



UNIVERSIDAD  
DE LA REPUBLICA  
URUGUAY



## **Trabajo Final de Grado**

# ***Construcción y Mantenimiento de la Motivación para el Cambio de Conductas Adictivas con Foco en el Alcohol y Otras Drogas (AOD)***

Modalidad: Artículo Científico

Revista Arbitrada: Psicología, Conocimiento y Sociedad

Estudiante: Violeta Guber C.I.4.338392-2

Docente Tutor: Karina Curione

Montevideo, 2 de mayo de 2015

## **Construcción y Mantenimiento de la Motivación para el Cambio de las Conductas Adictivas con Foco en el Alcohol y Otras Drogas**

### **Resumen**

La presente revisión bibliográfica explora los mecanismos que operan en la construcción y mantenimiento de la motivación para el cambio de conductas adictivas desde la perspectiva de la Teoría de Autodeterminación (TAD) de Ryan y Deci y la Teoría de Autoeficacia de Bandura.

La búsqueda bibliográfica se realizó en bases de datos internacionales, focalizándose en el abuso de alcohol y otras drogas (AOD). Además de la TAD y la Teoría de Autoeficacia, se aborda la técnica de Entrevista Motivacional de Miller y Rollnick y el Modelo Transteórico de Cambio de Prochaska y Di Clemente, dado que ambos modelos aparecen mencionados en algunos de los artículos revisados.

A partir de esta revisión se visualiza la necesidad de continuar investigando los determinantes y las características individuales y comunes implicadas en los procesos de motivación y cambio de conductas adictivas con o sin tratamiento formal. Se destaca la necesidad de desarrollar investigaciones que aborden esta temática en Latinoamérica en general y en nuestro país en particular.

**Palabras clave:** *adicciones autodeterminación autoeficacia*

**Key words:** *addictions self determination self efficacy*

### **Abstract**

The current literature review delves into the mechanisms that underlie the building and maintenance of motivation to change addictive behaviors from the perspective of Ryan and Deci's Self Determination Theory and Bandura's Self Efficacy Theory.

The bibliographic research, which was focused on drug addiction and alcoholism, was carried out in international databases.

Together with the TAD and the Self efficacy Theory, this work explores Miller and Rollnick's Motivational Interviewing and Prochaska and Di Clemente's Transtheoretical Model of Change, as both models are mentioned in some of the articles reviewed.

It is observed from this review that there is a need to continue doing research into the determinants, and the individual and collective traits implied in motivation building and addictive behavior change, with or without formal treatment. Also, it is necessary to investigate Latinoamerica's current issues, especially those of Uruguay.

## **Introducción**

En Uruguay el uso problemático de drogas es motivo de preocupación en salud pública, repercutiendo en la salud física y mental de las consumidores y estando relacionado a un aumento de violencia y criminalidad, en parte debido al carácter ilícito de la mayoría de las sustancias psicoactivas.

En la Quinta Encuesta Nacional sobre Consumo de Droga en Hogares el Observatorio Uruguayo de Drogas (OUD) reporta que el alcohol es la droga más consumida, con una prevalencia del 74% en el 2011, habiendo aumentado su consumo en 7.5 % respecto al mismo estudio llevado a cabo en el año 2006. Este estudio también informa un crecimiento en la prevalencia de marihuana en 2011 (8,3%, comparado con 5.5% en 2006); la prevalencia de cocaína fue de 1,9%, con un tercio de la población consumidora con síntomas de dependencia. Finalmente, habría 17.000 usuarios de pasta base que demandarían tratamiento debido al alto poder adictivo de la sustancia.

El abuso de sustancias reviste distintos niveles de riesgo, siendo el más alto el de la dependencia que, por sus características, requiere en la mayoría de los casos intervenciones terapéuticas específicamente diseñadas para adicciones. A continuación se definirán algunos conceptos clave en este campo de estudio.

El texto revisado del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales IV (DSM-IV-TR, por sus siglas en inglés) refiere al uso problemático de sustancias como "trastorno por consumo de sustancias" (López-Ibor Aliño, 2002, p. 218), diferenciando

entre abuso y dependencia. Por otra parte, la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima versión (CIE-10, por sus siglas en inglés) hace referencia a “trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicoactivas (Organización Mundial de la Salud, 2000, p. 50). Estos manuales no mencionan el término “adicción” a pesar de la vasta cantidad de estudios científicos sobre el tema.

*Dependencia:* El DSM-IV-TR (López-Ibor Aliño, 2002) define a la dependencia de sustancias como un patrón desadaptativo de consumo que conlleva un deterioro o malestar significativos, expresado por tres (o más) de los ítems siguientes en algún momento de un período continuado de 12 doce meses:

- Tolerancia: necesidad de cantidades crecientes de sustancia para conseguir el efecto deseado o disminución del efecto de la misma cantidad de sustancia ante su consumo continuado.
- Abstinencia: síndrome de abstinencia característico para la sustancia o consumo para aliviar los síntomas de abstinencia.
- Mayor consumo del planeado o por un período más largo del que se pretendía.
- Deseo persistente o esfuerzo infructuoso de controlar o interrumpir el consumo.
- Empleo de mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención y/o consumo de la sustancia o en la recuperación de los efectos de la sustancia.
- Reducción de actividades sociales y/o laborales debido al consumo.
- Consumo ininterrumpido a pesar de ser consciente de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, causados o exacerbados por la sustancia.

*Abuso:* según el DSM-IV-TR (López-Ibor Aliño, 2002) se trata de un patrón desadaptativo de consumo con consecuencias adversas significativas. No implica la tolerancia, el síndrome de abstinencia ni el uso compulsivo, típico de la dependencia.

Los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 2000) para la dependencia y abuso de sustancias son similares.

*Adicción:* El Instituto Nacional sobre Abuso de Drogas de Estados Unidos (NIDA, por sus siglas en inglés) define a la adicción como una enfermedad crónica y recurrente del cerebro, caracterizada por la búsqueda y el consumo compulsivo de drogas, a pesar de sus consecuencias nocivas (National Institute of Drug Abuse, 2014). El presente trabajo utiliza el concepto “dependencia de sustancias” como sinónimo de adicción debido a las similitudes evidentes en las definiciones citadas.

*Recuperación:* El Instituto Betty Ford, hoy parte de la Nueva Fundación Hazelden-Betty Ford, es el principal organismo de tratamiento de abuso y dependencia de sustancias sin fines de lucro en Estados Unidos de América. En 2006, un panel de expertos convocado por dicho instituto definió inicialmente a la recuperación como un estilo de vida voluntariamente mantenido, caracterizado por la sobriedad, la salud personal y la ciudadanía. (McLellan T., 2012). En este contexto, *sobriedad* es sinónimo de abstinencia completa del uso de sustancias.

La anterior es una perspectiva *abstencionista*, considerándose *recaída* al retorno al uso de AOD una vez que iniciado el proceso de recuperación. Existe también la perspectiva de *reducción de daños* que fomenta medidas sanitarias para minimizar los riesgos y daños del consumo, educando para un uso controlado y voluntario de la sustancia.

Es esencial aclarar que los artículos revisados, a excepción de la dependencia de opioides inyectables, tienen un enfoque abstencionista de la recuperación, siempre facilitada por intervenciones terapéuticas. Sin embargo, Fernández Hermida, Carballo, Secades-Villa y García Rodríguez (2007) argumentan que hay estudios que atestiguan que puede existir recuperación sin tratamiento. En estos casos, la recuperación es entendida tanto como abstinencia completa como un pasaje de un consumo de riesgo a un consumo controlado. Los autores señalan que el DSM-IV y el CIE-10 adscriben a un modelo biomédico tradicional, contrapuesto al modelo bio-psico-social, para el cual el abuso de sustancias no sería una enfermedad crónica sino un hábito regulado por factores biológicos, psicológicos y sociales.

Bandura (1999) también refiere al fenómeno de la recuperación espontánea de las adicciones, entendiéndolo como un claro ejemplo de la capacidad del ser humano para autoregularse. El autor sostiene que las teorías sobredimensionan la psicopatología y la imposibilidad de sobreponerse al abuso de sustancias, favoreciendo un modelo de riesgo reactivo y opuesto a un modelo de dominio proactivo. Bandura (1999) argumenta que quienes logran desarrollar una autoregulación sólida y perseveran a pesar de intentos fallidos previos, finalmente terminan abandonando el hábito.

*Motivación:* Miller y Rollnick definen a la motivación como “*un estado de disponibilidad o deseo de cambiar*” (Miller y Rollnick, 1991, p.37). Dado que este estado es influido por múltiples factores, es posible que fluctúe en el tiempo o de acuerdo a la situación.

En los últimos veinticinco años se ha desarrollado un marco de teorías que clasifica a la motivación en *motivación interna* y *externa*. Según De León, Melnick y Tims (2001), la motivación interna relacionada al consumo de sustancias es la presión de cambio que surge desde dentro del individuo al percatarse de las consecuencias negativas de su consumo. Estos autores definen a la motivación externa como la presión externa o coerción al cambio para entrar o permanecer en tratamiento.

