adquisición de las actitudes .....	6
1.5 Función de las actitudes .....	8
1.6 Tipos de actitudes .....	9
1.7 Actitud y conducta .....	10
1.8 Modificación de las actitudes .....	15
1.9 Conclusiones .....	17
Capítulo 2: Las adicciones y fases del tratamiento .....	18
2.1 Introducción .....	18
2.2 ¿Qué es la drogodependencia? .....	19
2.3 El cerebro del adicto .....	22
2.4 Diagnóstico de las Adicciones .....	27
2.5 Tratamiento .....	28
2.6 Esquema general para el tratamiento de una conducta adictiva.....	33
2.7 Fases del Tratamiento .....	34
2.8 El seguimiento .....	36
2.9 Conclusiones .....	37
Capítulo 3: Trabajo de Campo .....	39
3.1 Introducción .....	39
3.2 Definición del problema .....	39
3.3 Instrumento de medición .....	40
3.4 Descripción de la muestra .....	43

3.5 Resultados del Test de Escámez .....	45
3.6 Conclusiones .....	54
Conclusiones Generales .....	55
Recomendaciones .....	56
Bibliografía .....	58
Páginas Web .....	60

## ABSTRACT

The present graduation work entitled “Attitudes of a group of alcohol and other drug addicts towards the treatment based on first phase commitment modality” contains three sequential chapters. The goal is to identify a group of attitudes related to the consumption of substances and first phase commitment in the treatment of drug dependency. Therefore, we will specifically identify if the patient’s attitude is favorable or unfavorable regarding the consumption of substances.

The attitude of the users during the first phase in drug dependency treatment is crucial for the development of the process and the fulfillment of the goals.

Based on the results of this project, we will be able to provide future strategies to improve the quality of the intervention in the first phase of the treatment of drug dependent people, since it is the starting point for the acceptance of a problem that affects the individual’s social, family, and personal life.



*Diana Lee Rodas*  
Translated by,  
Diana Lee Rodas

## **Resumen**

Este trabajo de graduación titulado “ACTITUDES DE UN GRUPO DE ADICTOS AL ALCOHOL Y OTRAS DROGAS, AL TRATAMIENTO EN MODALIDAD DE INTERNAMIENTO EN LA PRIMERA FASE”; consta de tres capítulos de forma secuencial cuyo objetivo es detectar un grupo de actitudes relacionadas con el consumo de sustancias y el internamiento en su primera fase de un tratamiento de drogodependencia, de esta manera se identificará específicamente si su actitud es favorable o desfavorable hacia el consumo de sustancias.

Puesto que el tipo de actitud de los usuarios en la primera fase de un tratamiento de drogodependencia es crucial para el desarrollo del proceso y el cumplimiento de los objetivos planteados por el mismo.

En base a los resultados que brinde el presente trabajo en un futuro se proporcionará estrategias para mejorar la calidad de intervención en la persona que padezca algún tipo de drogodependencia que atraviesa la primera fase, puesto que es un punto de partida para una aceptación de un problema que afecta la vida social, familiar y personal de un individuo.

## **INTRODUCCIÓN**

Este trabajo intenta aportar información teórica acerca de los componentes de las actitudes, su origen y el poder que ejerce sobre la forma de pensar y actuar de las personas, es decir se investigará las actitudes como una forma psicológica que representa una predisposición a formar cierta opinión que se manifiestan exteriormente.

También se describirá las posibles maneras de interpretar las actitudes de forma psicológica frente a un estímulo externo que es la primera fase de un tratamiento en modalidad residencial para drogodependientes, el mismo que mediante un test, proporcionará resultados sobre un grupo de actitudes acerca del consumo; para de esta manera en una continuación de la investigación se brindarán estrategias para en ésta primera fase aprovechar del tratamiento.

## **CAPITULO 1: LAS ACTITUDES**

### **1.1 Introducción**

Desde hace miles de años la gente consume drogas ya que está buscando algo en su vida, puesto que desea una solución rápida a ciertos problemas que se le presentan, y en un abrir y cerrar de ojos, las drogas se convierten en un problema mayor del que tenían, por tal motivo se han creado instituciones destinadas a la rehabilitación de estas personas, ya que la adicción es considerada una enfermedad que debe ser tomada en serio; sin embargo no se toma en cuenta las actitudes de un adicto ni lo que significan dentro de la primera etapa del tratamiento. En este capítulo se indagará todo lo concerniente a la actitud y sus componentes dentro del ser humano, ya que nos servirá como base para poco a poco desarrollar esta investigación.

### **1.2 Concepto de actitud**

En términos ejecutores, dentro de la investigación aplicada en Ciencias Sociales, generalmente se acepta que una actitud es una organización relativamente duradera de creencias en torno a un objeto o una situación, las cuales predisponen a reaccionar preferentemente de una manera determinada” (Milton Rokeach” Enciclopedia Internacional de las Ciencias Sociales 1968”). Las actitudes lógicamente son constructos hipotéticos (son inferidos pero no objetivamente observables), son manifestaciones de la experiencia consciente, informes de la conducta verbal, de la conducta diaria, etc... En la definición anterior hay que destacar cinco 5 ideas o aspectos:

- Las creencias son la base de las actitudes.
- Las actitudes se pueden referir a “objetos” y “situaciones

- Las actitudes son predisposiciones a actuar a partir de la experiencia
- Son predisposiciones que necesitan de estímulos socio - culturales
- El núcleo de estas predisposiciones lo constituyen los “valores” que orientan el comportamiento y son “la fuerza motivacional”

Los seres humanos tenemos actitudes hacia muy diversos objetos y situaciones y símbolos, por ejemplo, hacia el aborto, la política económica del país, la acreditación, los sistemas de evaluación, los modelos pedagógicos, los diferentes grupos étnicos, la Ley, etc.

Las actitudes están relacionadas con el comportamiento que mantenemos en torno a los objetos a que hacen referencia. Por ejemplo si la actitud hacia la política de acreditación curricular es favorable, lo más seguro es que se participará en su desarrollo e implementación universitaria; por el contrario si la actitud es desfavorable a cierto candidato presidencial, lo más probable es que no hayan votos por él en las próximas elecciones.

Las actitudes son sólo un “indicador” de la conducta pero no la conducta. Es por ello, que las mediciones de actitudes deben interpretarse como “síntomas” o como indicios y no como hechos. Por ejemplo, si se detecta que la actitud de un grupo hacia la contaminación es desfavorable, esto no significa que las personas están adoptando acciones para evitar la contaminación, pero si es un buen indicador que pueden ir las adoptando paulatinamente.

Una actitud es formulada siempre como una propiedad de la personalidad individual, por más que su génesis se deba a factores sociales. Una actitud es menos duradera que el temperamento, pero más duradera que un motivo o un humor o estado de ánimo.

Aunque los principales determinantes de las actitudes se entienden en términos de influencias sociales, tales como normas, roles, valores o creencias, esto no las distingue por completo de otros constructos de personalidad.

Dado que se considera que una actitud es un constructo hipotético, ha de ser definida por las propiedades que se le asignan. Veamos tres definiciones distintas de autores diferentes. Una actitud es:

«Una organización duradera de procesos motivacionales, emocionales, perceptuales y cognitivos con respecto a algún aspecto del mundo del individuo» (Krech y Crutchfield 1965).

De acuerdo con estas definiciones, si el componente motivacional de activación y orientación de la conducta hacia un objetivo no estuviera presente, no podríamos hablar de actitud. Dentro de este marco de referencia, una actitud implica tanto un componente afectivo como una tendencia a la acción. Podrían distinguirse también otras dos clases de componentes: el cognitivo y el evaluativo. Conviene diferenciar entre actitudes y valores. Estos últimos incluyen la creencia según la cual el objeto sobre el que se focaliza el valor es deseable con independencia de la propia posición de la persona. Los valores son, por tanto, más centrales y estables que las actitudes. Las manifestaciones verbales de las actitudes se denominan opiniones y expresan un posicionamiento evaluativo o predictivo de la persona respecto del objeto de su opinión. Las actitudes se distinguen de las cogniciones o creencias por la presencia del afecto en la persona a la que aquéllas se refieren. Las actitudes se diferencian de las habilidades, capacidades o inteligencia no sólo por la presencia de un componente afectivo, sino también porque la mera presencia del objeto de la actitud es suficiente para desencadenar la respuesta preparada, la cual no requeriría una motivación adicional. La capacidad de una persona

para dar cuenta de sus acciones marca la frontera entre actitudes y hábitos. El «hábito» de conducir por la derecha puede ser verbalizado, o no, por una persona habituada a hacerlo, pero lo expresa en la práctica cotidiana. ( Coll. C, Pozo. J, Sarabia. B, Valls .E 2002).

### 1.3. Componentes de la actitud

La mejor propuesta del concepto actitud es la de Rodríguez que vale la pena mencionar, y dice que: “la actitud es una organización duradera de creencias y cogniciones en general, dotada de carga afectiva en favor o en contra de un objeto social definido, que predispone a una acción coherente con las cogniciones y afectos relativos a dicho objeto social” Rodríguez (1991); Es así que las actitudes presentan tres componentes muy importantes que son el componente cognoscitivo, el componente afectivo y el conductual:

- **Componente cognoscitivo:** Este componente se refiere a las percepciones de la persona, a sus valores a sus estereotipos; como por ejemplo la actitud que tiene una persona al ingresar a un lugar desconocido, ya que este no entra en sus estereotipo, su actitud podría ser desfavorable.
- **Componente afectivo:** Depende de sus emociones frente a lo que se le presente, se refiere a los sentimientos de la persona, es decir a la manera de valorar los objetos incluidos en una categoría concreta, diferenciándose de las opiniones, ya que está regido por los afectos, por lo tanto el más difícil de cambiar.
- **Componente conductual:** Se refiere a la reacción, comportamiento o predisposición a actuar frente a la idea o sentimiento que se tiene del objeto actitudinal. Estos componentes son inseparables en la actitud y de esta manera se crea cierto conflicto;

como ve – como actúa – como le afecta. Existe una lucha entre lo que se piensa y lo que se manifiesta.

La ambivalencia de las actitudes tienen que ver con otro enfoque un tanto diferente en que se origina en la teoría de Allport, ya que favoreció un modelo de actitud de dos componentes, desde esta perspectiva una actitud sería una predisposición implícita que ejerce una influencia generalizadora y uniforme sobre las respuestas de juicio. Es decir influye sobre la respuesta de la persona acerca de si es bueno o malo cualquier información, dando como resultado un juicio ambivalente, con dos opciones: bueno o malo. (Vaughan, 2008).

#### **1.4 Adquisición de las actitudes.**

Existe varias ilustraciones acerca de la forma de cómo una persona adquiere las actitudes tales como:

##### **1.4.1 Explicaciones conductistas.**

Las actitudes no son innatas, son adquiridas es decir producidas por la socialización, se adquieren por experiencias, medios de comunicación, familia, escuela, etc. Las distintas investigaciones han surgido desde el condicionamiento clásico, el condicionamiento operante y los modelos de aprendizaje vicario.

- **Condicionamiento clásico.**

Las actitudes no se forman de pronto en una persona sino que son aprendidas gradualmente a través de la experiencia. Inicialmente, un determinado objeto actitudinal puede ser percibido de forma neutral, pero se convertirá en estímulo condicionado, capaz de generar por sí mismo la misma respuesta que el estímulo incondicionado.

- **Condicionamiento operante.**

De forma bastante simplificada el condicionamiento operante consistiría en aprender algo debido a que es reforzado, más concretamente, el aprendizaje instrumental tiene lugar cuando una conducta deseada es reforzada, se asocia con algo agradable para el sujeto, y/o una conducta no deseada es castigada, se relaciona con algo desagradable para el individuo; algunos estudios han demostrado la formación de actitudes mediante la utilización de técnicas de condicionamiento. Hay que señalar que en esta forma de aprendizaje de las actitudes, las recompensas sociales (alabanzas, aprobaciones, aceptación,...) desempeñan un papel de suma importancia como refuerzos.

- **Aprendizaje vicario**

Las teorías del aprendizaje vicario o modelado defienden que mucho de lo que aprendemos lo hacemos por observación, así un niño puede aprender que no hacer los deberes tiene consecuencias negativas si ve como el profesor regaña a un compañero suyo que no los ha realizado. De la misma forma, es posible desarrollar determinadas actitudes a partir de la imitación de modelos significativamente importantes. La adquisición de las de las actitudes se vincula al proceso de adquisición de los patrones cognitivos y conductuales del entorno y fundamentalmente de las personas con las que se convive, desde ésta perspectiva los mecanismos básicos son la imitación y el refuerzo.(Díaz Francisco, 2002).

Desde este punto de vista las condiciones ambientales de las actitudes sobre la adquisición de las mismas tiene mucho que ver acerca con la influencia familiar, directamente con la de los padres, y ésta se da de dos maneras a) los padres sirven de modelo para los jóvenes: estos desarrollan gradualmente su actitud frente a los psicotrópicos observando el consumo entre sus padres de cigarrillos, alcohol,

medicamentos, y otras drogas, y 2) la calidad de las relaciones padres – jóvenes , influencia la actitud de los jóvenes respecto al consumo de alcohol u otras drogas.(Salvador ,2006) .

