

Análisis psicológico de las estrategias de autocontrol implicadas en los programas de reducción de daños y riesgos del consumo de heroína.

Cano Cervantes, Ginés Juan* y Cándido Ortiz, Antonio**

*Centro Comarcal Drogodependencias de Linares.

**Facultad de Psicología. Universidad de Granada

Resumen

Las intervenciones dirigidas hacia la reducción de daños y riesgos son cada vez más utilizadas en los ámbitos preventivos y de tratamiento de las adicciones a sustancias. Estas estrategias parten de las limitaciones de los modelos tradicionales de abstinencia total al consumo de heroína y otras sustancias, procurando que el sujeto adquiera la capacidad de modificar ciertos comportamientos de riesgo respecto a los parámetros de respuesta de consumo y las conductas asociadas al mismo (autocontrol), a través de la facilitación de una serie de estrategias/herramientas por parte de los centros de tratamiento o de los programas específicos de reducción de daños/riesgos.

Palabras Clave

Autocontrol, Reducción de daños y riesgos, Aprendizaje Asociativo, Predictibilidad, Programas Experimentales de Prescripción Controlada de Heroína, Opiáceos, Heroína.

Summary

The interventions directed toward the reduction of damages and risks are increasingly used in the preventive environments and of treatment of the addictions to substances. These strategies begin with the limitations of the traditional models of total abstinence to heroine's consumption and other substances, trying the subject to acquire the capacity to modify certain behaviors of risk regarding the parameters of consumption

— Correspondencia a: —

Cano Cervantes, Ginés Juan • Centro Comarcal Drogodependencias de Linares • Avda. María Auxiliadora, s/n. • 23700 Linares (Jaén) • Tel./Fax 953 65 61 46 • e-mail: ccdlinares@promojaen.es
Cándido Ortiz, Antonio • Facultad de Psicología • Universidad de Granada • Tel. 958 243 769 • Fax 958 246 239 • e-mail: acandido@ugr.es



answer and the behaviors associated to the same one (self-control), through the facilitation of a series of strategies / tools on the part of the treatment centers or of the specific programs of reduction of damages / risks

Key Words

Self-control, Reduction of damages and risks, Associative apprenticeship, Predictability, Experimental programs of controlled prescription of heroine, Opiate, Heroine.

Résumé

Les interventions dirigées vers la réduction de dégâts et risques son utilisées dans les environnements préventifs de plus en plus et de traitement de l'addictions aux substances. Ces stratégies commencent avec limitations des modèles traditionnels d'abstinence totale á la consommation d'héroïne et autres substances en essayant le sujet à aquérez la capacité de modifier des certains comportements de risque qui regarde les paramètres de réponse de la consommation et les comportements, a associé au même (autocontrol), à travers la facilitation d'une série de stratégies / outils de la part des centres du traitement ou des centres du traitement ou des programmes spécifiques de réduction de dégâts / risques

Mots

Autocontrol, Réduction de dégâts et risques, Aparentissage associatif, Prédicibilité, Programmes expérimentelles de Prescription Contrôlée d'Héroïne, Opiacés, Héroïne.

Desde hace varios años las estrategias de reducción de daños y riesgos (de salud, laborales, judiciales,...), tanto a nivel individual como social del consumo de drogas, están ocupando un lugar destacado en el abordaje del problema de las adicciones a sustancias. Este interés parte del hecho de que el objetivo terapéutico de abstinencia total al consumo de sustancias es, a menudo, más un deseo de los terapeutas y de los servicios asistenciales que de los consumidores.

El consumo *moderado, controlado* o de *menor riesgo* puede ser un objetivo planteable en el caso de que diferentes motivos (perso-

nales, sociales, familiares, de grupo, etc.) impidan o limiten en gran medida el objetivo de abstinencia total al consumo de sustancias. Por supuesto, las diferentes drogas y sus formas de uso y abuso condicionan ineludiblemente este tipo de abordajes. No es igual limitar daños en cuanto al consumo de alcohol que respecto al consumo de heroína, por citar algunas de ellas. Tampoco se trata de dilucidar cual de ellas es más adictiva, sino bajo qué circunstancias (personales, familiares, sociales,...) una sustancia tiene la capacidad de crear patrones de abuso y dependencia.



Siguiendo con el último ejemplo, un consumo moderado de alcohol puede ser controlado por individuos *no dependientes*, mientras que el autocontrol en el consumo de heroína resulta mucho más complicado, debido a la capacidad de crear en un corto periodo de tiempo de consumo continuado, no ya patrones de abuso sino de dependencia, lo que implica la aparición de graves daños y riesgos en el sujeto y el entorno del consumidor. De hecho, la capacidad de crear daños y riesgos es el rasgo fundamental a la hora de establecer la gravedad de una adicción (Marlatt, 1998). Incluso en este último caso las estrategias de reducción de daños/riesgos se fundamentan en la necesidad de que el sujeto consuma con un cierto autocontrol para que cause el mínimo daño posible a él y a su entorno.

Lo que se plantea desde esta perspectiva es el consumo controlado de sustancias, ofreciendo a los usuarios de drogas diversas estrategias/herramientas para un consumo menos dañino y de menor riesgo.

