FUNDACIÓN UNIVERSITARIA LUIS AMIGÓ

FACULTAD DE PSICOLOGÍA Y CIENCIAS SOCIALES

ESPECIALIZACIÓN EN FARMACODEPENDENCIA

FACTORES DE RIESGO DE RECAÍDA EN EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS (SPA) DURANTE EL TRATAMIENTO, UN ESTUDIO DOCUMENTAL

ALBEIRO FLORES CARDONA

FELIPE JOSE MARTINEZ MESA

LUISA FERNANDA ESPEJO OSORIO

SOL PIEDAD TAMAYO RENDÓN

ASESORES:

GUILLERMO A. CASTAÑO PEREZ

GUSTAVO A. CALDERÓN VALLEJO

19 de Noviembre de 2010

Medellín – Antioquia

Colombia

Contenido

INTRODUCCIÓN

PROBLEMA

OBJETIVOS 1

General 1

Especificos 1

MARCO CONCEPTUAL 2

METODOLOGÍA 9

DEFINICIÓN DE RECAÍDA, PROCESO DE RECAÍDA 11

Pre-contemplación. 14

Contemplación. 14

Preparación. 14

Acción. 15

Mantenimiento. 15

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL PROCESO DE RECAIDA EN EL TRATAMIENTO 19

FACTORES DE RIESGO DE ORDEN BIOLOGICO 21

FACTORES DE RIESGO RELACIONALES 24

Factores de riesgo familiares. 26

FACTORES DE RIESGO SOCIALES. 28

Desempleo. 29

Fácil acceso a la droga. 31

Estigmatización y exclusión social del drogodependiente. 34
Publicidad y medios de comunicación social. 36
FACTORES DE RIESGO INDIVIDUALES. 39
Utilización del tiempo libre: 39
Baja auto-estima: 41
ACCIONES QUE BASADAS EN LA EVIDENCIA CIENTÍFICA HAN SIDO UTILIZADAS PARA LA DISMINUCIÓN O CONTROL DE LAS RECAÍDAS EN EL TRATAMIENTO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS 44
LA PREVENCIÓN DE LAS RECAÍDAS. 47
EL MODELO MATRIZ. 48
LA PSICOTERAPIA DE APOYO Y EXPRESIVA. 49
LA TERAPIA INDIVIDUALIZADA DE DROGAS. 50
LA TERAPIA FAMILIAR MULTIDIMENSIONAL (mdft). 50
LA TERAPIA DEL COMPORTAMIENTO PARA ADOLESCENTES. 52
LINEAS DE ACCIÓN PARA LA PREVENCIÓN DE RECAÍDAS 53
LINEAS DE ACCIÓN 53
Parámetros 54
Estrategias. 55
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES 61
BIBLIOGRAFIA 63

INTRODUCCIÓN

El desliz y la recaída en consumo de sustancias psicoactivas es un proceso precipitado por diversos factores de riesgo que interactúan para conducir a un ser humano nuevamente al terreno de la adicción, después de haber hecho un logro significativo en el abandono del consumo de la sustancia a través de su propia motivación de cambio. La recaída en el tratamiento y post tratamiento del uso-abuso de sustancias psicoactivas es vivenciada de manera dramática por quienes padecen, bajo diversas circunstancias, este tipo de relaciones problemáticas con las sustancias.

Es necesario connotar en su verdadera dimensión el significado que entrañan las recaídas como un hecho normal y factible de acaecer en una persona que transita por un proceso de recuperación. Lograr desmitificar la recaída como fracaso terapéutico es fruto de un proceso cultural complejo que implica la modificación del imaginario social sobre el fenómeno de la drogodependencia y sobre el ser humano adicto a las drogas psicoactivas.

Es por ello que propendemos a través de esta trabajo investigativo ofrecer una alimentación académica de la línea del arte en farmacodependencia que tiende a la comprensión del fenómeno de la recaída como un suceso de normal ocurrencia en la cura terapéutica de la adicción a las sustancias psicoactivas, que es movilizado por diversos factores de riesgo que interactúan entre sí, y pretendiendo finalmente ofrecer algunas recomendaciones en líneas de intervención que logren disminuir los altos índices de recaídas en los consumos de estas sustancias.

PROBLEMA

El problema de la dependencia a drogas y sus implicaciones en la calidad de vida de las personas, ha alcanzado en los últimos años una significación especial en la medida que traspasa los límites de la salud y penetra en otras áreas como son lo social, lo político, lo económico y otras más, relacionadas con el devenir del género humano.

Las recaídas en el consumo de sustancias Psicoactivas y en los comportamientos negativos que acompañan la adicción son muy frecuentes en las personas que están en proceso de rehabilitación; ante esta situación nos preguntamos sobre aquellos factores de riesgo que se relacionan con el proceso de la recaída, y que están claramente determinados en aspectos individuales, vinculados con el contexto de carácter micro social, los de carácter macro social y por último los vinculados con la sustancia en la relación contextual en que el sujeto le da significación.

Lo anteriormente expuesto permite vislumbrar la existencia de una serie de combinaciones de factores de riesgo que impactan con gran virulencia a todas aquellas personas que en algún momento de sus vidas han sido dependientes de una sustancia psicoactiva, pues ya por su experiencia de consumo se establece una impronta cerebral en los centros de placer y recompensa que los motiva de manera permanente a retornar a estos estados placenteros.

En concreto se busca a través de esta monografía documental, hacer un acercamiento a responder a la siguiente pregunta ¿Qué factores de riesgo acompañan, se asocian o definen el proceso de recaída en el consumo de sustancias psicoactivas en las personas que de una u otra manera han tenido contacto con un tratamiento?

OBJETIVOS

GENERAL

Revisar los factores de riesgo que inciden en el proceso de recaída en el consumo de sustancias psicoactivas (SPA) en consumidores en tratamiento o adictos rehabilitados a partir de la bibliografía disponible al respecto.

Especificos

1. Identificar los factores de riesgo que se asocian al proceso de recaída en el tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.
2. Describir acciones que basadas en la evidencia científica han sido utilizadas para la disminución o control de las recaídas en el tratamiento de sustancias psicoactivas
3. Establecer líneas de acción para prevenir las recaídas en el consumo de sustancias psicoactivas.

MARCO CONCEPTUAL

Para comprender el tema de las recaídas en el tratamiento de pacientes farmacodependientes, es importante aclarar algunos términos propios de la adicción en general, los cuales conducirán a la comprensión del problema de investigación del cual trata esta monografía.

En primer lugar se realiza una aproximación a los conceptos de dependencia y abuso, de acuerdo con el "MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES – versión IV" de la Asociación psiquiátrica americana; se reconocen dos tipos de diagnostico en el capítulo dedicado a los trastornos relacionados con sustancias (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1995), en primer lugar los relacionados con el patrón de consumo de las sustancias (dependencia y abuso) y en segundo lugar los que describen síndromes conductuales ocasionados por el efecto directo de las sustancias en el Sistema Nervioso Central (los principales son la intoxicación y la abstinencia). Ambos tipos de diagnostico se aplica a sustancias que reconoce, como: alcohol, alucinógenos, anfetaminas y sustancias afines, cafeína, cannabis, cocaína, inhalantes, nicotina, opiodes, fenciclidina y sustancias afines, sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, y otras sustancias.

Cada una de las sustancias presenta criterios uniformes de dependencia y abuso, exceptuando la cafeína, que no ocasiona un síndrome de dependencia o de abuso, y la nicotina, que carece de un síndrome de abuso definido. También, cada una de estas sustancias presenta un cuadro definido de intoxicación y abstinencia más ligado (aunque no únicamente vinculado) con el efecto fisiológico de la droga y de menor relevancia psicológica.

El diagnostico de dependencia se alcanza mediante la aplicación de diversos criterios sintomáticos, conductuales y temporales (Tabla 1). Los siete criterios pueden dividirse en tres grupos: criterios de dependencia física (1 y 2), criterios de consumo compulsivo (3, 4 y 7), y criterios de efectos adversos del consumo de la sustancia (5 y 6). Como una variación con respecto a versiones anteriores, el DSM-IV establece que la dependencia puede sub-clasificarse en <<dependencia con y sin dependencia física>>, según estén o no incluidos los criterios 1 y 2 (tolerancia y síndrome de abstinencia).

Es decir, la dependencia física se indica por la presencia de tolerancia o abstinencia. Por su parte, el abuso se describe mediante cuatro ítems (Tabla 1), de los que sólo es necesario que esté presente uno para que se establezca el diagnóstico. (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1995)

Criterios para la dependencia y abuso de sustancias DSM-IV (American Psychiatric Association, 1995.)
Criterios para la dependencia de sustancias
Un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresados por tres (o más) de los ítems siguientes en algún momento de un periodo continuado de 12 meses: 1) Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems: a) una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado. b) el efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado. 2) Abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems: a) síndrome de abstinencia característico para la sustancia. b) consumo de la misma sustancia (o de una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia. 3) La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un periodo más largo de lo que inicialmente se pretendía. 4) Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia. 5) Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia (p. ej., visitar a diversos médicos o desplazarse largas distancias), en el consumo de la sustancia (p. ej., fumar un cigarrillo tras otro) o en la recuperación de sus efectos. 6) Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia. 7) Se continúa tomando la sustancia a pesar de ser consciente de la existencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que aparecen causados o exacerbados por el uso de ésta (p. ej., consumo de cocaína a pesar de la depresión

inducida o de alcohol pese al empeoramiento de una úlcera).
Criterios para el abuso de sustancias
A. Existencia de un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por uno (o más) de los ítems siguientes, en cualquier momento de un mismo período de 12 meses. 1) Consumo recurrente de sustancias que da lugar a incumplimiento de obligaciones laborales, escolares, o domésticas (p. ej., ausencias repetidas o un mal rendimiento laboral; ausencias o expulsiones de la escuela, descuido de las tareas domésticas o de los hijos). 2) Consumo recurrente de la sustancia en situaciones que conlleva un riesgo físico (p. ej., conducir un automóvil o manejar una máquina bajo los efectos de la sustancia). 3) Problemas legales recurrentes relacionados con la sustancia (p. ej., detenciones por comportamiento escandaloso). 4) Consumo continuado de la sustancia a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes, causados o exacerbados por los efectos de la sustancia (p. ej., discusiones conyugales, peleas). B. Los síntomas no han cumplido nunca los criterios para el diagnostico de dependencia de sustancias, para esta sustancia especifica.

Tabla 1 Criterios para la dependencia y abuso de sustancias DSM-IV

También es necesario tener en cuenta la tolerancia y la abstinencia a la sustancia; La tolerancia es definida por cualquiera de los siguientes síntomas:

a) La necesidad de cantidades marcadamente incrementadas de una sustancia para alcanzar la intoxicación o el efecto deseado.

b) La disminución pronunciada del efecto con el uso continuado de la misma cantidad de sustancia.

La abstinencia se manifiesta por cualquiera de los siguientes síntomas: (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1995)

a) El síndrome de abstinencia característico de la sustancia, definido para cada sustancia como se especifica en el DSM-IV.

b) Se toma la misma sustancia (u otra estrechamente relacionada) para evitar o aliviar los síntomas de abstinencia.

Los anteriores conceptos permiten diferenciar el uso, abuso y dependencia; a través del reconocimiento de sus síntomas y síndromes asociados. A continuación se definirán los factores de riesgo, que constituyen el eje central de esta monografía. De acuerdo con el “National Institute on Drug Abuse” (NIDA por sus

siglas en ingles), los factores de riesgo, son aquellas condiciones sociales, económicas o biológicas; conductas o ambientes que están asociados con o causan un incremento de la susceptibilidad para desarrollar un problema o una enfermedad específicos. Referidos al consumo de drogas, son aquellas condiciones individuales, sociales o ambientales que incrementan la probabilidad que una persona se implique en el consumo de drogas o que éste llegue a causar problemas importantes. La investigación ha identificado numerosos factores de riesgo (NIDA, 1997); estos factores se le agrupan de la siguiente forma:

a) factores relacionados con las características individuales.

b) factores relacionados con el contexto social: relacionados con el ambiente familiar, relacionados con el ambiente escolar, relacionados con el grupo de iguales, relacionados con el ámbito laboral y factores vinculados al entorno social general.

El objeto de está monografía son los factores de riesgo asociados a las recaídas; estos son definidos como aquellas condiciones individuales, sociales o ambientales que incrementan la probabilidad de que una persona retome su conducta adictiva después de haber pasado por un proceso de cambio y recuperación.

Otro concepto importante que se tendrá en cuenta es el de la abstinencia, esta se define como el resultado de evitar el consumo de drogas, ya sea por motivos de salud, personales, religiosos, morales, legales, entre otros. En el DSM-IV, encontramos que la abstinencia, específicamente el síndrome de abstinencia es uno de los criterios para el diagnostico de la dependencia a sustancias. La Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNDCP, 2000), lo define:

> *"Es un cambio de comportamiento desadaptativo, con concomitantes cognoscitivos y fisiológicos, que tiene lugar cuando la concentración en la sangre o en los tejidos de una sustancia disminuye en un individuo que ha mantenido un consumo prolongado de grandes cantidades de esa sustancia. Los síntomas de abstinencia varían mucho según la clase de sustancia y se han establecido diferentes criterios diagnósticos para la mayoría de ellas. Por ej., hay signos fisiológicos comunes y*

fáciles de identificar en la abstinencia del alcohol, los opiáceos y los sedantes, los hipnóticos y los ansiolíticos. Los signos y síntomas de la abstinencia de estimulantes como las anfetaminas y la cocaína, así como la nicotina, se presentan casi siempre, aunque en ocasiones son más difíciles de detectar. No se han observado síntomas relevantes de abstinencia con el consumo frecuente de alucinógenos".

Por último, se dará una mirada al concepto de tratamiento, el cual puede definirse, en general, como una o más intervenciones estructuradas para tratar los problemas de salud y de otra índole causados por el abuso de drogas y aumentar u optimizar el desempeño personal y social. Según el Comité de expertos de la OMS en farmacodependencia (OMS, 1998), el término tratamiento se aplica al:

"proceso que comienza cuando los usuarios de sustancias psicoactivas entran en contacto con un proveedor de servicios de salud o de otro servicio comunitario y puede continuar a través de una sucesión de intervenciones concretas hasta que se alcanza el nivel de salud y bienestar más alto posible".

En la publicación de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNDCP, 1996), se añade:

"Fundamentalmente, al brindar a las personas que sufren problemas causados por el consumo de sustancias psicoactivas una variedad de servicios y posibilidades de tratamiento para optimizar su capacidad física, mental y de interacción social, se les puede ayudar a alcanzar el objetivo primordial de liberarse de la drogodepencia y lograr una readaptación social plena. Los servicios y posibilidades de tratamiento pueden comprender la desintoxicación, terapia de sustitución y mantenimiento y/o terapias y asesoramiento psicosociales. El tratamiento también tiene por objeto reducir la dependencia de sustancias psicoactivas y mitigar las consecuencias negativas para la salud y las relaciones sociales del consumo de esas sustancias o relacionadas con este".

El carácter de las intervenciones terapéuticas, entre ellas los servicios médicos y psicosociales, las prácticas curativas tradicionales y demás servicios de rehabilitación, puede variar de un país a otro. Lejos de ser estáticas, esas

intervenciones se ven afectadas por diversos factores políticos, culturales, religiosos y económicos que influyen en la forma en que se organizan, se ejecutan y evolucionan con el tiempo.

Por otra parte, la documentación del NIDA expone que el tratamiento para la adicción consiste en “una serie de intervenciones clínicas estructuradas de tal manera que resultan útiles para promover y apoyar la recuperación de una persona afectada por la adicción hacia una mejor calidad de vida, este tiene como finalidad ayudar al adicto a dejas la búsqueda y el consumo compulsivo de la droga” (NIDA, 2001). El tratamiento puede darse en una variedad de entornos, de muchas formas distintas y por diferentes periodos de tiempo. Puesto que la drogadicción suele ser un trastorno crónico caracterizado por recaídas ocasionales, por lo general no basta con un solo ciclo de tratamiento a corto plazo. Para muchas personas, el tratamiento es un proceso a largo plazo que implica varias intervenciones y supervisión constante.

