

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA LUIS AMIGÓ
FACULTAD DE PSICOLOGÍA Y ACTIVIDAD FÍSICA
ESPECIALIZACIÓN EN ADICCIONES

ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN QUE SE HAN PROPUESTO PARA
PREVENIR LAS RECAÍDAS EN PROGRAMAS DE REHABILITACIÓN DE LA
FARMACODEPENDENCIA.

AUTORES:

HÉCTOR VENGOECHEA

JAIRO TRUJILLO

LILA AURORA PINEDA MEDINA

NÉSTOR AGUIRRE

ASESORES:

GUILLERMO CASTAÑO: ASESOR TEMÁTICO

GUSTAVO CALDERÓN: ASESOR METODOLÓGICO

NOVIEMBRE 2010

MEDELLIN

TABLA DE CONTENIDO

	pág.
INTRODUCCIÓN	3
PROBLEMA	5
OBJETIVOS	8
MARCO TEÓRICO Y/O CONCEPTUAL	9
METODOLOGÍA	14
RESULTADOS Y CONCLUSIONES	16
BIBLIOGRAFÍA	72

INTRODUCCIÓN

Las recaídas en sujetos drogodependientes ha sido objeto de muchas investigaciones que a su largo han aportado valiosos datos sobre su naturaleza.

En su mayor parte estas han consistido en estimar valores predictivos que permitan una intervención oportuna antes de consumado el deseo por la droga predilecta, basándose en el supuesto de que existe un período de transición entre el inicio de la contemplación de consumir nuevamente al acto mismo de consumo.

Así mismo, muchos han sido los esfuerzos de los autores en resolver las formas para evaluar los distintos aspectos que precipitan las recaídas, con grandes resultados.

Hay una larga lista de herramientas de evaluación de los riesgos, situaciones de consumo y herramientas de afrontamiento que permitan al clínico detectar los períodos en que se incuba una recaída.

De acuerdo con lo anterior, la presente monografía realiza una investigación en estrategias de intervención que se han propuesto para prevenir las recaídas en programas de rehabilitación de farmacodependencia.

Finalmente esta monografía aporta a los interesados en el tema, un estado del arte de esta problemática de las recaídas y de las estrategias para prevenirlas. Siendo este tema de utilidad en el tratamiento de farmacodependencia.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La recaída es uno de los desafíos más importantes con los que se encuentra el tratamiento de las adicciones en general, y de las drogodependencias en particular. Trabajos realizados en diferentes contextos sugieren que, en general, las tasas de recaídas son altas sobre todo en aquellos casos que solicitan dejar el programa de rehabilitación, a partir de una falsa sensación de seguridad, habiendo permanecido temporalmente aislados de factores desencadenantes y estresantes y sin un programa estructurado de prevención de recaídas. (Hunt y Belpalec, 1974).

En muchas ocasiones, se ha asumido que la recaída es una suerte de condición inevitable, asociada a la naturaleza crónica e irreversible de las adicciones. Por su parte, en el manejo de las adicciones, «la recaída» es un proceso, una cadena sucesiva de conductas, emociones, actitudes y sucesos que se inician un cierto tiempo antes de que el paciente comience de nuevo con el consumo de droga Hubbard y Mardsen, 1986).

Asimismo, se refiere que es difícil encontrar el punto exacto donde realmente empieza la recaída, pero generalmente un cambio o factor estresante importante, tanto positivo como negativo, es el que desencadena el inicio del proceso Gurin, Veroff y Feld (1960)

Es ampliamente aceptado, en estos momentos, que las recaídas pueden ocurrir y ocurren, y que es posible que su aparición pueda minimizarse o evitarse, algunas veces completamente. Nadie conoce exactamente el porcentaje de adictos a las drogas que se recuperan con éxito, sin recaídas. Las recaídas seguirán siendo lo que fracasó del tratamiento, a la frustración del paciente y de sus familias y a la sensación de agotamiento de los miembros del equipo. La recaída es una señal donde sus esfuerzos para recuperarse son incompletos, y de que algunos aspectos de su plan para conseguir la abstinencia necesitan ser revisados y corregidos.

Todos los patrones o actitudes de recaída se van manifestando y ocurriendo en el interior de la persona que previamente había consumido sustancias psicoactivas. Todo este proceso es propio de la persona, es el único que puede en primer lugar darse cuenta y, segundo, realizar cambios en su patrón cultural.

En el tratamiento de las conductas adictivas, los procesos de recaída de los pacientes ya desintoxicados constituyen un reto asistencial continuo e ineludible debido a la elevada frecuencia con que se presentan. Así mismo señalan la relevancia del impacto psicológico que las recaídas en los hábitos tóxicos generan en el curso del trastorno por dependencia del paciente adicto, en los terapeutas y en la propia dinámica asistencial (Trujols, Tejero y Casas (1996).

La recaída siempre es una elección consciente y deliberada que la persona realizó para usar nuevamente drogas. No consumir drogas debe ser el primer paso que la persona adicta debe trazarse en su plan de recuperación y el segundo paso, aprender a vivir adecuadamente y bien sin estas sustancias, llevando a que al sujeto trabaje permanentemente en su personalidad.

Sabemos que las tasas de recaídas de pacientes en programas de rehabilitación en farmacodependencias se han incrementado enormemente y la magnitud del problema se ha tornado crítico, es por ello que hemos visto la necesidad de realizar un estudio de tipo exploratorio con la finalidad de conocer las propuestas de intervención que se han propuesto para prevenir las recaídas en procesos de rehabilitación de personas farmacodependientes

Finalmente, la presente investigación propone conocer identificar y describir las propuestas de intervención que se han sustentado para prevenir las recaídas en programas de farmacodependencias.

PREGUNTA

¿Cuáles son las estrategias de intervención que se han propuesto para prevenir las recaídas de personas farmacodependientes en proceso de rehabilitación?

OBJETIVOS:

OBJETIVO GENERAL:

✓ Conocer las estrategias de intervención que se han propuesto para prevenir las recaídas en programas de rehabilitación de la farmacodependencia.

OBJETIVO ESPECÍFICOS:

✓ Identificar las estrategias que se han llevado a cabo para prevenir las recaídas en programas de rehabilitación de la farmacodependencia.

✓ Describir las características de las diferentes estrategias que se han utilizado para prevenir las recaídas en programas de rehabilitación en farmacodependencia

MARCO CONCEPTUAL

SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

Según, Westermeyer(1991) citado por Beck (1999), plantea que las sustancias psicoactivas, han sido utilizadas a través del tiempo por la mayoría de las culturas, la utilización de estas ha tenido una función tanto individual como social, en el ámbito individual ha posibilitado la estimulación, ha servido para inhibir los padecimientos físicos y para alterar los estados de conciencia; a nivel social ha servido para la realización de los rituales religiosos, ceremonias y como base para la preparación de medicinas ancestrales, si bien el consumo de sustancias ha estado presente en la historia de la humanidad, también es cierto que en los últimos años ha incrementado, específicamente en los años 60 y 70. (pág 21).

Adicción

Término utilizado que describe los efectos nocivos de la dependencia excesiva de sustancias psicoactivas para generar placer y aliviar tensión. Quiere decir que el sujeto consume las sustancia a cualquier costo, cada vez existe más evidencia científica de un componente biológico para la adicción, (Robinson y Berrige, 2003, citado en Sarason 2006).

Abuso

Sarason, (2006) define el abuso como, consecuencias recurrentes y adversas relacionado con el uso de sustancias. Dichas consecuencias incluyen el incumplimiento de obligaciones importantes, el uso repetido de la sustancia en situaciones en la cuales es físicamente peligroso hacerlo, problemas sociales, interpersonales y legales recurrentes.

Tolerancia

El DSM IV, define la Tolerancia, como la necesidad de recurrir a cantidades crecientes de la sustancia para alcanzar el efecto deseado o una notable disminución de los efectos de la sustancia con su uso continuado a las mismas dosis. El grado en el que se desarrolla tolerancia varía ampliamente según la sustancia.

Sarason 2006, la define como la necesidad de consumir cada vez a una mayor cantidad de la sustancia para obtener el mismo efecto, eso debido a que las dosis tienen menor efecto a medida que pasa el tiempo.

El DSM-IV plantea, que cuando hablamos de **dependencia**, hacemos referencia a un conjunto de síntomas comportamentales, cognoscitivos y fisiológicos, que nos muestran que la persona continúa con la ingesta compulsiva de la sustancia a pesar de los problemas relacionados con esta Sarason, (pág 182)

Abstinencia

(Kosten y O'Connor, 2003, retomado por Sarason, (pág 442), la define, como un conjunto de síntomas físicos que suceden cuando una persona deja o reduce la ingesta de una sustancia psicoactiva, dichos síntomas varían de acuerdo al tipo de sustancia que se use.

Por su parte el DSM-IV, explica la abstinencia por sustancias como la presencia de un cambio desadaptativo del comportamiento, con concomitantes fisiológicos y cognoscitivos, debido al cese o la reducción del uso prolongado de grandes cantidades de sustancias.

Factores de riesgo y de protección

Las razones por las que las personas se inician en el consumo de drogas y desarrollan adicción a ellas, frente a otras que no llegan a consumir ni crear dependencia puede ser entendida por una serie de factores a los que las personas del primer caso se exponen de forma arriesgada, y que acaparan todas las esferas del individuo, a saber la esfera social, biológica y psíquica, y así mismo puede de forma general, clasificárseles.

Se les denomina de riesgo a estos factores por vulnerar la situación del sujeto frente a las drogas y porque suelen aumentar la probabilidad de que el sujeto haga uso de ellas en un determinado caso.

Un factor de riesgo es un atributo o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que incrementa la probabilidad del uso y/o abuso de drogas o una transición en el nivel de implicación con las mismas (Clayton 1992, p. 15. citado por Becoña E. 2002).

Los factores de riesgos tiene su influencia al inicio, mantenimiento y también en el proceso de recaídas después de un periodo de recuperación.

Clayton propone la existencia de ciertos principios subyacentes en la relación de estos factores y el uso de drogas: la presencia de un solo factor de riesgo no es garantía para que vaya a producirse el abuso de drogas e inversamente, la ausencia del mismo no garantiza que el abuso no se produzca (Clayton 1992, citado por Becoña E.).

De igual manera Clayton (1992) destaca la importancia del factor de riesgo en su naturaleza, contenido y cantidad en cuanto a la probabilidad de que se produzca el uso y/o abuso de droga.

Frente a los factores de riesgos se encuentran los factores de protección, los cuales, al contrario de los primeros, son capaces, bajo los mismos principios descritos por Clayton, de alejar al individuo de iniciarse en las drogas, mantenerse y/o recaer en ellas.

Tratamiento

Entendemos por tratamiento la definición del Comité de Expertos en Farmacodependencia de la OMS (1998) como el “proceso que se inicia cuando las personas usuarias 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”.

Los tratamientos de las adicciones se orientan en lograr la abstinencia completa en el drogodependiente o reducir los riesgos y daños por el uso de drogas.

Para que una estrategia de tratamiento sea eficaz debe insertarse en un marco normativo amplio, el cual contemple la reducción de la oferta y la demanda como objetivos primordiales. Los planes de tratamiento y prevención son sectores esenciales que respaldan la ejecución de un plan equilibrado de reducción de la demanda. Naciones Unidas (2003)

METODOLOGÍA

La presente monografía busca conocer las estrategias de intervención que se han propuesto para prevenir las recaídas en programas de rehabilitación de la farmacodependencia, ello implica identificar y describir las estrategias dirigidas a los pacientes que recaen. Dada la naturaleza de la presente monografía, en donde se busca comprender la realidad de un fenómeno, se tomará la metodología cualitativa como herramienta para realizar una aproximación al conocimiento de las recaídas durante un programa de rehabilitación de farmacodependencia.

Según Hernández, Fernández y Baptista (1999), describen la metodología cualitativa como la identificación de la naturaleza de las realidades, los sistemas de relaciones, las estructuras dinámicas de las mismas y la comprensión de los elementos que influyen en la conducta social o personal, planteamientos que soportan el paradigma de la investigación cualitativa, la cual pretende proporcionar una metodología que permita comprender el complejo mundo de la experiencia vivida desde el punto de vista de las personas que la viven.

DISEÑO

De acuerdo a la definición del alcance de nuestra investigación se concluyó que el diseño de investigación se aplica de forma no experimental, ya que no se manipularan variables, además de que será de tipo transaccional debido a que la investigación se dará en un tiempo determinado (Hernández et al 2004).

En un primer momento se realizaron reuniones con los asesores para establecer el tema y lineamientos de la monografía con la que se determinó que el tema a trabajar sería en relación a las recaídas. Teniendo como apoyo la opinión y experiencia de los asesores se estableció que la monografía se realizaría en torno a las Estrategias de Intervención que se han propuesto para prevenir las Recaídas en Programas de Rehabilitación de la Farmacodependencia.

Se realizó una revisión de la información disponible en libros, material electrónico e internet sobre el tema de las recaídas seleccionándose para la monografía los documentos que cumplieran con los criterios necesarios, se utilizó fichas de contenido y texto borrador los cuales fueron llenados sistemáticamente. Para el análisis del contenido una vez recogida la información que se consideró necesaria se utilizó la técnica de interpretación de textos.

En un primer momento se realizaron reuniones con los asesores para establecer el tema y lineamientos de la monografía con la que se determinó que el tema a trabajar sería en relación a las recaídas. Teniendo como apoyo la opinión y experiencia de los asesores se estableció que la monografía se realizaría en torno a las Estrategias de Intervención que se han propuesto para prevenir las Recaídas en Programas de Rehabilitación de la Farmacodependencia.