Desde los diferentes modelos teóricos en Psicología, y más concretamente desde las áreas de Aprendizaje y Modificación de Conducta, el concepto de autocontrol hace referencia a *la capacidad que tiene el sujeto de emitir o modificar ciertos comportamientos tendientes a la consecución de refuerzos -recompensas- y la evitación de castigos demorados en el tiempo, anteponiéndolos a la consecución de refuerzos y evitación de castigos inmediatos*. (p.e. ver Martín y Pear, 1998). La secuenciación temporal de las contingencias de refuerzo y de castigo (inmediata o demorada en diferente grado), la probabilidad de ocurrencia y la magnitud de las mismas, son cruciales a la hora de elegir una conducta que se pueda

definir como de autocontrol. Por ejemplo, un estudiante puede elegir estudiar en vez de irse de juerga con los amigos/as el sábado por la noche, cuando la semana siguiente tiene un examen.

Este conflicto entre las consecuencias positivas inmediatas de la conducta (juerga) y las consecuencias negativas que pueden derivarse a largo plazo (suspender el examen), es lo que las técnicas de autocontrol tratan de solucionar; modificando la probabilidad de ocurrencia de la conducta y/o sus parámetros (intensidad y/o duración), aumentándola en el caso de las conductas poco probables (estudiar) con consecuencias positivas a largo plazo (aprobar el examen) y disminuyéndola en el caso de las conductas de alta probabilidad debido a su capacidad de obtener consecuencias positivas inmediatas (pasarla bien con los amigos/as).

En el caso de las estrategias de autocontrol con relación a la reducción de daños y riesgos, son las *consecuencias aversivas* que a corto (sobredosis, transmisión de enfermedades, accidentes laborales y de tráfico...) o a largo plazo (desarrollo de infecciones, problemas judiciales...) tienen las conductas de consumo abusivo/dependiente, las que se tratan de evitar; a pesar de sus efectos positivos inmediatos (euforia, bienestar...), potenciando la elección de conductas de consumo controlado y de menor riesgo. Lo que se les pide a los usuarios de drogas desde esta perspectiva, es que si no pueden o no desean dejar de consumir una sustancia, al menos ejerzan cierto autocontrol sobre algunas conductas específicas dentro del conjunto que supone el comportamiento de consumo de drogas. Este autocontrol se puede ejercer mediante la modificación de:



- 1) La cantidad de consumo (Bebida Controlada, consumo de heroína en los Programas Experimentales de Prescripción Controlada de Heroína -PEPS-, etc.).
- 2) La vía de administración (heroína fumada en vez de intravenosa -IV-, cocaína esnifada en vez de fumada o IV).
- 3) los materiales y contextos de consumo (Intercambio de Jeringuillas, Salas de Inyección, consumo de alcohol en envases individuales, etc.).

Igualmente el usuario de drogas puede establecer algunas estrategias de autocontrol a lo largo de la secuencia de comportamientos asociados al consumo, como el evitar cometer actos delictivos, no realizar ciertas actividades -conducción de vehículos, tareas que requieran de cierta atención, etc.- bajo determinados niveles de intoxicación o abstinencia, evitar el policonsumo de algunas sustancias, etc.

En lo que resta de artículo analizaremos, primeramente, algunas de las estrategias de autocontrol empleadas para la reducción de daños/riesgos en el consumo de opiáceos utilizadas hasta ahora, centrándonos posteriormente en los PEPS, que las administraciones competentes tienen previsto poner en marcha en los próximos meses en varias Comunidades Autónomas de nuestro país, analizando las estrategias que desde un punto de vista psicológico, mejorarían el autocontrol de los participantes en estos programas en cuanto a disminución de daños y riesgos se refiere.

Desde la Psicología Experimental, en lo que hace referencia a los Principios del Aprendizaje Asociativo se han estudiado extensamente los factores que influyen en el manteni-

miento y modificación comportamental y sus posibles mecanismos explicativos (Cándido, 2000; Maldonado, 1998; Olivares et al., 1999), y es desde esta perspectiva científica particular desde la que se aborda esta problemática.

El punto de partida en todo análisis teórico de un fenómeno es la descripción de éste. En la Tabla 1 se resume un ejemplo -uso de jeringuillas- de la sucesión de respuestas y consecuencias a corto y largo plazo, de los comportamientos de riesgo y preventivos en el consumo de heroína intravenosa (modelo adaptado de Olivares et al., 1999)