- **Modelos cognitivos.**

Intentan explicar la actitud mediante el componente cognitivo en base al modelo lógico-silogístico: tenemos una manera de razonar lógica utilizando los silogismos, que sirven para crear actitudes cuando en la premisa mayor hay un aspecto emocional por ejemplo: *Los internos de la primera fase escuchan de forma atenta( cognitivo), todos los q escuchan tienen ganas de aprender ( afectivo), los internos de la primera fase se comportarán atentos (comportamental).*

## **1.5 Función de las actitudes.**

Las actitudes de un individuo tienen varias funciones, ya que él mismo las genera, ya que de lo contrario el coste cognitivo de desarrollarlas sería difícilmente justificable; y esto es importante para muchos procesos, ya que conocer la función que cumple una actitud, ya que de esta manera al reconocerla , el sujeto sería capaz de encontrar una estrategia eficaz de manejo.

La teoría funcional de las actitudes explica la forma en que las actitudes facilitan la conducta social, las mismas que según Daniel Katz, 1960 se plantean así:

**1.5.1 Conocimiento:** Cumplen la función de conocimiento para el individuo, separando lo bueno de lo malo. La información puede ser muy inquietante ya que el mundo está rodeado de ambigüedad, puesto que se generan actitudes positivas hacia "lo bueno" o "los buenos" y negativas hacia "lo malo" o "los malos."

**1.5.2 Utilitaria:** Hay una función utilitaria, cuando se identifica las fuentes de recompensas (con una actitud positiva) o las fuentes de castigo (con actitudes negativas). Esta clase de actitudes le permitirán al individuo tomar decisiones rápidas para que se aleje de los objetos que le disgustan y del mismo modo para que se acerque a los que le producen placer. Los productos típicos para los cuales la actitud cumple una función utilitaria, tienden a ser productos que están dentro del hedonismo y el ocio. Por ejemplo, para la mayoría de los productos de alimentación (comida, refrescos, bebidas alcohólicas, los restaurantes u otros espacios de restauración) y los productos de consumo cultural (películas, novelas, revistas, etc), las actitudes cumplen funciones utilitarias: seleccionan aquellos que producen mayor satisfacción.

**1.5.3 Ego-Protectora:** Las actitudes también protegen al Yo y es que el objetivo de algunas actitudes es proteger al individuo de daño. A menudo el enemigo está fuera, y las actitudes negativas hacia algunos objetos pueden ayudar a evitarlo. En algunos otros casos las actitudes se desarrollan para proteger el autoestima o paliar alguna situación (inseguridad, ansiedad, sentimiento de culpa, etc.).

**1.5.4 Expresión de Valores:** Las actitudes sirven para expresar los valores del ser humano. Los valores son ideas acerca de cómo debería ser el mundo o cómo la persona debería actuar. En algunos casos, las actitudes sirven para expresar aquellos valores que son importantes para la identidad o autoconcepto. La persona genera actitudes positivas hacia aquellos objetos que en sintonía con sus valores y negativas hacia aquellos que no lo están.

**1.5.5 Ajuste Social:** El individuo expresa determinadas actitudes para sentirse parte de un grupo y de esa manera recibir aprobación social. Esas actitudes permiten afianzar las relaciones que existe con personas que son importantes para el ser humano. La función de ajuste social y la de expresión de valores son difíciles de distinguir, puesto

que el ser humano tiende a expresar valores que comparten los grupos en los que se encuadra o identifica.

## **1.6 Tipos de Actitudes**

### **1.6.1 Actitud Emotiva**

Cuando se manifiesta afectividad entre dos personas, basándose en el conocimiento interno de las mismas se produce esta actitud, tocándose el estrato emocional de ambas, una actitud muy íntima en esa relación.

Las actitudes positivas o de benevolencia van ligadas a un sentimiento de amor o de cariño, el mismo que puede manifestarse mediante acciones que la representen.

### **1.6.2 Actitud Desinteresada**

Esta clase de actitud es despreocupada, tanto de sí mismo, como de los demás, su enfoque en la otra persona es una consideración como un medio o instrumento, más no como un fin.

### **1.6.3 Actitud Manipuladora**

Solo ve a la otra persona como un medio, de manera que la atención que se le otorga, tiene como meta la búsqueda de un beneficio propio, es decir cualquier tipo de manipulación.

### **1.6.4 Actitud Interesada**

Es la consecuencia natural de una situación de indigencia del sujeto: cuando una persona pasa por fuertes carencias o necesidades, busca todas las alternativas para salir adelante; por ello, ve también en las demás personas un recurso para lograrlo.

### **1.6.5 Actitud Integradora**

Es una comunicación de persona a persona, además de comprender el mundo interior del interlocutor y de buscar su propio bien, intenta la unificación o integración de ambas partes, para de esa manera integrar e integrarse en sus logros.

### **1.7 Actitud y conducta.**

La conducta o comportamiento del individuo se observa a diario ya que le precede un estímulo o información seguido de su actitud hacia el mismo, sin embargo los procesos psicológicos que se desencadenan antes de cualquier reacción, durante o después de la ejecución del mismo afecta de manera positiva o negativa dentro de una situación mientras se evalúa de manera interna. Se considera que la conducta humana se puede predecir atendiendo a factores psicológicos y sociales. En cuanto a los factores psicológicos, se diferencia entre características afectivas (ej. estados de ánimo y emociones) y cognitivas (ej. creencias y expectativas). En cuanto a los factores sociales (ej. redes y normas sociales), éstos actuarán facilitando o inhibiendo la manifestación de una conducta dada, estos dos factores se consideran para predecir la aparición, el mantenimiento o la extinción de una conducta en un contexto dado.

Se observan que los factores implicados en la aparición, mantenimiento o extinción de una conducta, factores sociales y afectivos, quedan relegados y pasan a un segundo plano, ya que se da importancia a la parte cognitiva del ser humano, como por ejemplo en el experimento de Milgram (1963) el cual consistía en ubicar al sujeto en una disyuntiva de obedecer al experimentador martirizando a un compañero o interrumpir la administración de descargas eléctricas al compañero desobedeciendo al experimentador; provocando una situación reconocida universalmente como desagradable por el individuo; para tomar una de las dos decisiones, se observó a los sujetos que afrontaron la situación reactivo desagradable y optaron por no abandonarla, los que abandonaron la situación, y los de un grupo de control en una situación experimental semejante pero

evaluada como neutra; en base a esto ya no se trata de estudiar la actitud como conducta, sino la relación secuencial, el uno del otro.

Al momentos de referirnos a la necesidad de conocer la actitud para de esa manera predecir la conducta que la persona podría o no realizar, se debe determinar si dicha conducta es general o específica. En la probabilidad de ejecución de un comportamiento concreto ha de tomarse en cuenta el tipo de conducta, el objeto hacia el cual se dirige la misma, el lugar donde se lleva a cabo y el momento en el que transcurre la acción (Morales, Moya y Reboloso, 1994).

Nuestras creencias y la información, junto con los componentes de las actitudes nos llevará a dar un juicio de valor, es decir a tener una actitud positiva o negativa; favorable o desfavorable hacia cualquier componente, para de esa manera tener un comportamiento frente a ese objeto.

El conocimiento del mayor número de creencias específicas sobre la conducta, conjuntamente con el efecto de la valoración de las mismas, va a permitir una mejor predicción de la actitud y, por tanto, de la intención concreta de llevarla a término.

Para poder predecir un comportamiento debemos tomar otros factores en cuenta. Según Fishbein y Ajzen (1975) en su Teoría de Acción Razonada varios factores anteceden y explican el comportamiento humano. Concretamente, esta teoría trata de explicar las conductas que están bajo control consciente de los individuos a partir de distintos determinantes que la preceden y la explican. Para los autores mencionados el determinante inmediato de la conducta no es la actitud propiamente dicha, sino la intención de realizarla, tanto la actitud como la norma subjetiva está determinada por otros factores que las anteceden, los mismos que ayudan a comprender la conducta. Por

lo que se refiere a la actitud, ésta viene determinada por cada una de las creencias que la persona posee hacia el objeto (sea persona, cosa o institución) y la evaluación positiva o negativa realizada hacia cada una de esas creencias e información.

La evaluación es el componente afectivo de la actitud, determinando la motivación y la fuerza de la intención de conducta. Se pueden poseer distintas creencias pero éstas, por sí solas, no conducen a la acción. Una evaluación alta de las mismas por parte de un individuo indica la importancia que tienen para él y el grado de compromiso con ellas.

Las creencias varían en función de su origen; distintos procesos pueden intervenir en la formación de las mismas. Así, encontramos que las creencias se comprenden por:

**a)** La experiencia directa con el objeto de actitud, a través de la cual se recoge información sobre las características de dicho objeto. Las actitudes conformadas a partir de este proceso poseen mayor fuerza y resistencia al cambio, es profundo por lo vivido de esta experiencia.

**b)** La experiencia indirecta con el objeto de actitud, a través de la cual se otorgan los mismos atributos ha dicho objeto por la similitud que guarda con otros objetos con los que ha existido una experiencia directa previa. Las creencias configuradas a partir de este proceso se denominan creencias inferenciales, es menos profunda ya que es una experiencia indirecta.

**c)** La información que el sujeto recoge a partir de los otros, ya sean los medios de comunicación, o fuentes más o menos directas, como la familia, amigos, etc. Dicha información va a ser aceptada como propia y real, siempre y cuando no se contradiga con las creencias conformadas a partir de la experiencia directa o indirecta.

Por lo que se refiere a la norma subjetiva, ésta viene determinada, por un lado, por la percepción de las creencias que tienen las otras personas significativas acerca de la

conducta que el individuo debe realizar y, por otro lado, por la motivación del individuo para satisfacer las expectativas que los otros significativos tienen sobre él.

En este sentido, este proceso diferencial de formación de creencias contribuye a que cada una de ellas posea un peso según cada individuo y objeto de actitud. Las actitudes más salientes, conjuntamente con la evaluación de las mismas, permitirán predecir mejor la intención de conducta (Fishbein y Ajzen, 1975). Además, el conocimiento sobre las creencias específicas de lo que los otros piensan de cada uno de los comportamientos específicos (hábito de fumar, práctica de ejercicio físico, alimentación sana, etc.) va a influir en la intención de llevar a cabo o no una conducta general (mantenimiento de salud), siempre en función de la motivación para complacerles.

Otro aspecto es que ambos constructos, actitud y percepción de control, puedan interaccionar en determinadas conductas, influyendo de forma conjunta en la intención de la misma. En este sentido, cuando la percepción de control y la actitud interactúan, se modifica la intención de ejecución, dando paso, posiblemente, a una conducta distinta de la que previamente se pretendía ejecutar. Esta interacción ocurre cuando, en cierta manera, el individuo es consciente de su acción (Ajzen, 1985; Ajzen y Madden, 1985), valorando los pros y los contras de la misma de acuerdo a las variables que contribuyen a aplazar su deseo.

Es muy difícil medir totalmente el comportamiento o la conducta por su complejidad puesto que en cada situación intervienen diferentes factores y evaluaciones que la persona realiza, esto hace que su actitud cambie frente al medio.

Hay teorías que le dan gran importancia y enfatizan a la actitud para predecir el comportamiento humano. En ocasiones, las actitudes han sido consideradas como el

único determinante de la conducta humana desde distintos ámbitos o tendencias psicológicas. Esto explicaría la gran cantidad de connotaciones que adquiere el concepto; la actitud es entendida o explicada de diferente forma desde la pluralidad de las tendencias psicológicas. La pluralidad del concepto puede observarse en la gran cantidad de definiciones que este concepto ha adoptado a lo largo de los años. Está, por ejemplo, Rosenberg y Hovland (1960) consideran la actitud como "la predisposición a responder ante un estímulo con determinado tipo de respuesta".

### **1.8 Modificación de las actitudes.**

Hay un consenso en torno al hecho de que las actitudes no son inmutables, una de las nociones de la Psicología Social considera que cada persona va internalizando en el transcurso de su vida nuevos elementos culturales en un permanente enriquecimiento de su naturaleza social; este proceso incluye la interiorización de nuevas actitudes o de componentes actitudinales que refuerzan o modifican las actitudes ya existentes.

La posibilidad de brindar un eje a esos cambios también es aceptada por la psicología, sin embargo las principales corrientes teóricas actuales en esa disciplina difieren en cuanto a la modificación dirigida. Sin embargo hay un desacuerdo a cuál es el componente que desempeña el papel más decisivo en el cambio de actitudes.

La línea gestáltica consideran, que las actitudes pueden ser transformadas actuando sobre sus componentes cognoscitivos; se supone que la persona se conduce conforme al total de sus experiencias, y buscan una organización más coherente de esa totalidad. Cuando la persona percibe incongruencias entre sus actitudes o elementos entre ellas, tiende a cambiarlas para evitar tensiones que la incongruencia provoque. Proporcionando información disonante con las actitudes que la persona posee, lo cual provoca tensiones conducentes al cambio.

Las teorías del aprendizaje por su parte destacan la importancia de actuar sobre los componentes afectivos, el comportamiento sería determinado por la operación de refuerzos exteriores, es decir por recompensas y castigos; las conductas repetidamente gratificadas, que son fuente de agrado para el sujeto, dan origen a predisposiciones estables para comportarse de ese modo.

Las teorías psicodinámicas, inspiradas en el psicoanálisis, ponen énfasis en los componentes motivacionales como factores del cambio actitudinal. En la edad temprana se crean en el individuo, determinadas necesidades, que condicionan, el desenvolvimiento ulterior de la personalidad del sujeto. Para generar o modificar actitudes, es preciso actuar a través del proceso de socialización procurando que se formen en la infancia las necesidades que están en la base de las actitudes cuya promoción se busca, o apoyando la transformación de actitudes en esas necesidades preexistentes. (Durán. 1988).