Existen varios enfoques con base científica para tratar la drogadicción. El tratamiento para la drogadicción puede incluir terapia de la conducta (como terapia individual o de grupo, terapia cognitiva o manejo de contingencias), medicamentos o una combinación de ellos. El tipo específico de tratamiento o la combinación de tratamientos varía según las necesidades individuales del paciente y, con frecuencia, según el tipo o los tipos de drogas que use. La gravedad de la adicción y los intentos anteriores para dejar de consumir drogas también pueden influir en el enfoque del tratamiento. Finalmente, los adictos suelen sufrir de otros problemas de salud (incluyendo otros trastornos mentales), ocupacionales, legales, familiares y sociales, los cuales deben tratarse de forma concurrente. (NIDA, 2001)

También es importante conocer cuáles son según Instituto Nacional sobre Abuso de Drogas (NIDA, 2001), esos principios que hacen que un tratamiento sea considerado eficaz:

- La adicción es una enfermedad compleja pero tratable que afecta el funcionamiento del cerebro y el comportamiento.

- No hay un solo tratamiento que sea apropiado para todas las personas.
- El tratamiento debe estar fácilmente disponible en todo momento.
- El tratamiento eficaz abarca las necesidades diversas de la persona, no solamente su problema de abuso de drogas.
- Para que el tratamiento sea eficaz, es esencial que el paciente lo continúe durante un periodo adecuado de tiempo.
- La terapia individual y de grupo, además de otros tipos de terapia de la conducta, son las formas de tratamiento más comunes para el abuso de drogas.
- Para muchos pacientes, los medicamentos constituyen un elemento importante del tratamiento, especialmente cuando se combinan con la orientación psicológica y otros tipos de terapia de la conducta.
- El tratamiento de cada paciente debe ser evaluado continuamente y, de ser necesario, modificado para asegurar que se mantenga a la par con cualquier cambio en su condición.
- Muchas personas con problemas de drogadicción también tienen otros trastornos mentales.
- La desintoxicación médica es sólo la primera etapa del tratamiento para la adicción y por sí misma hace poco para cambiar el abuso de drogas a largo plazo.
- El tratamiento no tiene que ser voluntario para ser eficaz.
- El uso de drogas durante el tratamiento debe ser supervisado constantemente, ya que pueden ocurrir recaídas durante el tratamiento.
- Los programas de tratamiento deben incluir exámenes para el VIH/SIDA, la hepatitis B y C, la tuberculosis y otras enfermedades infecciosas, además de brindar una terapia especialmente dirigida a ayudar a los pacientes a modificar o cambiar aquellas conductas que los ponen en riesgo de contraer o transmitir enfermedades infecciosas.

METODOLOGÍA

Esta propuesta investigativa se realizó bajo un enfoque cualitativo, pues la intención es detenerse en forma descriptiva, de sistematización y en unas mínimas líneas interpretativas sobre las fuentes que se encuentran referentes a las diversas modalidades de riesgos que conducen a recaer en el consumo de sustancias psicoactivas. De igual manera la modalidad utilizada en la monografía se apoya en la investigación documental, más específicamente en la revisión de fuentes secundarias.

Las fuentes consultadas que son base de esta investigación se pueden sintetizar en: secciones bibliografía especializada en farmacodependencia de las diferentes universidades en Medellín, revistas electrónicas especializadas en el tema y motores de búsqueda en internet sobre recaídas y factores de riesgo. Se seleccionaron referentes teóricos e investigativos para establecer la relación existente entre las diversas modalidad de factores de riesgo existentes y predisponentes para la recaída en el consumo de sustancias psicoactivas.

La información se recaudo a través del instrumento de recolección y registro de la información denominado como fichas de contenido. Posterior a esto la información se dividió en categorías teniendo como norte el contenido de cada uno de los objetivos específicos.

En todo momento de la consolidación de esta investigación se respetaron las diferentes fuentes de información y se citaron sistemáticamente las ideas ajenas. Igualmente se ejerció un cuidadoso trato a los diversos textos bibliográficos y fuentes físicas en general que sirvieron de sustento documental para la elaboración de esta monografía.

Se busco aportar desde el que hacer académico y bajo una intima convicción ética al entendimiento y vencimiento de los móviles psicosociales que generan el recaer en el consumo de sustancias psicoactivas.

DEFINICIÓN DE RECAÍDA, PROCESO DE RECAÍDA

Conseguir y mantener la abstinencia parece ser el objetivo último dentro del proceso de cambio que se inicia para dejar las drogas. Sin embargo, el logro de la abstinencia va a estar dificultada por las características adictivas de la sustancia y por cómo se ha integrado la droga dentro de la forma de vida de la persona. La principal amenaza para la abstinencia es la recaída y, la definición de esta es crucial, ya que delimita los procesos de recuperación de la adicción. En esta sección relacionaremos algunas definiciones de recaída extraídas de la literatura relacionada con el tema de las adicciones.

Marlatt y Gordon (1985), definieron la recaída como el restablecimiento de la conducta adictiva, pensamientos y sentimientos asociados a la conducta adictiva, después de un período de abstinencia. Según estos autores, las causas más comunes que aparecen concomitantes a una situación de recaída, se refieren a que la persona nunca ha aprendido las habilidades necesarias para lograr mantener la abstinencia. La persona fracasa al reconocer las situaciones de riesgo de recaída y reacciona demasiado tarde. Existe dificultad para manejar la ansiedad o cualquier estado emocional negativo, lo cual bloquea la posibilidad de dar una respuesta adecuada al control. La persona espera que la droga le ayude a aliviar, evitar o mejorar la situación que está viviendo. (MARLATT & GORDON, 1985) (LLEDÓ, 1999)

Los autores entienden la caída y recaída como dos sucesos diferentes. La caída es un consumo puntual que no supone retroceso a la línea basa de consumo que existía antes de tomar la decisión de cambio. La recaída implica además del consumo de drogas, la vuelta a un estilo de vida anterior; los mismos ambientes,

el delinquir, entre otros. Desde una teoría basada en el cambio como proceso, la ruptura de la norma auto-impuesta de estar abstinente puede significar un retroceso, pero no implica necesariamente un paso atrás de mayor envergadura y no tiene porque significar una recaída total.

Ante una caída es importante actuar para prevenir la recaída. Las caídas se suelen manifestar en situaciones sociales flexibles y de permiso para el consumo, y suelen coincidir con ocasiones puntuales de celebración como cumpleaños, navidad, entre otras. Pero también pueden manifestarse como un salto de la norma. Son el primer paso para una recaída y son señales de alerta. Esta concepción determina la recaída como un indicativo de que algo va mal y de la necesidad de volver analizar la organización planteada. Según la lectura o interpretación que se dé al consumo, se podrá responder de forma diferente al mismo.

Marlatt (1993), define la situación de alto riesgo como cualquier situación (incluyendo las reacciones emocionales a la situación) que representa una amenaza para la sensación de control del individuo y aumenta el riesgo de recaída. Desde el presupuesto de que la conducta pasada es el mejor predictor de la conducta futura, se puede esperar que las situaciones (externas o internas) que han precipitado una recaída en el pasado, provoquen tentaciones de consumo en el futuro.

García y Graña (1987), definen la recaída teniendo en cuenta los factores anteriormente mencionados, como el retorno al comportamiento adictivo o al estilo de vida como mínimo de entre uno y tres meses. El modelo de la elección conductista (TUCKER, VUCHINICH, & HARRIS, 1987) argumenta que el consumo puntual puede estar asociado a la disponibilidad de la sustancia y el consumo reiterado o recaída a reforzarse positivos y negativos, bien por las consecuencias agradables (refuerzo positivo) o mediante la terminación de una consecuencia aversiva (refuerzo negativo). La conducta de administración de drogas estará determinada por las consecuencias.

La recaída en relación con el proceso de cambio y su significación para el mismo, ha sido estudiada por Shiffman (1989), este autor distingue la recaída como el fin

de un esfuerzo realizado para el cambio hacia la abstinencia y la caída como un lapso o única infracción de la norma de la abstinencia. Algunos autores sostienen que las caídas se producen por una activación de la motivación hacia el consumo o craving de corta duración y que las recaídas son consecuencia de un craving más duradero e intenso (LUDWIG, 1986).

La definición más operativa ha sido la presentada por Chiauzzi (1991), “la recaída como una señal de disfunción y como el restablecimiento de la conducta adictiva, pensamientos y sentimientos después de un período de abstinencia. La recaída implica la interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales. Estos factores están influidos por la historia de aprendizaje, el funcionamiento físico, la predisposición psicológica y el entorno”.

Según Casas (1995), el consumo puntual es la prueba que realiza el usuario para saber si puede mantenerse en la abstinencia. Se toma el contacto con la droga pero sin sistematizar el consumo. Las recaídas pueden ser normativas o patológicas. Las primeras son cuando el sujeto consume pero mantiene el contacto con el grupo terapéutico, mientras que en las segundas, hay un abandono del tratamiento.

Sin duda alguna los autores más mencionados en la temática de las recaídas son Prochascka y DiClemente (1992), de los cuales se deriva el modelo trans-teórico; este modelo surgió a partir de la observación de lo que ocurre con los procesos de cambio en la psicoterapia, y luego ha sido utilizado en diversas áreas de la conducta de salud.

El modelo plantea como un esquema explicativo general. Se basa en la premisa que las personas pasan por una serie de etapas en su intento por cambiar una conducta. Estas etapas pueden ser tanto dinámicas como estables, es decir, ellas pueden durar por un tiempo considerable, pero siempre está la posibilidad de cambio. Las cinco etapas que se dan en el proceso de cambio de conducta son las siguientes: pre-contemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento. A continuación se describirá cada una de estas etapas o estadios de cambio:

PRE-CONTEMPLACIÓN.

Es la etapa en la cual no existe intención de cambiar la conducta en el futuro previsible. Los individuos en esta etapa o bien no están informados acerca de los efectos a largo plazo de su conducta actual, o están desmoralizados acerca de su capacidad para cambiar. Ellos tampoco quieren pensar acerca de la posibilidad de cambio y pueden ser muy defensivos, especialmente frente a las presiones sociales para cambiar. El rasgo central de esta etapa es la resistencia a reconocer o modificar un problema.

CONTEMPLACIÓN.

Es la etapa en la cual las personas son conscientes que existe un problema y están pensando seriamente en resolverlo, pero no hay un compromiso aún para pasar a la acción. Los individuos pueden permanecer en esta etapa por mucho tiempo, a pesar de la intención de cambiar. Los contempladores son ambivalentes respecto al cambio porque ellos perciben como aproximadamente equivalentes los pro y los contra de la conducta indeseable. El elemento central de la contemplación es una consideración seria de la resolución del problema.

PREPARACIÓN.

Se caracteriza por hacer pequeños cambios. Habitualmente los preparadores tienen un plan de acción o han hecho algunos cambios de conducta, pero no han alcanzado aún un criterio conductual pre-establecido para alcanzar la etapa de acción; la preparación combina criterios de intención y conducta, los individuos tienen la intención de tomar acciones en un futuro muy cercano (un mes) y/o han tomado acciones no exitosamente en el año anterior.

ACCIÓN.

Es la etapa en la cual los individuos se involucran activamente, en la nueva conducta, habiendo ocurrido cambios conductuales manifiestos dentro de los últimos 6 meses.

Los individuos es esta etapa modifican su conducta, experiencias o ambiente con el propósito de superar sus problemas, modificaciones que son altamente visibles y que reciben gran reconocimiento. Ésta es la etapa menos estable (0 a 6 meses) y se corresponde con el mayor riesgo de recaída. Los elementos centrales de esta etapa son la modificación de la conducta objetivo hasta un criterio pre-establecido y significativos esfuerzos de cambio.

MANTENIMIENTO.

Es la etapa en la cual los individuos están sosteniendo el cambio en el tiempo. Es un período de cambio continuado en el cual las personas trabajan para prevenir recaídas y consolidar las ganancias obtenidas durante la etapa de acción. Los elementos centrales de esta etapa son la estabilización del cambio conductual y la evitación de recaídas.

En esta etapa, puede ser diferente el panorama para conductas a eliminar y para conductas a adoptar. Así, la definición de eliminación sería una ausencia absoluta de tentación para involucrarse en la antigua conducta y un 100% de eficacia para involucrarse en la nueva conducta saludable.

Debido a que en una variedad de cambios de conductas las recaídas son la regla más que la excepción, se observa que las personas no progresan a través de un patrón lineal desde la primera etapa a la última.

Lo común es que los individuos retornen a etapas previas, de una manera cíclica, antes de alcanzar el mantenimiento, por lo cual el modelo plantea que el patrón de cambio habitualmente es mas circular que lineal. Así, a través de su progresión por distintas etapas la mayoría de las personas recaen, y aunque algunas podrán abandonar totalmente el intento de cambio, la mayoría de las personas retomarán el ciclo de cambio en alguna etapa anterior.

Una implicación muy importante de esta forma de concebir el cambio conductual, es que se considera que las recaídas pueden constituir una instancia de aprendizaje y preparar al individuo para enfrentar mejor el siguiente intento de cambio.

Otro aspecto esencial es que el monto de cambio que puede esperarse luego de una intervención, está fuertemente determinado por la etapa de cambio en que esta el individuo antes de esa intervención. Por lo tanto, los programas de tratamiento o de cambio conductual no deberían tratar a todas las personas como si fueran similares, sino que deberían adecuar sus intervenciones a la etapa de cambio en que se encuentra cada individuo.

El modelo postula como dos grandes factores que influyen en el cambio conductual el balance decisional y la auto-eficacia.

a) El balance decisional se refiere a la estimación de beneficios y costos de una conducta y sería un elemento muy importante en la toma de decisiones y por lo tanto en el cambio de la conducta.

b) El otro elemento crítico en el cambio conductual, sería la auto-eficacia, la cual involucra un juicio acerca de las propias habilidades para ejecutar una conducta requerida con el propósito de lograr ciertos resultados.

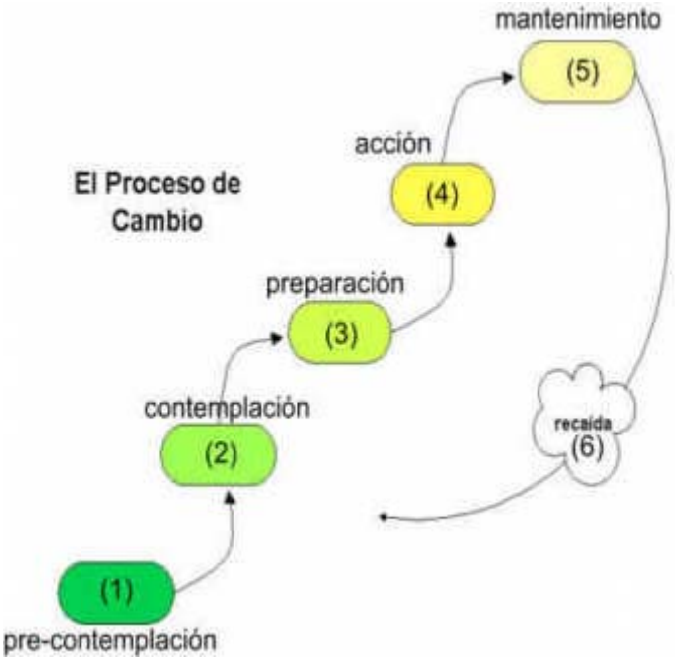

Ilustración 1: Etapas o estadios de cambio. (Prochaska, DiClemente. 1992)

Los anteriores autores citados definen la recaída desde un punto de vista cognitivo y conductual, pero también es importante evaluar el concepto desde un punto de vista biológico, generalmente el encuentro que determinada persona tuvo con las sustancias, implica también pensar en que dichas sustancias tienen un efecto predominante a nivel del sistema nervioso central. Por eso nos parece propicio retomar la noción de “refuerzo” que imprimen las drogas que inducen dependencia (NAHAS & Otros, 1992), base para la auto-administración de las mismas y por lo tanto para la tendencia a la recaída. El refuerzo positivo primordial constituye una memoria afectiva dominante impresa en el cerebro, que se halla en relación directa con el potencial adictivo de la sustancia. Oficia a modo de refuerzo conductual y explica el deseo irresistible por la sustancia, y el situarse de manera de facilitar su empleo y adquisición. A ello se sumaría un refuerzo secundario dado por el contexto social y cultural del medio donde se consume.