### **Teoría de Autoeficacia.**

El ejercicio de la *agenciación humana* es central en la teoría sociocognitiva desarrollada por Albert Bandura. Este concepto sería la capacidad de ejercer control sobre nuestro propio funcionamiento y sobre los eventos que nos afectan. Bandura sostiene que las personas están motivadas a actuar cuando creen que pueden producir efectos deseados en base a sus acciones. (Bandura, 1999)

Según Bandura (1999), el principal mecanismo de la agenciación humana son las creencias de *autoeficacia*. Una alta autoeficacia –confianza en la propia capacidad de ejercer cambios al actuar de determinada manera- promueve acciones a partir de procesos de elección a nivel cognitivo, motivacional y afectivo. En la recuperación de

adiciones, este constructo es clave para atravesar los obstáculos que surgen durante el proceso de cambiar un estilo de vida marcado por el consumo de sustancias.

Bandura (1999) plantea que la autoeficacia impacta también sobre las metas planteadas, la percepción de dificultad de lograrlas, la perseverancia ante los obstáculos que aparecen y el esfuerzo realizado. Las personas serían, en última instancia, productores y productos de sus condiciones de vida, al construir sus propios patrones de pensamiento que influyen su motivación, estados afectivos y acciones.

La teoría sociocognitiva describe la relación entre creencias y comportamiento como un proceso de aprendizaje recíproco de selección, reacción y aprendizaje de experiencias. Bandura explica que un proceso de auto-monitoreo, auto-orientación y auto-reacciones correctivas produce este aprendizaje. (Bandura, 2001)

### **Teoría de la Autodeterminación (TAD).**

La TAD postula que existen tres necesidades psicológicas fundamentales y universales: *autonomía*, *competencia* y *relacionamiento*. El hecho que las mismas sean satisfechas o no es determinante para predecir, y potencialmente promover, la autorregulación de conductas adaptativas de las personas.

Esta teoría de la motivación divide a la misma en dos tipos: motivación intrínseca y motivación extrínseca. La primera moviliza a actuar por el simple placer hacerlo; la segunda impulsa a realizar una acción instrumental para alcanzar un resultado distinto, o heterónomo, con respecto a la propia actividad. La TAD propone un continuo de internalización por el cual las personas recorren distintos grados de motivación, desde una motivación más externa hasta un grado mayor de internalización. Cuanto más interna es la motivación, más autónoma y autodeterminada es, resultando en mayores niveles de bienestar. Según Urbanoski (2010), las acciones realizadas a partir de un sentido de necesidad personal son motivadas autónomamente, mientras que aquellas que obedecen a demandas externas serían controladas o externamente motivadas.

La motivación puede ser externa, introyectada, identificada o integrada, según sea ésta originada. Específicamente en el tratamiento de adicciones, Wild y otros (2006) explican que las personas con *motivación externa* entran en tratamiento debido a que diversos eventos sociales los han coaccionado a pedir ayuda. Por otra parte, la *motivación introyectada* busca la aprobación personal o de otros e implica los conflictos internos, como culpa y ansiedad, asociados con la decisión de tratarse. Dentro de los tipos más internalizados de motivación se encuentran la *motivación identificada* y la *motivación integrada*. La primera se produce a partir de una identificación y compromiso personal con la recuperación, -la persona es quien elige pedir ayuda- y la segunda supone un vínculo con sus creencias y valores centrales. La contribución principal de la TAD en el tratamiento de adicciones radica en que, a partir de sus lineamientos, es posible diseñar intervenciones que ayuden a los sujetos a avanzar hacia las formas más autónomas de motivación, que son las que han reportado mayores niveles de recuperación según la literatura revisada.

## **Metodología**

Se realizaron dos búsquedas en el metabuscador EBSCO HOST, al cual se accedió a través del portal uruguayo TIMBÓ, que brinda acceso a bibliografía científica de todo el mundo. En ambas búsquedas se utilizaron los filtros para la opción “búsqueda avanzada” de publicaciones académicas arbitradas en inglés y a texto completo.

La primera búsqueda se realizó el 2 de marzo de 2015 bajo los descriptores *self determination theory* y *addiction*. La misma arrojó dieciséis resultados, de los cuales se excluyeron cinco artículos por no referirse éstos a adicciones a sustancias.

La segunda búsqueda se realizó el 7 de marzo de 2015 bajo los descriptores: *self efficacy* y *drug addiction*. La misma arrojó cuatro artículos, usados en su totalidad.

Por otra parte, el 22 de abril de 2015 se realizaron dos búsquedas en bases de datos que incluyen producción hispanoamericana: Redalyc y Scielo, utilizando los mismos descriptores en español. Ninguna de las dos búsquedas arrojó artículos.



Con el fin de enriquecer la presente revisión, además de los quince artículos mencionados, se consultaron cinco sitios web, se utilizaron secciones y capítulos de once libros y se hizo referencia a otros cuarenta y cinco artículos científicos.

## **Desarrollo**

Tanto los postulados de la teoría de la autoeficacia como los de la TAD han probado ser operativos para el tratamiento y prevención de recaídas en uso problemático de sustancias. Bar, Colt y Liechtenstein (1986); Lichtenstein y Glasgow (1997); Rollnick y Heather (1982); Rychtarik, Prue, Rapp, y King (1992) presentan evidencia de la efectividad clínica de la teoría de la autoeficacia para las conductas adictivas. A su vez, Ryan, Plant y O'Malley (1995) indican que la TAD es un marco útil para comprender la motivación al tratamiento.

### **Artículos que refieren a la Teoría de Autoeficacia.**

En un estudio llevado a cabo por Webb, Sniehotta y Michie (2010) se revisan diez teorías del cambio conductual que pueden aportar al campo de las adicciones.

Una de ellas, la teoría sociocognitiva de Bandura, recomienda modificar la autoeficacia durante las intervenciones, apuntando a uno o más de los cuatro tipos de experiencias que la originan. Esto habilitaría al paciente a establecer estándares personales apropiados, monitoreándose con efectividad y generando auto-reacciones correctivas.

Webb y otros (2010) informan los resultados de una investigación en una intervención sobre cesación de tabaquismo basada en la teoría sociocognitiva. Dicha intervención consistió en cinco sesiones informativas sobre las ventajas y desventajas de fumar, entrenamiento en habilidades de abandono de hábito, relato de experiencias exitosas y técnicas para prevenir recaídas. Seis meses después la diferencia de tasas de abandono de hábito entre el grupo de intervención y el de control eran significativas.

Los autores señalan que el modelo de prevención de recaídas de Marlatt (Marlatt, 1984) extendió la teoría de Bandura al considerar el mantenimiento de la abstinencia.

Marlatt (1984) explica que las respuestas de afrontamiento a situaciones de riesgo afectan la autoeficacia, la disonancia cognitiva y las auto-atribuciones, incidiendo en las probabilidades de recaída. (Webb y otros, 2010).

Webb y otros (2010) concluyen que las teorías de cambio conductual pueden colaborar a identificar las emociones, cogniciones y motivaciones que preceden la acción y sugerir objetivos para las intervenciones de cambio de comportamiento. Al cambiar las creencias sobre lo que se es capaz, se modificaría también la conducta.

Por último, los autores subrayan la necesidad de que las intervenciones dirigidas al cambio de conducta informen sus bases teóricas, técnicas y formas de llevarlas a cabo con el fin de construir una “ciencia del cambio” que ahonde en la comprensión de las intervenciones efectivas para que éstas puedan ser replicadas.

Whittinghill y otros (2000) exploran el valor clínico de la teoría de autoeficacia para terapeutas adiccionistas de servicios médicos pre-pagos. En este contexto, se precisa adoptar un modelo de intervención breve y heterogénea susceptible de ser evaluada empíricamente. Estos autores argumentan que la teoría de autoeficacia puede ser operacionalizada para abordar temas terapéuticos dentro de un continuo que se extienda desde un uso perjudicial ocasional de sustancias hasta una dependencia severa instalada. Por otra parte, este modelo presenta las características comunes a las terapias breves efectivas descritas por Welles (1993) ya que permite: a) trabajar con el conflicto de forma inmediata, b) diagnosticar a través de la acción, c) intervenir de forma simple y rápida d) conectar al consultante con los recursos necesarios.

Whittinghill y otros (2000) concluyen que la teoría de autoeficacia sería un modelo viable para consejería en adicciones en sistemas de servicios médicos pre-pagos.

Por su parte, Connor, Gullo, Feeney, Kavanagh y Young (2013) realizan un estudio sobre la relación entre la autoeficacia de rechazo (creencia en la propia habilidad de abstenerse de consumir) y las expectativas de resultados imaginadas en una muestra de usuarios de cannabis en tratamiento.

Los autores parten de investigaciones anteriores que muestran que las creencias de autoeficacia de rechazo influyen tanto en los resultados esperados como en la respuesta conductual: la persona que cree que la droga será más gratificante confiará menos en su habilidad de resistirse a consumir. Esto obedece tanto al valor reforzante de la droga como a la experiencia de fracasos anteriores. Las expectativas de resultado y las creencias de autoeficacia de rechazo habían sido anteriormente asociadas al uso problemático y a los resultados de tratamiento, pero ambas variables no habían sido estudiadas combinadas.