Seguidamente se procedió a establecer por categorías con el fin de darle cuerpo al texto. Una vez categorizada, se realizó una revisión de la información disponible en libros, material electrónico e internet sobre el tema de las recaídas seleccionándose para la monografía los documentos que cumplieran con los criterios necesarios, se utilizó fichas de contenido y texto borrador los cuales fueron llenados sistemáticamente. Para el análisis del contenido una vez recogida la información que se consideró necesaria se utilizó la técnica de interpretación de textos.

Esta información fue ingresada a una base de datos para ser procesada, posteriormente analizada y presentar sus resultados.

Esta información fue ingresada a una base de datos para ser procesada, posteriormente analizada y presentar sus resultados.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

RECAÍDA

Prochaska y colaboradores (1980) asumen de forma más general a la recaída como un retorno del sujeto a conductas o hábitos superados en una etapa anterior del proceso del cambio. Infieren que la recaída se produce por aparecerse al sujeto situaciones que actúan de forma análoga a los reforzadores de la conducta problema y que sujeto no da manejo.

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. Explicaron las recaídas a través de unos determinantes que clasificaron en intrapersonales e interpersonales.

Recaída y recuperación están íntimamente ligadas; no se puede experimentar la recuperación de una adicción sin experimentar la tendencia a la recaída, por lo cual ésta debe ser tratada abierta y honestamente en el proceso del tratamiento.

La recaída es un proceso que comienza a ocurrir antes del hecho concreto de volver a consumir; con esto nos queremos referir a un conjunto de síntomas que aparecen luego que la persona lleva un tiempo en abstinencia.

Cuando hablamos de recaída nos referimos en primer lugar a una persona que haya pasado por un proceso de rehabilitación comprometido con el logro de la abstinencia en el consumo de sustancias psicoactivas. En segundo término la diferenciamos de un desliz o consumo aislado de una sustancia. Entendemos la recaída como una vuelta a patrones de consumo compulsivo, similares a la etapa anterior al tratamiento, con el consiguiente deterioro social, físico y psíquico. (Korovsky, Rial y Olave 2008).

El conocimiento de las variables que pronostican el éxito o el fracaso terapéutico en el tratamiento de las drogodependencias es importante para la adecuada planificación del mismo. En este sentido, los estudios que analizan el proceso de recaídas después o durante el tratamiento han señalado que éstas se relacionan con un amplio conjunto de predictores que se sitúan en diferentes niveles, dentro del continuo que supone el proceso de drogodependencia.

A pesar de los esfuerzos realizados en las últimas décadas en el tratamiento de las drogodependencias, los estudios de evaluación realizados sobre el mismo son escasos, sobre todo en nuestro país, y en muchos de ellos se comprueba que el índice de recaídas post-tratamiento es muy alto.

Según Beck (1999) las recaídas se producen ante situaciones emocionales perturbadoras, tales como 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 de trabajo, las discusiones intrafamiliares, y las crisis serían elementos que predisponen a una recaída.

La alta tasa de la recaída es uno de los problemas más importante en el tratamiento de la adicción a las drogas. El comprender la naturaleza de las

recaídas y cuáles son los factores de riesgo o protección de las mismas es fundamental para desarrollar intervenciones eficaces.

Normalmente las señales de recaída se desarrollan en un nivel inconsciente, pudiéndose interrumpir el proceso trayéndolas a la conciencia. Generalmente el proceso comienza con un cambio interno o externo que genera un nivel de estrés. En la medida que se elevan los niveles de estrés, hay una tendencia normal a la negación del mismo utilizando los mismos mecanismos utilizados en la época de adicción. El estrés elevado intensifica los síntomas de la abstinencia, el manejo de estos síntomas es el mejor método para la prevención de recaídas.

En un momento como el actual, signado por una profunda crisis económica y social, no es claro para nadie vislumbrar metas y proyectos de futuro esperanzadores que permitan una óptima inserción social. Las sensaciones ligadas a la ingesta, una vez que el efecto de la sustancia desaparece, dejan un lugar vacío que a falta de otras opciones suele ser llenado por el aburrimiento. “El aburrimiento y el alcohol son los dos enemigos principales de la etapa de reinserción y la vía regia para las recaídas” (Goti, 2000, pág. 102).

Según González (2001) agrega que la persona tiene que sentirse muy afirmada y consolidada en los logros que ha tenido, ya que la etapa de separación del centro de tratamiento conlleva la elaboración de un duelo, en el cual ocasiona sentimientos de tristeza y separación.

La recaída es por tanto un hecho esperable. Depende no solo del individuo sino de todo un sistema, ya que lo que haga uno puede afectar lo que hagan los otros. Las crisis económicas, el desempleo, la fragmentación social, la desintegración familiar, la exclusión social, son indicadores de riesgo para el consumo de sustancias favoreciendo la búsqueda de evadirse

y rebelarse de un mundo en el que escasean las oportunidades de desarrollo.

A pesar de que una recaída puede ser peligrosa y se traduce finalmente en sufrimiento y pérdida de tiempo y energía, a veces las recaídas también son períodos de aprendizaje, para una persona que desea recuperarse. A pesar de estar conscientes de su problema y de tener buena disposición para la recuperación, un adicto puede recaer, sino maneja bien las situaciones de riesgo o descuida su proceso de cambios. Luego de una recaída es más probable que el adicto este más claro en qué cosas ha estado haciendo mal. Aún así no es necesario recaer para poder aprender o avanzar en la recuperación.

Sin duda la adicción es una de las enfermedades de peor pronóstico debido a la gran dificultad para mantenerse en el tiempo y para tomar decisiones a la hora de abandonar el consumo, el cual está determinado por situaciones sociales, culturales, familiares y personales.

El ingresar a proceso después de tomar una decisión, es apenas el inicio de un camino largo y complejo que requiere constancia, paciencia y perseverancia pues son muchas las oscilaciones que se presentan colocando en jaque la decisión por una vida abstémica de consumo de sustancias psicoactivas (SPA).

Entre las diferentes dificultades que se presentan aparecen las recaídas durante el proceso como uno de los pasos probables que pueden contribuir al fortalecimiento en proceso o al regreso al consumo. Este suceso denominado recaída lo podemos definir como el uso inicial de una sustancia después de que una persona se haya comprometido a dejarla.

Una recaída es volver de nuevo completamente a las conductas desadaptativas asociadas en su origen con la utilización de una sustancia

psicoactiva, implica que ha existido un período de mejoría o remisión antes de que la persona regrese al consumo. En general el resbalón es temporal, mientras que la recaída se considera como el regreso de un consumo incontrolado (Aarón T. Beck, Fred D. Wright, Cory F. Newman, Bruce S. Liese, p. 385).

De otro lado la recaída se puede definir como un proceso, una cadena sucesiva de conductas, emociones, actitudes y sucesos que se inician un cierto tiempo antes de que el paciente comience de nuevo con el consumo de SPA. Asimismo, se refiere que es difícil encontrar el punto exacto donde realmente empieza la recaída, pero generalmente un cambio o factor estresante importante, tanto positivo como negativo, es el que desencadena el inicio del proceso (Gurin, Veroff y Feld 1960).

En este plano el lograr identificar los factores incidentes en la recaída empieza a generar un conocimiento de aspectos vulnerables o factores incidentes que pueden ser evaluados y trabajados con miras a generar contenciones ante estos como estresantes y motivantes para el consumo.

La recaída también puede definirse como la reanudación de una conducta de búsqueda y re-administración de la droga, tras un período de abstinencia (Altman 1996 citado por Álamo 2000).

En este regreso no solo se tiene en cuenta el consumo como tal sino gran parte de los comportamientos asociados tales como ansiedad, depresión, irritabilidad, culpa entre otros.

Según Anicama, Mayorga y Henostroza (2001) En el proceso de recaída que ocurre en la persona que consume drogas todos los patrones o actitudes de recaída se van manifestando y ocurriendo en el interior de esta,

lo que sucede no es externo a él. De este proceso se da cuenta la persona y es el único que puede realizar cambios en su interior.

La recaída se puede presentar de dos maneras: a) aguda, se da el establecimiento rápido de los síntomas. El tiempo que transcurre entre el saneamiento y el desarrollo de los síntomas debilitantes es muy corto. Como resultado de esto, el organismo tiene muy poco tiempo en adaptarse a la nueva vida, y entonces los síntomas de recaída van maltratando agudamente el proceso que se estaba llevando a cabo. b) crónica, los síntomas debilitantes van progresando en forma lenta pero severa. El tiempo transcurrido entre la obtención de la salud física y la recaída es mucho más insidioso y prolongado. El organismo adquiere lentamente la debilidad.

Para entender el fenómeno de las recaídas es necesario entender la complejidad del problema adictivo, como proceso multifactorial que comprende a un individuo, que vive en una familia determinada que se vincula en un ambiente sociocultural, a su vez inmerso una sociedad.

Los signos individuales y familiares del proceso de una recaída

En general los hechos más frecuentes que les han ocurrido a personas que han recaído, o que han comenzado el proceso y terminaron sin recaer por una intervención temprana de sí mismos, su familia o sus terapeutas, son los siguientes a nivel individual (Bernardo, 1999 citado en karovsky, s.f).

- **Cierta disfunción interna.** Signos: dificultad en pensar claramente, en manejar sentimientos y pensamientos, en soportar el stress, dificultades para dormir, dificultades en la coordinación motriz (pequeños accidentes), sentimientos de culpa, cierto desorden en su aspecto personal o sus pertenencias.

- **Retorno de la negación.** Signos: no logra conversar honestamente sobre lo que le pasa, niega que está preocupado. Tiene pocas ganas de hablar de problemas o preocupaciones.

- **Comportamiento defensivo.** Signos: evita ver el dolor que vive. Cree que ya “está todo bien”, omnipotencia, se preocupa más por los otros que por sí mismo, “devuelve” confrontaciones, tendencia a estar solo, se torna indiferente ante actividades de autoayuda.

- **Empieza la crisis.** Signos: se agrava lo anterior. Empieza a perder la visión realista de las cosas, por lo que ciertos planes que tenía empiezan a fracasar. Deprimido. Rompe con rutinas saludables y actividades productivas.

- **Inmovilización.** Signos: cree que no tiene el control de su vida, cree que nada puede ser resuelto, con un deseo inmaduro de ser feliz, soluciones mágicas.

- **Confusión y reacción exagerada.** Signos: está irritado. Ciertos rasgos de impulsividad.

- **Depresión.** Signos: hábitos irregulares en alimentación, no tiene ganas de hacer nada, duerme mal, va perdiendo la estructura diaria: desorden, horarios y actividades.

- **Pérdida del control del comportamiento.** Signos: no puede regular su rutina diaria, participa irregularmente en el tratamiento, “no me importa nada”, rechazo total de ayuda, insatisfacción con la vida, sentimientos de insatisfacción e impotencia.

- **Reconocimiento de la pérdida del control sobre sus actos.** Signos: se da lástima de sí mismo, piensa que puede beber socialmente, mentiras más conscientes, pierde la auto-confianza.

- **Reducción de opciones.** Signos: está preso en el dolor y en la incapacidad de lidiar con la vida, resentimientos sin motivo, deja los tratamientos, pierde control del comportamiento.

- **Vuelta al colapso físico y emocional.** Signos: comienza a usar drogas “controladamente”, vergüenza y culpa, pérdida de control, problemas con la vida y la salud.

En estos comportamientos se evidencia una evasión constante a la realidad, una desresponsabilización de lo que pasa consigo mismo e incluso con los demás, un no quiero saber y si sé no quiero actuar. De otro lado la familia también asume comportamientos que impulsan o gestan la recaída pudiéndose observar en esta las siguientes características:

- Comunicación sobre-protectora, es decir, atribuir sentimientos sin preguntar. Dificultad para plantear pautas claras y precisas, dejar de hacer cosas que antes hacían porque ven pequeños avances.

- En los primeros meses, no avisar a los terapeutas sobre factores de riesgo, no escuchar sugerencias de otros padres o terapeutas, no asumir como importantes situaciones de crisis del ex adicto, creer que no pasa nada si “solo fuma marihuana” o toma alcohol.

- No escuchar las reales necesidades, creer que todo es manipulación, ponerlo en situación de culpable de problemas de los que no lo es.

- Rigidez frente a errores.

- Si es adolescente, pretender que sea un adulto después del tratamiento, perder espacios de comunicación, retomar demostraciones de afecto impropias para la edad, no expresar los

propios sentimientos, “luna de miel”: creer que ya no hay más problemas.

La familia en esta etapa retorna de manera drástica a la oscilación, negación, evasión o manifestaciones de impotencia en este punto la familia retorna también a comportamientos que contribuyen a la recaída, sin embargo también encontramos a la familia que construye y genera espacios formativos y colaborativos con la abstinencia y el cambio, estas por su parte mantienen parámetros claros tales como: hablar sobre permisos de salida, sostener el no, crecer junto a los hijos o pareja, generar clima de confianza para que no oculte la recaída, ya que es una oportunidad para aprender. Tener en cuenta que hablar sobre la recaída no es fomentarla, sin que llegue a ser una obsesión, lo cual llevaría a una “profecía auto-cumplida”.