Para autores como Beck (1999), las recaídas se producen ante situaciones emocionales perturbadoras. El autor señala la presencia de factores internos, como depresión, soledad, aburrimiento, ira, frustración; así como estímulos externos como personas, lugares, cosas. Así mismo, el estado físico de una

persona, su situación emocional, los conflictos interpersonales, la presión social, la exposición a señales asociadas con la droga, la pérdida del trabajo, las discusiones intrafamiliares, y las crisis serían elementos que predisponen a una recaída.

Las crisis se asocian generalmente con el estrés emocional, en tanto suponen un cambio no planificado, repentino, no deseado en la vida de una persona. Si bien una crisis predispone a una recaída, puede ser también una oportunidad de aprender.

Los autores Cornelius, Salloum, Daley y Cols. (1996), identificaron cinco factores que contribuyeron a la recaída de sus pacientes:

Carecer de la habilidad de manejar tensión o estados emocionales negativos (69%)

Conflictos interpersonales con familia u otros (29%)

Ausencia de tratamiento profesional (25%)

Pensamientos negativos (11%)

Baja motivación hacia el cambio (10%)

En síntesis los autores revisados independientemente del área del conocimiento que dominan tienen en común el hecho de que entienden la recaída como un hecho esperable dentro del proceso de cambio, y que está además, depende no solo del individuo sino de todo un sistema. (FORSELLEDO & Colabs, 1999)

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL PROCESO DE RECAIDA EN EL TRATAMIENTO

Las tasas de recaídas de los adictos a las SPA que están dentro de un tratamiento o han egresado del mismo son considerablemente altas, especialmente cuando las personas que buscan los servicios de tratamiento y rehabilitación terminan por abandonarlo como producto de una falsa sensación de seguridad, habiendo permanecido temporalmente aislados de factores desencadenantes y estresantes y sin un programa de prevención de recaídas.

Como se expreso anteriormente, es ampliamente aceptado por diferentes autores que las recaídas pueden ocurrir y ocurren, y que es posible que su aparición pueda minimizarse o evitarse, algunas veces completamente. En algunas publicaciones tan importantes como las de NIDA se explica como la naturaleza crónica de la enfermedad adictiva significa que no sólo es posible recaer en el abuso de drogas, sino que es probable, viéndose tasas de recaídas parecidas a las de otras enfermedades médicas crónicas como la diabetes, la hipertensión y el asma, que también tienen componentes tanto fisiológicos como conductuales. El tratamiento de enfermedades crónicas involucra cambiar comportamientos profundamente arraigados, y la recaída no significa que el tratamiento falló. Para los pacientes adictos, las recaídas en el abuso de drogas indican que se debe comenzar de nuevo, se debe ajustar el tratamiento, o que se requiere un tratamiento alternativo (NIDA, 1997).

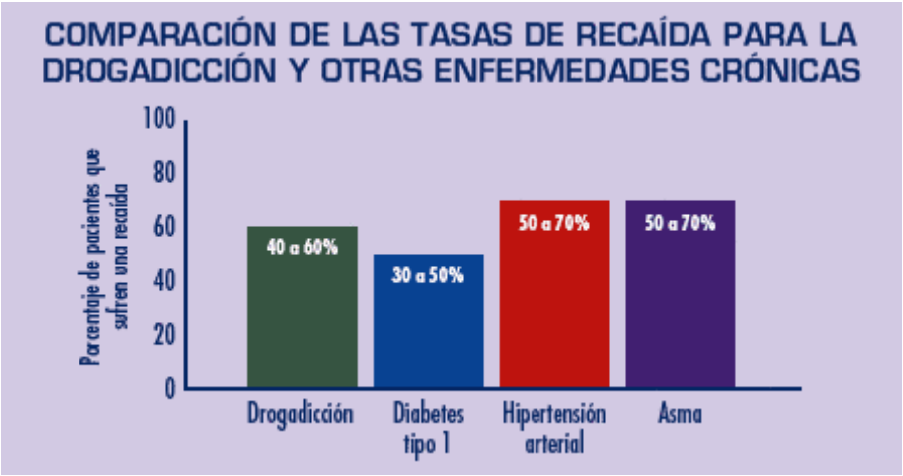

Ilustración 2: Comparación de las tasas de recaída para la drogadicción y otras enfermedades crónicas. (NIDA, 1997)

Nadie conoce exactamente el porcentaje de adictos que se recuperan con éxito, sin recaídas. Las recaídas seguirán siendo lo que contribuya de forma más importante a un innecesario abandono, al fracaso del tratamiento, a la frustración del paciente y de sus familias, y a la sensación de agotamiento de los miembros del equipo clínico – terapéutico.

Los factores de riesgo asociados a las recaídas en los tratamientos son de naturaleza multidimensional, existen determinantes bio-psico-sociales que conducen a las personas a restablecer relaciones problemáticas con las sustancias psicoactivas.

Con el fin de recoger los grupos de factores de riesgo que más se relacionan con las recaídas, revisaremos cuatro categorías que hemos condensado a través de la revisión previa de la literatura existente sobre el tema:

Factores de riesgo de orden biológico: Aspectos relativos a la biología del sujeto adicto y la relación de las sustancias psicoactivas con el sistema nervioso central.

Factores de riesgo relacionales: Son aquellos aspectos relativos al entorno más próximo de la persona. La interacción específica de cada sujeto con la familia, los amigos y el contexto escolar determina una situación peculiar.

Factores de riesgo sociales: Hacen referencia a un entorno social más amplio. La estructura económica, normativa, la accesibilidad al consumo, la aceptación social del mismo y las costumbres y tradiciones imprimen unas características que

diferencian a unas culturas de otras, y por tanto, afectan a la conducta del individuo.

Factores de riesgo individuales: Hacen referencia a las características internas del individuo, a su forma de ser, sentirse y comportarse. La edad, las personalidad, los recursos sociales de que dispone, las actitudes, los valores, la auto-estima, entre otras., conforman un sujeto único.

Las últimas tres categorías, se asemejan a la clasificación dada por Laespada, Iraurgí y Arostegí (2004).

FACTORES DE RIESGO DE ORDEN BIOLOGICO

Los factores de riesgo que más pueden determinar un desliz o una recaída son evidentemente los de orden biológico, ya que según las investigaciones y la literatura disponible sobre el tema el abuso de drogas perjudica el funcionamiento del cerebro actuando sobre el sistema de gratificación. “Cada vez que este circuito de gratificación se activa, el cerebro nota que algo importante está pasando que debe recordar y nos enseña que debemos repetirlo una y otra vez, sin pensarlo. Debido a que las drogas de abuso estimulan el mismo circuito, aprendemos a abusar de las drogas de la misma manera” (NIDA, 1997).

Es necesario reconocer cada uno de estos componentes que interfieren en la persona para determinarla al consumo de las drogas, por un lado los determinantes biológicos se delimitan claramente en razón a los diversos sistemas de células cerebrales que poseen ligandos naturales o endógenos y que son estimulados por una gran variedad de sustancias psicoactivas que permiten el aumento en la segregación de neurotransmisores lo que se traduce en un umbral superior de placer y bienestar.

Tenemos como ejemplo de ello el sistema de células cerebrales que conforman el sistema opiode, el cual es estimulado por las sustancias de este mismo psicoactivas actúan en este sistema neuronal, generando los consabidos efectos de placer y bienestar, generando tolerancia, conduciendo irremediablemente a la

persona consumidora a establecer rápidamente una tolerancia, so pena de tener que sufrir los molestos signos y síntomas de origen físico y psicológico del síndrome de abstinencia, en conclusión derivándola al consumo impulsivo de la sustancias.

Situación similar acontece con la marihuana que actúa en el sistema cerebral denominado cannabinoíde, a través de su ligando natural o endógeno la anandamida, que genera una sobre-estimulación del neurotransmisor dopamina, lo cual se traduce en bienestar y placer en la persona consumidora.

Lo anterior es un claro ejemplo de la manera como muchas de las drogas psicoactivas encuentran en el cerebro afinidad funcional con diferentes sistemas neuronales de recompensa y refuerzo positivo, que irremisiblemente generan debido a la sobre-estimulación de las neuronas y segregación aumentada de los neurotransmisores cambios en la conducta y comportamientos diversos en quienes las consumen.

Existen además, otras sustancias psicoactivas que si bien es cierto, no tiene coincidencia con sistemas neuronales, si generan sobrecargas aumentadas en la segregación de neurotransmisores, tales como el éxtasis, la cocaína, las benzodiacepinas, el tabaco, el alcohol etílico, entre otros. Generando tolerancia y por consiguiente síndrome de abstinencia, que fácilmente por estas circunstancias pueden llevar a la adicción, y el abuso de las mismas.

Cada una de las diversas sustancias actúan en centros de recompensa cerebral, generando el placer y bienestar, lo que lleva a que en el cerebro del drogodependiente se establezca una especie de impronta que de manera sistemática se estimula positivamente a través de la ingesta de las sustancias, es decir, siempre va existir el condicionamiento de que al consumir la droga vendrá un estadio de gratificación y de placer, de refuerzo positivo, que insistentemente reforzara lo que se denomina “craving”, que es un deseo irrefrenable del consumo la sustancia para sentir placer o para evitar los malestares del síndrome de abstinencia.

Autores como MARTÍN del moral y Lorenzo (2009), explican como las diversas drogas tienen distinta capacidad para producir sensaciones placenteras

inmediatas en el consumidor. Las que tienen mayor probabilidad de administrarse de manera repetida, es decir, “de enganchar” al consumidor, son aquellas que producen sensaciones gratificantes más agudas, aquellas que producen un mayor refuerzo positivo. Otro evento que, también, aumenta la acción de auto-administración de una droga es el descenso brusco de los niveles en sangre, lo cual sucede cuando esta se elimina muy rápidamente y, además, no existen metabolitos activos de la sustancia. En definitiva, la disminución de la concentración de la droga en un lapsus de tiempo muy corto provoca una situación de malestar psico-orgánico y reacción de ansiedad, elementos ambos de refuerzo negativo. A suma de ambos tipos de refuerzo van a caracterizar el potencial adictivo de una droga.

De igual forma se ha llegado a establecer que existe mayor predisposición en una persona a volverse dependiente de una sustancia debido a una correlación genética con algún familiar que haya tenido este tipo de dificultades, por disposición genética en el ámbito biológico algunas personas pueden encontrarse en un mayor grado de vulnerabilidad a desarrollar una adicción a las sustancias psicoactivas como sucede con el alcohol etílico, tal como nos lo indica Martín del moral y Lorenzo (2009),

> *“Por ejemplo, los hijos de padres alcohólicos tienen mayor probabilidad de desarrollar alcoholismo, aunque luego vivan en ambientes exentos de alcohol, fenómeno compatible con un trastorno poligénico. Las diferencias en el metabolismo del alcohol pueden influir también en la proclividad al abuso, debido a mutaciones genéticas de las enzimas responsables del metabolismo, resultando éste menos detoxificante. La tolerancia innata al alcohol puede representar un rasgo biológico que contribuye al desarrollo del alcoholismo”.*

Sin lugar a dudas, se potencia un factor de riesgo de orden biológico en las personas en cuyas familias existen antecedentes de consumo de sustancias psicoactivas, al menos en lo establecido para el consumo de alcohol etílico.

Las sustancias psicoactivas en el orden biológico se constituyen en un real factor de riesgo para generar adicción en el ser humano debido al reforzamiento positivo

que generan en el ser humano y que conduce al abuso de las mismas, como lo deja establecido, Martin del moral, et al (2009);

> *"No obstante cuando se habla de la neurobiología de la dependencia se hace referencia al circuito neuroanatómico sobre el que influyen las drogas de abuso y a una serie de neurotransmisores implicados en los efectos de las mismas. El circuito anatómico más estrechamente relacionado con el refuerzo es el formado por el área tegmental ventral, el núcleo accubens y la corteza pre-frontal. Se trata de un circuito dopaminergico, donde las drogas de abuso producen un efecto activador (aumento de la disponibilidad de dopamina en las terminaciones neuronales). La utilización continuada ocasionara un estado de hipodopaminergia que se traduce clínicamente en un deseo por consumir la sustancia".*

Las drogas psicoactivas al estimular la segregación de neurotransmisores que se traducen en la generación de placer y bienestar se constituyen en un real riesgo de orden biológico para que se establezca una adicción a estas sustancias que generan modificación en el comportamiento de las personas, afectando sus vidas en los diferentes órdenes de desarrollo social, es por ello, fundamental realizar la labor preventiva y de información veraz para dar a conocer la manera como estas sustancias actúan a nivel cerebral y la manera como una vez instalada la adicción es difícil superarla y evitar las consiguientes recaídas en su uso – abuso, pues una vez que se ha hecho impreso en el cerebro el recuerdo del placer y el bienestar que generan sistemáticamente se propenderá por repetición (craving).

FACTORES DE RIESGO RELACIONALES

La familia es el grupo social más afectado con la adicción al consumo de sustancias psicoactivas; al sufrimiento humano de padres, hijos, cónyuges se unen los problemas de disfunción familiar, los divorcios, la violencia intra-familiar, por eso la familia es un grupo vulnerable al que se le debe prestar especial atención en los tratamientos de rehabilitación ya que si no existe un cambio estructural y de fondo, terminan siendo el principal riesgo de recaída para el sujeto

en tratamiento o egresados del mismo.

El ex-adicto al retornar al seno de su familia, después de haber discurrido por un proceso de rehabilitación para la dejación del uso compulsivo de sustancias psicoactivas, y en general, para vincularse de manera armoniosa y eficaz a la sociedad, requiere de fortaleza en el aspecto de competencias sociales que lo habiliten para tal fin, sin embargo, el llegar a un hogar donde alguno de sus miembros mantengan una adicción a una sustancia psicoactiva como puede ser el alcohol etílico, al tabaco, al juego compulsivo, entre otras; se constituirá esta situación en un peligroso riesgo para el miembro ex-adicto, quien podría eventualmente retornar al consumo.

Minuchin (1995), señala que los miembros de la familia a través de interacciones redundantes se agrupan en subsistemas: parental, conyugal, fraternal, entre otros. Estos sistemas están separados por fronteras simbólicas y cada uno de ellos contribuye al funcionamiento de la familia, manteniendo su identidad a través del ejercicio de roles, funciones y de las tareas necesarias del conjunto.

Según Epstein, Bishop y Baldwin (1982), en su modelo “McMaster” establecen como base del funcionamiento familiar que las partes de la familia están interrelacionadas, por lo que una parte de la misma no puede ser entendida de manera aislada del resto del sistema, ni el funcionamiento de la familia puede ser entendido totalmente por el simple proceso de comprensión de cada una de las partes. También establecen que la estructura, organización de la familia y los patrones de transacción del sistema familiar condicionan el comportamiento de sus miembros.

Los factores estresantes que afectan a la familia y más aun al familiar co-dependiente o co-adicto están relacionados con síntomas de depresión y ansiedad. El estar viviendo situaciones estresantes exige no solo el despliegue de recursos externos, como el apoyo social, sino también de recursos personales lo que implica poner en práctica diversas modalidades de afrontamiento para manejar las situaciones que han sido estresantes para el individuo, derivadas de la conducta adictiva de su familiar.