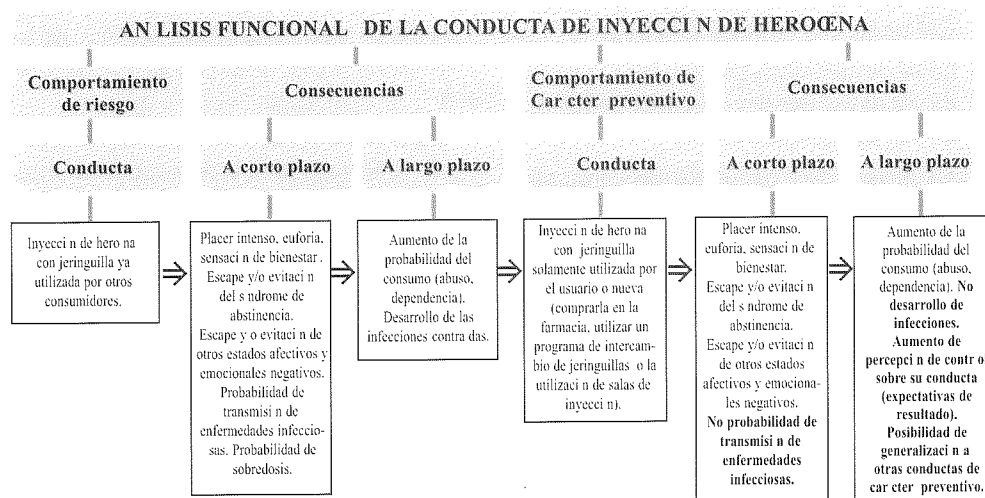
(Ver Tabla 1)

Un análisis *molecular* de los elementos *terminales* de la conducta de inyección de heroína nos revela que utilizar jeringuillas nuevas en vez de las utilizadas por otros consumidores es una conducta que obteniendo idénticas consecuencias reforzantes en cuanto a intensidad y duración, tiene efectos importantes sobre la evitación de consecuencias aversivas -transmisión de enfermedades infecciosas-. Este tipo de conductas de carácter preventivo pueden tener otras consecuencias positivas a medio y largo plazo, como la de aumentar en el usuario de drogas por vía parenteral -UDVP- la percepción de control sobre su comportamiento y la posibilidad de generalización a otras conductas de carácter preventivo.

Cuando los riesgos para la salud son sobresalientes, es cuando se producen los cambios hacia conductas más saludables. El compartir jeringuillas entre los UDVP era una práctica habitual antes de la aparición del SIDA, a pesar de la posible transmisión de otras infecciones. A partir de la epidemia de VIH, con el aumento de los Programas de Reduc-



TABLA I



ción de Daños y Riesgos, la información recibida por los UDVP y la observación de modelos por parte de los mismos, la conducta de inyectarse con jeringuillas ya utilizadas por otros usuarios ha disminuido sensiblemente. Los Programas de Intercambio de Jeringuillas (PIJ) y los programas Outreach (de acercamiento al toxicómano) en general tratan de facilitar estos cambios en la conducta de inyección de los UDVP (Insúa y Grijalvo 2000; O'Hare et al., 1995). Las técnicas de autocontrol utilizadas en este caso se basan fundamentalmente en la *planificación ambiental* (Avia, 1984; Rosa et al., 1999) facilitando el acceso a los Puntos de Intercambio, la utilización de Salas de Inyección como *control estimular* y el entrenamiento en el empleo de *respuestas alternativas*. Además de refuerzo positivo contingente como comida y posibilidades de aseo.

Si a un UDVP le supone un coste muy elevado en tiempo y en dinero ir a comprar jeringuillas a una farmacia, quizá mediante los PIJ, si que pueda mostrar cierto nivel de autocontrol, siendo capaz de *demorar* mínimamente la conducta de inyección, evitando males mayores a medio y largo plazo, llegando a ser en unos días el intercambio de jeringuillas, un *eslabón* más en la impresionante *cadena* de conductas que implica el comportamiento global de consumo de heroína intravenosa.

Un cambio de conducta en el consumo de heroína que supone para los UDVP un mayor nivel de autocontrol, es cambiar la vía de administración y pasar a consumir la heroína fumada. De hecho, es lo que se ha producido en los últimos años, siendo actualmente mucho mayor el número de consumido-



res por vía fumada que IV (Observatorio Español sobre Drogas, 2000; Informe 2000, 2001)

Los consumidores que pasan de una vía a otra de administración, normalmente lo hacen bajo las condiciones que establecen los procesos de Condicionamiento Clásico y Operante. Así es común que la motivación para el cambio se haya producido debido a las consecuencias aversivas sufridas por el sujeto, (de forma directa a partir de sufrir algún episodio de sobredosis o al recibir información del contagio de alguna enfermedad transmisible por vía parenteral). De igual forma, estarían implicados procesos de aprendizaje por modelamiento y por reglas verbales, en el supuesto de que el cambio de vía de administración se produzca tras el conocimiento del UDVP, de haber recibido *estimulación aversiva* otro u otros UDVP o incluso su muerte.

El cambio en la vía de administración supone un mayor grado de autocontrol, ya que los *efectos reforzantes positivos* inmediatos (flash) como a corto plazo (duración del efecto placentero) disminuyen e incluso desaparecen (flash), a la vez que disminuyen los posibles *efectos aversivos* del consumo IV, tanto inmediatos y a corto plazo (sobredosis, transmisión de infecciones y abscesos en caso de compartir jeringuillas) como a largo plazo (desarrollo de las infecciones contraídas). Este cambio supone un *esfuerzo* importante en cuanto a utilización de estrategias de autocontrol, al menos durante un tiempo, a través de la *retroalimentación* que recibe de los sucesivos consumos de heroína fumada. Este *feed-back* que se produce en cada consumo, en principio será de *valencia negativa* respecto a anteriores consumos de heroína

IV en cuanto a efectos placenteros, y sin embargo, continúa emitiendo conductas que aunque no producen los mismos efectos, ni tan intensos ni tan duraderos, si que evitan posibles efectos aversivos tanto inmediatos como a largo plazo.