Hay elementos que influyen en el cambio de actitudes, como:

- Se necesitan servicios específicos, de apoyo (centro de ayuda).
- Medio ambiente favorable.
- Se necesita motivación, disposición a hacerlo, estar convencido.

En la práctica se cree que con una información ya hay un cambio de conducta, pero no es así. Se suele utilizar mucho el miedo, como elemento implícito en el mensaje, persuadir mediante miedo, pero no siempre da resultado, porque el miedo del mensaje puede ser interpretado de diferentes formas ocasionando reacciones defensivas; desarrollo de elementos más contrarios o no se escucha y relaciona parte de la información que al sujeto le interesa.

## 1.9 Conclusiones

La actitud no es innata y es definida como un conjunto de creencias relacionadas con un objeto o situación, estas opiniones son aprendidas y correspondientemente duraderas, que predispone a un individuo a actuar a favor o en contra de una respuesta preferida y está formada por tres componentes que son el cognoscitivo, afectivo y conductual.

Las actitudes cumplen una función para el sujeto que las genera y esto es fundamental desarrollar una estrategia eficaz para facilitar la conducta social, la identificación de las fuentes de recompensas o las fuentes de castigo, proteger al sujeto de daños y expresión de valores entre otras.

Se considera que la conducta humana se puede predecir atendiendo a factores psicológicos y sociales. La mayoría de investigaciones en el estudio de los distintos factores que pueden predecir el comportamiento, ha dado una relevancia especial a los factores cognitivos, y, especialmente, a las actitudes ya que tienen gran influencia en la aparición y mantenimiento de la conducta del ser humano.

Como se mencionó anteriormente las actitudes son asimiladas, por lo que pueden estar sujetas a modificación y en lo que en mayor grado puede cambiar una actitud es la información que se tiene acerca del objeto, si la persona quiere cambiar actitudes y por tanto conductas es muy importante ver lo que ocurre con el mensaje.

## **CAPITULO II: LAS ADICCIONES Y FASES DEL TRATAMIENTO**

### **2.1 Introducción**

Uno de los problemas más grandes en el estudio de la adicción, es que a pesar de la gran cantidad de información y estudios científicos de las últimas décadas, todavía la población general persiste en cultivar ciertos mitos acerca de la adicción, que dificultan su comprensión y tratamiento.

Uno de los mitos es que la adicción proviene de una falla moral o de una personalidad defectuosa, y que esto es así ya que se cree que el adicto es fundamentalmente “inmoral”, o “malo” y merece un castigo.

Es comprensible que las personas expuestas a la adicción de otras se impacten con el comportamiento totalmente ilógico del adicto, especialmente si son testigos del deterioro progresivo de un familiar o de una persona cercana afectivamente. Sin embargo es precisamente ese comportamiento distorsionado el que es sintomatológico de la enfermedad de la adicción.

Los estudios más recientes demuestran que el cerebro de las personas adictas es un cerebro que ha cambiado neuroquímicamente. Ese cambio neuroquímico se manifiesta en una alteración de los procesos cognitivos y de la conducta, especialmente de aquellos patrones de conducta, asociados con la búsqueda y consumo de drogas, por lo que a continuación describiremos algunas características específicas de la drogadicción y los procesos cognitivos que están involucrados dentro de la misma.

### **2.2 ¿Qué es la drogodependencia?**

Una droga es “cualquier compuesto químico o natural que cambia o altera un sistema, o cualquier sustancia no infecciosa o no alimenticia que, a través de procesos

químicos, produce cambios en los estados físico y/o mental” Al uso o adicción a las drogas se le ha llamado comúnmente “drogadicción” y, en razón de la carga peyorativa que significaba señalar a alguien como “drogadicto”, se le conoció después y por un tiempo en términos científicos como “farmacodependencia”, esto es, dependencia, tanto física como psíquica, a los fármacos de los cuales se abusa, definición que no consideraba otras sustancias naturales, por ejemplo, que no son precisamente fármacos. Se entiende por “drogodependencia” el estado físico y psíquico causado por la interacción entre un organismo vivo y un fármaco, en la que se presentan modificaciones del comportamiento y un impulso por ingerir el fármaco o droga de manera periódica, para evitar el malestar sufrido por la privación, por lo cual una droga viene a ser “cualquier compuesto químico o natural que cambia o altera un sistema, o cualquier sustancia no infecciosa o no alimenticia que, a través de procesos químicos, produce cambios en los estados físico y/o mental (Berruecos, 1974)

La adicción es una enfermedad primaria o más bien un síndrome constituido por conjuntos de signos y síntomas característicos. A pesar de que la manifestación clínica de la adicción depende además de las características individuales de personalidad de cada adicto, así como de las circunstancias socioculturales que lo rodean, los síntomas siguen siendo característicos de la enfermedad.

Algunos de los síntomas y características de la adicción son descritas aquí con la intención de poder comprender mejor el funcionamiento de esta enfermedad.

- La pérdida de control en el uso, que se caracteriza por episodios de uso compulsivo que llevan a la inversión de tiempo y energía importantes dentro la conducta adictiva, de modo que cada vez más el adicto funciona con más

dificultad en su vida en general. Mientras que el adicto insista en usar, el descontrol seguirá afectándolo dentro de sus esferas psicológicas.

- Se presenta un daño progresivo de la calidad de vida de la persona debido a las consecuencias negativas de las prácticas de la conducta adictiva. Este deterioro se da en todas las áreas de la vida del adicto y se produce de manera progresiva a través de las distintas etapas de la enfermedad adictiva.
- El adicto da un uso continuo a pesar del daño, lo cual se manifiesta como la práctica, continuada de la conducta adictiva, a pesar del daño personal y familiar involucrado como consecuencia de la adicción. Este síntoma es característico de la adicción y cuando se presenta es un marcador importante para el diagnóstico.
- Negación o autoengaño cuya función es la de separar al adicto de la conciencia de las consecuencias que la adicción tienen en su vida. De esta manera se reduce la ansiedad y además se protege el sistema adictivo, estableciéndose un equilibrio enfermo, del cual el adicto se resiste a salir, y que además es la razón por la que el adicto insiste en volver usar aun luego de una crisis.
- La memoria eufórica es un proceso de memoria selectiva mediante el cual, de manera automática, aflora un recuerdo de la euforia asociada con episodios de uso en el pasado. No se recuerdan el sufrimiento o las consecuencias negativas. Por esta razón la memoria eufórica es un factor importante en las recaídas y en facilitar el autoengaño característico de la adicción.
- El pensamiento adictivo o llamado conjunto de distorsiones del pensamiento algo propio de la adicción, además de la negación y el autoengaño, estas distorsiones tienden a facilitar el proceso adictivo y despegan al adicto de la realidad de su enfermedad.

- La conducta de búsqueda es un conjunto de conductas aprendidas durante el proceso adictivo que de manera subconsciente acercan al adicto con la sustancia o con la conducta de su adicción, así como a las personas, lugares o situaciones relacionadas con su adicción. Esta conducta es evidente para los que observan al adicto, pero no así para el adicto quien no se da cuenta del riesgo.
- Los deseos automáticos son disparados por las situaciones, los lugares y las personas relacionadas con el uso, de modo que evocan memorias, eufóricas asociadas a deseos de usar que se acompañan de ansiedad e ideas repetidas de uso. Estos deseos se siguen presentando por meses, aun luego de que el adicto este en abstinencia y recuperación.
- Obsesión o preocupación excesiva con respecto a las situaciones de uso y relacionadas con el uso ya sea consumo de sustancias psicotrópicas o practicas de conductas. Esto lleva a invertir una energía mental desproporcionada en el proceso de adicción que resta a las actividades vitales importantes del adicto.
- Congelamiento emocional producto de los cambios bioquímicos en el cerebro y además de las distorsiones psico-emocionales del proceso adictivo. Dificultad para identificar, manejar e interpretar los sentimientos, así como una actitud de intolerancia a algunas emociones, buscando el uso como una forma de anestesia emocional. Estos síntomas se pueden presentar todos juntos o de manera selectiva y con distinta intensidad en un momento dado, así como pueden variar a lo largo del tiempo y con el avance de la enfermedad adictiva. La persona adicta se mantiene como si nada hubiese sucedido, ya que para él, el resto posee el problema, y él está bien, no le permite dilucidar que perdió sus emociones frente a su problema y ante los seres que lo aman y están involucrados en su adicción.

### 2.3 El cerebro del adicto

Se conocen diversos tipos de drogas, una manera de clasificarlas es si son lícitas (como la cafeína, el tabaco y el alcohol) o ilícitas (como la marihuana, la cocaína, el opio, los hongos alucinógenos, entre otras). Todas provocan un efecto en el sistema nervioso central, impactando primariamente los sistemas cerebrales del placer, aunque no exclusivamente; cada una de las drogas provoca efectos específicos en receptores o transportadores de diversos sistemas cerebrales de neurotransmisión. Actualmente, sabemos que conforme el uso de la droga se hace frecuente, los diversos sistemas cerebrales se vuelven más activos, llevando al paciente a una adaptación neuronal. (Kauer 2007).

Los mecanismos cerebrales del placer como el comer, dormir, llevar a cabo conducta sexual, son ejemplos de conductas motivadas que nos proveen de una sensación subjetiva de recompensa cuando las realizan. El estímulo asociado a cada una de estas conductas (p. ej., el alimento) funciona como reforzador. Un reforzador se define como un estímulo que aumenta la probabilidad de que el sujeto repita una conducta. En el cerebro, tenemos un sistema que se encarga de detectar los estímulos que son reforzantes: el sistema de motivación-recompensa o sistema de placer. Este sistema fue descubierto por Olds y Milner en 1954 (Olds J 1954), al colocar un electrodo intracranealmente en las fibras del haz prosencefálico medial, de tal forma que cuando la rata presionaba una palanca se producía una estimulación eléctrica sobre estas fibras, estimulando al cerebro anterior, incluyendo al Núcleo Accumbens (NAc). Las ratas implantadas así se autoestimulaban de manera frecuente y por periodos largos de tiempo, excluyendo la ejecución de otras conductas, lo que sugiere que presionar la palanca era más reforzante que cualquier otra conducta, incluida la ingestión de alimento. Más tarde se identificaron regiones cerebrales importantes en el sistema de

motivación-recompensa. Una de ellas es el Área Tegmental Ventral (ATV), con gran densidad de neuronas dopaminérgicas que proyectan al NAc, a la amígdala, al núcleo cama de la estría terminalis, al área septal lateral, a la corteza prefrontal y al hipotálamo lateral. El NAc, también recibe proyecciones de la corteza prefrontal (CPF), el hipocampo, la amígdala, el hipotálamo lateral, el tálamo dorsomedial y los núcleos pedúnculo pontino tegmental y laterodorsal tegmental. La comunicación entre estas regiones cerebrales ocurre por diversos neurotransmisores como la dopamina (DA), la serotonina (5-HT), la acetilcolina (ACh), el glutamato (Glu), el ácido  $\gamma$ -aminobutírico (GABA), y neuromoduladores como los endocannabinoides (eCBs) y las endorfinas (EDFs)<sup>2</sup>, sistemas que se alteran en la adicción.(Adinoff B. 2004)

El neurotransmisor crucial liberado por la administración de sustancias adictivas es la dopamina, del Área Tegmental Ventral al Núcleo Accumbens, probablemente responsable de la sensación de motivación por la búsqueda de reforzadores y de la placentera asociada a su consumo. El incremento en la liberación de DA en el NAc durante la intoxicación con la droga ocurre tanto en sujetos adictos como en no adictos, aunque en menor proporción en los sujetos adictos. Además de DA, en el NAc también se libera 5-HT durante la administración de la droga; pero cuando se impide la autoadministración, los niveles de DA y 5-HT caen por debajo de los niveles observados durante la línea base. (Parsons L. 1995).

El uso crónico de la droga produce cambios plásticos, p. ej., modificaciones en la expresión del receptor dopaminérgico o de receptores glutamatérgicos AMPA<sup>3</sup>. Está demostrado que estímulos novedosos o conspicuos (p. ej., un flash de luz) activan a las neuronas dopaminérgicas del ATV y que esta respuesta disminuye conforme se repite el mismo estímulo. (Schultz W. 1998)

Al analizar el cambio en el cerebro del adicto y su dinámica tenemos una primera fase de esta enfermedad, la tan mencionada línea invisible que separa a la persona sana de la adicta; el inicio de la adicción, que tiene su pilar maestro en el placer que causa como humanos el consumo de drogas y que se manifiesta en un comportamiento aprendido y repetitivo basado en un mecanismo de placer que se basa en la interacción de varios componentes cerebrales, y que de esa manera provoca la adicción.

### **2.3.1 Sistema delusional del pensamiento adictivo**

En el proceso de adicción esta área también se afecta produciéndose un sistema delusional de la adicción, los pensamientos obsesivos desplazan a todos los demás pensamientos y agotan la energía mental. Los pensamientos obsesivos pueden imponerse en cualquier momento y, lo que parece extraño, cualquier tentativa de deshacerse de ellos solo incrementa su intensidad. Intentar alejar los pensamientos obsesivos es como tratar de sacar un resorte en espiral comprimiéndolo. Mientras más presión se ejerce en el resorte, a la larga más dura se vuelve la espiral. (Twerski,1997) que se compone de una serie de creencias, mecanismos de defensa, negación, autoengaño y otras distorsiones del pensamiento que en conjunto son conocidas como el siguiente pensamiento adictivo:

1. Negación o autoengaño cuya función es la de separar al adicto de la conciencia de las consecuencias que la adicción tiene en su vida de esta manera se reduce la ansiedad y protege el sistema adictivo, estableciéndose un equilibrio enfermo, del cual al adicto se mantiene atrapado, y que además es la razón por la que el adicto insiste en volver a usar aun luego de una crisis.
2. Minimización: Se encarga de restar importancia o significado a los eventos relacionados con las consecuencias de la adicción.