Una persona adicta no es un sujeto aislado, es alguien que vive en sociedad y que

deviene de una familia con determinadas referencias, tiene todo un sistema de criterios, aptitudes y merece ser atendido no solo desde el punto de vista más elemental, sino en una visión integradora que abarque lo social y su complejo mundo interior.

A nivel familiar, se han identificado varios factores de riesgo para el consumo de drogas. Algunos específicos y muy ligados a la aparición de este problema. Otros menos específicos, que comparten riesgos para otros trastornos psicosociales, pero incrementan notoriamente la probabilidad de que algunos de los miembros consuman drogas.

Factores de riesgo familiares.

Laespada, Iraurgi y Arostegi (2004), plantean una serie de factores de riesgo familiares más específicos, son:

1. Ausencia de modelos definidos de autoridad y afecto.
2. Padres autocráticos, excesivamente rígidos y punitivos.
3. Ausencia de la figura paterna.
4. Presencia de un padre adicto al alcohol o a las drogas.
5. Carencias en los modelos de comportamiento adecuados al contexto social.
6. Conflictos en la pareja parental.
7. Relaciones familiares que estimulan la dependencia.
8. Consumo familiar de sustancias psicoactivas.

Factores menos específicos para el consumo de drogas:

1. Padres permisivos o desinteresados.
2. Carencias económicas.
3. Carencias en los modelos sexuales de identificación.
4. Limitada participación de los padres en la formación de los hijos.
5. Expectativas muy altas o muy bajas en relación al éxito esperado de los hijos.
6. Desintegración familiar.

Los factores de riesgo mencionados son prácticamente todos accidentales, en el sentido de que no responden a procesos naturales o a momentos críticos del proceso evolutivo ontogenético familiar. Obviamente una familia que presente varios de estos factores de riesgo, portará un nivel de disfuncionalidad significativo en sus procesos internos; es a su vez, factores de riesgo para la recaída al no ser significados, valorados e intervenidos en el proceso terapéutico, pues al egresar el paciente se ve confrontado nuevamente con estos mismos factores que si no se ha establecido nuevas y más funcionales formas de afrontamiento conducirán al ex-adicto a recaer, o dar comienzo a un proceso de recaída.

Para hacer frente a estos factores de riesgo familiares, es indispensable el incentivar en la familia factores protectores frente al consumo de SPA y la adicción; Forselledo, Esmoris y Col. (1992) plantean al respecto;

“Para aportar factores al desarrollo, es necesario que la familia apoye el crecimiento y maduración del adolescente, que ayuden al proceso de individuación de éste, además de ayudarlo a enfrentar y resolver situaciones emergentes en el marco de una aceptación dinámica, facilitada por un sistema familiar flexible”.

Las sustancias psicoactivas atentan directamente contra la naturaleza de la familia, en sus diversas modalidades, sea porque los adictos generan una grave violencia en la familia, o porque eleva los niveles de estrés o ansiedad de los miembros de esta o porque crea la codependencia, en fin, para poder entender y aliviar en gran medida el problema de la drogodepencia es fundamental fortalecer y trabajar arduamente en la estructuración familiar. Al respecto Forselledo, et al (1992), dice:

“El adicto es un síntoma de la disfuncionalidad familiar, es un reflejo vivo de la problemática que se tiene en el hogar, y en ocasiones se convierte en el chivo expiatorio para sobrellevar dicha disfuncionalidad, es por ello que cuando el adicto se aleja de la casa o se rehabilita de su adicción la familia siente gran malestar por la ausencia de ese catalizador que en la anormalidad la hacía gozar y mantenerse integrada”.

En conclusión, es necesario contemplar los factores de riesgo familiares, cuando

hablamos de la rehabilitación del adicto, ya que, en la matriz de identidad familiar, el ex-adicto encontrara o no las condiciones apropiadas para el desarrollo y la maduración de la personalidad, la adaptación a la sociedad y a una nueva dinámica de familia donde no sea el depositario de las frustraciones y problemáticas familiares; de lo contrario el estancamiento de la familia en una dinámica de adicción, dificulta la continuidad del ex-adicto en abstinencia, y estará en riesgo de recaer en el consumo.

FACTORES DE RIESGO SOCIALES.

Por otro lado se tienen los abundantes factores de riesgo de orden social que predisponen a las personas que han transitado por un tratamiento para cambiar o eliminar sus hábitos de consumo a retornar nuevamente al consumo y al comportamiento adictivo.

Nuestro mundo contemporáneo plagado de tantas problemáticas sociales se constituye en un verdadero caldo de cultivo para conducir a las personas a restablecer estas relaciones problemáticas con las drogas, un mundo regido por un sistema neo-liberal, con principios dominantes de dinámica social como lo son: el individualismo, la competencia intelectual y funcional, la individualidad comunicacional, la proliferación de sistemas informáticos que generan mayores niveles de producción y la carga laboral excesiva que des-humaniza la vida del ser humano.

Todos estos principios inspirados en la filosofía neo-liberal han llevado a que las personas una vez alienadas por este sistema económico y social empiecen a manifestar síntomas patológicos en sus experiencias de vida, situaciones como la soledad vivencial, la depresión que se experimenta ante diversas realidades sociales agobiantes (desempleo, pobreza, falta de oportunidades, exclusión, xenofobia, iniquidad, violencia), el estrés, entre otras; empiezan a minar la salud mental de las personas llevándolas a refugiarse en formas poco ortodoxas de evadir la realidad, es en este punto donde las sustancias psicoactivas vienen a

hacer su aparición, como efectivos mecanismos evasores de la realidad, y así se pueden enumerar las dramáticas situaciones en que muchas personas intentan resolver sus dificultades existenciales alejándose mentalmente de un mundo poco cordial y muy hostil.

Todas estas situaciones requieren que el ser humano “sano” tenga estrategias efectivas de afrontamiento y tolerancia de las dificultades de manera adecuada; el adicto en recuperación ó el ex-adicto en remisión se encuentra en desventaja ante estas mismas situaciones de estrés, ya que, generalmente tiene baja tolerancia a la frustración y es vulnerable a las demandas de la sociedad. A continuación se valoraran algunos de estos factores de riesgo social que están vinculados con las recaídas.

Desempleo.

El mundo contemporáneo se muestra cada vez más hostil para ofrecer una vida digna y deseable a los seres humanos, la concentración de la riqueza en una pocas manos, a expensas de inmensas franjas humanas que se debaten en la pobreza y la miseria oprobiosa, no se compadece con la necesidad apremiante de contar con niveles de equidad adecuados que inhabiliten innúmeras patologías sociales indeseables tales como la violencia en sus diversas expresiones y motivaciones, la xenofobia, la hambruna y carestía creciente de los alimentos, la escases dramática del agua, entre otras.

Cada día en Colombia se observa la manera como se vienen quedando sin empleo muchos ciudadanos, y lo que es aun peor como se desconocen los derechos de los trabajadores, como se incrementan las jornadas laborales, en las cuales se sacrifica hasta la misma familia, y la posibilidad de recreación y otras acciones fundamentales para el ser humano; como prosperan las empresas temporales que reclutan el recurso humano prevalidos de la plusvalía que esta acción les genera y que es bien observada por los empresarios del país con tal de no tener que reconocer las prestaciones sociales legales.

Es ingenuo desconocer el devastador efecto psicológico negativo que se produce en una persona que ha quedado cesante laboralmente, es que este asunto del poder tener capacidad adquisitiva, así sea para la mera subsistencia, está atravesando todo el aspecto del ser humano, tiene que ver con su auto-imagen, con su auto-estima, con su capacidad y finalidad de ser útil a la sociedad, con la necesidad psíquica de sentirse reconocido y valorado, y sobre todo con la necesidad de sentirse útil.

Es por esto que cuando una persona se le envía al desempleo se produce en su estructura mental una descompensación y desequilibrio que la conduce irresistiblemente a un estado depresivo y estrés, con unas consecuencias inusitadas; su capacidad de discernimiento se nubla, pareciera ser que se sumerge en un oscurantismo existencial por diversas circunstancias que se suman a las manifestaciones psicológicas, como lo son, la incapacidad económica de satisfacer sus necesidades básicas y las de su familia; las deudas monetarias contraídas, la presión por satisfacer necesidades de orden apremiante como la salud, el pago de servicios, entre otras.

Todas estas situaciones que se experimentan durante un periodo de desempleo o paro laboral, generan gran ansiedad en la persona, en razón a su carencia de actividad productiva y por ende de recursos económicos, lo va conduciendo a la búsqueda de maneras diferentes de poder obtener gratificación y escape a la ansiedad situacional, el poder disminuir sus grados altos de tensión; es así como, las sustancias psicoactivas se van incorporando al estilo de vida de esta persona; esto dado la modificación que se genera a nivel cerebral y sus efectos placenteros y excitatorios, esto les permite evadirse de una realidad social, que abruma al individuo y que genera un malestar existencial, así esta evasión a la ansiedad y/o tensión sea solo superficial y temporal.

A lo anterior, Rubio (2001), hace hincapié en señalar que uno de los puntos más positivos y valorados por los ex-toxicómanos es la formación, que durante su rehabilitación o desintoxicación debe ser una forma de terapia ocupacional, pero que posteriormente debe ser una formación para recuperar su espacio en el mercado laboral. Deben pensar en su futuro, en la posibilidad de obtener una

formación profesional, o una formación para el empleo y hasta un título oficial que les facilite su inserción laboral en la sociedad.

Estos objetivos útiles para todos los individuos, es en el colectivo de los toxicómanos, en el que con mayor medida se actuar y formar parte de su rehabilitación. Porqué como ponen de manifiesto los expertos en integración laboral, la formación facilita y contribuye a la propia terapia individual de rehabilitación. Estas actividades formativas deben llevarse a cabo en los centros desde las primeras etapas del tratamiento, con dinámicas sociales exteriores que faciliten que el individuo se estabilice. No basta con la administración de "metadona" u otro medicamento para la desintoxicación, y que sigan en la calle de "brazos cruzados", con actitudes pasivas, negativas y hasta destructivas (consumo de alcohol, drogas, pastillas y relaciones sociales con vendedores y consumidores de SPA), deben realizarse dinámicas terapéuticas formativas, motivadoras, que impulsen un estilo de vida diferente a la vente/consumo de SPA.

Es necesario motivarles para que estén en capacidad por sí mismo de crear perspectivas de futuro (por difícil e incierto que sea, que también lo es para los demás) y no dejarles a su suerte, como ocurre actualmente al finalizar procesos de rehabilitación (quizás por falta de medios, tanto humanos, económicos como materiales), donde las voluntades políticas no están claras.

Fácil acceso a la droga.

La masa creciente de seres humanos que se insertan a tratamientos de recuperación o rehabilitación para la suspensión del consumo o abuso de sustancias psicoactivas, no pueden sustraerse indefinidamente en el tiempo al medio social en el cual obtuvieron la adicción a las drogas; puede suceder que algunas modalidades de tratamiento como la comunidad terapéutica sustraigan al drogodependiente del medio social, y lo llevan a un medio social artificial en el cual no se presentan algunas condiciones normales de vida en sociedad, y que le permitan marginarse de ciertas circunstancias que son factores de riesgo que incitan al consumo de estas sustancias, pero tarde o temprano se habrá de retornar a este medio social plagado de dichos factores de riesgo, entre ellos la

accesibilidad o facilidad en la consecución de las drogas, las cuales debido al rentable negocio económico que implica y la pobreza que sufre el país están diseminadas por todas partes, impactando sistemáticamente al ex-adicto para retornar a su adicción.

Las sustancias psicoactivas son de fácil adquisición, incluso se intercambian por objetos, se llevan a domicilio como se entregan otros productos; y la política del estado de corte represivo sobre este tráfico, solo está motivada por el aspecto coercitivo de orden legal, y con poco interés se presta al verdadero “caldo de cultivo” que propicia este tráfico a menor escala, ahora denominado “micro-trafico”, en el cual se hace menudeo de la droga; para esto se instalan comercios en los mismos barrios, en la cuadra, en cada sector y esto bajo la supervisión de bandas criminales que controlan la venta, y no permiten que otras personas o agrupaciones entren a competir en el negocio; lo que desencadena violencia y desplazamientos, como instrumentos efectivos para controlar a la comunidad y evitar la competencia.

La pobreza, la marginalidad, la insana estratificación, la inequidad, la exclusión social, el desempleo, la desfragmentación familiar, la insatisfacción de necesidades elementales, entre otras; todas estas problemáticas sociales incentivan el incremento desaforado de las “plazas de vicio”, y se convierte esta situación en un grave factor de riesgo para las personas que retornan al medio social después de haber transitado por un proceso de rehabilitación.

Es indispensable al iniciar el proceso de rehabilitación se dé en paralelo un proceso de vinculación socio-laboral, que le permita al ex-adicto al egresar y confrontar la vida social, poseer competencias y habilidades socio-laborales para resistir los diversos factores de riesgo que lo impactaran entre ellos ese fácil acceso y movilidad que tiene las sustancias psicoactivas en el medio social.

La sociedad que rápidamente estigmatiza al drogodependiente como criminal debido a su adicción a las drogas “duras” (cocaína, heroína, drogas de síntesis) parece tener amnesia cuando no reconoce o simplemente no es crítica frente a la venta indiscriminada de sustancias psicoactivas, que generan efectos nefastos en la salud de las personas, y graves problemas sociales como accidentes de

tránsito, accidentes laborales, violencia intra-familiar, problemas sanitarios, entro otros tantos; las sustancias psicoactivas legales, como el alcohol etílico y el tabaco, son las sustancias con más altos índices de consumo, y que más consecuencias negativas producen a nivel personal y social.

El silencio cómplice de la sociedad frente a estas drogas legales, son un buen ejemplo del nivel de alienación en que se encuentran sumidas las personas, y con el auspicio de estructuras gubernamentales y mercantiles de la sociedad actual, y que son permisivas frente a este consumo, olvidando que son las puertas de entrada para las adicciones a otras sustancias psicoactivas. Son muchas las ocasiones festivas, en que los mismos padres incitan a sus hijos a consumir estas drogas socialmente aceptadas bajo el prurito de que sí lo hacen son verdaderos "machos", son personas capaces, son verdaderamente autónomos, desconociendo que con su actuar lo que hacen es abrirle las puertas para que la adicción se instale en sus hijos.

Ni que hablar del ex-adicto que al regresar a su entorno social nuevamente se va a tropezar por doquier con una comercialización abierta y permanente de estas sustancias, lo cual se constituye en un potencial factor de riesgo para reincidir en el consumo de las mismas, o para hacerlo a través de estas drogas como el alcohol etílico que desinhibe y disminuye la capacidad de control del ex-adicto, empujándolo irremisiblemente a dar re-inicio al consumo de la o las sustancias que lo esclavizaron a su adicción.

El discurso de las sustancias psicoactivas se ha desnaturalizado debido a la impregnación de la cultura, la cual rotula como legales y aceptadas algunas de estas sustancias, y quienes las utilizan son visualizados y connotados como ciudadanos del común y corriente, en contraposición de otras personas que haciendo similar uso de estas sustancias son esquilmados y socialmente reprobados bajo los peores calificativos. Para reflexionar solo queda por pensar porque una y otra cosa, a sabiendas que la sustancias legales son las que más situaciones conflictivas presentan a la sociedad y a la persona en su individualidad, pero este interrogante es fácil de sortear cuando analizamos la lógica del interés económico, y más aun, es aberrante el saber que precisamente

de ese mercado legal de estas sustancias se obtienen los recursos para la salud en general de la población Colombiana.

Estigmatización y exclusión social del drogodependiente.

Las personas que han tenido una relación problemática con las sustancias psicoactivas, y que se han sujetado a un proceso de rehabilitación, regresando nuevamente al medio social como ex-adictos cargan en sus espaldas el pesado estigma social que se traduce en una marcada exclusión que los deja indefensos para resistir los ataques y desprecios de toda índole que reciben desde su nueva realidad.