Connor y otros (2013) trabajaron con una población de usuarios de cannabis en tratamiento. Aplicaron el *Cuestionario de Expectativa de Cannabis* y el *Cuestionario de Autoeficacia de Rechazo para Cannabis*, al tiempo que midieron el grado de abuso con la *Escala de Severidad de Cannabis*. Los autores observaron que las expectativas de resultado de cannabis se asociaban significativamente con la autoeficacia de rechazo. La autoeficacia de rechazo mediaba completamente la asociación entre la expectativa negativa y el consumo semanal y mediaba parcialmente el efecto de la expectativa positiva en el consumo semanal. Connor y otros (2013) concluyen que, consistentemente con la teoría sociocognitiva, la *autoeficacia de rechazo* influye en la asociación entre las expectativas de resultado de cannabis y el uso del mismo.

En otra línea, con el fin de indagar sobre los probables componentes activos presentes en los grupos de autoayuda para la recuperación de adicciones, Rudolf Moos (2008) realiza una revisión de literatura empírica bajo la luz de cuatro teorías, entre ellas la teoría sociocognitiva de Bandura. Estas teorías identifican procesos sociales comunes que parecen subyacer en los dispositivos psicosociales efectivos en lograr abstinencia y remisión de la adicción. Respecto a la teoría sociocognitiva, Moos (2008) concluye que en muchos de estos grupos se destacan los siguientes componentes activos: involucramiento en actividades placenteras, normas orientadas a la abstinencia, participantes referentes que apuntalan la autoeficacia y las habilidades de afrontamiento. Moos (2008) encuentra que la participación en estos grupos se asocia

a un menor uso de sustancias al año de seguimiento. Según este autor, la afiliación con Alcohólicos Anónimos (AA) se vincula a un aumento de autoeficacia y motivación para la abstinencia. Por otra parte, Moos (2008) señala que los grupos de autoayuda fomentan estrategias de afrontamiento y desalientan conductas de evitación. El autor reporta que los grupos de autoayuda también benefician a personas con diagnóstico de enfermedad dual. Además, los grupos de autoayuda fomentarían la integración social y la ayuda recíproca, lo que aumentaría el sentido de propósito y responsabilidad personal. Así, resultarían eficaces para afianzar el sentido de *relacionamiento*, constructo perteneciente a la TAD. Todas estas nociones son consistentes con los factores claves que parecen subyacer la recuperación estable: nuevos lazos sociales, apoyo, supervisión, actividades gratificantes sustitutivas y, esencialmente, una fuente de esperanza e inspiración sostenida en el tiempo.

#### **Artículos que refieren a la Teoría de la Autodeterminación.**

En un estudio cualitativo, Ayres, Lingram, Rees, Neale, Beattie y Telfer (2014) exploraron las actitudes y razones de consumidores de heroína inyectable para participar en la viabilidad de un ensayo controlado aleatorizado que ofrecía tratamiento de sustitución de opioides con metadona (TSO) “en el mismo día”, en contraposición con las vías de acceso habitual a TSO. Para analizar los resultados los autores utilizaron el modelo de motivación propuesto por la TAD.

El TSO es reconocido internacionalmente como tratamiento de reducción de daño y coadyuvante a la recuperación. El estudio fue realizado en Bristol, Inglaterra, donde el TSO está disponible en el 90% de los centros de salud en el primer nivel de atención, aproximadamente una semana después de la consulta con médico general.

Ayres y otros (2014) explican que, según datos recabados por el Programa de Drogas de Bristol, los usuarios de droga inyectable (UDI) reportan que la dificultad a acceder a consulta y la lista de espera son barreras para el TSO, lo que implica ventanas de motivación cerradas y retorno a la ambivalencia.

Los participantes fueron aleatorizados en grupo de intervención, quienes accedían a la receta de metadona en el mismo día y grupo de control. Tres meses después, se entrevistó a una muestra representativa con el fin de explorar sus actitudes y razones para tomar parte del ensayo y el impacto de la aleatorización en ambos grupos.

El estudio halló que el ensayo permitió a algunas personas entrar en TSO, desintoxicarse y recuperarse; otras redujeron su consumo inyectable. Las personas del grupo de control expresaron su decepción por no haber integrado el grupo de intervención y cincuenta por ciento de ellos comenzaron TSO por la vía convencional.

Los autores interpretan los resultados positivos de los participantes del grupo de control a partir de la TAD: esta teoría postula que las personas tienen tendencias innatas hacia el desarrollo personal y el bienestar. La teoría de evaluación cognitiva, una subteoría dentro de la TAD, especifica que para que estas tendencias se desarrollen las tres necesidades psicológicas fundamentales deben estar cubiertas. Es probable que participar del estudio y completar una autoevaluación sobre uso de AOD haya creado las condiciones para el cambio en los participantes: un mayor sentido de competencia ante la posibilidad de acceder a TSO y una reducción de presión externa e incremento de autonomía y motivación interna ante la actitud no coercitiva de los investigadores. Por otra parte, el sentido de relacionamiento podría haberse fortalecido por el ambiente comprensivo y no discriminador. El reclutamiento al grupo de control podría haber impulsado a algunas personas desde una forma de autorregulación externa a una más autodeterminada. Además, este reclutamiento podría haber revalorizado el cambio de conducta y promovido un mayor sentido de autoeficacia, resultando en la determinación de lograr el TSO.

También vinculado a la reducción de daño en usuarios de droga inyectable, el estudio de Zeldman y Ryan (2004) examina el rol de la motivación y de las creencias sobre la propia conducta adictiva como predictores de resultados de TSO.

Los autores estudiaron las relaciones entre la motivación y los resultados de TSO en setenta y cuatro participantes. Específicamente, se investigó la motivación inicial para

entrar en tratamiento aplicando la TAD. Se observó que las personas internamente motivadas mostraban tasas más bajas de recaída y mayor presentismo a la terapia grupal. Además, la naturaleza de la motivación fue predictiva del logro temprano de autorización clínica para llevar dosis de metadona al domicilio.

Zeldman y Ryan (2004) reportan hallazgos de la interacción entre motivación interna y externa. Algunas personas resistentes con alta motivación externa y baja motivación interna no lograron buenos resultados. Esto sugiere que la motivación externa, a menos que sea acompañada de altos niveles de motivación interna, podría impedir el logro de resultados positivos. Sin embargo, existe la posibilidad, según sugieren Ryan y otros (1995), que niveles altos de motivación externa, al ser pareados con niveles altos de motivación interna propicien la recuperación.

Los autores también asocian menor nivel de recaídas a mayor percepción de apoyo a la autonomía por parte del personal técnico.

Zeldman y Ryan (2004) señalan que, a pesar de tener sus detractores, el modelo de adicción como enfermedad crónica es operativo en el contexto del TSO. Los autores refirieron a la teoría de entidad o incremental de Dweck (1989, 1991) que ayudaría a comprender si las personas perciben a la adicción como algo inmutable-visión de entidad- o corregible -visión incremental-. La paradoja radica en que, para el TSO, una visión de entidad facilita la adherencia al tratamiento y a la no interrupción del TSO. Los autores reportan que una mayor puntuación de la visión de entidad se asocia con mejores resultados en el tratamiento.

Zeldman y Ryan (2004) concluyen que una más efectiva distribución de recursos y tiempo es posible al identificar las atribuciones motivacionales y las concepciones relativas a la adicción de las personas que reciben TSO.

En el año 2012, Pavey y Sparks realizaron una investigación para evaluar si elevar experimentalmente la autonomía conducía a respuestas más adaptativas respecto al consumo de alcohol. Los autores tenían la hipótesis de que el impacto de folletos informativos sobre riesgos del alcohol y recomendaciones saludables sería mayor si

previamente se fomentaba la autonomía de los lectores. Los sujetos de la investigación fueron asignados a dos grupos: de alto riesgo y de bajo riesgo según sus hábitos de consumo de alcohol.

Las campañas de información sobre riesgos para la salud no suelen resultar efectivas. Una causa propuesta es la tendencia de las personas a procesar la información sesgadamente, distorsionándola o negándola, y/o justificar conductas poco saludables para mantener la autoestima alta. (Reed y Aspinwall, 1998)

La teoría de autoafirmación (Steele, 1998) propone que, al enfrentarse con información amenazante, las personas se defienden para reducir el impacto negativo en su concepto de sí mismos. Esta teoría sugiere que el concepto de sí mismo puede aumentarse cuando las personas afirman valores importantes, debilitando así la necesidad de respuestas defensivas. Según Cohen, Aronson y Steele (2000), las manipulaciones de autoafirmación disminuirían el procesamiento sesgado de información angustiante.

Pavey y Sparks (2012) refieren a los constructos de la TAD, explicando que hay evidencia de que la orientación hacia la motivación autónoma se asocia a bajos niveles de procesos defensivos y de afectos negativos. Por otra parte, los sujetos más autónomos son más proclives a seguir el consejo de los expertos. (Koestner y otros, 1999). Además, existe evidencia que una autonomía alta reduce la autoestima defensiva y aumenta la autoestima implícita (Hodgins, Brown y Carver, 2007).