3. Racionalización: Asigna una razón lógica a lo largo que no la tiene o que es por naturaleza irrazonable.
4. Justificación: Justifica el uso en virtud de algo que ocurrió en el pasado o por la forma en que lo tratan o por cualquier otra condición existente en la vida del adicto.
5. Proyección: Ve en los demás, problemas que el adicto está pasando en su propia realidad, de modo que puede culpabilizar a otros de su problema.
6. Futurización: Saca de la realidad presente y futuro como una manera de no ponerse en contacto con su realidad presente.

### **2.3.2 Las distorsiones de su pensar**

- Distorsiones del Pensamiento: Son propias de la adicción, que son generadas por las creencias adictivas, la función de estas distorsiones es producir sufrimiento de modo que se justifique el uso de sustancias o conductas adictivas para aliviar ese dolor de manera enferma. Sumadas a la negación y el autoengaño, estas distorsiones tienden a facilitar el proceso adictivo y despegan al adicto de la realidad de su enfermedad.
- Catastrofización: Le asigna una categoría de catástrofe aún al más leve inconveniente de la vida personal. Es una manera de auto sabotearse el crecimiento, con el fin de justificar finalmente el uso. El adicto desarrolla una visión catastrófica que lo coloca en una actitud de víctima frente al mundo.
- Modificación: Es la preocupación constante ante cualquier problema hace de la vida cotidiana, una constante ansiedad y sufrimiento que se usa como justificativo para continuar el uso.
- Rigidez: Se manifiesta en la dificultad para abrir la mente y considerar otros puntos de vista. El adicto se aferra a sus percepciones con una fuerza tal, que

puede hacer la comunicación muy difícil, sobre todo en el área del uso y del comportamiento adictivo.

- Control: Es el miedo es la emoción fundamental en la personalidad del adicto y para manejar ese miedo, que muchas veces es desproporcionado, el adicto desarrolla relaciones basadas en el control interpersonal. Esto causa dolor en las relaciones, muchas veces termina produciendo violencia.
- Pensamiento blanco y negro: Es la incapacidad para ver los grises es muchas veces un fuerte componente de la mentalidad adictiva, dificultando la comprensión mutua y animando a los juicios severos.
- Impaciencia e intolerancia: El adicto desarrolla una tolerancia marcada por sus situaciones que involucra incomodidad y es mas bien actúa por impulsividad siguiendo la regla de: quiero lo que quiero, cuando lo quiero y como lo quiero.
- Soberbia y grandiosidad: La personalidad del adicto regresión en cierta manera a la adolescencia, aflorando muchas veces conflictos no resueltos con la autoridad y, conducta de reto permanente. Esto se debe a una hipertrofia del ego como compensación al deterioro en la autoimagen que se produce por el impacto de la adicción en la vida de la persona.

Todas estas distorsiones provienen del sistema de creencias aditivas que conforman la raíz del desorden adictivo en el plano mental. Para poder recuperarse de la adicción es necesario detectar y cambiar dichas creencias adictivas. Las mismas que dentro de la primera etapa del tratamiento se manifiestan de tal manera que la enfermedad está a flor de piel para ser valorada.

## **2.4 Diagnóstico de las Adicciones.**

El DSM-IV-TR (2004) "El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales" refiere que para poder ser diagnosticada como tal, la dependencia a sustancias ha de conllevar un patrón des adaptativo de consumo que provoca malestar o deterioro (físico, psicológico o social) y junto al ello han de darse al menos, tres de los siguientes criterios en algún momento de un período continuado de 12 meses:

- Tolerancia.
- Abstinencia.
- La sustancia es consumida en cantidades mayores o durante más tiempo de lo que se pretendía en un principio.
- Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de interrumpir el consumo o de controlarlo.
- Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia, consumo o recuperación de sus efectos.
- Se da una importante reducción de las actividades cotidianas del sujeto debido a la ingesta de la sustancia.
- Se continúa consumiendo la sustancia a pesar de tener conciencia de sus potenciales riesgos.

El CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 2005) refiere que para poder hablar de dependencia han de presentarse tres o más de los siguientes criterios en un periodo de 12 meses:

- Fuerte deseo de consumir la sustancia (Craving).
- Dificultades para controlar dicho consumo.
- Síndrome de abstinencia al interrumpir o reducir el consumo.

- Tolerancia.
- Abandono progresivo de intereses ajenos al consumo de la sustancia. Inversión cada vez mayor de tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia o con la recuperación de sus efectos.
- Persistencia en el uso de la sustancia a pesar de percibir de forma clara sus efectos perjudiciales.

## **2.5 Tratamiento**

Es necesario realizar un tratamiento de drogodependencias cuando las drogas se integran en la vida de una persona, de tal manera que la organizan supeditando otras metas vitales como relaciones afectivas estables, mantenimiento de un trabajo, del nivel de estudios o acarreando problemas legales, se hace imprescindible solicitar un tratamiento. Sin embargo, no es necesario esperar a situaciones de gravedad para recurrir a un centro asistencial ya que en ellos, los consumidores y sus familias, van a encontrar información y orientación para analizar, valorar y abordar la situación de consumo planteada.

### **2.5.1 Objetivos a conseguir en el tratamiento de una conducta adictiva.**

Son muchas las distintas sustancias y conductas a las que las personas pueden adquirir dependencia. En cualquier intervención terapéutica con una persona con una adicción hay varios objetivos a conseguir en el proceso de tratamiento. Estos van guardados en función de la propia dependencia; esto es, poco se puede hacer con una intervención psicológica si la persona está intoxicada cuando acude a consulta; o, poco se puede hacer para intentar que mejore su estilo de vida saludable si no conoce medidas adecuadas para hacerlo.

El primer objetivo del tratamiento es que la persona con una adicción asuma que precisa tratamiento. Tanto en las drogas legales como en las ilegales hay un proceso de negación de muchos de los adictos a las mismas (Becoña, 1998a). Las drogas les producen placer, bienestar, satisfacción (reforzamiento positivo) y, al tiempo, la propia droga les permite evitar el síndrome de abstinencia (reforzamiento negativo) cuando no consume no tiene suficiente dosis. Por ello, la dependencia se mantiene en el tiempo y el proceso de reforzamiento hace que las graves consecuencias que suelen acompañar a este impidan al principio asumir el problema. Aparte, por los procesos de cambio, se sabe que la persona tiene que pasar por distintas fases antes de asumir que tiene que hacer un cambio.

Una vez que la persona ha asumido que tiene que cambiar va a solicitar distintos tipos de ayuda. Y es entonces de gran importancia hacerle ver claramente que precisa ayuda, que tiene que cambiar su conducta por las graves y evidentes consecuencias que le están produciendo, pero que la persona no ve en ese momento (por ejemplo, que lo han despedido del trabajo, que ha tenido que abandonar los estudios, que tiene conflictos familiares que lo ha detenido la policía, que tiene que ingresar en prisión, que sus relaciones sociales han cambiado y ahora se relaciona solo con amigos consumidores, etc.)

Superada la fase de negación del problema o minimización del mismo, hay que delimitar claramente el problema por lo que acude, factores relacionados y otros problemas que ha causado la dependencia. Esta es la fase de evaluación.

Dentro ya del tratamiento, este se va a orientar inicialmente a que la persona consiga la abstinencia. Aquí va a variar el abordaje según se trate de una persona dependiente del alcohol, la nicotina, la heroína, cocaína o el juego o internet, pero dentro de más

aspectos comunes que distintos en lo que ataca a las técnicas de tratamiento que utilizaremos con unos o con otros. Hoy existen, especialmente en el tratamiento de la dependencia de la heroína, junto a los programas orientados a la abstinencia también los programas de reducción de daños, fundamentalmente los de mantenimiento de metadona.

En el caso de la heroína la desintoxicación cobra una gran relevancia, por estar presente en las personas dependientes a la misma tanto la dependencia física como la psicológica. Para la primera, se desintoxica al organismo mediante una interrupción brusca o paulatina de la sustancia. En la cocaína y drogas de síntesis, como en el juego patológico y casi todas las adicciones comportamentales. Lo más importante es la dependencia psicológica, de ahí que la deshabitación psicológica se convierte en el aspecto esencial en ellas.

Conseguida la desintoxicación, o lo que es lo mismo que la persona deje de consumir la sustancia, se pasa al proceso de deshabitación psicológica. Este es el proceso más largo y complejo del proceso adictivo, con la excepción de cuando la persona está en un programa de mantenimiento con metadona, en cuyo caso ambos procesos van en paralelo. La deshabitación psicológica pretende conseguir que la persona dependiente de una sustancia psicoactiva o de una conducta adictiva sea capaz de afrontar la abstinencia. Por ello, en el caso de la dependencia de la heroína y de otras sustancias, se le entrena mediante distintas técnicas en afrontar la vida sin drogas, en poder evitarlas, en rechazarlas y en reorganizar su ambiente de modo que pueda estar sin ellas (Becoña y Vázquez, 2001). Esta es una de las partes más complejas de todo el proceso dado que las personas que acuden a tratamiento en ocasiones llevan un buen número de años consumiendo. Además, muchos han descubierto que cuando se encuentran mal pueden ponerse mejor rápidamente consumiendo drogas. De ahí la

relevancia que tiene el entrenamiento en estrategias de afrontamiento ante las situaciones de riesgo para el consumo. Las drogas producen efectos inmediatos. Entre el consumo y su efecto pasan pocos segundos. Hay también una gran disponibilidad de ellas y la persona sabe cómo acceder a las mismas. Entrenarlo adecuadamente en que adquiriera habilidades para vivir sin drogas, que se encuentre bien subjetiva y anímicamente y que tenga apoyo en su ambiente, son algunas de las claves de éxito de un tratamiento. No se debe olvidar que las drogas consiguen no solo un efecto inmediato, sino que por el consumo previo se han hecho claramente reforzantes. Hay que buscar alternativas de refuerzo para el individuo y para pueda contraponer las consecuencias negativas del consumo (ya que cuando es adicto solo las positivas) a las ventajas que tiene no consumir a nivel personal a nivel personal, familiar, social etc.

Dado que sabemos que la recreación es algo íntimamente unido a la dependencia de cualquier sustancia, tanto sea de tipo legal como ilegal, o adicciones comportamentales, entrenarlo en prevenir la recaída es un elemento de gran relevancia una vez superada las fases anteriores. Desde el modelo de Marlatt y Gordon (1985) y los desarrollos hechos a partir del mismo, con técnicas efectivas para que la persona no recaiga, la prevención de la recaída se ha convertido en un componente más del tratamiento. Con el podemos conseguir que la persona se mantenga abstinentes y si recae pueda volver de nuevo a la abstinencia, o volver a la misma en el menor tiempo posible.

Finalmente. Si la persona cambia su estilo de vida anterior por un estilo de vida saludable es más probable que mantenga la abstinencia a largo plazo. Aunque ello es hoy claro, la realidad nos muestra que un cambio en el estilo de vida no siempre es fácil, especialmente en los adictos a opiáceos, y va a depender de múltiples circunstancias, tanto del sujeto como de la familia y del medio social, oportunidades, madurez, etc. Cuando conseguimos un cambio en el estilo de vida relacionado con la abstinencia,

entonces es más probable y fácil conseguir mantener la abstinencia tanto a corto como a largo plazo. El análisis de la honorabilidad, relacionado con el cambio en el estilo de vida, cobra una gran relevancia. Hacer un seguimiento de ella y poder intervenir en los problemas asociados al consumo de drogas puede ser uno de los factores que facilitan el mantenimiento de la abstinencia.

### **2.5.2 El proceso de tratamiento de las adicciones: Principios generales del tratamiento**

A continuación exponemos los principios generales del tratamiento:

Las fases de un tratamiento para una persona con una adicción constan de las etapas de demanda del tratamiento, evaluación, tratamiento y seguimiento. A su vez, dentro del tratamiento, se distinguen seis fases: desintoxicación o mantenimiento; deshabituación psicológica o consecución de la abstinencia de la sustancia o dejar de hacer la conducta; normalización, cambio de estilo de vida anterior y búsqueda de nuevas metas alternativas a la adicción; prevención de recaídas; programas de mantenimiento o programa de apoyo a corto, medio y largo plazo; y, cuando sea necesario, programa de juego controlado o programas de reducción de daños (ej., en la dependencia de la heroína). Además, en este como en otros trastornos, y por los problemas asociados al mismo, el psicólogo tiene que poner en marcha todos los recursos terapéuticos disponibles que nuestra ciencia nos proporciona.

Las aplicaciones de este tratamiento pueden verse en Becoña (1996a, 1998a, 2001) y Becoña y Vázquez (2001) que describen un esquema general de tratamiento.

## **2.6 Esquema general para el tratamiento de una conducta adictiva (Becoña E; Oblitas L; 2002)**

### **2.6.1 Demanda de tratamiento**

Objetivo básico: analizar la demanda y retener al paciente en tratamiento.