Después de la recaída se generan unos sentimientos y actitudes los cuales serán más intensos cuanto más motivación tenía la persona para el cambio. Por parte de familiares y allegados se presenta: rabia, culpa paralizante, miedo a hablar o actuar sobre el tema, frustración “para qué hicimos tanto esfuerzo”, ganas de dejar de ayudarlo, no reconocer errores propios, el aporte propio que preparó el terreno de esa recaída, atribuir toda la culpa al que recae lo que puede o no ser cierto, en el caso de que haya una responsabilidad compartida.

Ante esta situación es probable que ambos, familia y adicto retornen de manera drástica a comportamientos del pasado desresponsabilizándose de la situación

La recaída se constituye en la consecuencia de situaciones que inciden de manera directa o indirecta en el comportamiento o accionar del adicto. Según (Feldman F. 2000 citado en Romero 2001) Existen varios

factores que contribuyen a una recaída aunque generalmente estos se dan por causas multifactoriales como:

- Variables afectivas: ansiedad, depresión, culpa, vacío, aburrimiento, entre otras.
- Variables conductuales: falta de habilidad en la resolución de problemas, manejo del tiempo libre, habilidades sociales etc.
- Variables cognitivas: creencias y expectativas en relación con el consumo de SPA, la recuperación y la recaída misma, baja autoeficacia etc.
- Variables ambientales y relaciones interpersonales: fácil disponibilidad de la sustancia, presión social implícita o explícita para consumir, falta de soporte positivo, cambios importantes en la vida, conflictos interpersonales, déficit de habilidades sociales etc.
- Variables fisiológicas: síndrome premenstrual, dolor físico, episodios de urgencia imperiosa de deseos de consumir, severidad de la adicción misma, enfermedades físicas etc.
- Variables psicológicas o psiquiátricas: conductas compulsivas, conductas aprendidas, otros trastornos mentales o de personalidad, problemas psicológicos no resueltos.
- Variables espirituales: excesiva culpa y vergüenza, falta de un sentido de vida, sentimientos de vacío y no poder disfrutar de la vida; falta de cercanía con personas significativas.

No obstante lo anterior Secades (1997) en el plano de las recaídas se manejan estrategias que permiten la evaluación en prevención de recaídas entre las cuales encontramos:

- **Autoregistros**

Habitualmente se utiliza el autoregistro en el campo de la adicción a las drogas es importante utilizar otras medidas complementarias que puede ser halladas con sujetos significativos del medio ambiente del usuario, con el autoregistro el sujeto recoge información cercana al momento del consumo tal como el tipo de droga, día, hora, lugar, compañía estado de ánimo, los antecedentes y consecuentes del consumo (Boudin, 1972; Callahan, Price y Dahlkoetter, 1980; Marlatt, 1979, Sobell y Sobell, 1973 citados en Secades, 1997).

Estos son utilizados fundamentalmente en el inicio de la intervención terapéutica cuando aún no se ha abandonado el consumo. Otro tipo de autoregistro es autoregistro de deseo, en este el sujeto abstinerente registra situaciones de riesgo internas o externas, grado de deseo y estrategia que utiliza para controlarlo cuando experimenta el craving o deseo de consumo.

Entre las ventajas del autoregistro tenemos: es de gran utilidad para identificar situaciones de riesgo ofrece información permanente sobre el consumo de drogas en todas las fases de la intervención y proporciona información al terapeuta.

- **Informes autobiográficos de recaída**

Es importante retomar las recaídas pasadas con el objetivo de identificar situaciones de riesgo pasadas, la estrategia consiste simplemente en que el usuario relate o escriba las experiencias de recaídas pasadas, este relato contiene: sustancia consumida, ¿Con quién?, ¿Cuándo?, ¿Cuánto? Esta debe incluir un cierto período de tiempo antes del consumo para identificar posibles señales de advertencia, en esta narración también se debe tener en cuenta la familia y personas significativas.

- **Fantasías de recaída**

Es utilizada para identificar situaciones de alto riesgo propuestas por Marlatt y Gordon (1985) cita citados por (Secades 1997). El usuario debe imaginar como podría ser su regreso a su antiguo hábito de consumo a través de esto el terapeuta evalúa situaciones de riesgo basado en como el paciente percibe la posibilidad de una recaída, como se sentiría y actuaría en esta situación.

- **Observación directa**

Generalmente realizar una observación directa no es muy factible de realizar por lo peligrosa que puede ser, se ha utilizado generalmente con fumadores y alcohólicos hay algunos casos hechos con heroinómanos el primer caso fue publicado por (Wikler, 1952 citados en Secades 1997), posteriormente aparecieron otros en los cuales se describe el patrón de los efectos de la heroína.

Cuestionarios o Autoinformes

En varias investigaciones se ha evidenciado lo preciso y correcto del autoinforme que se lleva a cabo en una situación clínica adecuada cuando el paciente no está bajo efectos y cuando existe garantía de confidencialidad (Babor, Brown y Del Boca, 1990; Maisto, McKay y Connors, 1990; Sobell, Toneatto y Sobell, 1994 citados en Secades 1997).

Otros aspectos a tener en cuenta en el proceso de la recaída son los siguientes:

Evaluación de situaciones de alto riesgo para el consumo

Marlatt (1993) citado en (Secades 1997) define la situación de alto riesgo como (incluyendo reacciones emocionales) aquella que representa una amenaza para la sensación de control del individuo teniendo en cuenta que la conducta pasada es un buen predictor de la conducta futura se puede

plantear que lo que ha generado una recaída en el pasado puede generar tentaciones de consumo en el futuro.

Evaluación de estrategias de afrontamiento en situaciones de riesgo

Cuando se habla de la prevención de recaídas se considera a la falta de habilidades de afrontamiento como un factor incidente en la reaparición de la conducta adictiva por lo tanto se considera que la abstinencia depende de dichas habilidades.

Evaluación de expectativas de autoeficacia

La autoeficacia (Bandura 1977, 1982 citados por Secades 1997) esta ha sido la variable cognitiva probablemente más estudiada en el ámbito de las conductas adictivas, este plantea que las expectativas de autoeficacia determinan las conductas de los sujetos en cuanto a las decisiones que toman el esfuerzo el tiempo para llevarlas a cabo y los patrones de pensamiento.

FACTORES DE RIESGO PARA UNA RECAIDA

Para poder hablar de recaída una persona debe haber estado previamente en recuperación, o sea abstinentes y con cambios de conducta, por un período significativo de tiempo. Por el simple hecho de no haber usado por un tiempo, el volver a usar, no necesariamente es una recaída. Podría tratarse de episodios de consumo alternos, dentro de un período de adicción activa.

A pesar de que una recaída puede ser peligrosa y se traduce finalmente en sufrimiento y pérdida de tiempo y energía, a veces las recaídas también son períodos de aprendizaje, para una persona que desea recuperarse. A pesar de estar conscientes de su problema y de tener buena

disposición para la recuperación, un adicto puede recaer, sino maneja bien las situaciones de riesgo o descuida su proceso de cambios. Luego de una recaída es más probable que el adicto este más claro en qué cosas ha estado haciendo mal. Aun así no es necesario recaer para poder aprender o avanzar en la recuperación.

Los factores de riesgo son una serie de condiciones o eventos que posibilitan la reproducción de un problema, donde se reinician conductas y comportamientos propios de la etapa del consumo, se puede o no reiniciar el consumo de cualquier sustancia psicoactiva.

Según Gorski y Miller (1982) citado por Romero (2001) mencionaron una serie de signos que señalan el inicio del camino del paciente hacia la recaída; es decir, tener tendencia a exponerse a situaciones de alto riesgo y estar poco preparado para manejar sus pensamientos, sentimientos, craving y acciones resultantes. Los inicios de recaída a los cuales hacen referencia los autores son:

- Una actitud de indiferencia acerca de mantenerse involucrado en las actividades de autoayuda que realiza (asistir a terapia o las reuniones con grupos de apoyo, o realizar las tareas asignadas en la sesión de terapia)
 - Volver a mostrar labilidad afectiva e hipersensibilidad
 - Pocas ganas de hablar acerca de los problemas y las preocupaciones
 - Aislamiento social
 - Romper con las rutinas diarias saludables y su estructura
 - Toma de decisiones impulsiva.

De acuerdo con lo anterior, existe una serie de comportamientos y situaciones los cuales pueden llevar a una recaída. Sin embargo, hay que

tener claridad que cada persona es diferente y por lo tanto mostrará síntomas propios, pero en general es marcadamente notable la presencia y evolución de este síndrome. Una de las paradojas de la recaída es que mientras más marcados son los síntomas, menos capacidad tiene el adicto para poder aceptar las críticas constructivas de las personas que lo rodean, y que podrían preocuparse por la posibilidad de una recaída.

El proceso de recaída puede ser detenido ya sea por la propia iniciativa o por la intervención de personas que rodean al adicto y que le sirven de apoyo tales como familiares, terapeutas o compañeros de grupo.

Una persona en recuperación puede comenzar a mostrar síntomas de una recaída mucho antes del consumo. Poder identificar estos síntomas y tratarlos a tiempo puede ayudar a prevenirla:

- Retorno del pensamiento obsesivo con respecto al uso: Podrían ser pensamientos relativos al uso, sueños o deseos de usar que vuelven luego de que habían desaparecido.
- Actitud de desafío con respecto al plan de recuperación: Volver a los lugares de riesgo, volver a ver las personas relacionadas con el uso.
- Descuidar el plan de recuperación: Dejar de ir a reuniones, o faltar a las citas con el terapeuta, dejar de leer o hacer ejercicio.
- Aislamiento o pérdida de contacto: con las nuevas relaciones de recuperación. Irritabilidad: especialmente en las relaciones significativas del adicto. Obsesión con la imagen o los defectos físicos: dietas excesivas, preocupación excesiva acerca del peso.

- Sentimientos de depresión y ansiedad flotantes: sobrevienen estados emocionales incómodos que no necesariamente se relacionan con ningún evento externo.
- Renacen o se exaltan los resentimientos hacia otras personas.
- Discusiones frecuentes en el hogar y la familia.
- Defensividad al hablar del tema de su recuperación o al ser retroalimentados.
- Insomnio, intranquilidad y dificultad para descansar.
- Preocupación obsesiva por el dinero y por la seguridad financiera.

De esta forma para abordar el tema de prevención en recaídas es de gran importancia identificar los diferentes factores de riesgo que pueden surgir previos a esta, no queriendo mencionar que la identificación sea suficiente para prevenirla, por el contrario una vez identificados los factores de riesgo se debe de hacer trabajo de prevención, intervención de estos factores.

MODELO DE PREVENCIÓN DE RECAÍDAS DE MARLATT (1985)

Se han creado numerosos modelos explicativos en torno a la recaída en los cuales existe una división entre las aproximaciones biológicas y psicológicas.

Las aproximaciones biológicas se enfocan en las características fisiológicas de las personas y los procesos del consumo, por ejemplo: deseo intenso, pérdida de control, síndrome de abstinencia, cambios a nivel neuronal y alteraciones en el estado de ánimo debido a cambios físicos (Connors, Maisto, & Donovan, 1996).

En general, los modelos biológicos explican cómo afectan las sustancias el funcionamiento del sistema nervioso central (Connors, Maisto, & Donovan, 1996).

Los modelos psicológicos se desarrollan tomando como referente la constante integración e interacción entre aspectos psicológicos y ambientales para dar una explicación del fenómeno de las adicciones y en particular de las recaídas (Connors, Maisto, & Donovan, 1996). En estos modelos se pasa del enfoque en aspectos internos fisiológicos a aspectos emocionales y ambientales.

El modelo psicológico de Prevención de Recaídas desarrollado por Marlatt y Gordon (1985), es uno de los que ha tomado mucha fuerza en el campo de las adicciones por su desarrollo y aplicación en el uso clínico y programas de investigación (Connors, Longabaugh, & Miller, 1996).

Allan Marlatt (1985) ha utilizado el concepto de recaída, en el ámbito de las adicciones, y lo ha extendido a otros trastornos como el control de los impulsos, los actos agresivos y compulsivos, la violación, los abusos sexuales, el juego patológico, el control del peso y el cumplimiento de propósitos de larga duración en general. La formulación del modelo surgió al medir la eficacia de las técnicas aversivas en el tratamiento de los problemas de consumo de alcohol (Marlatt, Demming & Reid, 1973).

El modelo aduce, que si ante una situación de riesgo el sujeto puede emitir una respuesta de afrontamiento adecuada, la probabilidad de recaída disminuirá significativamente, ya que el afrontamiento satisfactorio a la situación de riesgo se percibe por el sujeto como una sensación de control, que además se asocia con la expectativa positiva de ser capaz de superar con éxito el próximo acontecimiento conflictivo que se le presente, por lo que se produce un considerable aumento de la percepción de autoeficacia.

A medida que aumente la duración de la abstinencia y el individuo pueda afrontar eficazmente cada vez más situaciones de riesgo, la percepción de control se incrementará de forma acumulativa y la probabilidad de recaída disminuirá. Si por el contrario, el sujeto no es capaz de afrontar con éxito una situación de alto riesgo, la probabilidad de recaer en posteriores situaciones aumentará, por una parte porque disminuirá su percepción de autoeficacia y, por otra, debido a su experiencia previa y a su patrón de conducta habitual de anticipar la expectativa positiva derivada del consumo de la sustancia, en lugar de las consecuencias negativas derivadas de la conducta de consumo (Marlatt, 1993; Marlatt y Gordon, 1985).

Estudios demuestran que la gente que es capaz de evitar las recaídas ante situaciones de riesgo durante los primeros días tienen más éxito a largo plazo (Baer et al., 1986; Coelho, 1984; DiClemente, 1981; García, Schmitz&Doerfler, 1990; Gulliver et al., 1995) y, por tanto, se han incorporado en diferentes intervenciones componentes de la terapia para la prevención de recaídas (Larimer, Palmer &Marlatt, 1999; Marlatt, Parks&Witkiewitz, 2002).