Pavey y Sparks (2012) exploraron si preparar para la autonomía llevaría a mayor motivación intrínseca y mayor compromiso a moderar el consumo de alcohol, luego de leer información sobre los riesgos de su consumo excesivo. Los autores tenían la hipótesis de que manipular el aumento de autonomía bajaría la actitud defensiva y elevaría la motivación para moderar el consumo en los participantes de alto riesgo al leer información sobre los riesgos del alcohol. Sin embargo, en ausencia de peligro, promover la autoestima reduciría los cambios de conducta saludables debido a la

confianza respecto a actitudes previas hacia el consumo, de forma similar a la observada cuando las autoafirmaciones son brindadas en ausencia de peligro.

Los resultados revelaron que los participantes de alto riesgo que fueron preparados en autonomía y leyeron información sobre los riesgos del alcohol reportaron mayor motivación intrínseca que aquellos que leyeron información neutral sobre el alcohol.

Los resultados son consistentes con las hipótesis construidas de que un mayor sentido de autonomía reduce el sesgo defensivo y aumenta la evaluación reflexiva. Por otra parte, confirman estudios previos de Pavey y Sparks (2008) que revelan que las personas más autónomas responden más adaptativamente a información de riesgo y sugieren que la autonomía puede ser manipulada para obtener respuestas adaptativas a información sobre riesgos para la salud.

La principal contribución de este estudio es integrar la noción de que la autonomía se asocia al descenso de mecanismos defensivos ante información sobre riesgos de la salud, percibida como amenazante. Además, esta investigación hace un paralelismo entre la promoción de la autonomía desde la perspectiva de la TAD y la teoría de la autoafirmación. Los resultados del trabajo sugieren que la autonomía es un aspecto central de la autointegridad que puede ser apuntalada para obtener efectos similares a aquellos producidos usando otras manipulaciones de autoafirmación. La autonomía sería así un punto clave dentro de la manipulación efectiva de la autoafirmación.

En otra línea de investigación, se publicaron en 2011 y 2012 dos estudios sobre el uso de tecnología móvil para la prevención de recaídas post- tratamiento de alcoholismo.

El primer estudio fue realizado por Gustafson, Shaw, Isham, Baker, Boyle y Levy (2011). Los autores explican los componentes necesarios para la prevención de recaídas en base al modelo de prevención de recaídas cognitivo conductual de Marlatt (1984) y a la TAD, y describen cómo la tecnología móvil puede colaborar con las necesidades de quienes buscan recuperarse. Además, presentan la aplicación A-CHESS para smartphones, basada en las teorías arriba mencionadas y diseñada para prevenir recaídas tras un tratamiento de alcoholismo.



El alcoholismo es considerado crónico y existe evidencia de una alta frecuencia de recaídas post-tratamiento (Anderson, Ramo y Brown, 2006; Maisto, Zywiak, y Connors, 2006; Shiffman, 1984, 1986). Sin embargo, el apoyo para prevenir las mismas es escaso, dada la sobrecarga laboral y económica de la infraestructura para su tratamiento (McLeellan, Carise y Kleber, 2003).

Por otra parte, se ha reportado que las conductas de afrontamiento disminuyen las probabilidades de recaídas. (Irvin, Bowers, Dunn & Wang, 1999; Godley, Godley, Dennis, Funk, & Passeti, 2002; Stalcup, Christian, Stalcup, Brown, & Galloway, 2006) Las acciones más eficaces serían la planificación de conductas para enfrentar contextos expuestos y la activación de estrategias cognitivas y/o conductuales ante ansias de consumo. Sin embargo, esto es difícil de adquirir luego de una larga historia de abuso de sustancias. (Davis y Glaros, 1986; Larimer, Palmer y Marlatt, 1999).

El modelo de prevención de recaídas cognitivo conductual de Marlatt, ampliamente validado por especialistas en adicciones, sugiere que la recaída puede ser causada tanto por determinantes inmediatos como por antecedentes encubiertos. Entre los primeros se encuentran las situaciones de alto riesgo, la falta de respuesta afrontativa, la autoeficacia descendida y los efectos de la violación de abstinencia. Entre los segundos están el desbalance en el estilo de vida, y las ansias de consumo.

Gustafson y otros (2011) argumentan que un sistema basado en tecnología móvil podría resultar una "prótesis" para los déficits de control cognitivo del usuario, al tiempo que apoyaría las necesidades de relacionamiento, competencia y autonomía, favoreciendo así un funcionamiento adaptativo según la TAD. A su vez, este sistema contrarrestaría las causas de recaídas propuestas por el modelo de Marlatt. Un sistema de estas características ofrecería apoyo cuándo y dónde sea necesario, reduciendo costos y mejorando la efectividad de programas de tratamiento.

Con tales fines, bajo la financiación del NIAAA (Instituto Nacional de Abuso de Alcohol y Alcoholismo, por sus siglas en inglés), se diseñó el prototipo A-CHESS basado en CHESS, un sistema computarizado de soporte a la salud integral creado y testado

por el equipo de investigación de los autores. A-CHESS fue nombrado así para señalar su foco en adicciones.

La aplicación A-CHESS fomenta el relacionamiento a través de grupos de apoyo online y hace accesible la comunicación con técnicos y personas significativas. La autonomía y la competencia se respaldan mediante el acceso a diferentes herramientas como escritos inspiracionales, preguntas disparadoras de reflexión, etc.

La TAD fue utilizada como marco para identificar los componentes esenciales -el “qué”- que debía tener A-CHESS. El modelo de prevención de recaídas de Marlatt fue utilizado para elegir el momento oportuno -el “cuándo”- brindar cada uno de los servicios de A-CHESS. Un ejemplo puede ser una situación de alto riesgo, determinante inmediato dentro del modelo de Marlatt. A-CHESS es capaz de monitorear la localización del usuario vía GPS, y si éste se encuentra cerca de su bar favorito, iniciar estrategias de evitación, como sugerir al usuario que llame a un miembro de su red de soporte. El servicio rastreador es usado para elegir el momento oportuno -“cuándo”- y evitar la recaída abordando el relacionamiento -“qué”-.

Al diseñar este prototipo, Gustafson y otros (2011) se plantearon la ética de ofrecer funciones como el rastreo de usuarios. Debido a esto condujeron grupos focales de alcoholistas que, en su amplia mayoría, aceptaron el rastreo vía GPS bajo el acuerdo que los datos obtenidos fuesen compartidos con su permiso.

McTavish, Chih, Shah y Gustafson (2012) realizaron el segundo estudio sobre tecnología móvil para prevención de recaídas. Trabajaron con una población de alcoholistas dividida aleatoriamente en grupo de control, con seguimiento convencional post-tratamiento y grupo de intervención, a quienes, además del seguimiento convencional, se les asignó un smartphone con la aplicación A-CHESS.

El análisis de los patrones de uso durante los primeros cuatro meses reveló que A-CHESS fue utilizada frecuentemente y de manera sostenida en el tiempo: en la semana dieciséis casi el ochenta por ciento de los participantes continuaba accediendo. Los participantes con dependencia dual (alcohol y drogas) mostraron

mayores niveles de uso, mientras que aquellos con diagnóstico de patología dual (adicción y patología mental) presentaron un uso algo menor.

Según McTavish y otros (2012), los hallazgos demuestran que, dada la oportunidad, las personas alcoholistas, con adicción dual y con patología dual usarán aplicaciones móviles como el A-CHESS para apoyo, búsqueda de recursos e información. Sin embargo, es preciso seguir investigando para determinar si el uso sostenido de A-CHESS mejora el resultado de los tratamientos.

Groshkova (2010) lleva a cabo una revisión de literatura sobre la motivación para el tratamiento de adicciones. La autora señala que, mientras que los motivadores externos, como la amenaza de sanción legal, parecen potencialmente fomentar el mantenimiento en tratamiento, la motivación interna es comparativamente más efectiva en provocar y mantener el cambio conductual. Además, la última parecería estar vinculada a visiones más positivas por parte de los usuarios de la experiencia del tratamiento en sí mismo.

Groshkova (2010) cita a Ryan y otros (1995), quienes observan que los sujetos que voluntariamente comienzan un tratamiento -presumiblemente a partir de una alta motivación interna- tienden a mostrar tasas más bajas de abandono y mejores resultados que quienes son referidos a tratamiento bajo coacción. Sin embargo, la autora advierte que no sería productivo considerar la coacción como una variable estable y dicotómica, sobre todo en el contexto de la motivación al cambio. Groshkova refiere al trabajo de Wild (1998) quien señala que no existe una correspondencia uno a uno entre la presión social objetiva y las percepciones de coacción.

Groshkova (2010) observa que, a pesar de que los motivadores externos puedan ser efectivos en provocar el inicio y mantenimiento en tratamiento, el factor clave está en la experiencia psicológica subyacente; específicamente en la adherencia a los objetivos del mismo. El motivador externo activaría así la motivación interna.

Groshkova (2010) concluye que explorar la interacción y la naturaleza psicológica de la motivación, en lugar de considerar la motivación interna y externa como dos

conceptos diferenciados que no interactúan, puede ser especialmente útil para facilitar la motivación identificada de los sujetos.