Elementos a considerar: motivación para el cambio, estadios de cambio, recursos disponibles, apoyo de su medio, tratamientos previos, conocimientos de los tratamientos disponibles, tratamiento que desea, analizar quien esté implicado en la demanda, cómo y por qué, etc.

Procedimientos técnicos: entrevista motivacional, escalas para evaluar aspectos motivacionales y estadios de cambio.

### **2.6.2 Evaluación y análisis funcional**

Objetivo básico: conocer las áreas donde es más necesario e inmediato realizar cambios; conocer las áreas donde hay que realizar cambios a medio plazo; conocer las áreas donde los cambios a través del tratamiento y la reinserción social le pueden llevar a una vida normalizada. Con toda esa información disponible se realizara el análisis funcional de la conducta de juego y otras conductas asociadas al problema o problemas relacionados.

Elementos a considerar: evaluación individual, familiar, social, etc.

Procedimientos técnicos: entrevista clínica, autoinformes, cuestionarios, medidas psicofisiológicas, etc.

## **2.7 Fases del tratamiento**

### **2.7.1 Fase I.** Desintoxicación o mantenimiento (ej., en el caso de la dependencia al alcohol)

Objetivo básico: Desintoxicación física de la sustancia.

Elementos a considerar: Tipo de desintoxicación en función de su petición, posibilidades asistenciales, recursos, etc., desde la ambulatoria a la hospitalaria.

Procedimientos técnicos: Intervención médica frente a la hospitalaria para la consecución de la desintoxicación sin sufrir los síntomas del síndrome de abstinencia.

### **2.7.2 Fase II.** Deshabitación psicológica o consecución de la abstinencia de la sustancia o dejar de realizar la conducta.

Objetivo básico: Lograr la completa deshabitación psicológica a los indicios que conducen al paciente al consumo de la droga o a la realización de la conducta adictiva.

Elementos a considerar: Adherencia al tratamiento, fase del tratamiento, aceptación del tratamiento propuesto, etc.

Procedimientos técnicos: Técnicas conductuales y cognitivas para la consecución de la abstinencia (por ejemplo, exposición con prevención de la respuesta, control de estímulos, entrenamiento en solución de problemas, entrenamiento en reducción del estrés, relajación, entrenamiento en habilidades sociales, técnicas de afrontamiento, reestructuración cognitiva, etc.). Se utilizará terapia individual, grupal y familiar.

### **2.7.3 Fase III.** Normalización, y cambio del estilo de vida anterior y búsqueda de nuevas metas alternativas a su conducta adictiva.

Objetivo básico: Normalización en el sentido de ir adquiriendo más responsabilidades en el trabajo, en los estudios, en la familia, con los amigos, con la pareja, etc.; pago de las deudas; búsqueda de trabajo si no lo tiene, etc.

Elementos a considerar: Grado de deterioro, si trabaja o no, si está o no separado, si padece enfermedades físicas (ej., VIH, hepatitis), etc.

Procedimientos técnicos: Planificación de metas y objetivos, entrenarlo en adquirir nuevas habilidades, entrenamiento en asertividad, programa psicoeducativo, entrenamiento en solución de problemas, etc.

#### **2.7.4 Fase IV. Prevención de recaídas.**

Objetivo básico: Entrenarlo en técnicas de prevención de la recaída para que se mantenga abstinentes a lo largo del tiempo.

Elementos a considerar: Superación de las fases anteriores, mantenimiento de la abstinencia, efecto de la violación de la abstinencia.

Procedimientos técnicos: Técnicas de prevención de recaídas (por ejemplo, autoinstrucciones, entrenamiento en solución de problemas, etc.).

#### **2.7.5 Fase V. Programa de mantenimiento o programa de apoyo a corto, medio y largo plazo.**

Objetivo básico: Entrenarlo en estrategias de mantenimiento de la abstinencia a largo plazo y en como mejorar su calidad de vida.

Elementos a considerar: Apoyo familiar, visitas de seguimiento a largo plazo, asistir a asociaciones de autoayuda, etc.

Procedimientos técnicos: Entrenamiento en relajación, programación de actividades, procedimientos de manejo de estrés, etc.

**2.7.6 Fase VI.** Cuando sea necesario: programa de reducción de datos, programa de juego controlado, etc.

Objetivo básico: En el caso de la dependencia de la heroína reducir la prevalencia de VIH y mejorar los problemas causados por las drogas; en el juego patológico reducir la conducta de juego a un nivel donde no le acarree graves problemas.

Elementos a considerar: Grado de deterioro de la persona, falta de adherencia al tratamiento psicológico, problemas psiquiátricos asociados, aceptación de este tipo de programa.

Procedimientos técnicos: Intervención mínima, programa psicoeducativo, educación para la salud y prácticas de seguridad ante la transmisión de enfermedades (VIH, hepatitis, etc.), técnica de control de estímulos, educación sobre el juego y las leyes de la probabilidad, educación a nivel familiar, laboral y de tiempo libre.

## **2.8 El seguimiento**

Objetivo básico: Conocer la evolución de la persona después de la alta terapéutica.

Elementos a considerar: Modo de realizarlo /personalmente, en su casa, teléfono).

Procedimientos técnicos: Entrevista, auto informe, urinoanálisis, etc.

Queda claro, inicialmente, que lo que pretende es que la persona consiga la abstinencia. Este sigue siendo hoy el objetivo básico, aunque no se debe destacar una mejora en las condiciones de vida del individuo manteniendo la realización de la conducta a niveles bajos (ej., en el juego controlado o en los programas de reducción de

datos o de sustantivos opiáceos, como pasa con la metadona), pudiendo ser una meta desde el principio del tratamiento. De este modo se logra retener a la persona en tratamiento, reducir o eliminar su conducta problema y mejorar su funcionamiento cotidiano.

## **2.9 Conclusiones**

La adicción es una enfermedad constituido por conjuntos de signos y síntomas característicos tales como la pérdida del control del uso, el autoengaño, memoria eufórica, etc.

El uso de sustancias psicotrópicas por parte de una persona, producen cambios bioquímicos que suceden en el cerebro del mismo, los cuales son responsables de la compulsión observada en los episodios de uso descontrolado así como de muchas de las perturbaciones cognitivas propias de la adicción a mas de esto el cerebro primitivo y el cerebro racional también se ven afectados cuando una persona consume modificando de esta manera la forma coherente que tiene una persona de pensar ante el mundo que lo rodea.

El DSM-IV-TR (2004) refiere que para poder ser diagnosticada una persona como alguien que tiene problemas con la dependencia a sustancias ha de conllevar un patrón des adaptativo de consumo que provoca malestar o deterioro (físico, psicológico o social) y junto a ello han de darse al menos, tres o mas de algunos criterios que expone el manual durante un período continuado de 12 meses.

Es necesario realizar un tratamiento de drogodependencias cuando las drogas se integran en la existencia de una persona, con la finalidad de mejorar la calidad de vida tanto a nivel personal, social y laboral que claramente se ven afectadas por el consumo.

El tratamiento para una persona con una adicción consta de diversas etapas y fases las mismas que tienen gran probabilidad de éxito cuando son aplicadas correctamente.

## **Capítulo 3: TRABAJO DE CAMPO.**

### **3.1 Introducción.**

El consumo de drogas en las personas es cada día más frecuente y demanda investigaciones rigurosas al respecto ya que como se sabe las drogas causan un deterioro tanto a nivel laboral, familiar y social, que termina destruyendo la vida de quienes han caído en las garras del consumo de sustancias psicoactivas.

Como se mencionó anteriormente, el tipo de actitud que tiene una persona influye mucho en el consumo de sustancias psicoactivas. Razón por la cual se ha visto la necesidad de ejecutar este trabajo encaminado a obtener datos estadísticos específicos que describan el patrón actitudinal de un grupo de personas sometidas a un modelo de tratamiento residencial durante la primera fase del mismo.

### **3.2 Definición del problema.**

Según datos de la tercera encuesta nacional sobre consumo de drogas hecha por el Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicoactivas, CONSEP, en el Ecuador el 76.9 % de los ecuatorianos han consumido alcohol u otro tipo de sustancias psicoactivas en algún momento de su vida; la accesibilidad de las drogas es cada día mayor en nuestro medio, por lo que se han creado distintas instituciones encaminadas al tratamiento de dicho conflicto.

Pero en ocasiones no existe un estudio pormenorizado del patrón actitudinal que tienen las personas frente a un internamiento para el abandono de sustancias psicoactivas y este patrón puede ser favorable o desfavorable, algo que termina influyendo significativamente en el éxito o fracaso del tratamiento.

### **3.3 Instrumento de medición.**

Para el estudio del patrón actitudinal hacia el consumo de drogas en la población estudiada se ha utilizado la técnica del cuestionario o auto informe.

Concretamente se utilizó el "cuestionario - escala sobre actitudes ante las drogas" de los profesores J. Escámez y B. Martínez (Escámez, J. 1900); el cual fue utilizado en otros estudios relacionados con esta importante temática en la capital de la República de Honduras.

La estructura del cuestionario aparece dividida en seis categorías o conjuntos actitudinales en función de la información que se quiere obtener y estas son:

- a) Las drogas perjudican la salud (ítems: 1, 9,13, 15, 17, 19).
- b) Presión social para el consumo de drogas (ítems: 2, 12, 14, 21).
- c) Las drogas no generan dependencia (ítems: 7, 8, 10)
- d) Efectos placenteros del consumo de drogas (ítems: 4, 6, 16).
- e) El consumo de drogas no perjudica la práctica del deporte y el rendimiento escolar (ítems: 5, 11, 22).
- f) Tolerancia - aceptación social del consumo de drogas (ítems: 3, 18, 20).

#### **3.3.1 Test de Escámez**

**Instrucciones:** A continuación se le presentan una serie de preguntas relacionadas con las drogas, cada opción indica simplemente una diferente forma de pensar, conteste a todas las preguntas, incluso a aquellas que no se ajusten a su criterio. En caso de duda entre varias opciones, señale aquella que se acerque más a su forma de pensar; lea

con atención cada pregunta, pero no se detenga demasiado en señalar su respuesta.

Conteste con sinceridad, el cuestionario es totalmente confidencial y anónimo.

Los significados de las opciones son los siguientes:

<b>TA:</b>	Totalmente de acuerdo
<b>A :</b>	De acuerdo
<b>I :</b>	Indeciso
<b>D :</b>	En desacuerdo
<b>TD:</b>	Totalmente en desacuerdo

Marque con una X la opción elegida.

Ejemplo:

Creo que las drogas perjudican mi salud.	TA A I D TD

**Gracias por su colaboración.**

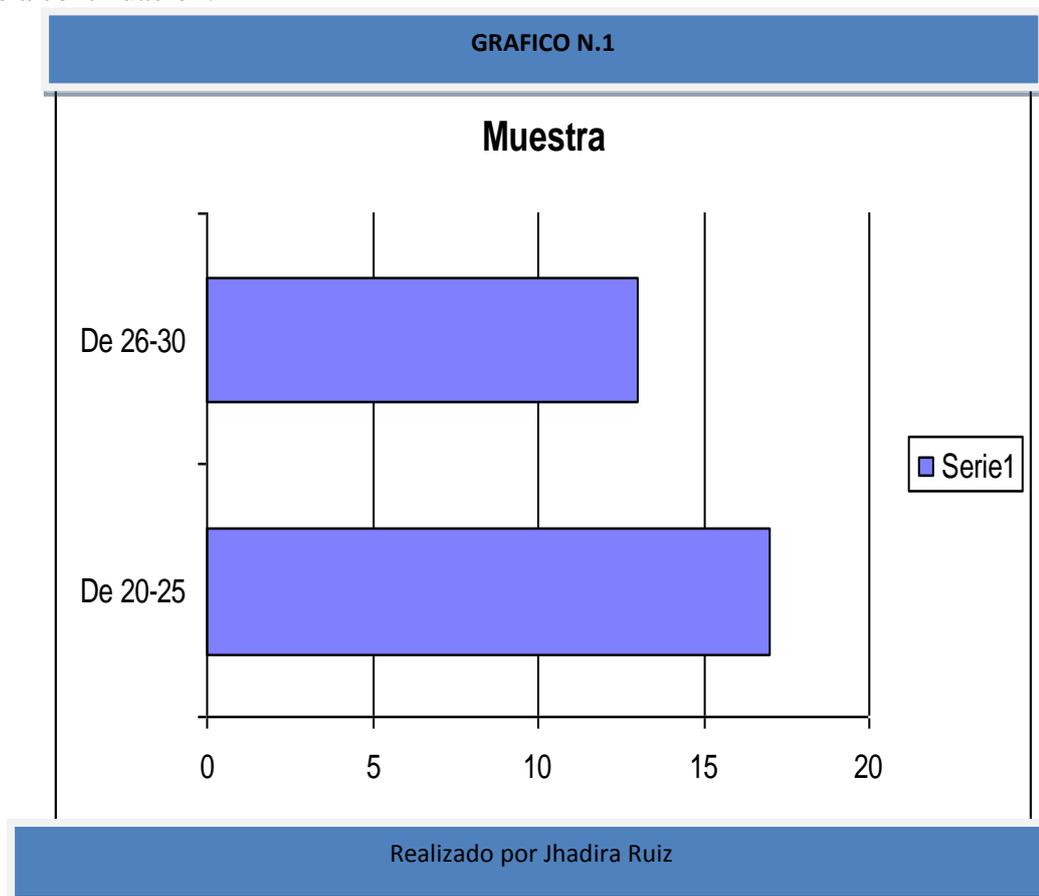
Ítems	Totalmente de Acuerdo	De Acuerdo	Indeciso	En Desacuerdo	Totalmente en Desacuerdo
1. Estoy convencido de que si tomara bebidas alcohólicas no perjudicaría mi salud.					
2. Estimo que consumir <u>alcohol</u> me ayuda a tener amigo.					
3. Si algún miembro de mi <u>familia</u> bebiera mucho alcohol tendríamos problemas					
4. El beber alcohol me ayuda a resolver mis <u>problemas personales</u> (disgustos, timidez...)					