Al drogadicto se le despoja de sus derechos fundamentales inherentes a su naturaleza humana, y parece ser que tal despojo adquiere la condición de vitalicio, no obstante logra la dejación del consumo de drogas, se le cobra inhumanamente su problemática con las drogas, se le reducen significativamente los espacios sociales, lo que le imposibilita para una adecuada vinculación al entorno social, se le señala como un ser incapaz de sobrellevar un rol social regular.

Es fundamental que el ex-adicto a las sustancias psicoactivas logre vincularse eficazmente a la sociedad, lo que le permite consolidar su proceso de rehabilitación y consolidar efectivos factores de protección que lo blinde ante la posibilidad de recaer en este consumo, es por ello que señala Rubio (2001), el siguiente paso sería su integración laboral. Esta pasaría necesariamente por un período de formación, en el que no sólo deberá adquirir los conocimientos necesarios para desempeñar una actividad laboral, sino las habilidades sociales perdidas. Porque tener un empleo no es sólo desempeñar unas tareas, realizar un trabajo y recibir un sueldo por ello, es mucho más. Es ocupar o volver a ocupar un puesto/lugar en la sociedad. Sólo participando activamente en la sociedad (a través del trabajo) es cuando se nos reconoce como individuos de plenos derechos y deberes, es cuanto “somos” para los demás, es aceptación y responsabilidad social.

Tanto el drogadicto como el ex-drogadicto son sometidos a un aislamiento social,

parece que a nadie le interesa la suerte de estas personas que padecen esta enfermedad, son seres humanos que solo son auxiliares por sus familiares, y en algunas ocasiones son echados de los hogares debido al alto grado de disfuncionalidad que presentan, muchos de estos seres humanos se dedican a una vida errante, a una existencia en la cual solo encuentran el rechazo y la discriminación social, lo que ahonda sus problemáticas y los conducen a recaídas permanentes en el consumo al no ser aceptados en la sociedad, y porque todas las posibilidades de resurgir se ven obstaculizadas.

La estigmatización social que lleva el ex-adicto es toda una construcción cultural, que se ensaña en la desnaturalización de la persona que tiene o tuvo problemas con las drogas, se le rotula como incapaz, como persona no grata, como persona mundana entregada a los vicios terrenales, como un ser que con su mera presencia es generador de inseguridad, pero no se concibe la gran masa de drogadictos empedernidos a las sustancias psicoactivas legales como el alcohol etílico y el tabaco, las personas adictas a estas drogas generadoras de nefastas consecuencias, se les tolera y se les integra con toda clase de derechos y prerrogativas en la vida social, la moral de la sociedad sea alienado y hace venía cómplice al mercado consumista y hedonista.

La perversa práctica de generar formas de exclusión social para estratificar malsanamente a los seres humanos, es una estratagema que permite satanizar sin remedio a la vista, a vastas franjas de la sociedad, para subyugarlas y excluirlas de su bien ganada y necesaria participación social, esto queda sentado a través de las palabras que sobre el tema nos ofrece Rubio (2001).

En el ámbito de las ideologías excluyentes, nos encontramos con ciertos paralelismos entre los diversos grupos de personas excluidas (salvando las características particulares de cada grupo: prostitución, drogadicción, alcoholismo, entre otras); sobre todo cuando hablamos de minusvalía, discapacidad y deficiencia, según la clasificación internacional de la OMS (1998), es decir, es la inferioridad de un individuo, ocasionada por algún tipo de incapacidad social que afecta a las personas que han consumido drogas durante un largo período de tiempo. Un ex-adicto en el mundo social ha sido clasificado como toxicómano,

yonki ó drogadicto; atributos negativos que permanecen en el imaginario social, jurídico y político (aquellos que están al borde de perder su ciudadanía sino la han perdido ya).

El drogodependiente por el consumo reiterado de sustancias tóxicas será víctima de una deficiencia social -pérdida de habilidades, de una estructura o función, dependiendo de las sustancias consumidas-, por tanto, adquiere una discapacidad -restricción o ausencia de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen considerado “normal” para un ser humano-. Y una minusvalía social -situación desventajosa tanto social como laboral, consecuencia de esa deficiencia adquirida y por la discapacidad social que limita o impide el desarrollo y desempeño de un rol socio-laboral que es “normal” en otras personas semejantes a él/ella-. Que en el caso de los consumidores de sustancias tóxicas, se produce su apartamiento social.

La misma sociedad que diseña sus drogodependientes se muestra hostil y reacia a propiciar un ambiente social cálido y humano para la rehabilitación de los mismos, todo obedeciendo a la dinámica consumista que ha cosificado y reducido al ser humano a un mero instrumento político-económico.

Publicidad y medios de comunicación social.

La sociedad contemporánea está fuertemente permeada por el gran impacto que generan los medios masivos de comunicación (la televisión, la radio, el internet, la prensa escrita), y la diseminación indiscriminada de la publicidad por todos los rincones del planeta.

En nuestro país los medios de comunicación están en manos de poderosos grupos económicos que los utilizan como ganchos publicitarios para llegarle a una masa creciente de ciudadanos. A través de ellos se incentiva el sistema económico capitalista por medio de campañas publicitarias que ofrecen toda clase de productos y crean necesidades a las personas, en muchas ocasiones sin tener en cuenta aspectos y derechos fundamentales de las mismas.

Autores como Fernández (1999), analizan cómo la prensa moderna, desde sus

orígenes, obedece a una lógica mercantil. Al tener que competir para sobrevivir en mercados estrechos y muy disputados, tiene naturalmente a primar lo sensacional y los grandes titulares. Esa lógica comercial y competitiva, reivindicada por los editores, conduce a privilegiar lo emotivo, lo nunca visto, lo llamativo.

Es fácil constatar la manera irresponsable como se utilizan estos medios de comunicación, para ofrecer sustancias psicoactivas tales como: alcohol, tabaco, las bebidas energizantés, entre otras; y lo que es más lamentable poder observar una gran cantidad de publicidad fijada por todas partes en las cuales se le hace apología al consumo de estas sustancias, las cuales se sublimizan tras mensajes aparentemente inofensivos y que permiten la interacción social, es lamentable la manera como se incita al consumo de estas sustancias que son aceptadas socialmente, y que se exhibe total indiferencia ante los graves efectos físicos y psicológicos que generan en el ser humano, y mas allá se desconocen los graves efectos a nivel social que generan como lo es la violencia intra-familiar, la alarmante incidencia en accidentes de tránsito con grandes pérdidas en vidas, y en la comorbilidad que genera (persona invalida, con dificultades a nivel mental por traumatismos, mutilaciones anatómicas, dificultades y perdidas en el ámbito laboral, deserciones y ausentismos en el ámbito escolar, la propagación de enfermedades y otras más.

Al respecto Karwala (2010), dice:

> *“Por otra parte, estos mismos medios, cuando se refieren a las drogas, lo hacen exclusivamente desde el punto de vista de las sustancias ilegales, mientras publicitan y alientan el consumo de tabaco y alcohol, cuyos efectos nocivos y mortales son bien conocidos. Tampoco se refieren a los miles de usuarios de psicofármacos. Es decir, que esta cultura legitima ciertos usos, mientras prohíbe otros”.*

Unido a lo anterior es fácil constatar la manera como en los eventos culturales o recreativos la publicidad queda en manos de empresas productoras de estas sustancias psicoactivas, y son las mismas quienes patrocinan las actividades, y se abrogan las facultades para invitar a su consumo; queda claro entonces que lo

importante es la venta y la comercialización económica, pasando a un plano de total indiferencia la salud y tranquilidad pública de las ciudades.

Sin lugar a dudas nuestra sociedad requiere con suma urgencia una plataforma informativa basada en la información – formativa, que contribuya a consolidar una sociedad crítica, una sociedad depositaria de insumos informativos adecuados y veraces que le permitan al ser humano promocionar y ser incentivado hacia estilos de vida saludables, en la cual no se estigmatice al drogodependiente como un ser marginal y criminal, en la que se logre un cambio en la concepción social que se tiene de la drogodepencia, en la difusión de contenidos que se constituyan en verdaderos factores de protección para no caer en una relación problemática con las drogas, y que se deje de lado el mezquino interés de lo económico en soslayamiento criminal y cómplice con la propagación de información que solo ha incitado al consumo de drogas y al aumento de las problemáticas sociales que estas generan.

Se requiere de medios de comunicación responsables con un encargo social solidario, con las mejores intenciones pedagógicas, y que asuman un rol como verdaderos dinamizadores de la sociedad, como lo señala Vega (1996), las actividades informativo-educativas sobre las drogas que pueden llevar a cabo los medios de comunicación social pueden ser, en este sentido, muy variadas. Pero lo más importante es que siempre que la noticia sobre las drogas aparezca en los medios de comunicación social sin dramatismos y con la mayor objetividad posible, teniendo en cuenta la variedad de elementos que en ella intervienen, de forma que el consumidor de información queda más enriquecido para tomar sus propias decisiones.

Es necesario que los medios de comunicación, en su rol de transmisores de valores, actitudes y comportamientos, los cuales en su mayoría tergiversan y estructuran personalidades patológicas, asuman la responsabilidad de trasmitir información veraz, valores y roles que posibiliten el desarrollo de la sociedad, a la vez, que se muestren roles y características positivas de la integración de las personas ex-adictas, y la realidad de la enfermedad tras el consumo de sustancias psicoactivas.

FACTORES DE RIESGO INDIVIDUALES.

A continuación, se describen algunos factores de riesgo encontrados en la literatura, que pertenecen al individuo y que pueden constituirse en causas determinantes de la recaída en el consumo de sustancias.

Utilización del tiempo libre: los ratos de ocio y de tiempo libre son de especial importancia como factor de riesgo vinculado con el consumo de SPA. La ocupación del ocio y el tiempo libre puede ser un factor de riesgo o un factor protector frente al consumo de SPA; esto según la utilización que se haga del mismo. Es un factor de riesgo porque durante los espacios de ocio y tiempo libre son los periodos donde se encuentran las primeras ofertas y contacto con las sustancias; frente a la necesidad de llenar ese lapso de tiempo en alguna actividad o en evadir la responsabilidad frente al aprovechamiento de su tiempo libre. Las SPA legales e ilegales se presentan como mecanismos de entretenimiento y uso del tiempo libre. Además, la oferta de recursos de ocio que existe en la sociedad moderna, pasa principalmente por centros en los que la diversión viene condicionada al consumo de SPA; lugares como: bares, pubs, antros o clubes nocturnos. Este tipo de recursos dificulta la ocupación adecuada del tiempo de ocio. (TREVIÑO, 2009)

Nuestra sociedad se ha vuelto especialista en ofrecer opciones de diversión insanas para los ciudadanos, es así como observamos que cotidianamente se vienen instalando lugares de diversión tales como discotecas, bares, café-internet, lugares para la práctica de juegos electrónicos y de tragamonedas, casinos, entre otros. Todos estos lugares con su particular distinción de que en ellos se expenden bebidas embriagantes, y que están decorados de manera tal que las personas pierdan la opción del tiempo, y solo se sumerjan en la finalidad comercial de cada instalación, como estrategia mercantil para optimizar los recursos económicos a expensas de recalcitrar la adicción en las personas.

En contrapartida a esta situación de enajenación del tiempo libre de las personas todas las instituciones deben propender por el desarrollo de actividades de orden especifico e inespecífico para la promoción de estilos de vida saludables, que

contribuyan distanciar la posibilidad del consumo de sustancias psicoactivas, contándose en primer lugar entre estas instituciones la familia y los establecimientos educativos. La familia como núcleo de modelación estructural de conductas y comportamientos de las personas, debe ser una espacio de interacción permanente, en el cual cada miembro se situé creativa y lúdicamente, a través de la realización de actividades que la fortalezcan y retroalimenten en su importante función sistémica, en la familia deben cimentar estilos de lectura, de actividades recreativas sanas, de tareas locativas, del desarrollo de expresiones artísticas (la pintura, la poesía, el teatro). En conclusión que exista la posibilidad o los espacios para un aprovechamiento del tiempo libre de manera productiva y sana.

Los padres de familia, como agentes educativos, deben dedicar sus esfuerzos a la búsqueda de recursos alternativos, al consumo y a la motivación de los hijos para su utilización. Fomentar centros de interés que canalicen las necesidades de búsqueda de sensaciones y experiencias en los jóvenes y les dificulten su interés por el tema de las drogas, es una contribución interesante y una importante aportación en la actuación preventiva.

Los establecimientos educativos deben establecer una serie de estrategias pedagógicas que les ofrezcan a los estudiantes las posibilidades de contar con escenarios de recreación y desarrollo de actividades artísticas, además que incentiven el espíritu investigativo, y por ende la utilización del tiempo libre de manera provechosa y productiva.

Es fundamental en el proceso de recuperación o rehabilitación al consumo de sustancias psicoactivas, el contar con serios programas o estrategias de reinserción socio-laboral que deben desarrollarse desde el inicio mismo del proceso terapéutico, indistintamente la modalidad del mismo, pues los rehabilitados o en proceso requieren ocupar sus mentes de manera productiva a través de labores que los fortalezcan en la adquisición de habilidades sociales de afrontamiento, que les permita ocupar su tiempo en actividades sanas y productivas, las cuales pueden ser labores tales como el desarrollo de tareas locativas, el aprendizaje de labores técnicas para el desempeño de una actividad

laborales, la inclusión en educación formal e informal, etc.

La nociva practica de adelantar procesos de rehabilitación con personas drogodependientes, para después dejarlos en el medio social indefensos y sin la capacidad de poderse vincular ineficazmente a la sociedad predisponen de una manera inminente para una recaída, o incidencia en el consumo de sustancias psicoactivas.

La mente de un ex adicto o persona que está en proceso de recuperación debe estar motivada por la práctica de actividades que conduzcan a la instalación de hábitos de vida saludables y que estos sean sostenibles en el tiempo, pues recordemos que un peligroso riesgo para recaer en el consumo de drogas psicoactivas es el no saber utilizar el tiempo libre, y más aun el no contar con estrategias para tal fin, y el estar en un medio social plagado de alternativas insanas de utilización del tiempo libre.

Baja auto-estima: La auto-estima es entendida como la imagen o percepción que cada persona tiene sobre su valor y competencia como ser humano. El tener una imagen positiva de sí tiene que ver con estar satisfecho y/o aceptarse como uno es, con sus limitaciones y capacidades personales, en cuanto a su apariencia física, conducta y emociones. Esto permite confiar en las propias capacidades y a la vez confiar y valorar a los otros.

El tener una autoestima positiva es una variable importante para lograr adecuada adaptación social y mejor manejo en la vida. La autoestima, aunque parezca un posicionamiento aislado, no puede entenderse sin el componente social, por eso la comunicación, principalmente de la afectividad y las emociones, es clave en la formación de los valores de la autoestima, tanto positiva como negativa. (RIQUELME, FRAILE, & CARVALHO, 2005)

El termino autoestima para ser más explícitos hace alusión al valor que el propio ser humano asigna a su existencia y a su imagen personal e intra-personal en el contexto social. Esta valoración personal nace desde el momento en que cada persona toma el curso consiente de la vida, y emprende el proceso de individuación que lo lleva a definirse como persona única e irrepetible con

cualidades, virtudes y defectos.

La familia juega un importante papel en la consolidación de un nivel adecuado de autoestima a través del cual la persona valora su existencia, valora su cuerpo y su imagen, y tolera adecuadamente las frustraciones propias de un medio social complejo. Es en la familia en la cual a través de la afectividad y la comunicación asertiva se logra los basamentos necesarios para el afincamiento en una personalidad futura de una persona equilibrada que quiere y protege su organismo, y que se preocupa e interesa por la imagen social que proyecta, entendiendo sin dificultad sus falencias cognitivas, emocionales y físicas, es decir reconociéndose en toda la extensión de su ser, y valorando su capacidad de trascendencia.