Wild, Cunningham y Ryan (2006) exploran la utilidad de la TAD para comprender la relación entre presión social, motivación e involucramiento en el tratamiento.

Los autores construyen dos hipótesis: a) la motivación para el tratamiento representa variables únicas respecto al involucramiento del usuario al considerar la influencia de presiones legales, formales e informales. b) consistente con la TAD, la razones autodeterminadas para entrar en tratamiento estarían más positivamente asociadas con el involucramiento del cliente que otro tipo de razones.

Trescientas personas participaron del estudio, a quienes se les administró una serie de escalas y cuestionarios para medir su grado de dependencia de alcohol y/o drogas, fuente de derivación a tratamiento, presión ejercida por redes sociales, razones externas, introyectadas e identificadas para tratarse y grado de coacción percibida.

Respecto a la primer hipótesis, los resultados fueron consistentes con la predicción construida; los autores reportan que la derivación legal y las presiones sociales para reducir o abandonar el consumo o entrar en tratamiento no presuponen una percepción de costos y beneficios del cambio de conducta ni interés en tratarse. Estos hallazgos son consistentes con el postulado, derivado de la TAD, de que son las razones de los clientes las que podrían predecir el involucramiento en el tratamiento más que los eventos de control social.

Los resultados también fueron consistentes con la segunda hipótesis: el informe de una elección personal a comprometerse con el tratamiento fue asociada al interés por el mismo, a los beneficios de reducir el consumo y al esfuerzo para recuperarse. Este hallazgo se suma a la vasta literatura que demuestra que la motivación identificada correlaciona positivamente con el cambio de conducta saludable.

Wild y otros (2006) observaron una relación inversa entre motivación externa para el tratamiento y calificación de interés en el tratamiento por parte del terapeuta. Por último, los autores hallaron que la motivación introyectada para el tratamiento

correlacionaba positivamente con la percepción de costos y beneficios de recuperarse, lo cual es consistente con la TAD que adjudica a la introyección conflicto y culpa respecto a la decisión de tratarse.

Wild y otros (2006) concluyen que la presiones sociales *per se* no se relacionan con el involucramiento en el tratamiento. El compromiso estaría dado por la percepción de que se ha hecho una elección personal de entrar en tratamiento.

Urbanoski (2010) también lleva a cabo una revisión de trabajos previos sobre la influencia de la coacción en el tratamiento de adicciones. En consonancia con Groshkova (2010), la autora destaca el valor de incorporar la perspectiva de los pacientes sobre la coacción en sí misma. Urbanoski (2010) focaliza en las repercusiones que conlleva interpretar y aplicar los hallazgos de investigaciones anteriores y argumenta a favor de una mayor precisión al describir las experiencias y eventos coactivos para lograr una alineación más precisa entre los conceptos medidos y los procesos de entrada a tratamiento. La autora, basándose en los aportes de Wild (2006) hace una distinción entre *coacción* y *control social*. *Coacción* aludiría a una imposición donde la decisión de entrar en tratamiento no la toma el usuario, una situación que atenta contra la autonomía personal. *Control social* refiere a las presiones aplicadas objetivamente para fomentar la entrada a tratamiento.

Existe evidencia empírica que avala la falta de correspondencia directa entre estrategias de presión objetivas y percepciones de coacción (Wild, 2006) Urbanoski (2010) explica que el mandato legal no es necesariamente percibido como una razón decisiva para tratarse y que el tratamiento es solicitado tanto por presiones externas como internas.

Urbanoski (2010) sostiene que la TAD brinda un amplio cúmulo de hipótesis sobre el rol de la autonomía en los tratamientos de recuperación. La autora argumenta que son las percepciones de coacción y las amenazas a la autonomía, más que su presencia objetiva, las que influyen la motivación y el cambio conductual.

La TAD destaca lo inadecuado que resulta abordar la coacción tomando en consideración solo las circunstancias externas al explicitar las diferentes formas en que las personas responden a los eventos externos y a los contextos sociales. Urbanoski (2010) explica que, a pesar que se han reportado hallazgos negativos respecto a la efectividad del tratamiento realizado bajo presión legal, también existen estudios que demuestran que las presiones legales fomentan el cumplimiento de periodos más largos de tratamiento y que algunas personas muestran comparativamente mejores respuestas al tratamiento, al menos en el corto plazo.

Empíricamente, la coacción percibida se asocia a una mayor motivación controlada y a una menor motivación autónoma (Wild y otros, 2006). Por otra parte, la motivación autónoma al momento de la admisión se asocia con un mayor presentismo en las sesiones, cumplimiento del tratamiento por periodos más largos y menor tasa de consumo durante el mismo (Staines y otros, 2003), lo cual es consistente con las predicciones de la TAD sobre el impacto de la motivación interna en el tratamiento y la recuperación.

Según Urbanoski (2010), el sentido de la retención en tratamiento bajo coacción no está claro: se asocia a mayor presentismo en el tratamiento pero se lo ha vinculado con un compromiso cognitivo menor.

Urbanoski (2010) sostiene que tradicionalmente no se ha dado importancia a los conceptos de autodeterminación y autonomía en los estudios de tratamientos de las conductas adictivas. Las discusiones sobre el rol de la coacción en el tratamiento de adicciones han tendido a centrarse en preocupaciones de salud pública, productividad económica, delincuencia y enfermedades contagiosas. La autora concluye que no está claro aún hasta qué punto podrían ser perjudiciales para la recuperación los métodos comúnmente empleados para hacer que las personas entren en tratamiento.

Por último, Urbanoski (2010) explica que la diferencia entre las formas de motivación autónoma y controlada es un factor clave que distingue a la TAD de otras teorías de motivación y cambio conductual como el Modelo Transteórico de Cambio (MTT)

(Prochaska y Di Clemente, 1986). La diferencia entre el proceso de cambio comportamental que proponen ambos modelos está en la manera en que conceptualizan el origen de la motivación y su transformación a través del tiempo.

### **Artículos que refieren al Modelo Transteórico de Cambio.**

Groshkova (2010) hace referencia al MTT o modelo de “etapas de cambio” (Prochaska y Di Clemente, 1986) en su revisión de marcos motivacionales. El MTT describe las etapas de cambio que atraviesan los consumidores para llegar a la recuperación: pre-contemplación, contemplación, preparación, acción, mantenimiento.

A pesar de que los autores del modelo no las presentan así, estas etapas son típicamente interpretadas como motivación, o más específicamente “preparación para el cambio”, (Maisto y otros, 1999). Según Groshkova (2010), el MTT propone que la motivación emerge cuando el individuo reconoce que sus problemas son causados por su consumo y se incrementa conforme a la posibilidad de cambio es considerada. El proceso de cambio es cíclico más que lineal. Debido a esto, las personas pueden transitar varias veces el ciclo de cambio, experimentando una o varias recaídas, antes de lograr el mantenimiento o cambio sostenido. Se cree que cada etapa posee un balance particular entre las ventajas y desventajas del comportamiento, las estrategias para el cambio y las creencias en la propia habilidad de cambiar la conducta.

Groshkova (2010) argumenta que, a pesar que un número considerable de estudios respalda el supuesto de que encuadrar las intervenciones en la etapas de cambio en que se encuentra el paciente puede fomentar el cambio, (Prochaska y otros, 1993), estudios más recientes y una revisión sistemática llevada a cabo por Van Sluijs , Van Poppel y Van Mechelen (2004) identifican limitada evidencia o falta de ella del efecto de las intervenciones basadas en las etapas de cambio del MTT en las tasas de tabaquismo y abandono de hábito. Asimismo, se reportan resultados similares en una revisión de literatura sobre la actividad física llevada a cabo por Adams y White (2005).

Por último, Groshkova (2010) identifica una serie de cuestionamientos concernientes a la existencia y definición de la *etapa de cambio* y su medición. La mayoría del trabajo en esta área está basado en el supuesto de que existen etapas discretas de cambio y que éstas han sido empíricamente validadas. Sin embargo, la estructura de cuatro etapas inicialmente identificadas (McConaughy, Prochaska, Velicer, 1983) no ha sido consistentemente validada y en varios estudios las etapas no han emergido como factores separados (Elder, De Moor, Young, Wildey, Molgaard, Golbeck, 1990; Belding, Iguchi y Lamb, 1996; Miller y Tonigan 1996).

Groshkova (2010) señala que resulta difícil aceptar la evidencia disponible para las etapas de cambio debido a que los criterios para delimitarlas no son consistentes. Sin embargo, a pesar de los problemas conceptuales, la introducción del modelo serviría de base para reconceptualizar la motivación para el tratamiento.

Un estudio realizado por Kenedy y Gregorie (2009) busca determinar si la fuente de motivación descrita por la TAD podría determinar las etapas de cambio del MTT.

Según Prochaska y Di Clemente (1986), las personas inician el cambio a partir del *balance decisional*, o el valor de los argumentos en contra y a favor de determinada conducta. En este marco, el cambio comienza cuando la balanza se inclina hacia las desventajas de la conducta adictiva. El MTT no toma en cuenta si la motivación es interna o externa respecto al balance decisional, a pesar que las primeras intervenciones tienden a enfatizar la presión externa (Kenedy y Gregorie, 2009).