5. El consumo de bebidas alcohólicas perjudica mi actividad deportiva					
6. Las bebidas alcohólicas hacen que me sienta bien					
7. No es conveniente que yo beba alcohol ni siquiera en las comidas.					
8. Aunque yo beba puedo dejarlo cuando quiera.					
9. Cuando los chicos de mi edad fuman perjudican su salud					
10. Si fumara podría dejar el <u>tabaco</u> cuando quisiera					
11. El consumo de tabaco me impediría ser un buen deportista					
12. Es conveniente que fume para no ser rechazado por mis amigos y compañeros					
13. Fumar de vez en cuando no me perjudicaría en lo absoluto					
14. Fumar me ayudaría a sentirme mayor					
15. El uso de medicinas, sin					

necesidad, puede perjudicarme					
16. Tomaría algunos <u>productos</u> farmacéuticos para sentirme bien aun sin receta médica o consejo de mis padres					
17. No es necesario probar "los porros" para saber que dañan mi salud					
18. Considero conveniente conocer y probar todas las Drogas					
19. Aunque tomara drogas no me perjudicarían la salud.					
20. Prefiero no estar en lugares donde se consumen drogas					
21. Mis amigos me rechazarían si no tomase drogas					
22. Si consumiera drogas obtendría malas notas					

### 3.4 Descripción de la muestra

El presente estudio ha sido aplicado a personas que han sido sometidas a un internamiento de tipo residencial para el abandono del consumo de sustancias psicotrópicas; según las historias clínicas de los usuarios el 90% son de clase social media, pertenecientes al IESS, derivados desde emergencia, estas personas tienen dependencia de sustancias F.19 según el CIE 10, ya que muchas personas entran a la primera fase, sin embargo las personas diagnosticadas con un consumo perjudicial de sustancias psicotrópicas F. 10, según el CIE 10, tienden al aborto del tratamiento, ya sea por parte de la familia o por parte del usuario, estos suman un total de 30 personas las mismas que se dividieron por la pluralidad de usuarios, y por comodidad de los terapeutas del centro “12 Pasos”, de la siguiente manera 17 personas entre las edades de 20 a 25 años y 13 personas de 26 a 30 años, como se aprecia en el Cuadro Nro. 1 que se describe a continuación:



Estas personas se encuentran en la primera fase de tratamiento es decir el Ingreso, correspondiente a la etapa de acogida; que está enfocada fundamentalmente a analizar el nivel de conciencia que el usuario tiene en relación a su enfermedad o a la problemática que padece a causa del consumo de drogas. La Fase de acogida pretende además que la persona sepa las normas y valores del proceso clínico-terapéutico, insertándose favorablemente a la dinámica grupal y de convivencia por medio de un trabajo educativo formativo, en el primer mes de tratamiento.

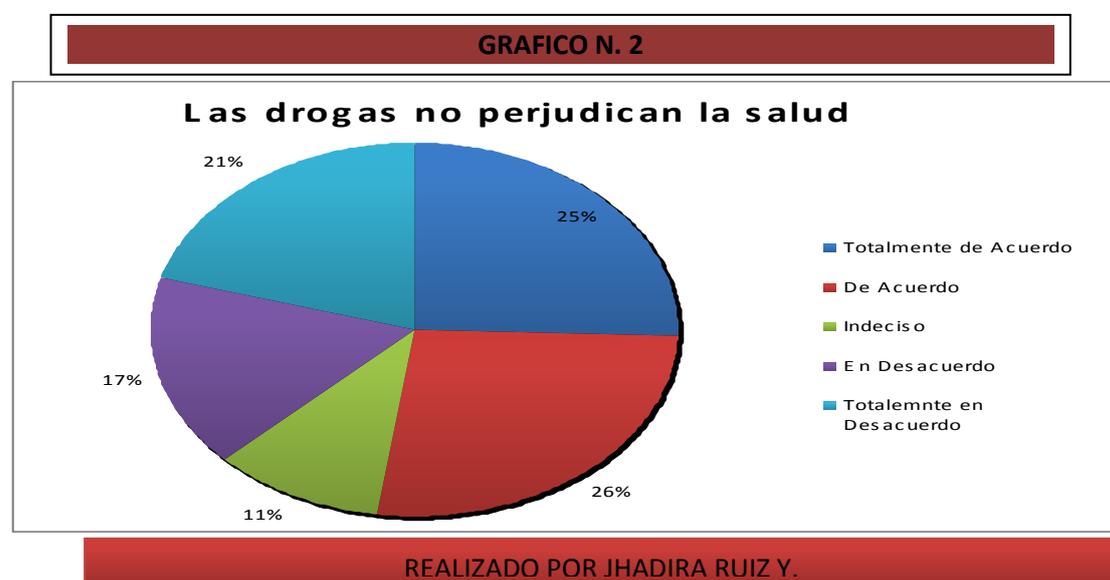
### 3.5 Resultados del Test de Escámez

La aplicación se realizó durante las fechas de 01 de julio de 2012; hasta el 30 de diciembre de 2012, arrojando los siguientes resultados:

#### 3.5.1 Marcador número 1

##### 1. Las drogas perjudican la salud (ítems: 1, 9,13, 15, 17, 19).

CUADRO N.1					
1. Las drogas no perjudican la salud (ítems: 1, 9,13, 15, 17, 19).					
	Totalmente de Acuerdo	De Acuerdo	Indeciso	En Desacuerdo	Totalmente en Desacuerdo
	46	48	19	30	37
Porcentaje	25,56	26,67	10,56	16,67	20,56

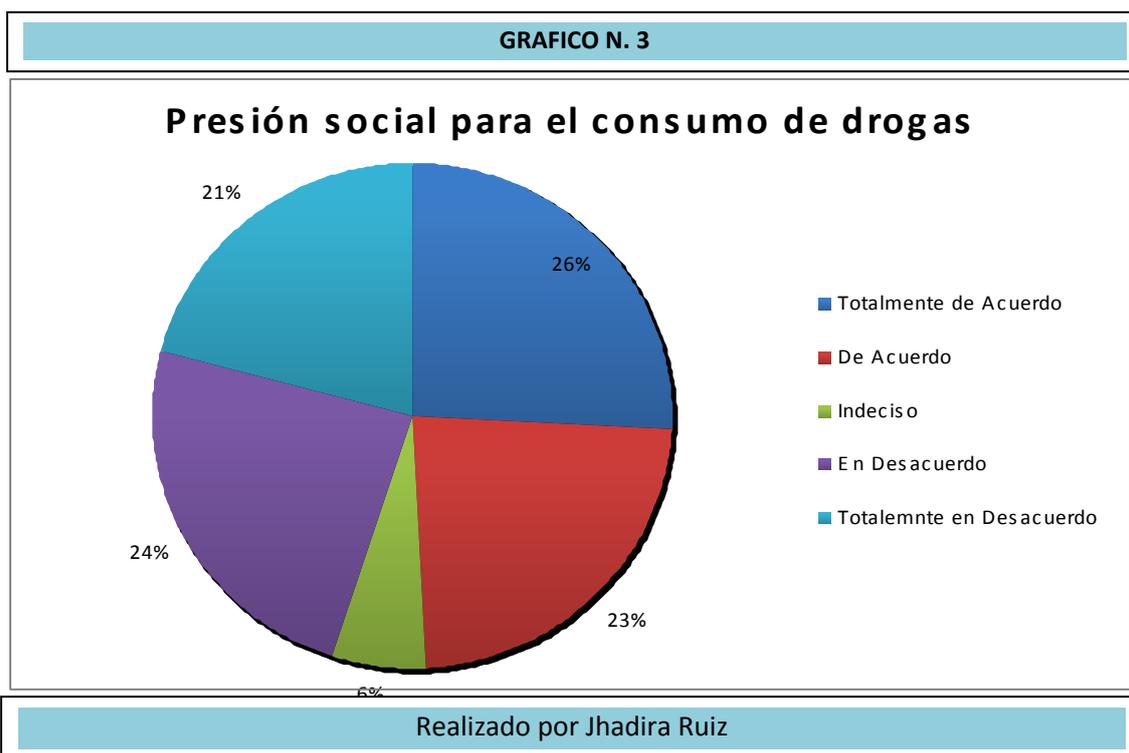


El 17% y el 21% están De Acuerdo con que las Drogas perjudican la salud. El 11% muestran una indecisión por saber si las drogas causarán o no daños en su vida, mientras que un 25% y 26 %, consideran que las Drogas NO perjudican la salud.

### 3.5.2 Marcador número 2

#### 2. Presión social para el consumo de drogas (ítems: 2, 12, 14, 21).

CUADRO N. 2					
Presión social para el consumo de drogas (ítems: 2, 12, 14, 21).					
	Totalmente de Acuerdo	De Acuerdo	Indeciso	En Desacuerdo	Totalmente en Desacuerdo
	31	28	7	29	25
Porcentaje	25,83	23,33	5,83	24,17	20,83

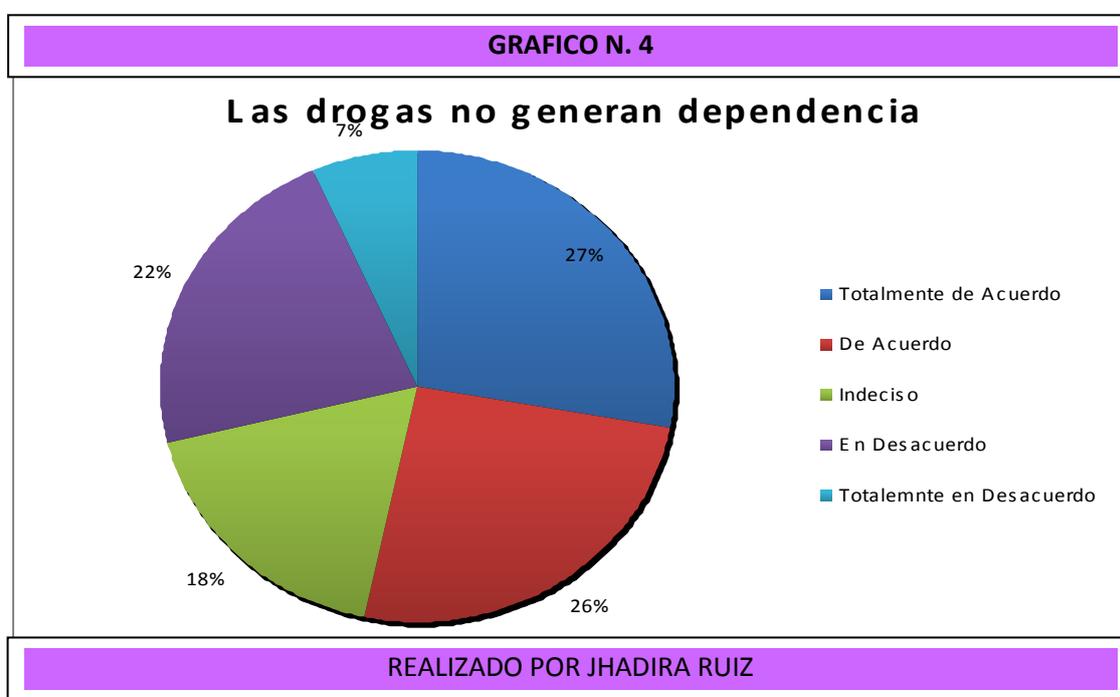


El 26% y el 23% consideran que la presión social influye en el consumo de drogas. Contrariamente a lo expuesto, los ítems Totalmente en desacuerdo y En desacuerdo presentan un 24 % y 21% cada uno. Un 6 %, se muestran indecisos.