En el *proceso de cambio* (Prochaska y Prochaska, 1993), si el UDVP pasa un tiempo determinado *balanceando* las diferentes alternativas, lo que está llevando a cabo es un proceso de *toma de decisiones*, antes de poner en marcha estrategias específicas de autocontrol. Las estrategias serían tanto de planificación ambiental (preparación de materiales y en su caso aprendizaje de la conducta de consumo de heroína fumada) como de *programación conductual* (*autorrefuerzos, autocastigos*, etc.) (Rosa et al., 1999).

Otra explicación que algunos consumidores ofrecen del por qué del cambio de vía de administración, es la disponibilidad de heroína *marrón* en vez de *blanca*, lo que les produce una mucho menor estimulación placentera por vía IV. En este caso estarían implicados mecanismos de *contraste conductual* (Cándido, 2000; Tarpay, 1986) y menos de autocontrol, aunque indirectamente se consiga reducir daños y riesgos. El cambio del tipo de heroína hace disminuir la magnitud de la recompensa –placer y disminución de síndrome de abstinencia– lo que conlleva la aparición de reacciones emocionales negativas derivadas de la frustración que se produce al esperar una determinada consecuencia y recibir otra de menor valor: Esto haría, en principio, disminuir la emisión de la conducta en el futuro si los factores implicados en el consumo de heroína solo dependieran de su carácter hedónico. Sin embargo, los UDVP también se inyectan para disminuir el síndrome de



abstinencia, por lo que su conducta estaría doblemente motivada: por acercamiento al placer que le produce la sustancia y por la evitación o escape del estado aversivo provocado por el síndrome de abstinencia. Así, podría suponerse que al disminuir el placer que provoca la heroína marrón respecto a la blanca por vía intravenosa, es más fácil decidirse por el cambio a la vía fumada debido a que en ambos casos se disminuye el síndrome de abstinencia.

Antes de centrarnos en el análisis de los PEPS, hacemos referencia a los Tratamientos de Mantenimiento con Metadona (TMM), que durante últimos años han adquirido un extraordinario desarrollo (Plan Nacional sobre Drogas, 2000; Informe 2000, 2001).

Estos tratamientos sustituyen una sustancia (heroína), que el consumidor la consigue de forma ilegal, por otra (metadona) de la misma familia de los opiáceos, con características farmacocinéticas y farmacodinámicas diferentes (Seidenberg y Honegger, 2000), que el paciente dependiente de opiáceos ha de tomarla como medicamento. La toma diaria de este medicamento a dosis media-alta, supone la saturación de los receptores opiáceos, suprimiendo el síndrome de abstinencia de heroína, además de que consumos de esta sustancia ya no tendrían los efectos placenteros que previamente conseguían, derivándose por lo tanto a nivel conductual procesos de *extinción* de su consumo, reduciéndose a la vez las conductas de riesgo asociadas a la necesidad de heroína. También, al ser un medicamento que se toma de forma oral cada 24 horas, suprime la variabilidad, en cuanto a calidad y cantidad de heroína -efectos de *contraste conductual*-, a las que estaban sometidas las respuestas terminales de consumo, así

como gran parte de las asociadas a las mismas, sujetas a los efectos de programas de refuerzo variable, de razón e intervalo (García y Graña, 1986), pudiendo tener grandes implicaciones en el comportamiento global del usuario de heroína en cuanto a una mayor estabilización y regularización del mismo. Esto daría lugar a una nueva *distribución y regulación conductual* (ver p.e. Domjam y Burkhard, 1990; Maldonado 1998), que va a depender en gran medida de los comportamientos previos a la instauración de la dependencia que existían en el repertorio conductual del sujeto, más los nuevos comportamientos que se puedan instaurar.

Cuando el consumidor de heroína llega a los servicios asistenciales con la idea de dejar de consumirla y demandando iniciar tratamiento de mantenimiento con metadona, anteriormente, durante semanas e incluso meses, ha estado inmerso en un proceso de toma de decisiones, balanceando las diferentes alternativas antes de poner en marcha estrategias concretas de autocontrol. Si esta reflexión viene acompañada de la ayuda de familiares o de personas cercanas al consumidor, existirán mayores posibilidades de éxito. Cuando la demanda de tratamiento de paciente y familiares coincide con la oferta de los centros de tratamiento, las posibilidades de éxito de los TMM se multiplican, pudiendo ser en estos casos la abstinencia total a heroína, e incluso a largo plazo de opiáceos, el objetivo terapéutico.

El paciente que llega a esta situación personal, ya ha iniciado determinadas conductas de autocontrol (aún consumiendo heroína) dirigidas hacia la reducción de daños y riesgos, que los profesionales tratarán que se amplíen dentro del proceso terapéutico. Desde



este punto de vista lo que teóricamente se conseguiría, sería el objetivo de la abstinencia total al consumo de heroína, facilitando la estabilidad y cambio de hábitos a través de los tratamientos de deshabitación psicológica como apoyo al tratamiento farmacológico con metadona. Pero en un porcentaje elevado de casos esta situación ideal no se produce, tanto con relación a la demanda como en cuanto a la oferta de tratamientos.