En contraste, la TAD se configura como un marco teórico para comprender el origen interno o externo de la motivación y su impacto en el resultado del tratamiento.

Kenedy y Gregorie (2009) reportan un estudio clave de Ryan y otros (1995) que da cuenta cómo los niveles más altos de motivación internalizada correlacionan inversamente con el abandono de tratamiento. Además, se observa una interrelación entre la motivación interna y externa, señalando que las personas con alta motivación interna y externa son quienes más probablemente se mantengan en tratamiento. Por



ende, la motivación externa en combinación con la motivación interna estaría positivamente relacionada con los resultados (Kenedy y Gregorie, 2009).

Según Kenedy y Gregorie (2009), tanto la TAD como el MTT hacen contribuciones importantes para la comprensión de la motivación. La TAD identifica qué fuerzas influenciarían al sujeto a iniciar un cambio y los mecanismos psicológicos que llevan a lograrlo. En contraste, el MTT identifica procesos de cambio en una dimensión temporal de motivación y encuadra los movimientos hacia el cambio de conducta.

Los autores proponen que ambas teorías relacionadas ofrecen una perspectiva más completa. Ambas reconocen a la autoeficacia como un componente esencial para la recuperación; el MTT refiere a ésta, junto con el balance decisonal, como el propulsor del cambio, al tiempo que la TAD propone un concepto cercano, la competencia.

Con el fin de precisar si la fuente de motivación descrita por la TAD podría determinar las etapas de cambio del MTT, Kenedy y Gregorie operacionalizaron la TAD en dos niveles de motivación para el tratamiento: externa e interna y el MTT en tres etapas de cambio: pre-contemplación, contemplación y cambio.

Utilizando datos del *Estudio sobre Resultados de Tratamiento de Abuso de Droga* (DATOS, por su siglas en ingles), publicado en 2004, los autores tomaron una muestra al azar de cuatro mil trescientas cuarenta y siete entrevistas.

Las entrevistas utilizadas como fuente de datos fueron realizadas al inicio del tratamiento y repetidas una semana después. Un análisis de regresión logística multinomial indicó que habría una relación significativa entre la fuente de motivación y la etapa de cambio en el momento de admisión al tratamiento. Las personas ubicadas en la etapa de pre-contemplación mostraron pocos indicios de motivación interna, aquellos ubicados en la etapa de contemplación exhibieron un grado mayor y por último, los sujetos que estaban en la etapa de acción, presentaron los niveles más altos de motivación interna.

Según Kenedy y Gregorie (2009), este estudio fue un esfuerzo preliminar de relacionar dos teorías. Concluyen tentativamente que ambas serían complementarias y que

parecería probable que adoptar un enfoque hacia la motivación interna sea un pre requisito para progresar hacia la etapa de acción en los tratamientos de adicciones.

### **Artículos que refieren a la Entrevista Motivacional (EM).**

Tres artículos hallados en la primera búsqueda bibliográfica analizan la técnica de EM, desarrollada por Miller y Rollnick para el tratamiento de abuso de sustancias. Según los autores, la EM es un estilo de interacción centrada en el paciente cuyo objetivo es obtener y fortalecer la motivación para el cambio.

Resnicow y McMaster (2012) realizan una reseña de esta técnica cuya eficacia ha sido demostrada en numerosos ensayos aleatorizados en una amplia diversidad de condiciones. Los autores analizan las similitudes y diferencias entre la EM y la TAD, ya que, a pesar de que la primera fuera desarrollada de forma intuitiva y atórica, muestra una alta convergencia con la TAD. Tanto es así que en los últimos años un gran número de investigadores de la EM han utilizado la TAD como el modelo de facto para entender cómo y porqué la EM funciona.

Resnicow y McMaster (2012) explican que la EM fomenta la resolución de la ambivalencia y la reflexión para el cambio al explorar la discrepancia entre la conducta actual y los valores y objetivos de vida en una modalidad no confrontativa y afable.

Los autores, basándose en los constructos de la TAD, observan que a menudo las personas llegan a la consulta sin motivación o, en algunos casos, con niveles altos de motivación externa o introyectada. El control externo es común a ambos tipos, el primero debido a recompensas o castigos extrínsecos y el segundo originado por la culpa, vergüenza o comparación social. El desafío del técnico es ayudar a desarrollar una motivación más autónoma, ya que ésta se asocia al cambio a largo plazo.

La EM trabaja también con los constructos de competencia, relacionamiento y autonomía, propios de la TAD. En EM usualmente se utilizan herramientas como la *escala de confianza 0-10* o el *plan de cambio*, fijando objetivos realistas para construir autoeficacia o sentido de competencia. La necesidad de relacionamiento se integra en

la EM en el vínculo con un consejero empático no coercitivo. Fortalecer la autonomía del consultante es central en la EM; se reflexiona conjuntamente sobre las perspectivas del consultante y se acuerdan objetivos a partir del trabajo sobre la ambivalencia del sujeto; el técnico nunca es prescriptivo.

Resnicow y McMaster (2012) señalan las diferencias entre la TAD y la práctica de la EM. La TAD focaliza en la calidad de la motivación mientras que la EM atiende al desarrollo “cuantitativo” de la misma. Por otro lado, en la EM es esencial que el consultante genere las soluciones y planes de acción; la TAD se centra en asegurar la voluntad del consultante, a pesar que la fuente de motivación inicial sea externa, (por ejemplo, el consejo del técnico), ya que se predice que luego podrá ser internalizada. Por último, la TAD y la EM difieren en su conceptualización de la ambivalencia. La TAD la interpreta como regulación controlada e intenta guiar al consultante a encontrar razones más autónomas para el cambio. Por su parte, la EM asume que el consultante tiene razones en pro y en contra del cambio y maneja la resistencia con devoluciones amplificadas y reflexivas sin caer en controversia.

Resnicow y McMaster (2012), enfatizando en la autonomía del consultante, proponen un modelo de tres fases básicas basado en la terapia cognitivo conductual: *explorar*, *guiar* y *elegir*. El objetivo es guiar el tránsito desde la etapa de construcción de motivación y establecimiento de objetivos a la consejería orientada a la acción.

Al *explorar*, el técnico se centra en establecer una buena comunicación con el consultante y conocer su historia, incluyendo sus intentos de cambio. La fase de *guiar* se dirige hacia la posibilidad de cambio, explorando la discrepancia entre la conducta actual y la conducta deseada y analizando los beneficios de esta última. Cuando el consultante expresa algún nivel de compromiso hacia el cambio, se pasa a la fase de *elegir*, identificándose un objetivo, construyéndose un plan de acción que anticipe dificultades y buscando contingencias para propiciar el éxito.

Resnicow y McMaster (2012) concluyen que, a pesar de sus orígenes independientes, el vínculo entre la EM y la TAD favorece tanto a teóricos como a técnicos. Para los

primeros, la EM provee prácticas ampliamente establecidas para aplicar sus conceptualizaciones; para los últimos, la TAD brinda un marco teórico para guiar su labor. El modelo de tres fases colaboraría así a unificar la práctica de la EM bajo los postulados de la TAD.

Por su parte, Scholl y Schmitt (2009) exponen un trabajo sobre la EM como una estrategia de consejería para jóvenes con uso problemático de alcohol. Los autores exploran la congruencia entre la EM, la TAD y una teoría del desarrollo, el modelo de siete vectores (MSV), de Chickering y Reisser (1993)

El MSV de Chickering y Reisser (1993) presenta siete “tareas” -vectores- que los jóvenes entre 17 y 24 años de edad deben realizar secuencialmente para desarrollar su identidad adulta. Estas son: desarrollar competencia, manejar emociones, transitar de la autonomía a la interdependencia, desarrollar relaciones interpersonales maduras, establecer su identidad, desarrollar un sentido de propósito y desarrollar integridad. En consonancia con la TAD, el MSV focaliza en el logro de un sentido de identidad unificado e integrado.

Scholl y Schmitt (2009) explican que un trabajo de consejería bajo la perspectiva del MSV es útil para comprender e intervenir en situaciones de abuso de alcohol por parte de universitarios. En base al primer vector, las intervenciones deben procurar facilitar el sentido de competencia. Ésta acción es también recomendada por la TAD, debido a que los jóvenes sienten con frecuencia que el alcohol reduce la ansiedad, logrando un falso sentido de mayor competencia interpersonal. Respecto al segundo vector, el alcohol es frecuentemente utilizado para manejar el estrés y las emociones; la EM recomienda introducir reflexiones de dos caras que reconozcan la ambivalencia de los consultantes. El tercer vector replica el énfasis de la TAD en las necesidades básicas de autonomía y relacionamiento. La EM favorece una relación igualitaria entre consejeros y consultantes, lo cual fortalece la autonomía de estos últimos. Para el cuarto vector, es esencial reconocer que el alcohol es usado para aumentar el sentido de pertenencia y trabajar en fuentes alternativas. El quinto vector involucraría el

desafío a la autoridad a través del uso del alcohol, por lo cual la modalidad no confrontativa de la EM resulta adecuada. Scholl y Schmitt (2009) sostienen que el modelo de reducción de daño, en oposición al abstencionista, reconoce la viabilidad de una gama de distintos objetivos para el cambio conductual y valida la necesidad de exploración para establecer una identidad propia.