### 3.5.3 Marcador número 3

### 3. Las drogas no generan dependencia (ítems: 7, 8, 10)

CUADRO N. 3					
Las drogas no generan dependencia (ítems: 7, 8, 10)					
	Totalmente de Acuerdo	De Acuerdo	Indeciso	En Desacuerdo	Totalmente en Desacuerdo
	25	23	16	20	6
Porcentaje	27,78	25,56	17,78	22,22	6,67

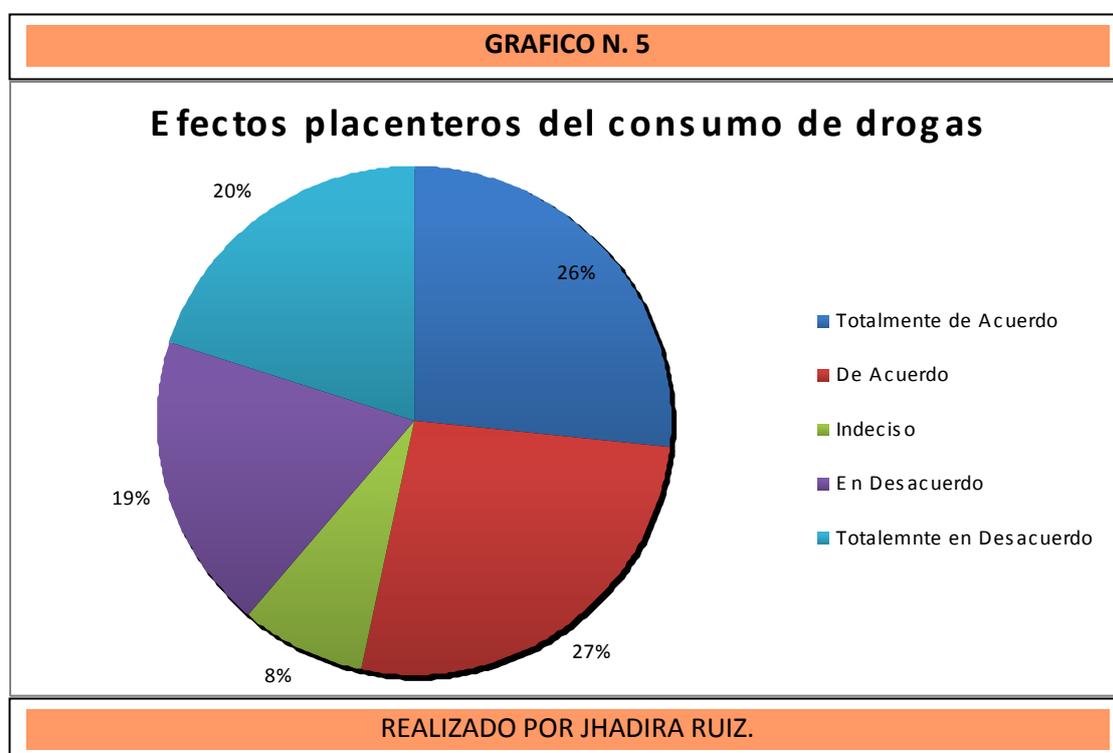


En esta pregunta se encontró que un 27% y 26% están De Acuerdo con que las Drogas NO generan dependencia. En tanto que un 7 y 22% se encuentran en Desacuerdo con respecto a esta pregunta, y existe un 18% que se encuentran indecisos.

### 3.5.4 Marcador número 4

#### 4. Efectos placenteros del consumo de drogas (ítems: 4, 6, 16).

CUADRO N. 4				
Efectos placenteros del consumo de drogas (ítems: 4, 6, 16).				
Totalmente de Acuerdo	De Acuerdo	Indeciso	En Desacuerdo	Totalmente en Desacuerdo
24	24	7	17	18
Porcentaje 26,67	26,67	7,78	18,89	20,00

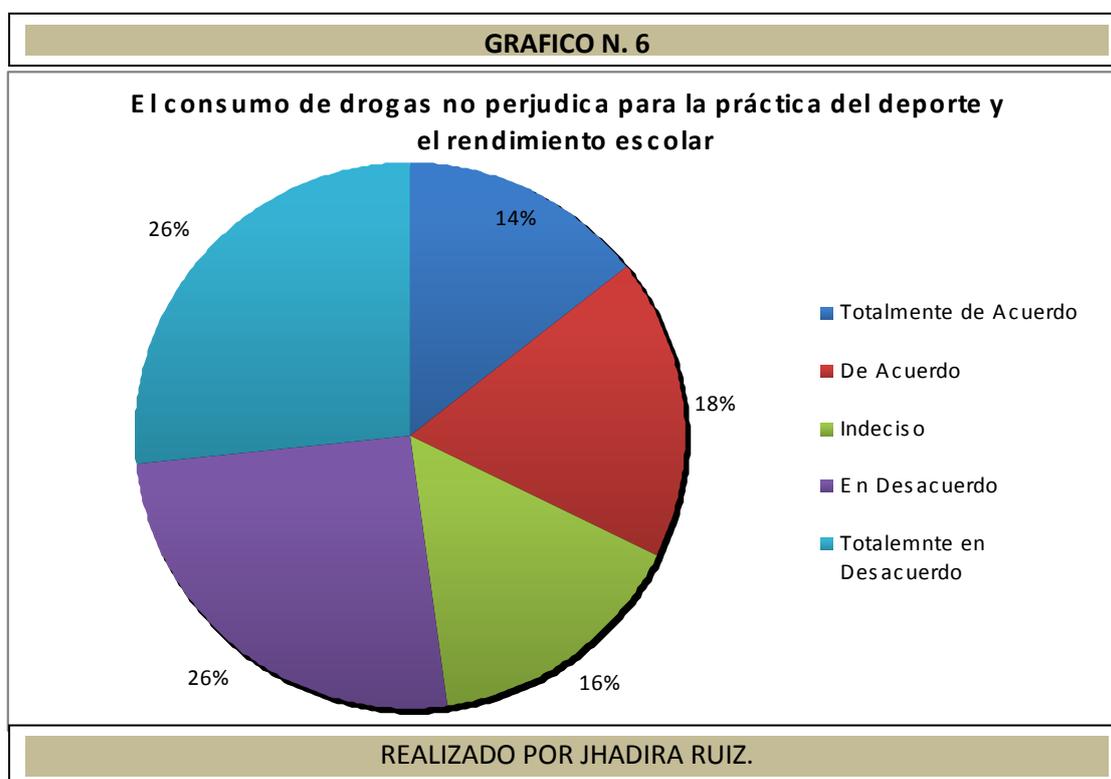


En este ítem se encontró que el 19% junto con el 20% del alumnado se encuentran en Desacuerdo acerca de que las drogas produzcan efectos placenteros. Contrariamente un 26% y 27% piensan que las drogas producen efectos placenteros, y finalmente un 8% de alumnos quienes se encuentran indecisos.

### 3.5.5 Marcador número 5

5. El consumo de drogas no perjudica para la práctica del deporte y el rendimiento escolar (ítems: 5, 11, 22).

CUADRO N. 5					
El consumo de drogas no perjudica para la práctica del deporte y el rendimiento escolar (ítems: 5, 11, 22).					
	Totalmente de Acuerdo	De Acuerdo	Indeciso	En Desacuerdo	Totalmente en Desacuerdo
	13	16	14	23	24
Porcentaje	14,44	17,78	15,56	25,56	26,67

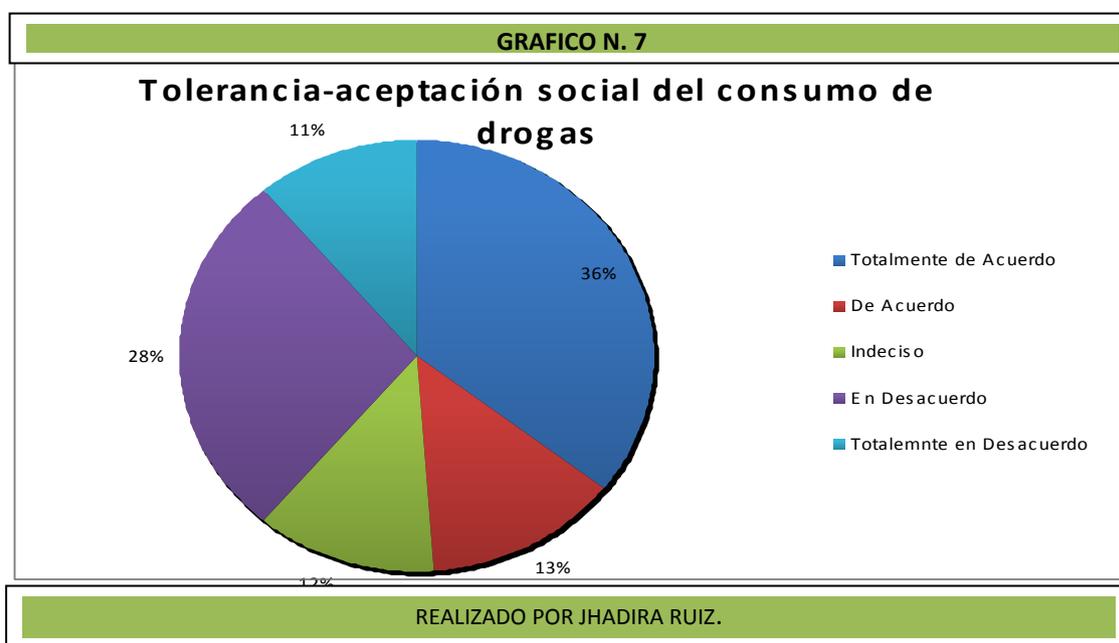


Se vislumbró que un 52%, están en Desacuerdo frente a la posibilidad de que las drogas NO perjudiquen la práctica del deporte y el rendimiento escolar, mientras que un 14% y 18% se encuentran de acuerdo con la posibilidad de que las drogas NO perjudiquen la práctica del deporte y el rendimiento escolar; junto con estos valores un 16% de alumnos, quienes se encuentran indecisos.

### 3.5.6 Marcador número 6

#### 6. Tolerancia - aceptación social del consumo de drogas (ítems: 3, 18, 20).

CUADRO N. 6					
Tolerancia-aceptación social del consumo de drogas (ítems: 3, 18, 20).					
	Totalmente de Acuerdo	De Acuerdo	Indeciso	En Desacuerdo	Totalmente en Desacuerdo
	32	12	11	25	10
Porcentaje	35,56	13,33	12,22	27,78	11,11



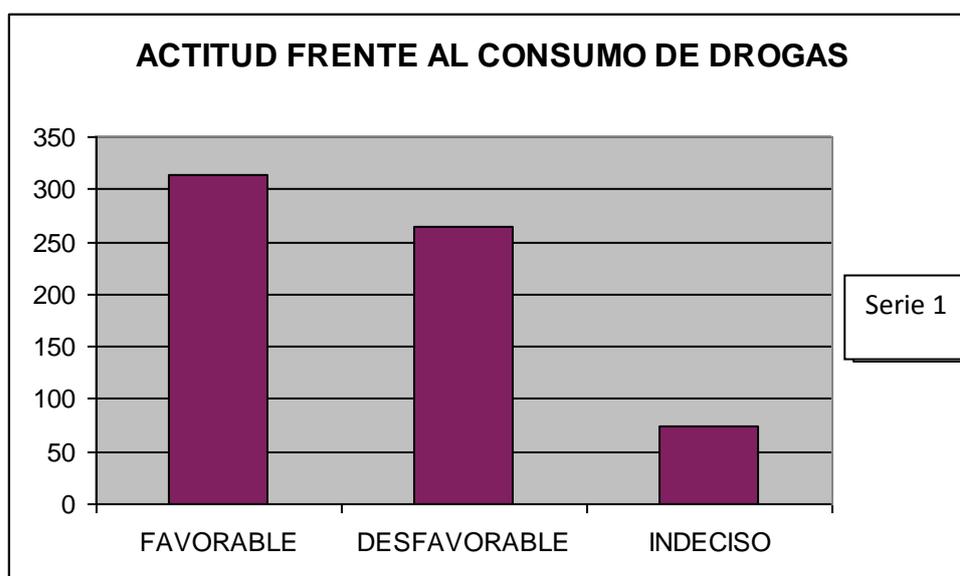
En este marcador se vio que un 36% y 13% se encuentran en desacuerdo ante la aceptación social de las drogas, en contraposición a un 28 y 11% quienes piensan que gracias al consumo de drogas podrían conseguir una mayor aceptación por parte de su entorno social.

Finalmente se encontró un 12% de alumnos quienes se encuentran indecisos.

### 3.5.7 Datos Generales de la Muestra Total

CUADRO N. 7	
FAVORABLE	313
DESFAVORABLE	264
INDECISO	74

Gráfico N 8



Como se puede observar en este gráfico, existe un mayor porcentaje de actitud favorable hacia las drogas en comparación a la desfavorable y personas indecisas, lo que nos lleva a indagar ¿Qué tanto influye esto en un tratamiento para el abandono de sustancias psicotrópicas?

Es claro que mucho, recordemos que la **actitud** tiene un componente cognoscitivo, afectivo y conductual, en otras palabras la **actitud** es la forma de actuar de una persona,

el comportamiento que emplea un individuo para hacer las cosas. En este sentido puede considerarse como cierta forma de motivación que impulsa y orienta la acción hacia determinados objetivos y metas; mientras el sujeto presente un tipo de actitud favorable las probabilidades de abandonar el consumo de sustancias es menor, razón por la cual considero que el abordaje psicológico debe tomar en consideración en primer término la motivación o actitud del paciente para alcanzar las meta planteada en el tratamiento que no es más que modificar el tipo de actitud favorable hacia las drogas que un principio presenta el usuario o paciente.

Para lograr esto existen abordajes psicológicos estructurados como las intervenciones motivacionales breves, las entrevistas motivacionales y las terapias de mejora motivacional ya que la motivación del individuo a abandonar la conducta de consumo de las drogas se convierten el factor más importante a la hora de comenzar y mantener un camino hacia el cambio.

Hasta hace relativamente poco tiempo los profesionales “esperaban” que sea el sujeto quien estuviera motivado a dejar de consumir, ya que se consideraba inútil intentar cualquier tratamiento si el paciente no estaba suficientemente motivado.

Durante los últimos años, sin embargo, los clínicos e investigadores han mostrado un renovado interés por la motivación para el cambio y, especialmente por el proceso de cambio de conducta y pensamiento. El modelo transteórico de estadios de cambio proporcionó un marco teórico adecuado para la comprensión de proceso de cambio en la conducta adictiva como un fenómeno activo, influenciado por el sujeto y su entorno y enormemente ligado a la motivación del individuo para cambiar.