Las personas que han desarrollado un alto nivel de valoración propia sobre su ser, cuentan con mejores mecanismos de defensa en el planteamiento de las relaciones interpersonales, por consiguiente sabrán adaptarse de manera más eficaz a las diversas circunstancias de la existencia, y no cederán fácil a las presiones sociales, entre las cuales las que conducen al consuno de sustancias psicoactivas.

La sociedad contemporánea tan dada a etiquetar a los seres humanos dependiendo de la capacidad económica de los mismos, o de las condiciones físicas que puedan tener para definirlos agradables o desagradables subyuga psicológicamente a las personas, y los cosifica hasta para la misma posibilidad de subsistir. Es por ello que se erige como necesidad fundamental que los seres humanos desde sus fases tempranas de existencias encuentren en los entes socializantes mecanismos de fundamentación que los fortalezca en las habilidades sociales para poder enfrentar el fracaso y el éxito, dos extremos que condicionan el comportamiento de muchas personas, y que de no ser bien canalizados los lleva a errar gravemente.

El modelo afectivo de educación en sustancias asume que aquellas personas que consumen sustancias tienen problemas personales, como, baja autoestima, habilidades sociales inadecuadas y valores escasos/confusos. Los componentes de autoestima se basan en desarrollar sentimientos individuales de su propia

valía. En las intervenciones que abordan estos aspectos, a chicas y a chicos se les enseña a que acepten y escenifiquen fracasos y dificultades. Se desestimula el auto-etiquetarse como fracasado o fracasada. Por el contrario, se estimula una apreciación de las fortalezas naturales o aquéllas que están desarrolladas. Se incluyen en esta categoría tópicos de programas de auto-conocimiento y auto-imagen, los cuales, aunque no van estrictamente dirigidos a mejorar la autoestima, son incluidos en esta categoría. (GARCÍA L. , 2010)

Todo lo contrario a lo reseñado anteriormente ha de entenderse como baja autoestima consistente en la incapacidad del ser humano para sentir valor por su propia existencia y por su cuerpo, es así como se entrega a un abuso problemático de sustancias psicoactivas que lo conducen irremisiblemente a un deterioro biopsicosocial. Es por ello que la baja autoestima se convierte en un factor de riesgo para la adicción a las drogas psicoactivas, que sea una necesidad apremiante el que desde la misma familia, la escuela y la estructura institucional se propenda por la formación en habilidades sociales que nos permiten fundamentar seres humanos conocedores de sus cualidades y responsables ante sus defectos, entendiendo que cada persona es un ser único e irrepetible.

Para finalizar este apartado cabe anotar que en lo extenso de la literatura relacionada con el tema de las adicciones existen un sinnúmero de clasificaciones de factores de riesgo asociados a las recaídas, acá solamente señalamos los que a nuestro juicio y basados en la recopilación realizada, parecen ser los más aproximados a la situación de recaída, sin desconocer obviamente la importancia de los demás.

ACCIONES QUE BASADAS EN LA EVIDENCIA CIENTÍFICA HAN SIDO UTILIZADAS PARA LA DISMINUCIÓN O CONTROL DE LAS RECAÍDAS EN EL TRATAMIENTO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

La intervención en prevención de recaídas es una de las áreas de mayor estudio y desarrollo en el campo de las farmacodependencias. Un aspecto importante de los programas de prevención de recaídas es la evaluación individual de los procesos relacionados en las recaídas: las situaciones de alto riesgo (o factores de riesgo analizados en el apartado anterior), las habilidades de los individuos para reconocer sus situaciones de riesgo y las estrategias de afrontamiento de los sujetos ante la aparición de dichas situaciones.

En este apartado recogeremos algunas de las intervenciones más exitosas orientadas a disminuir o controlar las recaídas en los tratamientos para el manejo de conductas adictivas.

Los programas cognitivos-conductuales (fundamentalmente basados en el entrenamiento de habilidades) y, en particular, el “Modelo de Prevención de Recaídas” <PR> de Marlatt y Gordon (1985), se pueden considerar hoy en día tratamiento de primera elección.

La Prevención de Recaídas (PR), es un paquete de tratamiento que incluye diferentes técnicas cognitivo-conductuales: identificación de situaciones de alto riesgo para la recaída, entrenamiento en habilidades de afrontamiento ante situaciones de riesgo, auto-registro y análisis funcional del uso de drogas, estrategias para afrontar el “craving” y los pensamientos asociados al uso de sustancias, afrontamiento de las caídas o consumos aislados y entrenamiento en solución de problemas.

En una revisión de las estrategias de evaluación en prevención de recaídas, Secades (1997) propone una clasificación en cinco tipos de procedimientos que han sido reconocidos como efectivos y que están enmarcados dentro del manejo cognitivo-conductual de las recaídas; estos son: 1) los auto-registros, 2) los informes autobiográficos de recaídas, 3) las fantasías de recaídas, 4) la observación directa y 5) los cuestionarios o auto-informes. Nos detendremos brevemente en cada uno.

Los auto-registros: Estos son procederes muy habituales en el campo de las adicciones y su fiabilidad como método objetivo de valoración de la conducta de consumo de drogas ha sido estudiada en varios trabajos (Callahan, 1980). Mediante su empleo el individuo recoge, lo más cercanamente posible al momento del consumo, la información relevante para la intervención acerca de aspectos como el tipo de droga y la cantidad, el día, la hora, el lugar, la compañía, el estado anímico, los antecedentes y los consecuentes de la conducta de consumo. Los auto-registros se utilizan sobre todo en el inicio de la intervención terapéutica. Su utilización es efectiva en el sentido de que le permite al paciente visualizar los avances en su proceso de abandono de la sustancia, reforzando su abstinencia y proporcionando un feedback visual de sus progresos individuales.

Informes autobiográficos: Se trata de relatos que registra el paciente de los periodos de consumo; en estos se encuentra material para ser analizado y trabajado en el espacio terapéutico, y conocer los rituales de consumo, a la vez, que el paciente identifica las situaciones de riesgo asociadas al consumo, que en su abstinencia pueden dar inicio a una recaída.

Fantasías de recaídas, esta es una de las estrategias especificas para la evaluación de situaciones de alto riesgo propuesta por Marlatt y Gordon (1985), consiste en que el sujeto debe imaginar cómo cree que podría ocurrir su vuelta al antiguo habito de consumo de drogas. Es decir, el terapeuta evalúa las situaciones de riesgo potenciales a través de cómo el paciente percibe la posibilidad de una recaída y cómo cree que se sentiría y se comportaría en esa situación.

Observación directa, aunque es una técnica costosa y difícil de utilizar en

consumidores de drogas como la heroína resulta ser muy efectiva para conocer de primera mano los contextos del consumo y permite dar una mejor retroalimentación al paciente sobre sus factores de riesgo y protección.

Cuestionarios o auto-informes, dentro del marco de la prevención de recaídas los cuestionarios sirven para valorar los diferentes procesos involucrados en la recaída.

En la actualidad, se dispone de suficiente evidencia empírica que certifica la eficacia de la prevención de recaídas en el tratamiento del alcoholismo, en comparación con el no tratamiento (O´FARRELL, CHOQUETTE, & CUTTER, 1998) (O´FARRELL, CHOQUETTE, CUTTER, BROWN, & McCOURT, 1993) (MAISTO, McKAY, & O´FARRELL, 1995), con el control placebo (O´MALLEY, JAFFE, CHANG, SCHOTTENFELD, MEYER, & ROUNSAVILLE, 1992) (SOBELL, SOBELL, & GAVIN, 1995) (ANTON, MOAK, WAID, LATHAM, MALCOLM, & DIAS, 1999) o con el consejo médico tradicional (ANNIS & PEACHY, 1992).

De acuerdo con Secades y Fernández (2001),

> *"La escasez de los trabajos bien controlados y la dispersión y heterogeneidad de los componentes empleados en los programas son dos problemas que se dan con especial énfasis en los estudios sobre la valoración de los tratamientos cognitivo-conductuales. Esto hace que resulte muy difícil establecer la valoración de su eficacia y que, en todo caso, nos decantemos por la etiqueta de tratamientos recomendados con una confianza clínica moderada o tratamientos probablemente eficaces".*

Para finalizar, Gruber, Chutuape y Stitzer (2000) compararon un programa de prevención de recaídas más manejo de contingencias con los sujetos que acudían a los recursos de tratamiento comunitarios. Los resultados a los tres meses fueron significativamente mejores en el grupo conductual.

A continuación se resumen otras estrategias que basadas en la evidencia científica han demostrado altos grados de efectividad.

LA PREVENCIÓN DE LAS RECAÍDAS.

Es una terapia de comportamiento cognitivo, que fue desarrollada para el tratamiento del alcoholismo y adaptada después para adictos a la cocaína. Las estrategias de comportamiento cognitivo son basadas en la teoría que los procesos de aprendizaje desempeñan un papel esencial en el desarrollo de patrones de comportamiento de inadaptabilidad. Los individuos aprenden a reconocer y corregir los comportamientos problemáticos. La prevención de recaídas abarca varias estrategias de comportamiento cognitivo que facilitan la abstinencia al igual que proveen ayuda para personas que experimentan recaídas. El enfoque de prevención de recaídas para el tratamiento de la adicción a la cocaína consiste de una serie de estrategias que sirven para realzar el auto-control. Entre las técnicas específicas están la exploración de las consecuencias positivas y negativas del uso continuado de la droga, la auto-vigilancia para reconocer los deseos por la droga lo más pronto posible y poder identificar las situaciones de alto riesgo causadas por el uso de la droga y el desarrollo de estrategias para que el individuo se pueda enfrentar y evitar las situaciones de alto riesgo, así como el deseo por la droga.

Un elemento céntrico de este enfoque es poder anticipar las dificultades que los pacientes pueden encontrar y ayudarles a desarrollar estrategias efectivas para hacerle frente a estos problemas. (CARROLL, ROUNSAVILLE, & KELLER, 1991) Las investigaciones indican que los pacientes logran mantener las habilidades que aprenden a través de la terapia de prevención de recaídas aún después de haber completado el tratamiento. En uno de los estudios, la mayoría de los pacientes que recibieron este método de tratamiento de comportamiento cognitivo mantuvieron los éxitos que habían conseguido en el tratamiento durante el año siguiente al mismo.

EL MODELO MATRIZ.

Provee un sistema parar lograr que los abusadores de estimulantes entre en tratamiento y ayudarlos a lograr la abstinencia. Los pacientes aprenden sobre asuntos críticos de la adicción y de la recaída, reciben dirección y apoyo de un terapeuta entrenado, se familiarizan con los programas de auto-ayuda, y son supervisados para controlar el uso de drogas por medio de los análisis de orina. El programa incluye instrucción para los miembros de la familia afectados por la adicción. El terapeuta funciona simultáneamente como profesor y entrenador, fomentando una relación positiva con el paciente, y empleando esta relación para fortalecer un cambio de comportamiento beneficioso. La interacción entre el terapeuta y el paciente es realista y directa pero sin ser de confrontación ni paternal. Los terapeutas están entrenados para conducir las sesiones de tratamiento de una manera que fomenten el auto-estima del paciente, su dignidad y su valor. Una relación positiva entre el paciente y el terapeuta es un elemento crítico para la retención del paciente en el programa.

Los materiales del tratamiento se mantienen fuertemente en otros enfoques de tratamiento ya probados. Por lo tanto, este enfoque incluye elementos que pertenecen al área de prevención de recaídas, terapias familiares y de grupo, enseñanza sobre drogas y participación de auto-ayuda. Los manuales detallados del tratamiento contienen hojas de trabajo para las sesiones individuales. Otros componentes incluyen grupos educacionales para la familia, grupos de técnicas de recuperación temprana, grupos de prevención de recaídas, sesiones combinando varios elementos, exámenes de orina, programas de 12 pasos, análisis de recaídas y grupos de apoyo social.

Numerosas intervenciones han demostrado que los pacientes tratados con el “modelo matriz”, muestran estadísticamente una reducción significante en el uso de drogas y alcohol, a su vez, hubo mejoría en los indicadores psicológicos y un descenso en las conductas sexualmente riesgosas, vinculadas con la transmisión del VIH. Los informes de estas intervenciones (HUBER, LING, SHOPTAW,

GULATI, BRETHEN, & RAWSON, 1997), conjuntamente con evidencia que sugiere un resultado comparable en los tratamientos con este modelo para usuarios de metanfetaminas y cocaína; y con una eficacia demostrada para mejorar el tratamiento basado en la naltrexona para los adictos a los opiáceos; proporcionando una base empírica que valida la aplicación de este modelo.

LA PSICOTERAPIA DE APOYO Y EXPRESIVA.

Es una psicoterapia dirigida de tiempo limitado que ha sido adaptada para individuos adictos a la heroína y a la cocaína. Esta terapia tiene dos componentes principales:

Técnicas de apoyo para ayudar al paciente a sentirse cómodo cuando hablan de sus experiencias personales.

Técnicas expresivas para ayudar a los pacientes a identifica y a resolver cuestiones de relaciones interpersonales.

En esta se le presta atención especial al papel que desempeñan las drogas con relación a los sentimientos y comportamientos problemáticos, y cómo se pueden resolver los problemas sin recurrir a las drogas.

La eficacia de la psicoterapia de apoyo y expresiva, como lo trata Luborsky (1984), ha sido examinada en pacientes que estaban recibiendo tratamiento de mantenimiento basado en la metadona y que tenían problemas psiquiátricos. En comparación con pacientes que recibían solamente terapia para las drogas, los dos grupos tuvieron resultados similares con relación al uso de los opiáceos; sin embargo, el grupo de psicoterapia de apoyo y expresiva demostró menor uso de la cocaína y necesitó menos metadona. Además, los pacientes que recibieron la psicoterapia mantuvieron muchos de los éxitos que habían logrado. En un estudio anterior, cuando se agregó la psicoterapia de apoyo y expresiva a la terapia de drogas, mejoraron los resultados de los adictos a los opiáceos con problemas psiquiátricos moderadamente severos, que estaban en el tratamiento con base en la metadona.

LA TERAPIA INDIVIDUALIZADA DE DROGAS.

Directamente se concentra en reducir o detener el uso de drogas ilícitas. También abarca a las áreas relacionadas al funcionamiento deteriorado -como capacidad de trabajo, actividades ilegales, relaciones familiares y sociales- además de que supervisa el contenido y la estructura del programa de recuperación del paciente. A través de su énfasis en las metas de comportamiento a corto plazo, la terapia individualizada de drogas ayuda al paciente a desarrollar estrategias de enfrentamiento, así como medios para abstenerse del uso de drogas y después para conservar esa abstinencia. (CALLAHAN, 1980) El consejero alienta al paciente para que participe en el programa de los 12 pasos y lo refiere a servicios complementarios médicos, psiquiátricos, laborales u otros. En un estudio que comparaba a los adictos de los opiáceos que solamente recibían metadona con otros que recibían metadona conjuntamente con terapia, los individuos que recibían sólo metadona mostraron un mejoramiento mínimo en la reducción de su uso de opiáceos. Sin embargo, se produjo una mejoría significante al añadirse la terapia de drogas. Cuando se añadieron servicios médicos/psiquiátricos, laborales y para la familia en el mismo sitio del tratamiento, los resultados mejoraron aún más. En otro estudio con adictos a la cocaína, la terapia individualizada de drogas, combinada con la terapia de drogas en grupo, fue bastante efectiva para reducir el uso de la cocaína. Por eso, parece ser que este enfoque tiene gran utilidad en los tratamientos fuera del hospital con los adictos a ambas, la heroína y la cocaína.

LA TERAPIA FAMILIAR MULTIDIMENSIONAL (MDFT).