En los aspectos teóricos del modelo el primer componente de dicha terapia está enfocado a elevar la autoeficacia y a enseñar al usuario a enfrentar efectivamente situaciones de riesgo para prevenir la recaída. Por otro lado, una de las líneas importantes de investigación se ha orientado al estudio del contexto en el cual ocurre el consumo, los resultados muestran que los episodios de recaídas se distinguen por circunstancias como craving (deseo o necesidad psicológica) intenso, señales contextuales, fallos en las conductas de afrontamiento y estados emocionales o cognitivos negativos (Brownell et al., 1986; Piasecki, Jorenby, Smith, Fiore, & Baker, 2003; Shiffman et al., 1997; Stöffelmayr, Wadland& Pan, 2003; Wellman et. al., 2006).

Otro aspecto importante a tener en cuenta es la diferencia entre lapso y recaída. El lapso era definido como un error o fallo en el proceso de recuperación, siendo un acontecimiento aislado y que implica que una acción correctora podría de hecho llevarse a cabo, ya que el control no se había perdido completamente, y esa acción podría desembocar o no en una recaída.

Que el lapso se convierta en recaída depende de varios factores: si al individuo le faltan las estrategias de afrontamiento para la autorregulación; y si el consumo inicial se atribuye a factores incontrolables e inevitables, tales como la debilidad personal o el dominio de la enfermedad, la indefensión aumentará y con ella la probabilidad de recaer (Marlatt y Donovan, 2005) (Marlatt, 1978).

En cambio, si la recaída es ante factores externos, puede que su reacción emocional sea menos severa, ya que las características de la situación pueden que sean transitorias y controlables en futuros acontecimientos. Asumiendo que la recaída podía no ser más que la inhabilidad por parte del adicto abstinentes para afrontar las situaciones precipitantes de alto riesgo, por lo que el programa proponía un entrenamiento en esas habilidades (Marlatt, 1985).

En el proceso de la recaída, al ser este un modelo cognitivo, tenemos una serie de decisiones que un sujeto toma y que al tomarlas lo ponen en una situación de alto riesgo y son las decisiones aparentemente irrelevantes. (Marlatt y Gordon, 1980).

Una vez provocada la recaída, se produce un efecto llamado E.V.A. (efecto de violación de la abstinencia) que produce la pérdida supuesta de control del consumo de la sustancia (Donovan&Marlatt, 1980).

Se caracteriza por un efecto de disonancia cognitiva entendida en la relación sujeto abstinentes versus sujeto que consume, lo que conlleva culpabilidad y remordimiento o verse fuera de culpa y que la causa es por una enfermedad que lo domina y la atribución personal, debilidad interna o falta de fuerza de voluntad, lo que produce inseguridad en poder hacer algo por evitar la recaída (Donovan & O'Leary, 1979).

La intensidad del EVA es directamente proporcional a factores como duración del periodo de abstinencia, grado de compromiso personal o público y la importancia de la conducta para el sujeto (Donovan y O'Leary, 1983):

Entrevista de Recaídas para Usuarios de Sustancias Adictivas ERSA (García, Oropeza y Vázquez, 2006).

El trabajo de Marlatt y Gordon (1985) permite tener elementos para la evaluación de situaciones que potencialmente pueden provocar una recaída y lograr su prevención dentro del tratamiento. La Taxonomía de Disparadores de Recaídas (TDR) ha servido de base para el desarrollo de diversos instrumentos que evalúan recaídas. La creciente demanda de tratamientos efectivos para el manejo de las conductas adictivas impone la necesidad de contar con instrumentos de medición confiables que permitan una mejor comprensión del fenómeno de las recaídas (Tapert, Ozyurt, Myers, & Brown, 2004).

Con base en la TDR de Marlatt y Gordon (1985), se ha desarrollado la Entrevista de Recaídas para Usuarios de Sustancias Adictivas (ERSA) (García, Oropeza y Vázquez, 2006).

Un aspecto importante es que, además de la TDR, se toma en cuenta la categoría de afecto positivo previo al consumo de McKay et al. (1995) para el desarrollo de la entrevista. La ERSA es una propuesta para identificar

disparadores de recaídas en usuarios de sustancias que asisten a tratamiento e intentan detener su consumo.

La ERSA identifica situaciones asociadas con recaídas. Se sustenta en las ocho subcategorías de la TDR y en la categoría de afecto positivo previo al consumo. Esta entrevista define recaída como el primer uso de una sustancia (legal e ilegal) que rompa con un periodo de abstinencia (McKay, Rutherford, Alterman, Cacciola, & Kaplan, 1995)

La ERSA se organiza en dos partes: *I. Antecedentes de Consumo*. Está constituida por diez reactivos divididos en tres secciones: Sección A: Identificación, obtiene datos generales. Sección B: Patrón de Consumo, formada por 6 reactivos, identifica la forma en que la persona ha utilizado la sustancia. Sección C: Abstinencia, formada por dos reactivos, identifica la forma y la duración del periodo de abstinencia anterior a la recaída. Y la parte *II. Recaída*. Está constituida por 47 reactivos divididos en cuatro secciones: Sección 1: Contexto de Recaída, conformado por siete preguntas abiertas que identifican la fecha, situación, lugar, día y hora en que ocurrió la recaída, así como la presencia o ausencia de otras personas. Sección 2: Categorías de Recaída, identifica la categoría en la que se encuentran los disparadores de recaída de la persona entrevistada. Esta sección consta de 27 reactivos divididos en tres partes: a) Señala la categoría de recaída; b) identifica la influencia de la categoría en la recaída; y c) determina el grado de influencia de la categoría en la recaída. Las respuestas a esta sección son de dos tipos: dicotómicas para la parte a y b; y de porcentaje para la parte c, con una escala que va desde 0% (no influyó) hasta 100% (influyó totalmente). Sección 3: Disparadores de Recaída, identifica los disparadores específicos de recaída asociados con las categorías de la sección 2. Está formada por nueve reactivos con dos tipos de respuesta: abierta y de opción múltiple. Sección 4: Similitud entre Recaídas, identifica el parecido de la recaída comentada con respecto a otras que ha tenido el usuario. Esta

sección está formada por cuatro reactivos divididos en dos partes: a) identifica el parecido de las recaídas; y b) señala el grado en que se parecen las recaídas. Las respuestas a esta sección son de dos tipos: para la parte a), dicotómica y para la parte b), de porcentaje, con una escala que va desde 0% (no se parecen) hasta 100% (se parecen totalmente).

Marlatt y Donovan (2005) han propuesto recientemente un nuevo modelo de prevención de la recaída, denominado "modelo dinámico". Supone una reconceptualización del proceso de recaída, entendiéndola como un sistema complejo multidimensional en el cual se da una interrelación entre todos los elementos implicados (factores predisponentes que incrementan la vulnerabilidad del individuo a la recaída, precipitantes inmediatos, estado físico y afectivo, procesos cognitivos, y habilidades de afrontamiento) (Míguez, 2006).

A nivel de intervención, este modelo implica una mayor complejidad, pues en la evaluación es necesario recoger y tener en cuenta muchas más variables entre éstas los antecedentes, historia de consumo, personalidad, habilidades de afrontamiento, autoeficacia y estado afectivo.

Modelo transteórico de cambio.

Prochaska y DiClemente (1982) han desarrollado un modelo que cubre todo el proceso de cambio, que inicia a partir de que alguien advierte la existencia de un problema hasta el instante en que este deja de existir denominado Modelo transteórico de Cambio. Este modelo es aplicable a todas las conductas adictivas que los individuos deseen cambiar y nos permite progresar en el conocimiento de cómo modifican los individuos conductas tan diversas en el abuso del alcohol, la dependencia de la cocaína, la adicción a la heroína o tabaquismo entre otras sustancias.

Deduciendo que el cambio es un fenómeno dinámico y abierto, un modelo global de cambio debe estar también abierto al progreso, incorporando e integrando las nuevas variables que se van dando en la forma que los individuos modifican su conducta.

Lo importante del modelo transteórico es que no está completo ni cerrado, resulta comprensible y deja atrás las soluciones simples porque la complejidad de las conductas adictivas requiere soluciones multivariantes. El enfoque transteórico es un modelo tridimensional que integra estadios, procesos y niveles de cambio.

Los estadios de cambio.

Los estadios o etapas por las que atraviesa un individuo en el proceso de abandono del hábito adictivo son cinco y representan la estructura o dimensión temporal o evolutiva del modelo:

1) La precontemplación: Es un estadio durante el cual los individuos no piensan seriamente en modificar su conducta adictiva durante los próximos meses. No creen tener problemas, al menos en la misma medida que lo piensan aquellos que están en estadios más avanzados, y la posibilidad de acudir a tratamiento es algo que ni siquiera han considerado, es más probable que las personas más cercanas conozcan el problema mejor que el propio drogodependiente.

DiClemente (1991) puso de manifiesto que pueden darse cuatro tipos distintos de adictos: *Los Reacios*: son aquellos que por falta de información o por simple inercia no quieren considerar la posibilidad de cambiar y tampoco son conscientes del alcance de la drogadicción, *Los Rebeldes*: se caracterizan por un estilo de vida drogodependiente tan arraigado que es muy difícil lograr que se planteen cambiarlo y dejar de consumir. No aceptan que se les diga lo que tienen que hacer y suelen manifestarse como hostiles

y resistentes al cambio. Discuten con frecuencia y sólo aceptan participar en un posible tratamiento sin ninguna presión y de forma experimental, *Los Resignados*: la falta de energía suele caracterizar a los sujetos a continuar su drogodependencia. Estos sujetos, al no haber sido capaces de superar su adicción después de múltiples intentos, han abandonado la posibilidad de cambiar, parecen estar abrumados por el problema y consideran que intentarlo una vez más ya no tiene sentido y quizá es demasiado tarde para ellos y *Los racionalizadores* tienen todas las explicaciones para seguir con su dependencia y aducen numerosas razones para seguir consumiendo.

2) *Contemplación*: Es el estadio en que los adictos son conscientes de que existe un problema y consideran seriamente la posibilidad de abandonar la conducta adictiva, pero no han desarrollado todavía un compromiso serio de cambio. En este caso, los sujetos están pensando seriamente en el cambio a lo largo de los próximos meses, toman conciencia progresivamente de la existencia de toda una problemática engendrada por su conducta adictiva, y empiezan a plantearse la posibilidad de abandonarla, ya que los aspectos gratificantes que obtienen de ella empiezan a equilibrarse respecto a los aversivos que van, progresivamente, aumentando. Los *contempladores* se esfuerzan por comprender su adicción, sus causas, sus consecuencias y han considerado la posibilidad de cambiar y su posible tratamiento. Es un período de ambivalencia en el que coexisten sentimientos contradictorios, sobre continuar con la adicción o dejarla, y manifiestan una necesidad importante de hablar de ello. En este estadio, la estrategia de intervención más adecuada es la *entrevista motivacional* desarrollada por Miller y Rollnick (1991), que consiste en ayudar a los clientes a desarrollar una determinación y un compromiso de cambio lo que implica escuchar, reconocer y aceptar un amplio rango de preocupaciones, opiniones, preferencias, creencias, emociones, estilos de vida y motivaciones verbalizadas por el paciente. El estilo terapéutico evita la persuasión basada en la discusión y la

confrontación y, por el contrario, asume la validez de las experiencias subjetivas. Con esta técnica de intervención se intenta resolver la ambivalencia y el conflicto de aproximación-evitación (abstinencia vs adicción) haciendo que el cliente progrese a través de la rueda de los procesos de cambio. Son cinco los principios básicos que hay que tener en cuenta para aplicar la entrevista motivacional:

Expresar empatía (como la ambivalencia es la característica más importante de este estadio, es importante que el terapeuta acepte el estado actual, escuchando de forma empática y reflexiva); poner de manifiesto la *discrepancia* del paciente entre la conducta actual y los objetivos a conseguir para alcanzar una nueva forma de vida; *evitar las discusiones* y los enfrentamientos, ya que este tipo de técnicas funcionan mejor para incrementar la resistencia del cliente que para incrementar la motivación al cambio; *manejar las resistencias*, intentando generar nuevas alternativas de cambio que se ajusten mejor a las necesidades terapéuticas de cada individuo; y *apoyar la autoeficacia*, reforzando diferencialmente aquellos cambios conductuales y cognitivos que se aproximen más al cambio.

Saunders, Wilkinson y Allsop (1991) plantearon que para llevar a cabo la entrevista motivacional en el caso de la adicción a las drogas había que considerar los siguientes pasos: *Evaluar* la percepción del cliente sobre lo que tiene de bueno seguir consumiendo drogas; ayudar al paciente a generar una lista de razones negativas sobre el consumo de drogas; *analizar* en qué medida el cliente está satisfecho con su estilo de vida actual en comparación con el estilo de vida previo y con el que le gustaría tener en un futuro; *comparar* y contrastar con el cliente los beneficios y los costes de seguir con la adicción; poner de manifiesto áreas o aspectos de mayor interés para el adicto con el fin de generar discrepancias en relación con la conducta actual; y especificar objetivos futuros que le gustaría alcanzar contrastándolos con su situación actual.