Respecto a los últimos dos vectores, Chickering y Reisser (1993), citados por Scholl y Schmitt (2009) sugieren que los jóvenes están internamente motivados a desarrollar un sentido unificado de identidad que supone la congruencia entre sus conductas, objetivos y valores. En su descripción de la EM, Miller y Rollnick (1991) concuerdan con los autores en que ayudar al consultante a observar las discrepancias entre estas áreas puede acentuar el sentido de propósito o motivación.

Basándose en la TAD, los autores observan que quienes consultan por su abuso de alcohol bajo coacción podrían no beneficiarse inmediatamente con el enfoque arriba descrito, ya que carecerían de motivación intrínseca, por lo que sugieren preguntas que conduzcan a reflexionar acerca del cambio en algún momento futuro.

Scholl y Schmitt (2009) concluyen que la TAD, la EM y el MSV serían perspectivas compatibles y recomiendan a los consejeros atender al momento evolutivo en que se encuentran sus consultantes, fomentando siempre el sentido de autonomía.

### **Discusión y Conclusiones:**

Los cuatro artículos revisados que corresponden a investigaciones realizadas desde el marco de la teoría de autoeficacia señalan que un cierto grado de la misma es imprescindible para iniciar y mantenerse en recuperación, lo que implica manejar el ansia de consumo y activar recursos para resolver distintas demandas situacionales. Es probable que la autoeficacia pueda aumentarse con intervenciones sobre los cuatro tipos de experiencias que la originan: a) experiencias de habilidad, b) experiencias indirectas que producen creencias personales derivadas de compararse a uno mismo con otros. c) persuasión verbal, la cual moldea las creencias personales en

autoeficacia a partir de comentarios hechos por otros d) estados fisiológicos y afectivos, que fundamentan las percepciones personales de competencia personal. Además, uno de los artículos revisados muestra la importancia del aspecto social del modelo de Bandura, quien plantea la necesidad de desarrollar modelos socialmente orientados que brinden los medios estructurales para transformar en vidas productivas las vidas dependientes de las drogas (Bandura, 1999)

La teoría de autoeficacia de Bandura y la TAD de Deci y Ryan tienen muchos puntos de convergencia: los quince artículos revisados señalan que, en mayor o menor grado, tanto la autoeficacia, como la competencia, autonomía y relacionamiento son claves para definir la motivación y probabilidades de éxito en la recuperación de conductas adictivas, ya que estos aspectos inciden en la autorregulación y la conducta autodeterminada. Algunos estudios revisados resaltan que a mayor motivación interna, sobre todo si es acompañada de motivación externa, mayor posibilidad de recuperación.

Por otra parte, se hallaron congruencias tanto entre el MTT y la TAD, como entre la EM y la TAD. Respecto al MTT, la internalización de la motivación podría ser necesaria para avanzar en las distintas etapas de cambio que propone el modelo. Respecto a la EM, la misma sugeriría prácticas eficaces acordes a los postulados de la TAD al tiempo que la TAD brindaría un marco teórico para guiar su práctica.

Existe una gran diferencia entre la intención intermitente de dejar de consumir AOD y la disposición a cambiar hacia un estilo de vida saludable y emocionalmente gratificante. Esta brecha, que estaría marcada por la intensidad y naturaleza de la motivación y la creencia en la capacidad propia de lograrlo, probablemente pueda ser reducida implementando acciones terapéuticas basadas en teorías de motivación y en técnicas científicamente avaladas como las revisadas en el presente artículo. Existen múltiples factores que inciden en el devenir del tratamiento: las circunstancias de vida del usuario, su temperamento, la capacidad de contención de su red familiar y social y otros. Sin embargo, es posible incidir en los obstáculos que emergen, orientando y re-

orientando la intervención terapéutica hacia la internalización de la motivación y el fortalecimiento de la autoeficacia.

La abstinencia completa probablemente garantice mayor estabilidad emocional y calidad de vida en individuos con historia de dependencia sostenida en el tiempo. Por otra parte, existen estudios (Dawson, Grant, Stinson, Chou, Huang y Ruan, 2005) que dan cuenta que la moderación en el consumo sería un camino posible para aquellos cuyo uso problemático de sustancias se encuentra en puntos intermedios del continuo no consumo-dependencia. Así, el desafío de continuar ahondando en cómo fomentar una autorregulación eficiente sigue más vigente que nunca.

Es de destacar que ninguno de los artículos revisados da cuenta de la vulnerabilidad específica de género, una perspectiva que es necesario integrar a la investigación de motivación y drogas. Introducir la variable género probablemente aportaría a la construcción de conocimiento y a la superación de inequidades invisibilizadas en cuanto a presiones sociales específicas hacia la mujer y/o colectivos LGBTI (lesbianas, gays, bisexuales, transexuales, intergénero), acceso a tratamiento, discriminación, etc.

El presente trabajo fue realizado con material extraído de investigaciones llevadas a cabo mayoritariamente en Estados Unidos, ya que esos fueron los resultados que las búsquedas bibliográficas devolvieron. Resulta prioritario investigar también la realidad latinoamericana, y más específicamente la de nuestro país. Posibles líneas de investigación se abren ante la necesidad de indagar sobre los marcos teóricos que guían la práctica de los técnicos uruguayos y en particular, si las teorías que dan sustento a las investigaciones revisadas en este trabajo subyacen en algún punto la labor terapéutica en adicciones en Uruguay. Finalmente, sería preciso explorar en qué forma los hallazgos revisados pueden contribuir a intervenciones más efectivas en nuestro país.

## Referencias

- Adams J., White M. (2005). Why don't stage-based activity promotion interventions work? *Health Education Research*, 237-243.
- Anderson K., Ramo D., Brown S. (2006). Life stress, coping and comorbid youth: An examination of the stress-vulnerability model for substance relapse. *Journal of Psychoactive Drugs*, 38(3), 255-262.
- Ayres R., Lingram J., Rees A., Neale J., Beattie A., Telfer M. (18 de noviembre de 2014). *BioMed Central*. Recuperado el 5 de marzo de 2015, de BioMedCentral: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1747-597X-9-44.pdf>
- Baer J., Holt C., Linchtenstein E. (1986). Self-efficacy and smoking reexamined: Construct validity and clinical utility. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 104-110.
- Bandura, A. (1977). Self-Efficacy: Towards a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 191-215.
- Bandura, A. (1986). *Social Foundations of Thought and Action: a social cognitive theory*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall.
- Bandura, A. (1991). Nebraska Symposium on Motivation. *Self-regulation of motivation through anticipatory and self-reactive mechanisms*. Nebraska.
- Bandura, A. (1993). Perceived self efficacy in cognitive development and functioning. *Educational Psychologist*, 117-148.
- Bandura, A. (1997). *Self efficacy: The exercise of control*. New York: WH Freeman.
- Bandura, A. (mayo de 1999). A sociocognitive analysis of substance abuse: an agentic perspective. *Psychological Science*, 10(3), 214-217.
- Bandura, A. (1999). *Autoeficacia: Como enfrentamos los cambios en la sociedad actual*. Bilbao: Descleé.
- Bandura, A. (2001). Social Cognitive Theory: an agentic perspective. *Annual Review of Psychology*, 1-26.
- Belding M., Iguchi M., Lamb R. (1996). Stages of change in methadone maintenance: Assessing the convergent validity of two measures. *Psychology of Addictive Behaviors*, 157-166.
- Chickering A, Resisser L. (1993). *Education and Identity*. San Francisco: Josey-Bass.
- Cohen G., Aronson J., Steele C. (2000). When beliefs yield to evidence: reducing biased evaluation by affirming the self. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 26, 1154-1164.



- Connor J.,Gullo M., Feeney G., Kavanagh D., McD Young R. (2013). The relationship between cannabis outcome expectancies and cannabis refusal self efficacy in a treatment population. *Addiction*, 111-119.
- D. Gustafson, B. Shaw, A. Isham, T. Baker, M. Boyle,M. Levy. (2011). Explicating an Evidence-Based, Theoretically Informed, Mobile Technology-Based System to Improve Outcomes for People in Recovery for Alcohol Dependence. *Substance use and misuse*, 96-111.
- Davis J., Glaros A. (1986). Relapse prevention and smoking cessation. *Addictive Behaviors*, 11, 105-114.
- De Leon G., Melnick G., Tims F. (2001). The role of motivation and readiness in treatment and recovery. En P. JJ. (Ed.), *Relapse and recovery in addictions*. (págs. 143-171). London: Yale University Press.
- Elder J., De Moor C., Young R., Wildey M., Molgaard C., Golbeck A. (1990). Stages of adolescent tobacco-use acquisition. *Addictive Behaviors*, 449-454.
- Fernandez Hermida J., Carballo J., Secades-Villa R. y García Rodríguez O. (2007). Modelos teóricos de la conducta adictiva y recuperacion natural.Análisis de la relación y consecuencias. *Papeles del psicólogo*, 2-10.
- Godley M., G. S. (2002). Preliminary outcomes from the assertive continuing care experiment for adolescents discharged from residential treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 23, 21-32.
- Groshkova, T. (2010). Motivation in substance misuse treatment. *Addiction Research and Theory*, 494-510.
- Gustafson D., Shaw B., Isham A., Bake T.r, Boyle M., Levy M. (2011). Explicating an Evidence-Based, Theoretically Informed, Mobile Technology-Based System to Improve Outcomes for People in Recovery for Alcohol Dependence. *Substance use and misuse*, 96-111.
- Hodgins H., B. A. (2007). Autonomy and control motivation and self esteem. *Self and Identity*, 189-208.
- Irvin J., Bowers C., Dunn M. ,Wang M. (1999). Efficacy of relapse prevention: A metanalytic review. *Journal Counseling and Clinical Psychology*, 67, 563-570.
- Junta Nacional de Drogas*. (mayo de 2012). Recuperado el 19 de abril de 2015, de Junta Nacional de Drogas: [http://www.infodrogas.gub.uy/images/stories/pdf/v\\_enc\\_hogares\\_2011.pdf](http://www.infodrogas.gub.uy/images/stories/pdf/v_enc_hogares_2011.pdf)
- Junta Nacional de Drogas*. (2015). Recuperado el 25 de marzo de 2015, de Junta Nacional de Drogas: [http://www.infodrogas.gub.uy/images/stories/pdf/jnd\\_estrategia.pdf](http://www.infodrogas.gub.uy/images/stories/pdf/jnd_estrategia.pdf)