Para adolescentes es un tratamiento para el abuso de drogas que toma lugar fuera del hospital y está centrado en la familia. Como lo expone Diamond y Liddle (1996), la MDFT examina el uso de drogas de los adolescentes en términos de una red de influencias (es decir, del propio individuo, de la familia, de compañeros, de la comunidad) y sugiere que la reducción del comportamiento no deseado y el

aumento del comportamiento deseado ocurren en múltiples maneras en ambientes que toman lugar en la clínica, en la casa, o con miembros de la familia en reuniones familiares, la escuela u otros lugares comunitarios. Durante las sesiones individuales, el terapeuta y el adolescente trabajan en tareas importantes de aprendizaje, como saber tomar decisiones, negociar y desarrollar habilidades para resolver problemas.

Los jóvenes adquieren capacidad para comunicar sus pensamientos y sentimientos para poder manejar mejor las presiones de la vida y obtienen destrezas vocacionales. Se realizan sesiones paralelas con miembros de la familia. Los padres examinan sus estilos particulares de educar a sus hijos, y aprenden a distinguir la diferencia entre influenciar y controlar así como a tener una influencia positiva y apropiada con sus hijos. (DIAMONG & LIDDLE, 1996)

La terapia para realzar la motivación, su enfoque de terapia se centra en el cliente y sirve para iniciar cambios de comportamiento al ayudar al cliente a resolver su ambivalencia sobre si participar en el tratamiento y parar su uso de drogas. Este enfoque emplea estrategias para producir cambios rápidos y de motivación interna en el cliente, en vez de guiarlo por cada paso del proceso de recuperación. Consiste en una sesión inicial en la que se otorga una serie de pruebas de evaluación, seguida por dos o cuatro sesiones individualizadas de tratamiento con el terapeuta. La primera sesión de tratamiento se concentra en suministrar auto-alimentación al paciente sobre la información generada de la serie de evaluaciones iniciales con el fin de estimular una charla referente a su uso personal de drogas y para lograr obtener declaraciones de auto-motivación del paciente. Se utilizan principios de entrevistas para fortalecer la motivación del paciente y formular un plan para los cambios que el paciente realizará. Se sugieren estrategias de enfrentamiento para situaciones de alto riesgo y se discuten estas estrategias con el cliente. En las sesiones subsiguientes, el terapeuta vigila los cambios, revisa las estrategias que se están usando para parar el hábito, y continúa alentando al paciente para que se comprometa a cambiar o a mantener su abstinencia. Los clientes a veces son animados para que traigan a las sesiones con los alcohólicos y con individuos con dependencia de marihuana.

LA TERAPIA DEL COMPORTAMIENTO PARA ADOLESCENTES.

Se incorpora el principio de que se puede cambiar el comportamiento no deseado mediante una demostración clara del comportamiento que se desea adquirir, conjuntamente con una premiación afín para cada paso adicional que se toma para lograr esta meta. Las actividades terapéuticas incluyen el cumplimiento de tareas específicas, ensayos de los comportamientos deseados, y grabación y revisión del progreso logrado, con elogios y privilegios concedidos cuando se cumplan las metas asignadas. Se recolectan muestras de orina regularmente para supervisar si hay algún uso de drogas. La terapia pretende equipar al paciente para que adquiera tres tipos de control:

El control del estímulo, que ayuda a los pacientes a evitar situaciones asociadas con el uso de drogas y a aprender a pasar más tiempo en actividades incompatibles con el uso de drogas.

El control del impulso, que ayuda a los pacientes a reconocer y a cambiar los pensamientos, los sentimientos y los planes que los llevan al uso de drogas.

El control social, que involucra a miembros de la familiar y otras personas que sean importantes para el paciente para que le ayuden a evitar las drogas. Cuando se posible, uno de los padres o la pareja acompaña al paciente a las sesiones de tratamiento y le asiste con las tareas de terapia y el refuerzo del comportamiento deseado.

De acuerdo con los estudios de investigación (AZRIN, ACIERNO, KOGAN, DONAHUE, BESALEI, & McMAHON, 1996), esta terapia ayuda a los adolescentes a llegar a ser libres de drogas y aumenta su habilidad para mantenerse sin usar drogas una vez que el tratamiento haya terminado. Los adolescentes también demuestran una mejoría en varias otras áreas -concurrencia al trabajo/escuela, relaciones familiares, depresión, necesidad de ser confinado a una institución, y uso de alcohol. Estos resultados tan favorables se atribuyen en gran parte a la participación de los miembros de la familia en la terapia y a los premios que se otorgan por la abstinencia de drogas, verificada a través de los análisis de orina.

LINEAS DE ACCIÓN PARA LA PREVENCIÓN DE RECAÍDAS

A partir de las diferentes estrategias de intervención para la prevención de las recaídas durante el tratamiento, se han extraído una serie de lineamientos a tener en cuenta para el tratamiento y el mantenimiento posterior a esté para disminuir la probabilidad de presentarse una recaída al consumo o nuevamente a la adicción.

Antes de comenzar a plantear las diferentes líneas de acción, es necesario reconocer la recaída como un proceso que se inicia en el sujeto antes de volver a consumir, y que no finaliza en el consumo de la sustancia o las sustancias; que son estos hitos previos al consumo los que permitirán la intervención para prevenir el recaer al consumo. En este mismo sentido se debe asumir la drogadicción como una enfermedad crónica, que se puede tener controlada, pero como tal no tiene una cura permanente más que la vigilancia constante de los diferentes factores que predisponen al individuo a recaer en el consumo o la adicción.

LINEAS DE ACCIÓN

En la prevención de recaídas se encuentran casos exitosos, que aportan conceptos y estrategias para establecer acciones para prevenir recaídas; en estos casos se encuentra lo planteado por la “Fundación Colectivo Aquí y Ahora” (MARTINEZ, 2010), que basa su enfoque desde lo cognitivo-existencial, y con el aporte desde la logoterapia, que fundamenta el accionar psicoterapéutico, y la identificación de parámetros vitales y las estrategias para abordar a cada sujeto en rehabilitación.

El enfoque del “Colectivo Aquí y Ahora”, establece las siguientes parámetros y estrategias de intervención. Para comenzar se debe cumplir con las siguientes

acciones. (MARTINEZ, 2010)

a) Creer que es posible recaer, el ex-adicto, su familia deben aceptar y asumir que la drogadicción es una enfermedad crónica, y como tal, siempre está la posibilidad de volver a recaer en el consumo o la adicción.
b) Creer que es posible prevenirlo, en el mismo sentido se debe reconocer que el recaer es una posibilidad, y que como tal el ex-adicto está en capacidad de establecer acciones para prevenirla.
c) Haber realizado un proceso de cambio, antes de recaer el sujeto debe haber establecido un cambio en su vida y superado el síndrome de abstinencia, y llevar un periodo estable sin consumir la sustancia.
d) Aprender de prevención de recaídas, se debe hacer un entrenamiento durante el proceso de rehabilitación que permita identificar factores que ponen en riesgo la abstinencia, a la vez, que debe poder identificar sentimientos, sensaciones, pensamientos, etc. asociados al consumo.
e) Estar dispuesto a trazar los parámetros, se debe poder establecer los parámetros vitales o factores de riesgo asociados al consumo y que permitirán prever una recaída.
f) Esta dispuesto a poner en práctica las estrategias, parte de la capacitación en prevención de recaídas es la disposición del ex-adicto de poner en práctica las estrategias organizadas para hacer frente a los parámetros o factores de riesgo identificados para prevenir la recaída.

Parámetros.

Aseguramiento del tiempo mínimo necesario frente al riesgo.

Síndrome agudo, periodo de tiempo donde el adicto muestra la mayor intensidad en el malestar, pensamientos y deseos de consumir la sustancia.

Síndrome pos-agudo, periodo posterior al síndrome agudo, donde se presentan deseos, pensamientos, sueños y situaciones que incitan el deseo a consumir.

Los parámetros vitales.

Abandonar las redes sociales de consumo.

Aislarse de lugares de riesgo.

Identificar y aislarse de situaciones de riesgo.

Cambiar el estilo de vida, especialmente si se asociaba con la adicción.

Parámetros básicos.

Organizar una red de prevención de recaídas y entregarles los listados de personas, lugares y situaciones de riesgo, así como la autorización escrita de cómo lo pueden ayudar en caso de cualquier urgencia.

Trabajar los rasgos de personalidad que sustentan la adicción.

Trabajar la dinámica familiar o de pareja.

Mantener el apoyo de los grupos.

Estructurar o re-estructurar el proyecto de vida y el sentido de vida.

Esta es la tarea de los primeros años.

Estrategias.

Abandonar las redes sociales de consumo.

Evaluar de que personas se puede aislar totalmente (los primeros meses es ideal hacerlo de todos).

Con quienes es difícil hacerlo, el adicto puede: escribir una carta, proyectar la situación de encuentro con esta persona y desarrollar en el espacio terapéutico habilidades para enfrentarlo, proyectar un dialogo telefónico y establecer un tarjeta salvadora o red de apoyo ante la situación.

Con quienes es imposible hacerlo (ej. Madre), organizar escenarios en donde no se esté en riesgo.

Es importante realizar un listado de las personas de riesgo.

Cortar con sistemas de comunicación (cambiar número de celular, bloquear Messenger, facebook, etc.) que estén vinculados con el consumo o con personas

con las que se consumía.

Trabajar las fantasías que impiden hacer cambios (que van a decir? , me voy a quedar solo:.. etc.), que afectan la voluntad de cambio del adicto.

Lo mejor es mantener cierta distancia con quien se encuentre en consumo activo, hacer una desvinculación completa.

Aislarse de lugares de riesgo.

Es importante hacer un listado de los lugares de riesgo (expendios, zonas de consumo, bares…etc.).

Organizar rutas y establecerlas como rutas normales.

Si es preciso, cambiar los lugares de riesgo que sean posibles. (carro, casa…solo si es preciso).

Si la principal zona de consumo era la propia casa o el propio cuarto y es imposible salir de allí, cambiar las cosas de ubicación, pintar de otro color, etc.

Trabajar fuertemente las fantasías que impiden hacer los cambios (el jibaro era mi amigo, es el barrio en donde crecí, si me voy por ahí me demoro dos minutos mas) generalmente son obstáculos de la adicción para no desaparecer.

Identificar y aislarse de situaciones de alto riesgo

Identificar y enlistar situaciones de alto riesgo (asociaciones establecidas ej. Burdeles, casinos, cabalgata, postpartido del domingo…).

Evitar al máximo estas situaciones.

Proyectar y establecer las excusas que se utilizarán para enfrentar algunas situaciones imposibles de evitar o impredecibles.

Estructurar Planes de Acción inmediata.

Tarjetas salvadoras (listado de fondos, teléfonos de red de apoyo, foto de…)

Trabajar fuertemente las fantasías que impiden hacer los cambios (pensarán que soy un bobo, que ya no soy el mismo de antes)…generalmente son obstáculos de la adicción para no desaparecer.

Cambiar el estilo de vida

Establecer unas Normas Primarias Básicas que rompan el estilo (horarios de levantada y acostada, deporte, tiempo libre…).

Trabajar fuertemente la motivación para hacer los cambios (No concibo la vida de otra manera, sin eso ¿Quién soy yo?)…generalmente son obstáculos de la adicción para no desaparecer.
Estas son las tareas de los primeros meses.

La metodología para trabajar los parámetros son:

Abordaje individual.
Se comienza desde el primer día de tratamiento de rehabilitación de la adicción y continua durante todo el proceso de rehabilitación y tras su egreso se continúa con un seguimiento periódico, y valoración de la aplicación y eficacia de las estrategias implementadas.

- Entrevista motivacional.
- Reestructuración cognoscitiva.
- Trabajo de manuales de prevención de recaídas.
- Trabajo especifico con diferencia de género y edad.
- Debe tener la misma intensidad que la psicoterapia.

Abordaje grupal; se establecen de grupos de auto-ayuda y apoyo, donde se analicen los parámetros recaída establecida y las estrategias implementadas.
Construcción de red de apoyo y de emergencia ante situaciones inevitables.
Abordaje Familiar; la terapia familiar o de pareja, donde se intervenga la dinámica familiar, los vínculos establecidos y las figuras criterio.
Grupo semanal de entrenamiento en prevención de recaídas.
Psico-educación.
Generación de redes.

Programa Lihue.

Otra línea de intervención de las recaídas, son las plateadas por el Programa Lihué de Argentina, que plantea una serie de estrategias para hacer frente a las recaídas. (ONTIVEROS, 2010)

Para comenzar, el programa Lihué conceptúa la recaída como un proceso así:

> *"Todo regreso a las antiguas modalidades de conducta adictiva, tanto personales como ambientales, y en este ultimo especialmente en la familia, proceso que culmina en un nuevo consumo de drogas".*

Proceso de Recaída.

1- Acumulación de estrés, causada por estímulos negativos o positivos.
2- Pensamientos y sentimientos encubiertos (+ y -).
   - Confusión.
   - Aturdimiento.
   - Insensibilidad.
   - Depresión.
   - Irritabilidad.
   - Alegría.
3- Reacción intensa o fracaso total ante una situación de estrés, y escalada de problemas.
4- Negación de la existencia de problemas o hechos, y fracaso en la utilización de los sistemas de soporte y medios de recuperación. Indicadores:
   - El paciente no logra explicar sinceramente sus sentimientos en los grupos o entrevistas.
   - Se mantiene callado.
   - Presenta a los demás una imagen incompleta o inadecuada de sí mismo.
   - La asistencia a grupos o entrevistas se torna esporádica.
   - Deseos de consumo activo.
5- Los problemas originales se complican en forma de "bola de nieve", además de nuevos que aparecen luego de ignorar los precedentes.

6- Percepción de la situación como un punto del cual no se puede escapar. La idea de consumir es cada vez más atractiva, la recaída parece enteramente justificable.
7- El paciente se encuentra cada vez más en situaciones de alto riesgo y produce auto sabotajes.
8- Pérdida de control. Aumenta el aislamiento y abandona poco a poco su sistema de apoyo.
9- Los deseos irresistibles de droga llevan a consumir nuevamente. El proceso de recaída se ha completado.

La recaída va evolucionando, de tal manera que cuando la vemos finalmente concretada en un nuevo consumo de drogas es solo la parte final de un proceso que se ha venido dando desde hace tiempo antes; y quizás tanto terapeutas como asistidos han sido testigos pasivos de este proceso sin reaccionar ante señales de alerta. Para facilitar la prevención se han planteado los siguientes ejes de prevención.

Ejes de prevención de las recaídas.

Revisión de creencias adictivas. Crítica y ensayo de nuevas alternativas. Actitudes ante situaciones de crisis, fracasos, adversidades, estrés, pérdidas. Replanteo de conductas y creencias ante una recaída de drogas consumada.

Crisis, resiliencia y reorganización.

Un momento de crisis, que no es malo necesariamente, aunque si desagradable, es el momento de definición; y se definirá todo en función a lo que se recurra para abandonar ese lugar de angustia, a partir de ahí la persona adicta recurrirá a viejos modelos que alguna vez fueron efectivos aunque fueran destructivos o hacia nuevos estilos más creativos y saludables que representan todo un desafío para la persona.

Creencias adictivas que sustentan una recaída

Se busca en la droga, aquello de lo que se la ha investido, además del efecto neuro-psicoactivo propio de la sustancia.

Durante el proceso de recaída, se está recayendo subyacentemente en la forma de conseguir un estado de ánimo, un equilibrio o en general un bienestar al que no se ha logrado independizar de la sustancia.

Estímulos de Alto Riesgo. E.A.R.

Son disparadores internos y externos que estimulan el apetito de drogas en la persona adicta, y que varían en cada persona.

Los estímulos internos incluyen factores emocionales y físicos (tristeza, soledad, aburrimiento, ira, frustración, dolores físicos, etc.)

Los estímulos externos incluyen lugares, personas, situaciones y objetos relacionados de alguna forma con la utilización de drogas.