Los estadios de cambio propuestos en el modelo transteórico bajaron la última barrera (hasta la fecha) de la comprensión del fenómeno de recuperación de la adicción

cuyo precedente anterior lo encontramos en el modelo de prevención de recaídas de Marlatt y Gordon que explica la importancia de la recaída en la recuperación del usuario y los factores que influyen en ella.

La motivación es una dimensión crítica en la influencia que tiene sobre el paciente para comenzar el tratamiento, comprometerse con él y completarlo, así como realizar cambios a largo plazo en su conducta de consumir.

Los estudios realizados con pacientes adictos han demostrado la importancia de la motivación para el tratamiento para predecir la participación en el tratamiento y la recuperación. Los modelos tradicionales han utilizado estrategias agresivas o confrontacionales para afrontar la falta de motivación del paciente, en un tipo de procedimiento ampliamente utilizado, un grupo de miembros de la familia se reúnen para confrontar al paciente y convencerle de que el tratamiento de su adicción es necesario.

Las evidencias recientes indican, sin embargo, que la confrontación puede fortalecer la negativa del paciente y su resistencia al tratamiento, sugiriendo el tratamiento de los pacientes no motivados con estrategias generadoras de motivación y no con estrategias de confrontación.

Las fuentes de motivación para el cambio (intrínseca o extrínseca) se han comparado por diversos autores a fin de constatar cuales son las que aseguran un éxito mayor y más duradero en el tratamiento. Generalmente las fuentes internas de motivación se han asociado con un cambio a largo plazo de forma más consistente que las fuentes externas.

Pero nada de esto es posible si el sujeto mantiene una actitud favorable hacia al consumo, pues que sentido hay en buscar un cambio si el usuario todavía ve el consumo

con buenos ojos y es hacia allá donde los profesionales de la salud deben encaminar sus esfuerzos para lograr un cambio de pensamiento y conducta.

### **3.6 Conclusiones**

En este último capítulo se dio a conocer todo este proyecto pero en porcentajes y en resultados, es importante saber que la actitud frente a una rehabilitación no es favorable ya que cuando están en la primera fase del tratamiento, el adicto aún piensa que su consumo no es perjudicial, sino al contrario está a favor del mismo, por lo tanto si se toma en cuenta estos resultados dentro del proceso es posible que se encuentren más alternativas para lograr otra actitud frente al tratamiento y de esa manera trabajar el resto de etapas combatiendo la negación y esa actitud favorable hacia el consumo mediante técnicas que aún no se aplican, y de esa manera instaríamos a tomar en cuenta las mismas.

## **CONCLUSIONES GENERALES.**

En el presente estudio se comprobó que dentro de la muestra existe un mayor porcentaje de actitud favorable hacia las drogas.

En el ítem “Las drogas perjudican la salud”, el 17% y el 21% están de acuerdo, un 11% muestran una indecisión, mientras que un 25% y 26 %, consideran que las Drogas NO perjudican la salud y un porcentaje similar del 27% y 26% están de acuerdo que las drogas no generan dependencia y que produce efectos placenteros.

El 26% y el 23% consideran que la presión social influye en el consumo de drogas contrario a un 24 % y 21% que consideran que la presión social no influye en el consumo.

También se pudo observar que un 52%, que simboliza un poco más de la mitad de la muestra está en desacuerdo frente a la posibilidad de que las drogas no perjudican la práctica del deporte y el rendimiento escolar.

Solo en el ítem “Tolerancia - **aceptación social del consumo de drogas**” que un 36% y 13% se encuentran en desacuerdo ante la aceptación social de las drogas, en contraposición a un 28 y 11% quienes piensan que gracias al consumo de drogas podrían conseguir una mayor aceptación por parte de su entorno social.

## **RECOMENDACIONES.**

Las actitudes no son predisposiciones inmutables, aunque tienen una relativa estabilidad pueden ser modificadas.

El modelo transteórico propuesto por Prochaska y Diclemente en 1982 formula la hipótesis de que los cambios de conducta siguen una serie de etapas más o menos estandarizadas, tanto en los cambios espontáneos como en aquellos que siguen a recomendaciones terapéuticas, proporcionando de esta manera un marco teórico adecuado para la comprensión del cambio en la conducta adictiva como un fenómeno activo, influenciado por el sujeto y su entorno y enormemente ligado a la motivación del individuo para cambiar.

Es importante tomar en cuenta que si una persona en la primera fase del tratamiento se encuentra con una actitud favorable hacia el consumo, no asimilará que está interno para un cambio, sin embargo mediante este estudio más adelante se podrán crear técnicas que ayuden al cambio de actitud y a una toma de conciencia.

Generalmente las fuentes internas de motivación tienen un mejor efecto en cuanto se refiere al deseo de cambio del sujeto, razón por la cual uno de los objetivos del abordaje psicológico debe estar encaminado a que el deseo de cambio pase de ser una necesidad externa a una interna.

Es importante tomar en cuenta que la persona dentro de nuestra cultura aún le cuesta pedir ayuda frente a un problema relacionado con el consumo de drogas por el aprendizaje y modelado que ha tenido dentro de su hogar por eso en realidad lo que se sugeriría es trabajar primero la pre - comunidad para una verdadera toma de conciencia,

y de esa manera se pueda entrar a una primera fase dentro de un proceso donde pueda aprovechar el tiempo estipulado, con voluntad y con una actitud desfavorable hacia el consumo de psicotrópicos.

**BIBLIOGRAFIA**

- Allport, G. 1935 Attitudes. En Murchison, C. (ed.) A Handbcok of social psychology. Clark Univ. Press.
- Adinoff B. Neurobiologic processes in drug reward and addiction. Harv Rev Psychiatry. 2004;12(6):305-320.
- Alvira, F. (1986). Cambios en el consumo de bebidas alcoholicas en España. Revista Española de Investigaciones Sociológicas. Nº 34. Madrid.
- Ajzen, I. (1985). From intentions to action: a theory of planned behavior. En J. Kull y J. Beckmann (eds.), Action control from cognition to behavior. Alemania: Springer-Verlog.
- Berruecos, Luis 1974 Antecedentes históricos de las drogas, México, MS, 26 pp.
- Becoña, E. (1996a). La ludopatía. Madrid: Aguilar.
- Becoña, E. y Vázquez, F.L. (1998). Tratamiento del tabaquismo. Madrid: Dykinson.
- Becoña, E. (2001). Tratamiento psicológico de las conductas adictivas. En: J.M. Buceta, A.M. Bueno y B. Mas (Eds.). Intervención psicológica y salud: Control del estrés y conductas de riesgo. Madrid: Dykinson, pp. 423-462
- Becoña, E. y Vázquez, F.L. (2001). Heroína, cocaína y drogas de síntesis. Madrid: Síntesis.
- Becoña, E. & Oblitas, L. A. (2002, 02 de febrero). Adicciones y salud. Revista Bolívar, A. 1995 La evaluación de valores y actitudes. Anaya. Madrid.
- Botvin, G.J., Baker, E., Dusembury, L., Tortu, S., y Botvin, E.M. (1990). Preventing Adolescent Drug Abuse Through a Multimodal Cognitive-Behavioral Approach: Results of a 3 Year Study. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58 (4), 437-446.
- Botvin, G.J. y Botvin, E.M.(1992). Adolescent Tobacco, Alcohol and Drug Abuse: Prevention Strategies, Empirical Findings, and Assessment Issues. Developmental and Behavioral Pediatrics, 13 (4), 290-301.
- Coll. C, Pozo J, Sarabia B, Valls E. Enseñanza y aprendizaje de Conceptos, procedimiento y actitudes .Contenidos de la Reforma ,1992, 1994, Editorial Santillana. S. A.
- Craig, G.(1997). Desarrollo psicológico. Prentice Hall
- Díaz Alcaraz, F (2002). Un Enfoque Constructivista. Ediciones de la Universidad de Castilla. Pag 160. México.

- Durán.F. (1988). Cambio de actitudes y modernización, en C. Amtmann y F. Fernandez, Comunicación y desarrollo rural, Valdivia. U. Austral 1981
- Jehu, D. 1979 Modificación de la conducta en trabajo social, Limusa. México.
- Kauer JA, Malenka RC. Synaptic plasticity and addiction. Nat Rev Neurosci 2007;8(11):844-858
- Festinger, L. 1957 A theory of cognitive dissonance. Stanford Univ. Press.
- Fishbein, M. y Ajzen, I. (1975). Belief, Attitude, Intention and Behavior. Reading: Addison Wesley.
- Fleming, R., Glynn, K. y Leventhal, H. (1985). Predictors of cigarette smoking in adolescents. Presentation at the Mid-Western Psychological Association, Chicago.
- Fleming, R., Leventhal, H., Glynn, K. y Ershler, J. (1989). The role of cigarettes in the initiation and progression of early substance use. Addictive Behaviors, 14, 261-272.
- García-Señorán, M.M. (1994). Educación para la Salud: el consumo de drogas en los adolescentes escolarizados de Galicia. Propuesta educativa para su prevención. Tesis Doctoral, Universidad de Santiago.
- González, M. T. 1992 Centros escolares y cambio educativo. En Escudero Muñoz, J. M. y J. Yañez (coords.), Los desafíos de las reformas educativas. Arquetipo. Sevilla.
- Hualde, G. (1990). Rasgos del contexto estructural del consumo de drogas en los jóvenes. Aspectos económicos, sociales culturales e ideológicos asociados. Comunidad y Drogas, 10, 75-97.
- Instituto Hondureño para la Prevención del Alcoholismo, Drogadicción y Farmacodependencia. 2002 (IHADFA). Tegucigalpa M.D.C.
- Kandel, D. (1975). Stages in adolescent involvement in drug use. Science, 190, 912-914.
- Katz, D. (1960). The functional approach to the study of attitudes. Public Opinion Quarterly, 24, 163-204.
- Krech, Crutchfield . Psicología Social. Biblioteca Nueva. Madrid, 1965  
(Matus, L. (1993). Manual de Psicología Social. México. Pag 23- 24).
- Marlatt, G.A. y Gordon, J. (1985). Relapse prevention. Maintenance strategies in addictive behavior change. Nueva York: Guildford Press.

- Milgram, S. Behavioral Study of Obedience. *J. Abn. Psychol.* 1963, 67. 371-378
- Morales, J. F., Moya, M. y Reboloso, E. (1994) Modelos combinatorios del cambio de actitudes. En J.F. Morales; M. Moya; E. Reboloso; J.M. Fernández-Dols; C. Huici; J. Marqués; Dario Páez; J.A. Pérez. (eds.), *Psicología social*. Madrid: McGrawHill.
- Olds J, Milner P. Positive Reinforcement Produced by Electrical Stimulation of Septal Area and Other Regions of Rat Brain. *J Comp Physiol Psychol.* 1954;47: 419-427.)
- Ortega, P., Mínguez, R. y Pagán, F. (1992). *Actitudes hacia la droga en alumnos de E.G.B. de la Región de Murcia*.
- Papalia y Olds. (1998). *Desarrollo humano*. México: Mc Graw- Hill “*Psicología Social*” de R. Baron y D. Byrne – Editorial Prentice Hall – ISBN 0-205-18944-X “*Psicología Social*” Tomo I – Plaza & Janes Editores SA – ISBN 84-01-61264-0 “*Psicología de las Actitudes*” de K. Young, J.C. Flügel y otros – Editorial Paidós SA.
- Parsons LH, Koob GF, Weiss F. Serotonin dysfunction in the nucleus accumbens of rats during withdrawal after unlimited access to intravenous cocaine. *J Pharmacol Exp Ther* 1995;274(3):1182-1191.
- Prochaska, J.O. y DiClemente, C.C.(1982). Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 19, 276-288
- Rodríguez, A. (1991). *Psicología Social*. México: Trillas. Isbn
- Rosenberg, M. J. and Hovland, C.I (1960) Cognitive, affective and behavioral components of attitudes. En C.I. Hovland, y M.J. Rosenberg (eds.), *Attitude Organization and Change*, New Haven: Yale University Press.
- Salvador, G. (2006), *Nuevos Desafíos en Educación*, Editorial Club Universitario. ISBN Tomo I.
- Schultz W. Predictive reward signal of dopamine neurons. *J Neurophys* 1998;80:1-27
- Twerski, A. J. (1997). *El pensamiento Adictivo*. Grupo Editorial Patria

- Torrens M, Serrano D, Astals M, PerezDominguez G, Martin-Santos R. Diagnosing comorbid psychiatric disorders in substance abusers: validity of the Spanish versions of the Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders and the Structured Clinical Interview for DSM-IV. *Am J Psychiatry* 2004; 161:1231-7.
- Vaughan, H. (2008), *Psicología Social*, Madrid, España.
- Naturaleza de las actitudes. *Enciclopedia Internacional de las Ciencias Sociales*, Vol.1, 1968, Pág. 15

**PAGINAS WEB.**

- Asociación Española de Pediatría. Aguirre. <http://www.aeped.es/sites/default/files/anales/45-5-6.pdf> , recuperado el 20 de enero del 2013.
- Movimiento productivo Argentino, José María Di Paola; Wilbur Grimson; Eduardo Kalina. <http://www.mpargentino.com.ar/wp-content/uploads/2010/08/20100824-Seguridad-y-Adicciones.pdf> . Recuperado el 30 de enero de 2013.
- Rehab in Mexico, Saúl Alvarado. <http://www.adicciones.org/enfermedad/negacion>. Recuperado en febrero de 2013.
- Revista psicológica científica. Elisardo Becoña Iglesias <http://www.psicologiacientifica.com/adicciones-y-salud/>. Recuperado en febrero de 2013.