3) *La Preparación:* Es el estadio en que los individuos se encuentran preparados para la actuación, normalmente con intenciones de empezar al mes siguiente. Esta situación representa tanto determinación como preparación para iniciar un tratamiento, por lo que se presupone que el individuo realizará un intento serio por cambiar en un futuro inmediato. Previamente se han efectuado ya algunos pequeños pasos dirigidos a la actuación, tales como reducir la frecuencia de la conducta adictiva o haberla intentado dejar durante el año anterior.

4) *La Actuación:* Es la etapa en que se produce una modificación manifiesta de la conducta manifiesta y encubierta, con o sin ayuda profesional, así como las condiciones ambientales que la afectan con el objeto de superar la adicción. El estadio de acción requiere el compromiso importante así como una considerable cantidad de tiempo y energía, e implica y representa los cambios conductuales más manifiestos. Los cambios del estadio de acción como la abstinencia, al ser más visibles para las personas cercanas del adicto, conllevan un mayor reconocimiento externo y refuerzo social.

5) *En la etapa de Mantenimiento,* el individuo intenta consolidar y conservar los logros manifiestos y significativos alcanzados en el estadio anterior y prevenir una posible recaída. Este estadio no consiste pues en una ausencia de cambios sino en una continuación activa del mismo. Se caracteriza por el mantenimiento y generalización de la abstinencia a otras drogas así como la consolidación de un nuevo estilo de vida. Los sujetos ubicados en este estadio pueden tener miedo no sólo de recaer sino incluso del cambio en sí mismo ya que éste puede convertirse en amenazante debido al miedo a la recaída, con lo cual pueden derivar hacia un estilo de vida excesivamente rígido y estructurado, comportándose como si cualquier cambio de sus nuevas pautas de conducta pudieran implicar una recaída.

Valoramos como la rueda de los estadios de cambio refleja el hecho de que en el campo de las drogodependencias es frecuente que los adictos recorran estas etapas varias veces antes de conseguir la recuperación. Cuando las estrategias de estabilización y mantenimiento de la abstinencia fallan ocurre una *recaída*. En este sentido, la recaída puede producirse en los estadios de acción o mantenimiento. Aun cuando en las versiones iniciales del modelo transteórico la fase de recaída era conceptualizada como un estadio bien definido y diferenciado, en los trabajos posteriores se ha constatado que implica un movimiento a un estadio de pre-acción: contemplación o al de preparación, y en el peor de los casos al de precontemplación. Los individuos que recaen, a no ser que la recaída sea el resultado meditado y planificado de una decisión conscientemente adoptada, pueden enfrentarse a sentimientos de fracaso y desesperanza, así como también de culpa y frustración y, consecuentemente, su sentido de auto-eficacia se ve seriamente afectado (Tejero, Trujols y Casas, 1993). Prochaska y DiClemente (1984)

Con el estadio de *finalización o terminación* Prochaska y DiClemente (1984) han especulado que pondría fin el proceso de cambio. Implica la total extinción de la conducta adictiva y que el mantenimiento del nuevo patrón conductual no supusiera ningún esfuerzo extra de tiempo o energía con relación a cualquier otra conducta del repertorio del exadicto. Es decir, cuando se consiguen estabilizar los cambios conductuales más allá de la fase de mantenimiento se especula sobre un posible estadio de finalización, definido como la no existencia de tentaciones a través de todas las situaciones problema, es decir, la extinción absoluta de la conducta adictiva sin la necesidad de la utilización de procesos de cambio para el mantenimiento de los nuevos patrones de comportamiento.

Velicer, Prochaska, Rossi y Snow (1992) definen operacionalmente el estadio de finalización a través de dos criterios: el deseo de consumir la

sustancia psicoactiva en cualquier situación es nulo y la confianza o seguridad (autoeficacia) de no consumir la sustancia psicoactiva en cualquier situación es del 100%.

Patrón del cambio en espiral.

Un modelo en espiral es la forma más apropiada de representar cómo cambian la mayoría de personas en el tiempo. Afortunadamente, una gran parte de los clientes que recaen no abandonan su intento, sino que se reciclan a partir del estadio de contemplación y se preparan para una actuación posterior. El patrón en espiral indica que la mayoría de los individuos aprenden de sus experiencias de recaída. La mayor parte de los individuos con problemas de conducta adictiva progresan desde la precontemplación a la contemplación y a la actuación y, la mayoría, recae alguna vez en algún momento del ciclo.

La recaída y el proceso a través de las etapas ocurren, frecuentemente, a medida que los individuos intentan modificar o cesar su comportamiento adictivo. Éste es un modelo de cambio en espiral, ya que sugiere que la mayoría de los que recaen, no giran sin parar en círculos y no regresan, completamente, al lugar donde comenzaron.

(Prochaska, DiClemente, y Norcross, 1992).coinciden en que la mayoría de los individuos que entran en acción para modificar la adicción no mantienen sus logros en el primer intento, la recaída y el reciclaje a través de los estadios ocurre con bastante frecuencia.

El tratamiento de las conductas adictivas avanza suavemente si el cliente y el terapeuta se centran en el mismo estadio de cambio, se presentan resistencias durante la terapia cuando el paciente y el terapeuta trabajan en diferentes estadios. Un terapeuta muy directivo y orientado a la acción se encontrará con contempladores que son muy resistentes a la terapia. Desde

la perspectiva del cliente, el terapeuta se mueve demasiado rápido (Prochaska y Prochaska, 1993)

Por otra parte, un terapeuta especializado en la contemplación y la comprensión tenderá a considerar al cliente preparado para la actuación, pero que no lo consigue, como resistente a los aspectos de insight de la terapia. Desde el punto de vista del cliente, el terapeuta se está moviendo demasiado despacio. Tanto los terapeutas como los clientes pueden estancarse en un estadio de cambio determinado.

Los procesos de cambio.

Identificados los diferentes estadios de cambio por los que atraviesan los adictos en el curso del cambio, el modelo se plantea qué es lo que hacen estas personas para progresar de un estadio al siguiente. Así como los estadios de cambio representan una dimensión temporal que permite captar cuándo ocurren determinados cambios de intenciones, actitudinales; *los procesos de cambio* posibilitan comprender cómo suceden dichos cambios. Los procesos representan un nivel medio de abstracción entre las presunciones teóricas básicas de un sistema terapéutico y las técnicas propuestas por la teoría. Un proceso de cambio hace referencia a la actividad encubierta o manifiesta iniciada o experimentada por un individuo, que modifica el efecto, la conducta, las cogniciones o las relaciones interpersonales. Existen diversas actividades de afrontamiento, pero el número de procesos que representan los principios básicos del cambio subyacente a estas actividades es limitado. ¿Qué hacen los individuos para progresar de un estadio al siguiente? ¿Cuáles son los procesos básicos que se utilizan con éxito para finalizar el ciclo del cambio? La existencia de un número limitado de procesos de cambio subyacentes a la progresión a través de los diferentes estadios, independientemente del hecho que dicha progresión se realice sin recurrir a ayuda profesional o mediante su

facilitación e, independientemente del modelo o escuela psicológica de intervención a la que se adscriba dicho recurso o técnica terapéutica.

Los procesos de cambio básicos identificados por Prochaska y DiClemente a partir de análisis teóricos y empíricos de las principales escuelas psicoterapéuticas (Prochaska, 1979, 1984 y, Prochaska y DiClemente, 1982, 1984) y de estudios retrospectivos, transversales y longitudinales en el ámbito de las conductas adictivas (DiClemente y Prochaska, 1982, 1985 y, Prochaska y DiClemente, 1983, 1985) son diez:

1) *El aumento de la concienciación* consiste en una intensificación, por parte del adicto, del procesamiento de la información respecto a la problemática asociada a la conducta adictiva y a los beneficios de modificarla. Se trata pues, de un proceso especialmente cognitivo.

2) *El proceso de auto-reevaluación* trata de una valoración afectiva y cognitiva, por parte del adicto, del impacto de la conducta adictiva sobre sus valores y su manera de ser, como en un reconocimiento, también efectivo y cognitivo, de la mejoría significativa que representaría para su vida el abandonar las conductas adictivas.

3) *La reevaluación del entorno* consiste tanto en una valoración por parte del adicto del estado actual de sus relaciones interpersonales, es decir, del impacto de su conducta adictiva sobre su comportamiento interpersonal y sobre las personas más allegadas al propio adicto, como un reconocimiento de las consecuencias positivas respecto a dichas relaciones interpersonales, familiares y de amistad, derivadas de la modificación del hábito adictivo,

4) *El relieve dramático* consiste en la experimentación y expresión de reacciones emocionales elicítadas por la observación y/o advertencias respecto a los aspectos negativos -esencialmente las consecuencias sobre la salud- asociados a la conducta adictiva,

5) *El proceso de autoliberación* representa un compromiso personal, un aumento de la capacidad del adicto para decidir y elegir, y requiere la creencia de que uno puede ser un elemento esencial en el proceso de cambio de la conducta adictiva, ya que se posee o se puede adquirir o desarrollar las habilidades necesarias para cambiar.

6) *El proceso de liberación social* también representa un aumento de la capacidad del adicto para decidir y escoger, propiciado, en este caso, por una toma de conciencia tanto de la representación social de la conducta adictiva como de la voluntad social de combatirla mediante el aumento de alternativas adaptativas disponibles.

7) *El manejo de contingencias* es una estrategia conductual que aumenta la probabilidad de que una determinada conducta adictiva (no consumir heroína, por ejemplo) relativa al cambio conductual ocurra. Consiste el auto y/o heteroreforzo de la conducta (contratos de contingencias, reforzo cubierto o encubierto, autovigilancia).

8) *Las relaciones de ayuda* hacen referencia a la existencia y utilización del apoyo social (familia, amigos, terapeutas, etc.) que pueda facilitar el proceso de cambio en la conducta adictiva, por ejemplo el apoyo social, la alianza terapéutica, grupos de autoayuda que permitan abrirse y confiar en otras personas.

9) *El proceso de contracondicionamiento* consiste, esencialmente, en modificar la respuesta (cognitiva, motora y fisiológica) elicitada por estímulos condicionados a la conducta adictiva u otro tipo de situaciones de riesgo, generando y desarrollando conductas alternativas. Este proceso de cambio, al igual que el siguiente es, esencialmente, conductual.

10) *El control de estímulos* consiste básicamente en evitar la exposición a situaciones de alto riesgo para consumir. Un ejemplo

característico es la reestructuración del ambiente para que la probabilidad de ocurrencia, de un determinado estímulo condicionado a la conducta adictiva se reduzca significativamente.

Estos diez procesos de cambio, en tanto que factores latentes o variables de primer orden, se organizan según un modelo jerárquico con relación a dos factores o variables latentes de segundo orden: los procesos de cambio cognitivos o experienciales (aumento de la concienciación, auto-reevaluación, reevaluación ambiental, relieve dramático y liberación social) y los procesos de cambio conductuales (autoliberación, manejo de contingencias, relaciones de ayuda, contracondicionamiento y control de estímulos).

Integración de los estadios y procesos de cambio.

Los estadios y procesos de cambio tienen que situarse en el contexto de los niveles complejos e interrelacionados del comportamiento humano. Uno de los descubrimientos más importantes que surgieron de las investigaciones de autocambio fue que determinados procesos de cambio son enfatizados durante determinados estadios de cambio. (Prochaska, DiClemente, y Norcross, 1992; Prochaska y Prochaska 1993). Durante la etapa de precontemplación, los individuos utilizan ocho procesos menos de cambio que las personas en otras etapas. Los precontempladores procesaban menos información sobre sus problemas, dedicaban menos tiempo y energía a reevaluarse y experimentaban menos reacciones emocionales ante los aspectos negativos de sus problemas. Además, se comunicaban menos con su propio entorno, y hacían poco por atraer la atención del entorno para superar sus problemas.

Los individuos en el estadio de contemplación estaban más abiertos a las técnicas de aumentar la concienciación, confrontaciones e interpretaciones y aceptaban utilizar biblioterapia y otras técnicas

educacionales. Los contempladores dramatizaban experiencias de alivio, las cuales provocaban emociones que conducían a un descenso del sentimiento negativo si la persona cambiaba. Así pues, los individuos se volvían más conscientes de sí mismos y de la naturaleza de sus problemas, eran más capaces de reevaluar sus valores, problemas y a ellos mismos, tanto afectiva como cognitivamente. Cuanto más se centraban sus problemas en la auto-identidad, la reevaluación indicaba más alteración del sentimiento del yo. Los contempladores también reevaluaban los efectos que tenían sus comportamientos adictivos sobre el entorno y, especialmente, sobre las personas más cercanas (Prochaska, DiClemente, y Norcross, 1992).

El movimiento de precontemplación a contemplación y en el del estadio de contemplación supone un aumento de la evaluación de los procesos de cambio cognitivo y afectivo. Algunos de estos cambios continúan durante la etapa de preparación. Además, individuos en preparación empiezan a dar pequeños pasos hacía la acción. Utilizan contracondicionamiento y control de estímulos para empezar a reducir el uso de sustancias adictivas o para controlar las situaciones en las cuales dependía de tales sustancias (Prochaska, DiClemente, y Norcross, 1992).

Durante la etapa de acción, las personas confían en sus niveles de autoliberación o de fuerza de voluntad. Creían que tenían la autonomía de cambiar los puntos clave de sus vidas.

Una actuación con éxito también trae consigo el uso efectivo de procesos comportamentales como el contracondicionamiento y el control de estímulos, a fin de modificar el estímulo condicionado que, frecuentemente provoca la recaída.