El hacer seguimiento a los ejes de prevención, se podrá predecir la aparición de una recaída o el interrumpir el proceso de recaída en un estado inicial; en este sentido el paciente ira desarrollando estrategias para hacer frente a los diferentes factores de riesgo, y desarrollara su autonomía para su enfrentamiento.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- Las recaídas son un proceso que está integrado por una serie de hitos que pueden ser identificados; a partir de su identificación hacer una intervención oportuna para una prevención efectiva.
- Los hitos que se dan en el proceso de recaída no son secuenciales, y de obligatoria presentación previa para que se dé una recaída.
- Las recaídas están vinculadas directamente a diversos factores de riesgo, que deben ser afrontados durante la rehabilitación para el mejoramiento del pronóstico tras el egreso del tratamiento de rehabilitación.
- La rehabilitación debe integrar al individuo, la familia y su grupo de amigos para favorecer la rehabilitación y el sostenimiento de la abstinencia.
- La drogadicción es una enfermedad crónica, y como tal la rehabilitación no establece una cura definitiva, pero a través de esta se puede llegar a un estado de abstinencia; la vigilancia y el acompañamiento constante tras el egreso de rehabilitación se puede mantener la abstinencia y control de la enfermedad.
- Los factores de riesgo se pueden clasificar por categorías (individuales, biológicos, relacionas y sociales).
- Los factores de riesgo luego de su identificación, deben ser afrontados en el proceso de rehabilitación para incentivar en el adicto estrategias a implementar tras el egreso.
- El uso del tiempo libre y los espacios de ocio, son un factor fundamental para la prevención de la recaída; de la implementación de actividades (ej. Deportes, actividad física, hobby) se protegerá al ex-adicto a recaer.
- La integración laboral, debe ser acompañada durante el inicio de la

integración socio-laboral, al reconocerse que los efectos del desempleo o la dificultad para vincularse laboralmente es uno de los factores que más influyen en la recaída.

- Es necesario desarrollar campañas de capacitación e información a la comunidad en general, sobre la drogadicción como enfermedad crónica, y como la reducción de los estigmas socio-culturales sobre el adicto o el ex-adicto facilita la rehabilitación y el mantenimiento de la abstinencia.
- Se debe organizar las intervenciones y las acciones de prevención a partir de la sustancia psicoactiva y el tiempo que el adicto la ha usado.
- Implementar las estrategias planteadas para la prevención de las recaídas en los tratamientos como complemento a su efectividad y sostenimiento.
- Incentivar a los medios de comunicación masivos a desarrollar campañas de promoción para la integración de los ex-adictos a la sociedad, a través del reconocimiento de su enfermedad.

Las recaídas siempre estarán presentes en cualquier proceso de rehabilitación; el conocimiento que los terapeutas tengan sobre ellas serán el principal fundamento para su prevención, por esto, es necesario capacitarlos en como identificarlas y que estrategias pueden poner en acción para interrumpir el proceso, y dar respuesta a las necesidades del paciente, que se expresan a través de las conductas previas al consumo.

Sobre recaídas existe literatura suficiente, que muestra diversas estrategias sustentadas en diversas teorías sociológicas, psicológicas y medicas que permitirán adaptar los procesos de rehabilitación a las necesidades individuales de cada usuario adicto o ex-adicto.

BIBLIOGRAFIA

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (1995). *DSM-IV: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.* Barcelona: Masson.

ANNIS, H. A. (1986). A relapse prevention model for treatment of alcoholics. En W. MILLER, & N. HEATHER, *Treating addictive behaviors: process of change.* New York: Plenum.

ANNIS, H. M., & PEACHY, J. E. (1992). The use of calcium carbimide in relapse prevention counseling: results of a randomized control trial. *British journal of addiction* (87), 63-72.

ANTON, R. F., MOAK, D. H., WAID, L. R., LATHAM, P. K., MALCOLM, R. J., & DIAS, J. K. (1999). Naltrexone and cognitive behavioral therapy for the treatment of outpatient alcoholics: results of a placebo controlled trial. *American journal of psychiatry* (156), 1758-1764.

AZRIN, N. H., ACIERNO, R., KOGAN, E., DONAHUE, B., BESALEI, V., & McMAHON, P. T. (1996). Follow-up results of supportive versus behavioral therapy of illicit drug abuse. *Behavioral Research & Therapy , 34* (1), 41-46.

BECK, A., WRIGHT, F., & Otros. (1999). *Terapia cognitiva de las drogodependencias.* Buenos Aires: Paidós.

BECK, A., WRIGHT, F., NEWMAN, C., & LIESE, B. (1993). *Cognitive therapy of substance abuse.* New York: Guilford Press.

CALLAHAN, E. J. (1980). Alternative strategies in the treatment of narcotic addicts: a review. En W. R. MILLER, *Addictive behaviors.* New York: Pergamon Press.

CARROLL, K., ROUNSAVILLE, B., & KELLER, D. (1991). Relapse prevention strategies for the treatment of cocaine abuse. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse , 17* (3), 249-265.

CASAS, M. (1995). *Avances en drogodependencias.* Barcelona: Neurociencias.

CHIAUZZI, E. J. (1991). *Preventing relapse in the addictions: a biopsychosocial approach.* New York: Pergamon Press.

CORNELIUS, J. R., SALLOUM, I. M., DALEY, D. C., & THASE, M. E. (1996). Clinical profile and evaluation of comorbid major depression and alcoholism. En J. LONSDALE, *Heatherly guide to substance abuse II* (págs. 19-137). New York: Heatherly Press.

CSAP. (2000). Understanding substance abuse prevention. *Toward the 21st Century: A primer on effective programs* . Rockville: SAMHSA.

DIAMONG, G. S., & LIDDLE, H. A. (1996). Resolving a therapeutic impasse betwen an adolescents in Multi-dimensional Family Therapy. *Journal o Consulting an Clinical Psychology , 64* (3), 481-488.

EPSTEIN, N. H., BISHOP, D., & BALDWIN, L. (1982). *Modelo Mc Master del funcionamiento familiar: un punto de vista de la familia normal.* New York: Froma Walsh.

FERNÁNDEZ, F. (Octubre de 1999). *El tratamiento informativo de las drogas.* Recuperado el 10 de Septiembre de 2010, de Revista Latina de Comunicación Social: http://www.ull.es/publicaciones/latina/34obre.htm

FORSELLEDO, A. G. (1988). *Introducción a los aspectos funcionales y disfuncionales de la familia del farmacodependiente.* Curso de formación de terapeutas familiares. Montevideo: OPTAR-IIN/OEA.

FORSELLEDO, A. G., ESMORIS, V., & otros. (1992). *Familia y consumo de alcohol y drogas.* Programa de prevención de las farmacodependencias IIN/OEA. Montevideo: IIN/OEA.

FORSELLEDO, G., & Colabs. (1999). *Manual regional de educación preventica participativa para jovenes y padres.* Montevideo: Instituto interamericano del niño.

GARCÍA, A., & GRAÑA, J. L. (1987). Prevención de recaídas: una perspectiva comunitaria. En P. F. RAMOS, A. GARCÍA, J. L. GRAÑA, & Otros(Comp), *Reinserción social y drogodependencias.* Barcelona: Asociación para el estudio y

promoción del bienestar social.

GARCÍA, L. (Febrero de 2010). *Prevención efectiva del consumo de sustancias psicoactivas en chichos y chicas adolescentes.* Recuperado el 10 de Septiembre de 2010, de Gobierno de Canarias-Consejeria de sanidad-Dirección de atención a las drogodependencias: http://www2.gobiernodecanarias.org/sanidad/dgad/documentos/20100727DROGODEPENDENCIAS.pdf

GONZÁLEZ Regadas, E. M. (2001). *Comunidad terapéutica y trastornos duales.* Montevideo: Psicolibros.

GOTI, E. (2000). *La comunidad terapéutica: un desafío a la droga* (3° ed.). Buenos Aires: Nueva Visión.

GRUBER, K., CHUTUAPE, M. A., & STITZER, M. L. (2000). Reinforcement-based intensive outpatient treatment for inner city opiate abusers: a shorttern evaluation. *Drug and alcohol dependence* (57), 211-223.

HUBER, A., LING, W., SHOPTAW, S., GULATI, V., BRETHEN, P., & RAWSON, R. (1997). Integratin treatments for methamphetamine abuse: A psychosocial perspective. *Journal of Addictive Disease , 16*, 41-50.

KARWALA, T. J. (2010). *Los medios de comunicación y las drogas.* Recuperado el 10 de Septiembre de 2010, de CALIDOSCOPIO asociación civil: http://www.asocioncalidoscopio.org/medios%20y%20drogas.htm

LAESPADA, T., IRAURGI, I., & ARÓSTEGI, E. (2004). *Factores de riesgo y de protección frente al consumo de drogas: hacia un modelo explicativo del consumo de drogas en jóvenes de la CAPV.* Observatorio Vasco de Drogodependencias, Departamento de Vivienda y Asuntos Sociales. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.

LLEDÓ, M. M. (1999). *Manual de prevención de recaídas en el tratamiento de toxicómanos.* Vitoria-Gasteiz: Servicio central de publicaciones del Gobierno Vasco.

LLEDÓ, M. M. (2001). *Proceso de la recaída en el consumo de heroína (Tesís doctoral).* Bilbao: Facultad de C.C.P.P. y sociología.

LUBORSKY, L. (1984). *Principles of psychoanalytic psychoterapy: A manual for supportive-expressive (SE) treatment.* New York: Basic Books.

LUDWIG, A. M. (1986). The mystery of craving. *Alcohol Health Res , 11* (1), 14-17.

MAISTO, S. A., McKAY, J. R., & O´FARRELL, T. J. (1995). Relapse precipitants and behavioral marital therapy. *Addictive Behaviors* (20), 383-393.

MARLATT, G. A. (1993). La prevención de recaídas en las conductas adictivas: un efoque de tratamiento cognitivo conductual. En M. CASAS, & M. GOSSOP, *Recaída y prevención de recaídas.* Sitges: Ediciones en Neurociencias.

MARLATT, G. A., & GORDON, J. R. (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors.* New York: The Guilfod Press.

MARTÍN del moral, M., & LORENZO Fernández, P. (2009). Fundamentos biopsicosociales en drogodependencias: prevención y tratamiento. En P. LORENZO, J. M. LADERO, J. C. LEZA, & I. LIZASOAIN, *DROGODEPENCIAS: farmacología - patología - psicología - legislación* (3 ed., págs. 27-61). Buenos Aíres: Médica Panamericana.

MARTINEZ, E. (Octubre de 2010). Herramientas para la prevención de recaídas. *I Congreso Internacional sobre abordaje integral de las adicciones* . Envigado: Fundación Colectivo Aquí y Ahora.

MINUCHIN, S. (1995). *Familias y terapia familiar.* Madrid: Gedisa.

NAHAS, G., & Otros. (1992). *Manual de toxicomanias.* Madrid: Masson.

NIDA. (1997). *Preventing drug use among children and adolescents: A reasearch-based guide.* Rockville: NIDA.

NIDA. (2001). *Principios de tratamiento para la drogadicción. una guía basada en las investigaciones.* Washington: NIDA.

O´FARRELL, T. J., CHOQUETTE, K. A., & CUTTER, H. S. (1998). Couples relapse prevention: sessions after behavioral marital therapy for male alcoholics, outcomes

during the three years after starting treatment. *Journal of studies on alcohol* (59), 357-370.

O´FARRELL, T. J., CHOQUETTE, K. A., CUTTER, H. S., BROWN, E. D., & McCOURT, W. F. (1993). Behavioral marital therapy with and without additional couples relapse prevention sessions for alcoholics and their wives. *Journal of studies on alcohol* (54), 652-666.

O´MALLEY, S. S., JAFFE, A. J., CHANG, G., SCHOTTENFELD, R. S., MEYER, R. E., & ROUNSAVILLE, B. (1992). Naltrexone and coping skills therapy for alcohol dependence: a controlled study. *Archives of general psychiatry* (49), 881-887.

OMS. (1998). *30° Informe del Comite de Expertos de la OMS en Farmacodependencia.* Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

ONTIVEROS, R. (Octubre de 2010). Estrategias de intervención en prevención de recaídas. *I Congreso Internacional sobre el abordaje integral de las adicciones* . Envigado: Programa LIHUÉ.

PROCHASKA, J. O., & DiCLEMENTE, C. C. (1994). *The transtheoretical approach.* Malabar: Krieger Publishing Company.

PROCHASKA, J. O., DiCLEMENTE, C. C., & NORCROSS, J. C. (1992). In search of how people change: applications to addictive behaviors. *American Psychologist , 47* (9), 1102-1114.

RIQUELME, N. B., FRAILE, C. G., & CARVALHO, A. M. (Septiembre-Octubre de 2005). *Influencia del consumo de sustancias psicoactivas en el ámbito familiar sobre la autoestima de escolares.* Recuperado el 10 de Septiembre de 2010, de SciElo-Brazil: Scientific Electronic Library Online: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13nspe/v13nspea06.pdf

RUBIO, J. (julio-diciembre de 2001). *Proceso de construcción de un estigma: la exclusión social del drogodependiente.* Recuperado el 6 de Octubre de 2010, de NOMADAS - Universidad Complutense de Madrid: http://www.ucm.es/info/nomadas/4/jarribas1/index.html.

SANTO DOMINGO, J. (1987). Centros y métodos de terapia: aspectos teóricos. En J. ARANA, J. JIMÉNEZ, VILLAREJO, & Colab, *Droga y familia, Colección Matrimonio y Familia* (Vol. 4). Madrid: El Perpetuo Socorro.

SECADES Villa, R. (1997). Evaluación conductual en prevención de recaídas en la adicción a las drogas: estado actual y aplicaciones clínicas. *Psicothema , 9* (2), 259-270.

SECADES Villa, R., & FERNÁNDEZ Hermida, J. R. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la drogadicción: nicotina, alcohol, cocaína y heroína. *Psicothema , 13* (3), 365-380.

SHIFFMAN, S. (1989). Conceptual issues in the study of relapse. En M. GOSSOP(Ed), *Relapse and Addictive Behavior.* London: Routledge.

SOBELL, M. B., SOBELL, L. C., & GAVIN, D. R. (1995). Portraying alcohol treatment outcomes: different yardsticks of success. *Behavior therapy* (26), 643-669.

STAHL, S. A. (1998). *Psicofarmacología esencial: bases neurocientificas y aplicaciones clínicas.* Barcelona: Ariel.

TIFFANY, S. (1990). A cognitive model of drug urges and drug abuse behavior: role of automatic and nonautomatic processes. *Psychol Review* (84), 127-190.

TREVIÑO, L. (6 de Abril de 2009). *Las drogas y el tiempo libre de nuestros hijos.* Recuperado el 10 de Septiembre de 2010, de El Semanal magazine: http://www.elsemanalonline.com/2009/las-drogas-y-el-tiempo-libre-de-nuestros-hijos.html

TUCKER, J. A., VUCHINICH, R. E., & GLADSJO, J. A. (1991). Enviromental influences on relapse in substance use disorders. *The International Journal of the Addictions , 25* (7A&8A), 1017-1050.

TUCKER, J. A., VUCHINICH, R. E., & HARRIS, C. V. (1987). Determinants of substance abuse relapse. En M. GALIZIO, & S. A. MAISTO(Eds), *Determinants of substance abuse: biological, psychological and environmental factors* (págs. 383-

421). New York: Plenum.

UNDCP. (1996). *Demand reduction: A glosary of terms.* New York: United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention.

UNDCP. (2000). *Demand reduction: A glosary of terms.* New York: United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention.

VEGA, A. (1996). *Los medios de comunicación social y las drogas: entre la publicidad y el control social.* Recuperado el 10 de Septiembre de 2010, de Biblioteca virtual de tecnología educativa: http://www.lmi.ub.es/te/any96/vega_hacer/#capitol4

VENTURA, J. (2004). *Vulnerabilidad al estrés y afrontamiento en familiares adictos a sustancias psicoactivas (Trabajo para optar al titulo de Máster en Psiquiatría Social).* Recuperado el 5 de Septiembre de 2010, de Psiquiatria.com: www.psiquiatria.com/imgdb/archivo_doc9020.pdf