En cuanto a la oferta de tratamiento hay que hacer notar que la disponibilidad de este tratamiento no es universal a través de los Centros de Tratamiento actuales en nuestro país.

Respecto a la demanda, en ocasiones el paciente dependiente de opiáceos desea realizar un nuevo tratamiento con el objetivo de conseguir la abstinencia, cuando anteriormente ha fracasado en múltiples intentos de desintoxicación-deshabitación. En el otro extremo nos encontramos con pacientes en los que la demanda de TMM tiene como principal finalidad reducir el coste económico que le supone el mantenimiento de la dependencia y reducir los daños/riesgos que se asocian a este elevado coste económico, en los que son frecuentes consumos abusivos y dependientes de otras sustancias como p.e. cocaína, benzodiazepinas, alcohol etc... y en los cuales se produce un alto índice de fracasos en TMM.

Complicaciones añadidas se producen cuando la demanda de tratamiento de pacientes y familiares no coinciden, normalmente al considerar los familiares que los TMM son simplemente la sustitución de una droga por otra que no ayuda a solucionar el problema. Por último, nos encontramos con un

número importante de pacientes en los que la implicación familiar en los tratamientos es nula, o viven solos en barrios marginales donde tienen casi exclusivamente relaciones con otros consumidores y vendedores, en un contexto donde el comportamiento de consumo de heroína se cierra sobre sí mismo, siendo muy poco probables la emisión de otras conductas que no sean las que tengan como finalidad el consumo de opiáceos y otras sustancias.

Para este último perfil de pacientes, con un importante deterioro bio-psico-social están fundamentalmente dirigidos los PEPS, que en Suiza han adquirido un importante desarrollo (Mino, 1998; Seidenberg y Honegger, 2000). En las últimas investigaciones están diversificando la administración de opiáceos (Heroína, Metadona, Morfina, LAAM, Buprenorfina, Codeína), y utilizando diferentes vías de administración (intravenosa, fumada, oral), con el fin de averiguar su aplicación a los diversos estadios y fases del tratamiento del paciente adicto a los opiáceos. Por ejemplo, si un paciente en mantenimiento con heroína intravenosa se siente motivado para iniciar una desintoxicación y los terapeutas lo consideran adecuado, previamente sería necesario el abandono de la vía parenteral en la administración de heroína.

Hacemos notar que estos programas integran estrategias utilizadas hasta ahora (algunas a las que ya hemos hecho referencia) en la reducción del daño en las toxicomanías. Los PEPS funcionan como:

- Salas de inyección.
- Suministradores de material estéril para la administración de heroína y de preservativos.



- Controlan y evalúan el consumo de otras sustancias.
- Facilitan el contacto y el seguimiento con otros servicios sanitarios y sociales.
- Utilizan diferentes vías de administración procurando en su caso el cambio hacia vías de menor riesgo.
- Prescriben metadona y otros opiáceos.

La principal finalidad de estos programas no es tanto la consecución de la abstinencia como la limitación o reducción de los graves daños, incluida la muerte, que frecuentemente provocan el consumo abusivo y dependiente de heroína, en gran parte debido a las múltiples recaídas que sufren un elevado número de pacientes tras cortos periodos de abstinencia, los abandonos de tratamiento cuando la única alternativa que se les ofrecen es un Programa Libre de Drogas, así como el no despreciable número de drogodependientes que nunca han acudido a un centro de tratamiento (Marset, 1999; El País, 2001).

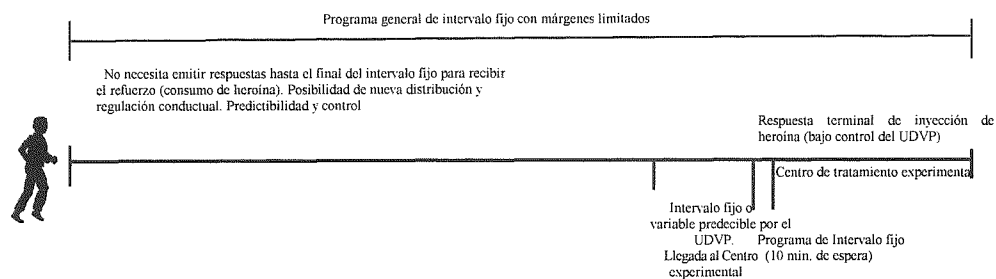
Podemos analizar en un intervalo temporal determinado, las posibles conductas emitidas por un UDVP que participa en un PEPS

(ver fig. 1) y otro que no participa en ningún tipo de terapia o seguimiento en centro de tratamiento.

(Ver Figura. 1)

El UDVP que no participa en ningún tipo de terapia y que tiene que buscar los recursos económicos para mantener la dependencia necesita, a no ser que disponga de una cantidad de dinero suficiente en ese momento para comprar la sustancia, emitir un número de conductas previas al consumo para obtener los *reforzadores secundarios* (dinero, objetos de valor, etc.) con la finalidad de obtener el *reforzador primario* (heroína) (Rachlin, 1983; Skinner, 1970). Este tipo de conductas están sometidas a programas de *razón variable* (normalmente es variable el número de veces que tiene que pedir o sustraer dinero u objetos de valor a un familiar o familiares, o el número de actos delictivos para conseguir el dinero suficiente), que como se ha demostrado en experimentación animal y humana, es el tipo de *reforzamiento parcial* que más altas tasas de respuestas produce, y con una alta resistencia a la extinción.