Mediante un diseño transecuencial Prochaska, Velicer, DiClemente, Guadagnoli y Rossi (1991) han identificado que tres de los cinco procesos cognitivos experienciales (Aumento de la concienciación, relieve dramático y

reevaluación ambiental) presentan un patrón curvilíneo común. Estos tres procesos de cambio son utilizados a unos niveles relativamente bajos durante el estadio de precontemplación, para aumentar significativamente en aquellos adictos que progresan de la contemplación a la acción. (Tejero y Trujols 1994).

Después de alcanzar su punto máximo en esta transición, los procesos citados disminuyen en su frecuencia de utilización durante los estadios de acción y mantenimiento hasta niveles casi contemplativos. El proceso de cambio autreevaluación también aumenta de forma significativa en la progresión del estadio de contemplación al de acción pero este aumento prosigue hasta que los adictos empiezan a progresar hacia un mantenimiento a largo plazo, la utilización del proceso de autreevaluación disminuye gradualmente hasta niveles precontemplativos. El proceso de liberación social es el único proceso de cambio que no sigue un perfil curvilíneo. Su punto más elevado de utilización se halla en el estadio de precontemplación y disminuye progresivamente entre este estadio y el de mantenimiento. Respecto a los cinco procesos de cambio conductuales todos siguen un patrón curvilíneo común de baja utilización en el estadio de precontemplación, aumento durante el de contemplación y consecución del punto más elevado de utilización en el de acción. El proceso de relaciones de ayuda, no obstante, alcanza su nivel más elevado durante el estadio de contemplación. En lugar de disminuir hasta niveles precontemplativos, tanto el proceso de autoliberación como el de control de estímulos se mantienen relativamente elevados durante todo el estadio de mantenimiento. El proceso de manejo de contingencias alcanza su punto más elevado de utilización en la fase inicial del estadio de acción para disminuir gradualmente durante el de mantenimiento, mientras el proceso de contracondicionamiento permanece elevado incluso durante la fase inicial del estadio de mantenimiento para disminuir ligeramente más adelante, no llegando hasta

niveles precontemplativos ni este proceso ni ninguno de los demás procesos conductuales.

Los niveles de cambio.

El modelo bidimensional que implica los estadios y procesos de cambio de una conducta adictiva tienen que situarse en el contexto de los niveles complejos e interrelacionados del comportamiento humano. La realidad no es tan sencilla y la conducta humana no constituye un proceso tan simple. Aunque podamos identificar y aislar algunas conductas adictivas, la verdad es que éstas se producen en el contexto de unos niveles interrelacionados de la actividad humana y la tercera dimensión esencial del enfoque transteórico incide en este aspecto.

La dimensión de los niveles de cambio representa la organización jerárquica, en cinco niveles distintos e interrelacionados, de los problemas psicológicos susceptibles de ser tratados. Estos niveles son: Síntoma / situación, Cogniciones desadaptativas, Conflictos actuales interpersonales, Conflictos de familia / sistemas y Conflictos intrapersonales.

Tradicionalmente cada sistema psicoterapéutico ha atribuido los problemas psicológicos a uno o dos de estos niveles centrando su atención en la resolución de los mismos. Los *conductistas* se han centrado en los determinantes sintomáticos situacionales; los *terapeutas cognitivos* en las cogniciones desadaptativas; los *terapeutas familiares* en el nivel de familia/sistema y los *psicoanalistas* en los conflictos intrapersonales (Prochaska y Prochaska, 1993).

Según el modelo, es preferible intervenir inicialmente en el nivel síntoma/situacional por cuatro motivos principales: a) el cambio tiende a suceder con más facilidad en este nivel más manifiesto y observable; b) este nivel generalmente representa el motivo principal del adicto que acude a tratamiento; c) puesto que este nivel es el más consciente y contemporáneo (mayor profundidad, más lejos de la consciencia y más remotos en el tiempo se hallarán los supuestos determinantes), el grado de inferencia necesaria para una evaluación e intervención clínicas es menor, y d) dado que estos niveles no son independientes, el cambio en uno de ellos probablemente provoca cambios en otros.

Cuanto más profundo sea el nivel que se tiene que cambiar, más larga y compleja será la intervención terapéutica y mayor la resistencia por parte del adicto. Los niveles no están separados completamente unos de otros y es probable que el cambio en uno de los niveles produzca un cambio en los otros.

Según el modelo transteórico, un tratamiento global consiste en la aplicación diferencial de los procesos de cambio en cada uno de los cuatro primeros estadios dependiendo del nivel del problema que está siendo tratado. La integración de los niveles con los estadios y procesos de cambio permite la aplicación de un modelo de intervención jerárquica y sistemática en el contexto de un amplio abanico terapéutico.

Tres son las estrategias básicas que pueden utilizarse para intervenir en múltiples niveles de cambio (Prochaska y Prochaska, 1993). La estrategia *del cambio de niveles*. De entrada, la terapia se centrará en los síntomas del paciente y en las situaciones que mantienen estos síntomas. Si los procesos pueden aplicarse eficientemente en el primer nivel y el cliente progresa hacia los siguientes estadios, la terapia podrá completarse sin necesidad de trasladarse a un nivel de análisis más complejo.

Si éste no es eficaz, la terapia tendrá que trasladarse a otros niveles de la secuencia para poder alcanzar el cambio deseado. La segunda estrategia es *el nivel clave*. Si la evidencia disponible apunta a un nivel clave de causalidad del problema y el cliente se compromete a trabajarlo, el terapeuta deberá ocuparse casi exclusivamente de este nivel. La estrategia del *impacto máximo* es la tercera. En algunos casos clínicos complicados, es evidente la implicación de múltiples niveles como causa, efecto o mantenimiento de los problemas. En este supuesto, se crean unas intervenciones encaminadas a tratar múltiples niveles de cambio para conseguir el máximo impacto de una forma sinérgica en lugar de secuencial.

El criterio que se sigue para decidir si se ha alcanzado la superación del problema es que la persona consiga un estado de máxima autoeficacia o de confianza y que las tentaciones sean mínimas al enfrentarse al problema conductual, en todas las situaciones que previamente representaban un riesgo.

Modelo del equilibrio en la toma de decisiones.

El modelo de toma de decisiones de Janis y Mann (1977) es una de las variables cognitivo-conductuales, susceptible de ser integradas en el modelo transteórico. La motivación al cambio se consideraba una variable importante en el proceso de cambio y era estudiada como un rasgo de personalidad con instrumentos psicométricos. Hasta los inicios de los ochenta no ha comenzado a prevalecer el modelo dinámico de la motivación para el cambio, es decir, la motivación al cambio como un estado (Brownell et al 1986; Miller 1983, 1985; Saunders y Allsop, 1987), y no como un rasgo inevitable asociado al hecho de ser adicto. La ausencia de motivación para el cambio no tiene que ser concebida pues, como un rasgo de personalidad inherente a todo adicto, sino como una característica de estado susceptible de ser modificada mediante la utilización de cierto tipo de intervenciones

(Marlatt, 1985; Miller, 1983; Miller y Rollnick, 1991; Trullols, Tejero y Abellanas, 1993).

El modelo transteórico ha operativizado la variable motivación al cambio a partir de la delimitación, realizada por Janis y Mann 1977 y Janis, 1987) de los componentes motivacional y cognitivo implicado en todo proceso de toma de decisiones relacionado con el posible cambio conductual concretado, esencialmente, en los beneficios (pros) y costes (contras) para uno mismo y para los demás de las diferentes alternativas conductuales, en nuestro caso abandonar o mantener una conducta adictiva. Janis y Mann, (1977) postulan ocho categorías con relación a la toma de decisiones. 1. Beneficios instrumentales para uno mismo. 2. Beneficios instrumentales para los demás. 3. Aprobación por parte de uno mismo. 4. Aprobación por parte de los demás. 5. Costes instrumentales para uno mismo. 6. Costes para los demás. 7. Desaprobación por parte de uno mismo. 8. Desaprobación por parte de los demás. Generalmente las personas sólo discriminan entre los pros y los contras de una decisión, lo cual facilita las evaluaciones. Los pros y los contras son factores ortogonales o independientes, lo que significa que los individuos puede puntuar alto en uno y bajo en el otro, alto en ambos o bajo en los dos. Los pros y los contras tienen una gran importancia en los estadios de precontemplación, contemplación y preparación. En el estadio inicial de la precontemplación existen más pros que contras para fumar. A medida que los individuos pasan del estadio de precontemplación a estadios más avanzados, se va estrechando la diferencia entre los pros y los contras hasta acabar invirtiéndose. Sin embargo, durante los estadios de actuación y mantenimiento, el equilibrio de la toma de decisiones tiene menos importancia como predictor de éxito. La relación entre los pros y los contras en los diferentes estadios resulta muy interesante.

El patrón observado a medida que se pasa de un estadio a otro es muy revelador. Durante los estadios finales de preparación y de actuación,

los pros van perdiendo importancia. Por su parte, la importancia de los contras aumenta durante la contemplación hasta el punto que se iguala con los pros. En este momento, la toma de decisiones está en equilibrio, lo cual disminuye la probabilidad de que se realice un movimiento en algún sentido. En el estadio de preparación, los contras superan claramente a los pros. Durante la actuación, los contras se mantienen más altos que los pros, pero la importancia de ambos es menor. Finalmente, al lograrse el mantenimiento del cese de la conducta adictiva, la importancia de la relación entre estos factores es menor aunque se mantiene el equilibrio de la toma de decisiones contraria a fumar (DiClemente y Prochaska, 1985)

El balance decisional también ha demostrado ser un buen predictor del comportamiento futuro de los adictos situados en los estadios iniciales (Velicer, DiClemente, Prochaska y Bradenburg, 1985; Prochaska y Di Clemente, 1986). Es un predictor significativo, del movimiento de los sujetos situados en el estadio de precontemplación. Predice igualmente de forma significativa tanto el retroceso de sujetos del estadio de contemplación hacia el de precontemplación como el progreso del de contemplación al de acción, así como el de permanecer en el estadio de contemplación. No obstante, las escalas de los pros y los contras no mostraron capacidad predictiva respecto al comportamiento futuro de los grupos de adictos situados en los estadios de acción y mantenimiento, posiblemente, debido a que una vez que se ha tomado la decisión de abandonar una conducta adictiva, otras variables determinan el éxito o no del mantenimiento del cambio conductual (Velicer, DiClemente, Prochaska y Bradenburg, 1985).

Expectativas de autoeficacia.

La teoría del aprendizaje social fue promovida por Bandura (1977) y como teoría del aprendizaje social cognitivo constituye un elemento

explicativo muy importante relacionado con el desarrollo, mantenimiento y modificación de la conducta humana. Bandura (1986) hace referencia al papel del pensamiento autorreferente en el funcionamiento psicosocial del individuo. El pensamiento autorreferente actúa como intermediario entre el conocimiento y la acción Bandura (1982, 1986) y, define la autoeficacia percibida como los juicios de cada individuo sobre sus capacidades, sobre la base de las cuales organizará y ejecutará sus actos de modo que le permitan alcanzar el rendimiento deseado. No hace referencia a los recursos de que se dispongan sino de la opinión que uno tenga sobre lo que se puede hacer con ellos de realizar una determinada conducta necesaria para alcanzar unos resultados determinados.

Cabe diferenciar entre las expectativas de eficacias personal y expectativas de resultado. La autoeficacia percibida o expectativa de eficacia es un juicio emitido sobre la propia capacidad para alcanzar un cierto nivel de ejecución y la expectativa de resultado se refiere a la percepción personal de las consecuencias más probables que producirá dicha ejecución. El resultado es la consecuencia de un acto, no el acto en sí.

Los juicios sobre la autoeficacia contribuyen y determinan la calidad del funcionamiento psicosocial determinando en parte: las decisiones que se toman, la cantidad de esfuerzo que empleará el individuo al enfrentarse a los obstáculos y a las experiencias adversas así como la cantidad de tiempo que persistirá, sus patrones de pensamiento y las reacciones emocionales desarrolladas durante las interacciones reales o anticipadas con el entorno

La percepción de auto-ineficacia hace que el individuo se rinda con facilidad ante las dificultades y resultará limitante de sus capacidades. Los que se consideran ineficaces en el afrontamiento de las demandas del ambiente exageran la magnitud de sus deficiencias y de las dificultades potenciales del medio. La autoeficacia percibida también determina el tipo de

atribución al buscar soluciones a los problemas. Los muy eficaces tienden a atribuir sus fracasos a una cantidad de esfuerzo insuficiente, mientras que los que tienen una capacidad similar pero la autoeficacia percibida inferior suelen achacar sus fracasos a una habilidad deficiente (Bandura, 1986)

Las fuentes de información, sobre los niveles de autoeficacia que se poseen son variables y el peso asignado a cada una de ellas varía según el ámbito de actividad en cuestión (Bandura, 1982, 1986).

El conocimiento de la propia eficacia, ya sea exacto o no, se basa en cuatro fuentes principales:

1. Los logros de ejecución constituyen la mayor fuente sobre la eficacia personal ya que se basan en experiencias de dominio real.
2. La experiencia vicaria viendo o imaginando a otros similares que actúan con éxito.
3. La persuasión verbal (y otros tipos de influencia social) para inducir en el sujeto la creencia de que posee la capacidad suficiente.
4. Los estados físicos en el que se basa, en parte, la información del individuo sobre sus propias capacidades y vulnerabilidades.

Las expectativas de autoeficacia son una medida de estado, es decir, una medida específica para cada interacción personal en particular, y no una medida de rasgo, generable a diferentes situaciones. Consecuentemente, varían en diversas dimensiones (magnitud, generalidad y fuerza) que tienen importantes implicaciones sobre el rendimiento conductual (Bandura, 1982, 1986).