- Kennedy K., Gregoire . (2009). Theories of motivation in addiction treatment: Testing the relationship of the transtheoretical model of change and self determination theory. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 163-183.
- Knee C., Zuckerman M. (1998). A nondefensive personality:Autonomy and control as moderators of defensive coping and self-handicapping. *Journal of Research in Personality*, 115-130.
- Koestner R., G. I. (1999). To follow expert advice when making a decision: An examination of reactive versus reflective autonomy. *Journal of personality*, 851-872.
- Larimer M., Palmer R., Marlatt A. (1999). An overview of Marlatt's cognitive behavioral model. *Alcohol Research and Health*, 23(2), 151-160.
- Linchtenstein E. Glasgow R. (1997). A pragmatic framework for smoking cessation: Implications for clinical and public health programs. *Psychology of Addictive Behaviors*, 11, 142-151.
- Lopez-Ibor Aliño, J. (Ed.). (2002). *Manual Diagnóstico de los Trastornos Mentales*. Barcelona: Masson.
- Maisto S., Carey B., Bradizza C. (1999). Social learning theory. En L. H., *Psychological theories of drinking and alcoholism* (págs. 106-163). Nueva York: Guilford Press.
- Maisto S., Zywiak W., Connors G. (2006). Course of functioning 1 year following admission for treatment of alcohol use disorders. *Journal of Addictive Behaviors*, 31(1), 68-79.
- Mallams J.H., Godley M.D., Hall G.M., Meyers R.J. (1982). A social systems approach to resocializing alcoholics in the community. *Journal of Studies on Alcohol*(43), 1115-1123.
- Markland D., Ryan R.M., Tobin V., Rollnick V. (2005). Motivation interviewing and self determination theory. *Journal of Social and Clinical Psychology*, R.M.811-831.
- Marlatt A., George W. (1984). Relapse prevention: introduction and overview of the model. *British Journal of Addiction*, 261-273.
- McConaughy EA, Prochaska JO, Velicer WF. . (1983). Stages of change in psychotherapy: Measurement and sample profiles. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 368-375.
- McLellan A., C. D. (2003). Can the national addiction treatment infrastructure support the public's demand for quality care? *Journal of Substance Abuse Treatment*, 117-121.
- McLellan T. (2012). What is recovery? Revisiting the Betty Ford Institute consensus panel definition. *Journal of Substance Use*, 17(2), 134-137.
- McTavish F, Chi M., Shah D., Gustafson D. (2012). How Patients Recovering From Alcoholism Use a Smartphone Intervention. *Journal of Dual Diagnosis*, 294-304.

- Miller W. R., Rollnick S. (1991). *Motivational Interviewing: Preparing people to change addictive behaviour*. New York: Guilford Press.
- Miller W., Rose G. (2009). Towards a theory of motivational interviewing. *American Psychologist*, 529-537.
- Miller WR, Tonigan JS. (1996). Assessing drinkers' motivation for change: The stages of change readiness and treatment eagerness scale (SOCRATES). *Psychology of Addictive Behaviors*, 81-89.
- Moos, R. (2008). Active ingredients of substance use-focused self-help groups. *Addiction*, 387-396.
- National Institute of Drug Abuse*. (noviembre de 2014). Recuperado el 15 de marzo de 2015, de National Institute of Drug Abuse: <http://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/las-drogas-el-cerebro-y-el-comportamiento-la-ciencia-de-la-adiccion/abuso-y-adiccion-las-drogas>
- Organización Mundial de la Salud. (2007). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Medica Panamericana.
- Pavey L., S. P. (2008). Threats to autonomy: Motivational responses to risk information. *European Journal of Social Psychology*, 852-865.
- Pavey L., Sparks P. (marzo de 2012). Autonomy and defensiveness: Experimentally increasing adaptive responses to health-risk information via priming and self affirmation. *Psychology and Health*, 27(3), 259-276.
- Prochaska J., Di Clemente C. (1986). Towards a comprehensive model of change. En H. N. Miller W. (Ed.), *Treating addictive behaviors: Processes of change* (págs. 3-27). Nueva York: Plenum.
- Reed M, Aspinwall L. (1998). Self affirmation reduces biased processing of health-risk information. *Motivation and Emotion*, 99-132.
- Resnicow K., McMaster F. (2012). Motivational Interviewing: moving from why to how with autonomy support. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*.
- Rollnick S., Heather N. (1982). The application of Bandura's self-efficacy theory to abstinence oriented alcoholism treatment. *Addictive Behaviors*, 7, 243-250.
- Ryan R, Plant R, O'Malley S. (1995). Initial motivations for alcohol treatment: Relations with patient characteristics, treatment involvement and dropout. *Addictive Behaviors*, 279-297.
- Ryan R., Deci E. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. Nueva York: Plenum Press.

- Ryan R., Deci E. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55, 68-78.
- Rychtarik R., Prue D., Rapp S., King A. (1992). Self-efficacy, aftercare and relapse in a treatment program for alcoholics. *Journal of Studies on Alcoholism*, 53, 435-440.
- Scholl M., Schmitt D. (2009). Using motivational interviewing to address college client alcohol abuse. *Journal of College Counseling*, 59-70.
- Self-Determination Theory*. (2015). Recuperado el 15 de marzo de 2015, de Self-Determination Theory: <http://www.selfdeterminationtheory.org/>
- Shiffman. (1986). Cluster-analytic classification of smoking relapse episodes. *Addictive Behaviors*, 11, 295-307.
- Shiffman S. (1984). Coping with temptations to smoke. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 261-267.
- Staines G., Magura S., Rosenblum A., Fong C., Kosanke N., Foote J., Deluca A. (2003). Predictors of drinking outcomes among alcoholics. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 29, 203-218.
- Stalcup S., Christian D., Stalcup J., Brown M., Galloway G. (2006). A treatment model for craving identification and management. *Journal of Psychoactive Drugs*, 38(2), 189-202.
- Steele C. (1988). The psychology of self-affirmation: sustaining the integrity of the self. En L. Berkowitz (Ed.), *Advances in Experimental Social Psychology* (Vol. 21, págs. 261-302). San Diego, CA: Academic Press.
- T. Webb, F. Sinehotta, S. Michie. (2010). Using theories of behaviour change to inform interventions for addictive behaviours. *Addiction*, 1879-1892.
- The Betty Ford Institute Consensus Panel. (2007). What is recovery? A working definition from the Betty Ford Institute. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 33(3), 221-228.
- Urbanoski, K. (2010). Coerced addiction treatment: Client perspectives and the implications of their neglect. *Harm Reduction Journal*, 7-13.
- Van Sluijs E, Van Poppel M., Van Mechelen W. (2004). Stage-based lifestyle interventions in primary care: Are they effective? *American Journal of Preventive Medicine*, 330-343.
- Welles, R. (1993). Clinical strategies in brief psychotherapy. En V. G. R. Welles, *Casebook of the brief psychotherapies* (págs. 3-17). Nueva York: Springer.
- Whittinghill, David, Whittinghill, Laura Rudenga,Loesch, Larry C. (2000). The Benefits of a Self-Efficacy Approach to Substance Abuse Counseling in the Era of Managed Care. *Journal of Addictions & Offender Counseling*, 20(2).
- Wild T. (2006). Social control and cohesion in addiction treatment: Towards evidence-based policy and practice. *Addiction*, 40-49.

Wild T., Cunningham J., Ryan R. (2006). Social control and coercion in addiction treatment: towards evidence-based policy and practice. *Addiction*, 40-49.

Wild T., Cunningham J., Ryan R. (2006). Social pressure, coercion, and client engagement at treatment entry: a selfdetermination theory perspective. *Addictive Behaviors*, 1858-1872.

Zeldman A., Ryan R. (2004). Motivation, autonomy support and entity beliefs: their role in methdone maintenance treatment. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 675-696.