FIGURA 1





Por otra parte, el tiempo apremia y el efecto del consumo anterior va disminuyendo y comenzando a aparecer los síntomas de *abstinencia*, por lo que el UDVP no sólo busca los efectos recompensantes del consumo, sino que también busca imperiosamente escapar del síndrome de abstinencia o llegar a evitarlo (García y Graña, 1986). Y lo que aún puede ser más importante, el consumo de heroína va adquiriendo progresivamente propiedades reforzantes negativas (alivio por evitación o escape) a medida que los problemas van acumulándose (de salud, económicos, familiares, judiciales,...) debido a la capacidad de esta sustancia de reducir o eliminar temporalmente no sólo estados aversivos físicos, sino también afectivos. Cuando finalmente dispone del dinero necesario, transcurre un tiempo variable, y en ocasiones es necesario un número variable de respuestas (no siempre el vendedor se encuentra en el punto de venta, ha cambiado de domicilio, no dispone en ese momento de la sustancia, etc.) hasta que compra la sustancia y posteriormente emite la respuesta terminal de consumo, en este caso inyección de heroína. El refuerzo finalmente obtenido, también está sujeto a variabilidad en cuanto a la cantidad y calidad de la sustancia consumida, dependiendo del vendedor y de la procedencia de la droga.

Tras el consumo de heroína, el UDVP debe dejar un tiempo variable hasta el siguiente consumo si no quiere recibir estimulación aversiva (sobredosis) en vez de efectos placenteros, por lo cual el consumo de heroína está sujeto a un programa general de Intervalo Variable, dependiendo entre otros factores de la cantidad y calidad de la sustancia, que no es conocida por el sujeto y por tanto

no predice la duración del efecto de la misma. Quizá el consumo compulsivo que se produce cuando la cocaína es consumida fumada o inyectada sea debido, además de al mayor y más rápido efecto eufórico (Seidenberg y Honegger, 2000), a la disponibilidad casi continua del reforzador positivo, ya que el efecto de esta sustancia disminuye hasta desaparecer en un corto periodo de tiempo.

Como se puede constatar, el consumidor de heroína se ve sometido a una enorme variabilidad en cuanto a cantidad y calidad de la sustancia consumida, variabilidad en cuanto al tiempo transcurrido entre consumo y consumo, debido a que difícilmente puede disponer de recursos constantes para continuar consumiendo de forma regular; y por último, variabilidad en cuanto al número de conductas que tiene que emitir para obtener estos recursos. Las consecuencias de esta tremenda variabilidad provocan intensos efectos emocionales negativos (frustración, ansiedad, etc.) y de activación conductual, lo que se traduce en una mayor *impulsividad*, en ocasiones acompañada de *agresividad*, y consecuentemente en disminución en los niveles de autocontrol, específico de las sucesivas conductas que tienen como finalidad el consumo de heroína, así como generalizado a otro tipo de comportamientos.

Ahora analicemos los efectos que sobre el comportamiento de un UDVP puede tener el acceder a un PEPS (ver fig.2). En estos programas experimentales, la heroína se suministra gratuitamente a los pacientes que cumplen una serie de requisitos y bajo unas determinadas condiciones.

(Ver Figura 2)



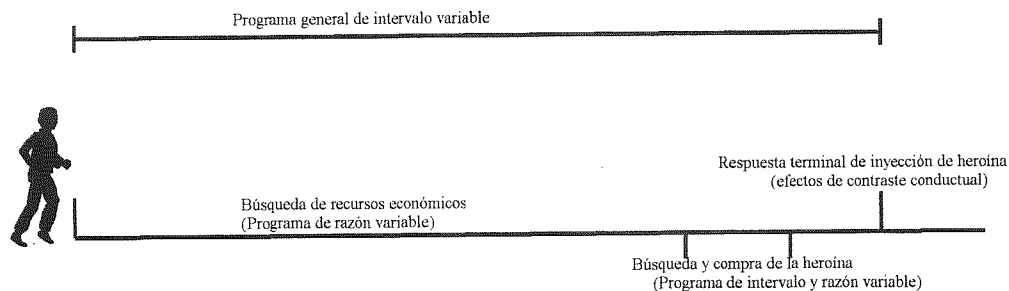
En primer lugar, se establece un horario fijo, con un tiempo limitado en el cual el UDVP puede acudir al centro de tratamiento experimental para consumir la heroína, bajo unas estrictas normas higiénicas y sanitarias. También, desde que entra en el centro hasta que se puede inyectar la heroína debe transcurrir un mínimo de diez minutos en una sala de espera, antes de pasar a la sala de inyección. Traducido a términos de Aprendizaje, significa que la respuesta terminal de inyección de heroína pasa a estar bajo un *Programa de Intervalo Fijo con Márgenes Limitados* (Martin y Pear, 1998), pudiendo predecir el UDVP con un grado mínimo o nulo de incertidumbre la obtención del refuerzo, eliminándose la frustración, ansiedad y otros estados emocionales y afectivos negativos que a menudo acompañan el conseguir los recursos económicos suficientes, la compra y el consumo de heroína ilegal.