El nivel o magnitud de una expectativa de autoeficacia deriva del grado de dificultad de la conducta respecto a la cual se evalúa dicha

expectativa, la cual puede referirse a cursos de acción sencillos, extenderse a otros relativamente difíciles o incluso, a los de más dificultad.

Respecto a la generalidad, algunas clases de experiencias (mantenerse abstinentemente en una unidad hospitalaria de desintoxicación, por ejemplo) sólo crean expectativas limitadas de autoeficacia, mientras que otros suscitan un sentido de autoeficacia generalizado a diferentes situaciones. En cuanto a la fuerza, las expectativas de autoeficacia débiles serán fácilmente modificadas cuando uno se enfrente a experiencias desconfirmadoras, mientras que los individuos que poseen fuertes expectativas de autoeficacia, perseverarán en sus conductas de afrontamiento a pesar de las experiencias disuasorias.

La fluctuación de los niveles de autoeficacia a través de los diferentes estadios de cambio resulta manifiesta (DiClemente, 1986, DiClemente, Prochaska y Gibertini, 1985, Prochaska y DiClemente, 1986).

Los niveles de autoeficacia permanecen consistentemente bajos durante los estadios de precontemplación y contemplación, aumentan sustancialmente cuando pasa al estadio de actuación, y alcanza su techo durante el estadio de mantenimiento. La evaluación de la eficacia tiene una implicación distinta en los primeros estadios de cambio cuando los individuos aún no se han comprometido a actuar y no reciben el feed-back de la modificación para aplicarlo a su autoevaluación. En el caso de los precontempladores es difícil interpretar la eficacia en la abstinencia. Puntuaciones bajas en autoeficacia en este grupo pueden representar una combinación de percepción de su capacidad y de su falta de deseo.

Aún cuando los niveles de autoeficacia discriminan fiablemente los diferentes estadios de cambio (DiClemente, Prochaska y Gibertini, 1985, Prochaska, Velicer, DiClemente, Guadagnoli y Rossi, 1991), su principal interés no radica en la clasificación sino en la predicción de los movimientos entre los estadios.

Los niveles de autoeficacia demuestran ser capaces de predecir los cambios de dos de los grupos de adictos más variables: los estadios de contemplación y acción (DiClemente, Prochaska y Gibertini, 1985). Las puntuaciones medias de los niveles de autoeficacia evaluados inicialmente en un grupo de contempladores discriminaban significativamente los adictos que seguían en el estadio de contemplación de aquellos que pasaban a la acción. Respecto a los adictos inicialmente situados en el estadio de acción, los niveles de autoeficacia diferenciaban significativamente a los sujetos que mantendrían la abstinencia de aquellos que recaerían.

MANEJO DE CONTINGENCIAS

La evidencia científica señala que las técnicas psicológicas en el tratamiento de las adicciones han sido un gran aporte a la hora de prevenir las recaídas.

Su eficacia está fundamentada en la realidad empírica de que toda conducta es operante y que la recaída en el uso o abuso de sustancias psicoactivas después o durante un periodo de cambio, se constituye en gran medida en un manejo inadecuado de contingencias.

El manejo de contingencia describe y enumera una serie de técnicas operantes que buscan modificar o controlar una conducta a través del manejo de las consecuencias (contingencias).

Estas técnicas se fundamentan en leyes que suponen un conexionismo entre estímulo y respuesta en donde la conexión se fortalece si se le recompensa, o se debilita si se le castiga (Thorndike 1898).

Las respuestas que da el drogodependiente a las situaciones que ponen en riesgo su proceso, y consecuentemente las formas como estas serán recompensadas, vendrán a suponer una probabilidad de que el sujeto recaiga.

La prevención de recaídas en las drogodependencia a través de la implementación de estas técnicas supone la recompensa de conductas del sujeto que favorecen su proceso de cambio y abstinencia, en contraste del castigo que reciben aquellas conductas que ponen en riesgo su proceso.

En otras palabras, los programas de prevención basados en el manejo de contingencia estudian y controlan las consecuencias percibidas por el sujeto tras su accionar, de modo que este control ambiental asegure primero, el éxito de su sostenimiento y mantenimiento en el programa de rehabilitación (adherencia) y segundo el aprendizaje adecuado de respuestas ante los estímulos ambientales que amenacen su proceso de cambio o sostenimiento.

ASPECTOS TEÓRICOS DEL MANEJO DE CONTINGENCIAS

APRENDIZAJE ANIMAL

La ley del efecto fue uno de los primeros resultados derivados de los experimentos desarrollados por Thorndike luego de suscitarse su interés por la teoría de aprendizaje expuesta en clases de James Watson que recibió en la Universidad de Harvard y que constituyó la base de su posterior formulación teórica del aprendizaje.

Estos experimentos consistieron en lo que él mismo denominó la caja problema, dentro de la cual depositaba a unos gatos con el objetivo de observar las conductas aprendidas por estos animales tras sus intentos, (ensayo y error) de salir de la caja.

Esta ley indica que si la conexión entre estímulo y respuesta es recompensada, esta conexión se hace más fuerte y tiene más probabilidades de repetirse en el futuro (Thorndike 1898).

Comprobó que en todos los casos el castigo es negativo, solo que bajo situaciones de auto castigo o masoquismo el castigo podría generar placer.

La ley del ejercicio derivada también de sus experimentos con animales supone que cuantas más veces se da la conexión entre estímulo respuesta más se fortalecerá esa unión, lo que supondrá la probabilidad incrementada, de la conducta, como modo de resolución del problemas.

Yace en esta ley una de las cuestiones más importantes y difíciles en la clínica de las adicciones, específicamente en la prevención de las recaídas a través del manejo de contingencia y tiene que ver con el craving, el cual aparece frente a situaciones que le suponen al sujeto la acción de una conducta, la conducta de consumo, como modo de respuesta previamente aprendida, expresándose este como un deseo (intangibles) y no como una conducta aún, lo cual se constituye en una reserva difícilmente identificable por el clínico, y por lo tanto difícil de manejar por esta técnica.

CONDICIONAMIENTO INSTRUMENTAL

El aprendizaje instrumental investigado por Skinner también conocido como condicionamiento operante encuentra sus antecedentes en la teoría del aprendizaje basada en el ensayo y error desarrollada por Thorndike en experimentación con animales.

En el condicionamiento instrumental el organismo configura un papel primordial en la adquisición de recompensas o la evitación del castigo.

Un reforzador es un estímulo que al relacionarse temporal y adecuadamente con la respuesta, este incrementa o mantiene dicha

respuesta o la conexión entre estímulo y estímulo. Los reforzadores a su vez pueden ser positivos o negativos.

Se les considera reforzador positivo a la recompensa o estímulo que se presenta tras una respuesta y que aumenta la probabilidad de que se repita dicha respuesta.

Los reforzadores positivos pueden ser de varios tipos, según su valor de recompensa, según su naturaleza y según el proceso de reforzamiento.

Según su naturaleza el reforzador positivo puede dividirse en primarios, los cuales satisfacen necesidades biológicas o contribuyen al bienestar del sujeto; secundario los cuales adquieren valor reforzante cuando son asociados con reforzantes primarios; y generalizados son reforzadores que permiten acceder a otros reforzadores.

Los reforzadores según su naturaleza se constituyen en materiales tales como productos consumibles o manipulables, por ejemplo el dinero, comida, juegos; de actividad, que placenteras para el sujeto y contingentes a una conducta aumentan su probabilidad; y social en las que se incluyen conductas de otras personas de un determinado contexto social, como expresiones verbales y no verbales, contacto físico, etc.

Según el proceso de reforzamiento, estos pueden diferenciarse en extrínsecos, e intrínsecos. En el primero se caracteriza por ser un proceso abierto el cual puede ser observable públicamente tal como la felicitación de la pareja ante el ascenso laboral.

El reforzador intrínseco es un proceso encubierto que obedece a pensamientos que generan sentimientos positivos.

TÉCNICAS OPERANTES EN EL MANEJO DE CONTINGENCIAS

ORGANIZACIÓN DE CONTINGENCIAS: CONTRATOS DE CONTINGENCIA Y ECONOMÍA DE FICHAS

CONTRATO DE CONTINGENCIA

Los contratos de contingencia o contratos conductuales de recaídas se suman al conjunto de técnicas operantes en el manejo de contingencias eficaces en la prevención de recaídas. Resultando especialmente útiles en pacientes quienes encuentran dificultades en superar un desliz.

En el contrato de contingencia se acuerda entre el terapeuta, la familia y el paciente los pasos, actuaciones y procedimientos que seguirán después de una eventual recaída o desliz y preceden al procedimiento de manejo de contingencias.

Como reforzador del compromiso del paciente para asumir el cambio se convierte en una excelente técnica en pacientes con sentimientos ambivalentes frente al proceso, que no le permiten superar su adicción cuando se encuentran en un segundo estadio contemplativo del cambio (José G., María G., 2008).

Según Marlatt (1985) los contratos de recaídas deben incluir algunos aspectos y cláusulas que permitan al paciente y terapeuta tener claro y de forma precisa la intención del mismo. Entre estos aspectos señala:

En algunos casos los contratos deberán incluir una cláusula con ciertos costos y multas por emprender conductas prohibidas.

El paciente debe aceptar el demorar 20 minutos antes del primer consumo contados a partir de la primera tentación, cuyo tiempo debe utilizarse para reflexionar sobre la situación y reconsiderar la decisión de consumir.

Deberá comprometerse a esperar varias horas o un día antes de seguir consumiendo, pues el tiempo que transcurre desde el primer desliz es fundamental para prevenir una recaída (Marlatt 1987).

El paciente deberá estar de acuerdo en que de producirse el desliz este solo implicara una dosis.

El contrato deberá incluir una fecha en el que se finalice la cual no será ni muy larga ni muy corta y recomienda revisarse cada mes. Advierte que en ocasiones en los que el contrato ha dado buenos resultados la finalización ha sido aprovechado para consumir, por lo cual el terapeuta ha de anticiparse tomando medidas de seguridad en la etapa final del contrato.

ECONOMÍA DE FICHAS

La economía de fichas son programas que se dirigen a controlar de forma estricta un determinado ambiente de tal forma que puedan ser controladas las conductas de las personas.

El diseño de un programa de economía de fichas permite incluir una o más conductas objeto de modificación o reforzamiento otorgando o restando puntos a los pacientes dadas sus respuestas.

El cumulo de puntos permitirá el acceso a un premio. Sin embargo el mismo punto se constituye de forma inmediata en un premio parcial para el sujeto al recibirlo luego de su respuesta.

El primer paso en la implementación de un programa de economía de fichas, consiste en la identificación de las conductas que se desea establecer y qué reforzadores serán eficaces para la persona a quien se dirige el programa.

Un segundo paso aunque necesario, es opcional, consiste en acordar con el paciente los criterios bajo los cuales le serán dados los reforzadores.

Un último paso consiste en la implementación del programa propiamente dicho, el cual de forma general consta de tres fases, a saber, la fase de muestreo, de aplicación contingente de las fichas por las conductas deseadas, y la fase de desvanecimiento de las conductas por las fichas.

Fase de muestreo. El objetivo de esta fase es presentar al paciente la ficha como refuerzo generalizado y otorgar su valor como objeto de intercambio. Es decir cuál es su valor y porque cosas podrá ser intercambiado y cuando.

Fase de aplicación. En esta fase se inicia la entrega de fichas contingente a las conductas que se desean establecer o mantener, previamente escogidas.

Fase de finalización o desvanecimiento. Esta fase supone la consolidación de la conducta deseada y el inicio del mantenimiento de la misma esta vez en las situaciones normales o habituales a las que se expone el paciente.

Es necesario ir desvaneciendo el programa economía de fichas en la medida en que se producen mejorías en la conducta del sujeto en su medio habitual, pues cabe recordar que la consolidación de estas conductas han operado hasta entonces en un ambiente artificial y controlado.

VOUCHER O DINERO NO METÁLICO

Dentro de este bagaje de técnicas que supone el manejo de contingencias en la prevención de recaídas ha sido ampliamente empleado y verificado en terrenos experimentales y cuyos resultados han supuesto el sostenimiento del adicto en la mayoría de los casos, los vouchers (dinero no metálico) canjeables por servicios o productos.

Las ventajas de estas técnicas varían. Una de las principales ventajas que supone el empleo de vouchers o vales es el control sobre el uso del dinero, ya que al ser estos vales el único dinero que maneja el drogodependiente durante su proceso de cambio, se aleja la posibilidad de adquisición de drogas, ya que estos no podrían ser canjeables; al tiempo que el adicto en proceso de recuperación adquirirá habilidades en el manejo del dinero.

Dentro de las desventajas se encuentra el alto costo que suponen.

EXTINCIÓN

El adicto a lo largo de su historia de consumo se ha expuesto a un cúmulo de estímulos y señales ambientales que se asocian y acentúan con la conducta de consumo..

En teoría, la extinción de estas señales reactivadoras de la conducta de consumo supondrá una mayor facilidad a la hora de prevenir una recaída.

La extinción en la prevención de recaída consiste entonces, en la supresión de una conducta (conducta de consumo) que previamente fue reforzada, a través, de la extinción de los estímulos y señales asociadas a ella y que la reactivan en los periodos de abstinencia.

En esta técnica se emplean también técnicas de imaginiería con la cual se busca generar situaciones de crisis, desliz y recaídas imaginarias que permitan a través también de un modelamiento encubierto, extinguir las señales que reactivan o conllevan al consumo. De esta forma el adicto podrá anticiparse en el afrontamiento de estas señales o situaciones de alto riesgo.