En cuanto a la cantidad de heroína que puede consumir se deja a la elección del paciente con un límite máximo por inyección y día, en un intervalo temporal de una hora y media, de dos a cuatro veces al día depen-

diendo del programa (Giner y Mino, 1997). De esta forma, al ser la calidad de la sustancia siempre la misma, además de conocer la cantidad que se está administrando, el paciente puede llegar a predecir su duración y efectos de forma más exacta que en el caso anterior:

Los resultados obtenidos con la prescripción controlada de heroína y otros opiáceos arrojan algunos datos sorprendentes: los pacientes aumentan la dosis al principio del programa hasta el límite máximo permitido, para posteriormente disminuir la dosis, consiguiendo los mismos o incluso superiores efectos. Estos datos no concuerdan con los resultados de algunos estudios anteriores, que concluían con la idea de que los opiáceos de corta duración necesitan de un aumento de dosis para producir el mismo efecto (efectos de tolerancia). Una de las hipótesis planteada por los terapeutas de estos programas es que la situación controlada puede estar influyendo en este resultado (ver Giner y Mino, 1997). Podríamos añadir que controlada por los experimentadores, pero también aunque en menor medida, por el propio paciente (autocontrol). Una situación controlada de

FIGURA 2





esta forma, es también una situación donde la ocurrencia de los sucesos importantes pueden predecirse por parte de los pacientes.

La *predictibilidad* más el *control* por parte del sujeto de la cantidad de heroína a consumir, pueden ser dos de los factores claves a la hora de explicar los resultados obtenidos, no siendo necesario un aumento progresivo de la dosis para conseguir los mismos efectos, o lo que es lo mismo, que se reducen los efectos de tolerancia que normalmente suceden cuando el consumo de heroína se realiza en un entorno de ilegalidad. De igual forma la percepción de predictibilidad y el control, son factores claves en la reducción de los trastornos de ansiedad, por ello no resulta extraño que los UDVP sometidos a programa obtengan una reducción de diversos desordenes afectivos ya desde el primer mes (Uchtenhagen et al., 1999). No deben ser extraños a estas mejoras las sensaciones de seguridad que deben experimentar al tener la certeza de la obtención del refuerzo (inyección de heroína) y la mejor predicción de los efectos del mismo.

Las técnicas de autocontrol utilizadas en estos programas son similares a las utilizadas en las salas de inyección, incluyendo un amplio *contrato de contingencias* y con un añadido sustancial, ya que se les suministra gratuitamente la heroína y en su consumo puede establecer cierto control el UDVP. Pero en los PEPS, a diferencia de en los PIJ y salas de inyección donde el autocontrol lo ejerce el UDVP al principio del programa mediante la demora del refuerzo, el autocontrol puede comenzar a hacer acto de presencia una vez transcurrido un tiempo en el mismo, cuando el UDVP es capaz de ir renunciando progresivamente a los potentes efectos positivos del

flash con el fin de ir disminuyendo su grado de dependencia y a la vez acercándose a patrones de conducta "normalizadas". Por ejemplo: sustituyendo las inyecciones de heroína por metadona o morfina oral al tener que trabajar o marcharse de vacaciones (Seidenberg y Honegger, 2000).

También y como ejemplo del ensayo Sui-zo, es interesante observar como pueden reforzarse en los diez minutos previos a la inyección de heroína en la sala de espera, ciertos comportamientos como la lectura y otras actividades, que se incrementan y se mantienen al ser seguidas del consumo de heroína o se adjuntan a estas actividades durante el intervalo de espera.

Asimismo, no hay que olvidar que la relación costos-beneficios económicos en estos programas es claramente favorable a la utilización de los mismos, al producirse una disminución de los tratamientos médicos y terapias especializadas necesarias, de los servicios judiciales y policiales, y de la disminución de los delitos contra la propiedad (Gutzwiller et al. 2000). Además de reducir los daños y riesgos del consumo de heroína de forma ilegal, el UDVP tiene la posibilidad de comenzar a realizar otras actividades "normalizadas" entre consumo y consumo, que anteriormente dedicaba a la búsqueda de recursos económicos, y como en el caso de los TMM, establecer una nueva distribución y regulación conductual, facilitando el alcance de recompensas diferentes a las obtenidas mediante el consumo de heroína, siendo en este punto esenciales los factores de inserción o reinserción social que cualquier tratamiento integral de la adicción a los opiáceos debe de incorporar.



CONCLUSIONES.

Aunque como afirmamos en un principio, el autocontrol del consumo de heroína resulta muy difícil de poder llevarse a cabo, con los programas de reducción de daños y riesgos mediante técnicas de autocontrol promovidas institucionalmente, sí que pueden conseguirse algunos objetivos parciales a corto y medio plazo, e incluso en algunos casos a largo plazo totales, como la abstinencia al consumo de heroína y otros opiáceos, lo que se traduciría en la eliminación de los riesgos y reducción de los daños asociados al consumo de heroína.

Estos programas, que surgieron de la necesidad de abordar los graves problemas asociados a la expansión del consumo de heroína, entre ellos de salud pública y de seguridad ciudadana, se están aplicando durante los últimos años a otras sustancias ilegales y legales con las adaptaciones oportunas (Insúa y Grijalvo, 2000). Al mismo tiempo están sugiriendo estrategias metodológicas y de intervención, dirigidos a otros problemas de salud donde se hacen necesarios cambios en ciertos comportamientos de los individuos, con el objetivo de reducir daños y riesgos.

Agradecimientos:

Este artículo fue financiado, en parte, gracias a la concesión del Proyecto de Investigación PB1998-1362 concedido al autor Antonio Cándido por el Ministerio de Ciencia y Tecnología.

Agradecemos la colaboración de Vicenta Carrasco Hervás en la redacción de este artículo.

BIBLIOGRAFÍA

Avia, M. D. (1984), "Técnicas cognitivas y de autocontrol", en J. Mayor y F. J. Labrador (eds.), *Manual de Modificación de Conducta*, págs. 329-360. Madrid, Alhambra.

Cándido, A. (2000). *Introducción a la psicología del aprendizaje asociativo*. Madrid: Biblioteca Nueva

Domjam, M. y Burkhard, B. (1990) *Principios de Aprendizaje y de Conducta*. Madrid: Debate

El País, miércoles 16 de mayo de 2001.

García, G. y Graña, J. L. (1986). Procesos de aprendizaje y terapia de conducta en la adicción a la heroína. *Estudios de Psicología*, 25, 111-119.

Giner, F. y Mino, A. (1997), "La experiencia de administración controlada de heroína en Ginebra, Suiza" en J.J. Meana, J. Ballesteros y L. Pantoja (Eds): *Tratamientos sustitutivos en dependencias a opiáceos: metadona, LAAM, heroína*. Instituto Deusto de Drogodependencias, Deusto-Bilbao.

Gutzwiller, F. y Steffen, T. (Eds.) (2000). *Cost-Benefit Analysis of Heroin Maintenance Treatment*. Karjer: Basel.

Comisionado para las drogodependencias. *Informe 2000*, (2001). Junta de Andalucía. Consejería de Asuntos Sociales.

Insúa, P. y Grijalvo, J. (2000), Programas de reducción de riesgos en atención a las drogodependencias. *Papeles del psicólogo*, 33-47.

Maldonado, A. (1998), *Aprendizaje, cognición y comportamiento humano*. Madrid. Biblioteca Nueva.



- Marlatt, G.** (1998). *Reducción del daño: principios y estrategias básicas*. Ponencia presentada en el V Encuentro Nacional sobre Drogodependencias y su Enfoque Comunitario, Cádiz.
- Marset, M.** (1999). Los programas de prescripción controlada de heroína: la integración del toxicómano en un proceso de cambio. Ponencia presentada en el IV Congreso Europeo sobre rehabilitación y políticas de drogas, Marbella.
- Martin, G. y Pear, J.** (1998). *Modificación de conducta*. Madrid. Prentice Hall.
- Mino, A.** (1998). Un programa experimental de prescripción de estupefacientes en Ginebra. Ponencia presentada en el V Encuentro Nacional sobre Drogodependencias y su Enfoque Comunitario, Cádiz.
- Observatorio español sobre drogas. Informe número 3** (marzo 2000). Ministerio del Interior. I.N.B.O.E.
- O'Hare, P.A.; Newcombe, R.; Matthews, A.; Buning, E.C.; Drucker, E.** (1995). *La reducción de los daños relacionados con las drogas*. Barcelona. Grup Igia.
- Olivares, J.; Méndez, F.X. y Lozano, M.** (1999), "Técnicas de autocontrol" en J. Olivares, F.X. Méndez (eds.), *Técnicas de modificación de conducta*, págs. 371-408, Madrid, Biblioteca nueva.
- Plan Nacional sobre Drogas.** (2000). *Memoria 1999*. Ministerio de Interior. I.B.O.E.
- Prochaska, J.O. y Prochaska, J.M.** (1993). Modelo transteórico de cambio para conductas adictivas, en M. Casas y M. Gossop (Coord.): *Recaída y prevención de recaídas*. Barcelona. CITRAN.
- Rachlin, H.** (1983). *Introducción al conductismo moderno*. Madrid. Debate
- Rosa, A.I.; Sánchez, J. y Olivares, J.** (1999). Efectos diferenciales de las técnicas de autocontrol en problemas clínicos y de salud en España: una revisión meta-analítica. *Estudios de Psicología*, 62, 23-38.
- Skinner, B.F.** (1953). *Ciencia y conducta humana*. Barcelona: Fontanella.
- Seidenberg, A. y Honegger, U.** (2000), *Metadona heroína y otros opioides*. Madrid. Diaz de Santos.
- Tarpy, R.M.** (1986). *Aprendizaje y motivación animal*. Madrid: Debate.
- Uchtenhagen, A., Dobler-Mikola, A., Steffon, T., Gutzwiller, F. y Pfeifer, S.** (1999). *Prescription of Narcotics for Heroin Addicts*. Karger: Basel