CONCLUSIONES

En conclusión en el proceso de cambio en adicciones se producen avances y retrocesos y, es difícil precisar cuándo se iniciará y cómo se mantiene el proyecto de recuperación que resultará ser permanente, aunque sí coexisten toda una serie de factores, tanto personales como sociales, previos y durante el proceso de recuperación que van a favorecer o entorpecer la consolidación del cambio. Las personas deciden cambiar cuando una situación resulta insostenible y el sufrimiento que implica quedarse donde está es mayor que la angustia que le produce el cambio. Abandonar el mundo de las drogas constituye un proceso pausado y no podemos basarnos únicamente en el análisis de los mecanismos de adicción, la personalidad y la motivación, porque el acontecer diario a través del tiempo y las experiencias previas juegan un papel clave.

Establecer el perfil del drogodependiente que en un momento dado, a partir de los factores positivos y negativo aportados, estudiados y observados, nos permita predecir la evolución hacia la recuperación es difícil. Se necesita que algunos de estos factores protectores, vayan ajustándose y fortaleciéndose a lo largo del proceso, cimentando los deseos de cambio

provocados por en el intenso malestar de una forma de vida que les resulta insoportable. Las variables psicosociales previas al abuso de drogas cumplen un papel fundamental en el proceso de deshabituación. Factores tales como la crianza, el entorno, la disponibilidad de la droga, las relaciones de iguales fuera del mundo de la droga, la edad y los motivos del inicio en el uso de drogas van a influir, en uno u otro sentido, en el proceso de recuperación. Consideramos, que el tipo de experiencias previas en sí mismas y por su influencia en la configuración de la personalidad de los individuos desempeñan, posiblemente, el papel más relevante en el proceso de recuperación. Aun no siendo idéntico cronológicamente el proceso madurativo de los seres humanos, podemos convenir que, en general, a mayor edad, mayores vivencias y mayor nivel de desarrollo psicosocial.

Existen múltiples factores en el entorno social durante el periodo de recuperación, que tienen una influencia poderosa en que los drogadictos continúen o abandonen el consumo de sustancias psicoactivas, pero no podemos decir que éstos sean determinantes. Pudiera ser posible dejar la droga sin ayuda, sin apoyos durante un corto periodo de tiempo, pero lo que no resulta viable es la rehabilitación en soledad. La dificultad que entraña alcanzar las metas de las diferentes etapas de la recuperación y, lo prolongado y lento del curso del cambio hace necesaria la presencia de personas en las que apoyarse, a través de las cuales se justifique una parte del esfuerzo y de la esperanza en un futuro mejor, en un entorno social íntimo e institucional disponible y accesible para proporcionar la ayuda.

Cuando el entorno social propio contiene muchos factores negativos o pocos protectores, el nivel de dificultad se incrementa considerablemente pero siempre queda la posibilidad de mitigarla, al alejarse del entorno o de la fuente obstaculizadora.

Asumimos que hay que evaluar como positiva la retención en el tratamiento, la consecución de pequeñas metas dentro de las posibilidades, y los objetivos de cambio que se plantee y no precipitarse en la consecución de la abstinencia sino adaptarse a la etapa de cambio en que se encuentre el individuo para, más a largo plazo, si es el caso, poder plantear objetivos más ambiciosos.

Toda la experiencia acumulada durante las etapas previas de deshabitación y la propia experiencia de la recaída supone, en mayor o menor medida, un aprendizaje, un reciclaje para posteriores intentos. Este aprendizaje será mayor y más positivo en función de la interpretación que se haga de las mismas y de los cambios personales y sociales alcanzados durante los periodos de abstinencia. La vuelta al proceso tras la recaída se considera un criterio de eficacia terapéutica y ese retorno estará en parte motivado por la relación terapéutica y por el apoyo recibido que repercutirá en una mayor percepción de aprendizaje y continuidad, en las diferentes etapas del proceso de recuperación. De alguna manera, las recaídas por la experiencia que aportan, pueden preparar para un próximo intento, pues las recaídas no son simplemente retroceder a la época anterior de consumo activo, incluso por la propia evolución de la vida, ya nada es igual como era antes.

La etapa de finalización en el proceso de cambio, no está muy estudiada en ninguna conducta adictiva. Desde el modelo transteórico se advierte qué conocer si existe o no el estadio de finalización o por el contrario, si el estadio de mantenimiento posee una duración de por vida, es una cuestión que no afecta en demasía la conceptualización del modelo, ni los procedimientos de evaluación e interventivos que de él se derivan.

Considerándose el modelo transteórico de cambio es una excelente estrategia de intervención propuesta para prevenir las recaídas en programas de rehabilitación de la farmacodependencia.

RECOMENDACIONES

Como es claro los tratamientos no son por si solos panaceas o miradas absolutas frente a un problema tan complejo como los son las adicciones y específicamente las recaídas sería muy interesante realizar un estudio que nos permita generar un abordaje integral basado en las diferentes estrategias, que se han abordado a groso modo en esta monografía, no obstante sabemos que el manejo de la recaída atiende a generalidades y que el uno por uno debe primar en los procesos de intervención en general.

BIBLIOGRAFIA

- Anicamo, J; Mayorga, E y Henostroza, C. (2001) Calidad de vida, recaídas en adictos a sustancias psicoactivas de Lima metropolitana. *Psicoactiva*, 19,7-27.
- Ashby, T. y Stoolmiller M. (2002). The Role of Self- Control in Early Escalation of Substance Use: A Time-Varying Analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70 (4), 986-997.
- Bandura, A. (1977) Autoeficacia: Hacia una teoría involante de cambio conductual. *Revisión Psicológica*, 84, 191-295.
- Bandura, A. (1982) "Self-efficacy mechanism in human agency", *American Psychologist*, 37, 122-147.
- Bandura, A. (1986), Pensamiento y acción. Barcelona, Martínez Roca.
- Beck, A (s.f) Terapia cognitiva de las drogodependencias. Ediciones Paidos Iberica.S.A Barcelona
- Becoña E (2004) Manual de intervenciones en drogodependencias. Madrid, 205
- Becoña, E (2004) Monografía Tabaco: Tratamiento psicológico del tabaquismo. Madrid: Sociodrogalcohol,. 340 p.
- Becoña E (2004) Guía Clínica para ayudar a los fumadores para dejar de fumar. Madrid: sociodrogalcohol, 2004. 84 p.

- Becoña E (2008) Guía clínica de intervención psicológica en adicciones. Madrid: Sociodrogalcohol, 2008. 151 p.
- Becoña Iglesia, Elisardo. Bases científicas para la prevención de las drogodependencias. Madrid: Ministerio del Interior, 2002. 479 p. ISBN 84-8150-240-5.
- Brownell, K; Marlatt, G, Lichtenstein, E. y Wilson, G. (1986). Understanding and preventing relapse. *American Psychologist*, 41, 765 – 782.
- Caballo, V. (2008) Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos. Madrid: Nuevo siglo, p 404.
- Carrobles, J Técnicas cognitivas en el tratamiento de las drogodependencias. Madrid: Universidad autónoma de Madrid.
- Catalá, M (s.f) El Proceso de Cambio en la Adicción a la Heroína: Un Análisis a Través de Metodologías Cualitativas. Edita: Universidad de Valencia. Servicio de Publicaciones. C/ Artes Gráficas, 13 bajo 46010 Valencia España.
- Connors, G., Maisto, S., & Donovan, D. (1996). Conceptualizations of relapse: A summary of psychological and psychobiological models. *Addiction*, 91 (Supplement), 5-13.
- Connors, G., Longabaugh, R., & Miller, W. (1996). Clinical commentary on replications and extensions of Marlatt's relapse research. Looking forward and back to relapse: Implications for research and practice. *Addiction*, 91 (Supplement), 191-196.
- DiClemente, C.; Prochaska, J. y Gibertini, M. (1985), "Self – efficacy and the stages of self – change of smoking" *Cognitive Therapy and Research*, 9, 181 – 200.

- García, L., Oropeza, R., y Vázquez, F. (2006). Entrevista de recaídas en usuarios de sustancias adictivas. En L. García, Desarrollo y confiabilidad de la entrevista de recaídas en usuarios de sustancias adictivas. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología, UNAM.
- González, E (2001) Comunidad Terapéutica y trastornos duales, Psicolibros, Montevideo.
- Goti, E (2000) La comunidad Terapéutica. Un desafío a la droga, 3ª ed., Nueva Visión, Buenos Aires, p.102.
- Guiñales, L. Prevención de recaídas. Madrid: Comunidad autónoma de Madrid.
- Gurin, G., Veroff, J. y Feld, S. (1960). Americans view of their mental health. New York – Basic Books.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (1999). Metodología de la investigación. Segunda Edición. México .D.F.: Mc. Graw Hill.
- Hubbard, R y Mardsen, M (1986) Relapse to use of heroin, cocaine and other drugs in the first year after treatment. En Nida Eds.
- Hunt, W , y Belpalec, D. (1974). An evaluation of current methods of modifying smoking behavior. *Journal Clinic of Psychology*, 431-438.
- Janis, I. y Mann, L. (1977), Toma de decisiones: Un análisis psicológico de conflicto, opción y compromiso. Nueva York. Prensa Libre.

- José Anicama G., Elizabeth Mayorga F. y Carmela Henostroza M. Calidad de vida y recaídas en adictos a sustancias psicoactivas de lima metropolitana. Artículos originales
- Korovsky, G; Rial, C y Olave, M. (s.f) El desafío de la prevención de recaídas en drogodependencias, programa keiros Montevideo Uruguay.
- Labrador, F; Cruzado R., Muños L. (2001) Manual de técnicas de modificación y terapia de conductas. Madrid: Piramide,. 912 p.
- López-Muñoz, A. (2000) Abordaje farmacológico de las recaídas en las adicciones. Cuenca universidad de Alcalá Madrid. *Adicciones* ,12, 4, 527-539.
- Marlatt, G. (1985): Relapse Prevention: Theoretical rationale and overview model. En Marlatt y Gordon (eds). Relapse Prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors (pp 93-116). New York: Guildorf Press.
- Marlatt, G. & Donovan, D.M. (2005). Relapse Prevention. Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors. Nueva York: Guilford Press.
- Marlatt, G. (1985), Situational determinants of relapse and skill-training interventions, en G.A. Marlatt y J.R. Gordon Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors, New York, Guilford Press.
- Marlatt, G. (1993). La prevención de recaídas en las conductas adictivas: un enfoque de tratamiento cognitivo-conductual. En B. Casas & M. Gossop. Tratamientos psicológicos en drogodependencias: recaída y

prevención de recaídas. Monografías de toxicomanías (Cap. 4, pp. 137- 159). Ediciones en Neurociencias Sitges.

McKay, J., Alterman, A., Mulvaney, F., y Koppenhaver, J. (1999). Predicting proximal factors in cocaine relapse and near miss episodes: Clinical and theoretical implications. *Drug and Alcohol Dependence*, 56, 1, 67-78.

Míguez, M. (2006). El estudio de la prevención de la recaída en tabaquismo. Retrieved agosto 15, 2008,

Miller, W y Rollnick, S. (1999). La entrevista motivacional: Preparar para el cambio de conductas adictivas. Barcelona. Ed: Paidós.

Prochaska, J., y DiClemente, C. y Norcross, J. (1992) "In search of how people change. Applications to addictive behaviors." *American Psychologist*. 47, 1102 – 1114.

Prochaska, J; y DiClemente, C. (1984), "Stages and processes of self – change of smoking: Toward and integrative model of change". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 390 – 395.

Prochaska, J; Velicer, W; DiClement, C; et al (1991) "Patterns of change: Dinamic typology applied to the smoking cessation" *Multivariate Behavioral research*. 26, 83-107

Romero, R. (2001). Manuales de Tratamiento para Abuso de Sustancias con Desórdenes de Personalidad: Terapia de Esquema con Enfoque Dual (DFST). Documento traducido de: Samuel A. Ball. *Addictive Behaviors*, Vol. 23, núm.6, pp. 1-8, 1998.

- Sarason, I (2006) *Psicopatología: Psicología anormal: el problema de la conducta inadaptada* Editorial: Pearson Higher Education N° Edición: 11ª Idioma: Castellano.
- Secades, R. (1997) *Evaluación conductual en prevención de recaídas en la adicción a las drogas: estado actual y aplicaciones clínicas. Psicothema.*
- Tapert, S. F., Ozyurt, S. S., Myers, M. G., y Brown, S. A. (2004). Neurocognitive ability in adults coping with alcohol and drug relapse temptations. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 30, 2, 445-460.
- Tejero, A. Trujols, J. (1994) "El modelo transteórico de Prochaska y DiClemente: un modelo dinámico del cambio en el ámbito de las conductas adictivas". En Graña. J.L. *Conductas adictivas: teoría, evaluación y tratamiento.* Madrid. Editorial Debate.
- Trujols, J., Tejero, A., Casas, M. (1996) "El fenómeno de las recaídas en el tratamiento de las conductas adictivas y su repercusión en la dinámica asistencial". *Adicciones.* Vol.8, núm. 3, pp. 349-367.
- Velicer, W; DiClemente, C; Prochaska, J. y Bradenburg, N. (1985) " Medida de equilibrio decisional para evaluar y predecir el fumar ", *Diario de Personalidad y Social Psychology*, 48, 1279 - 1289. Segunda Edición. México.D.F.: Mc. Graw Hill.