

**EFFECTOS DE UN PROGRAMA PARA INCREMENTAR LA
AUTOEFICACIA Y DISMINUIR LA ANSIEDAD Y SU INFLUENCIA SOBRE
LA PREVENCIÓN DE RECAÍDAS EN ADULTOS QUE ASISTEN A UN
PROGRAMA DE REHABILITACIÓN DE LA DROGADICCIÓN**

Ana Damaris Rodríguez Brito

Facultad de Psicología

Universidad de la Sabana

TABLA DE CONTENIDOS

Tabla de contenidos, 2

Resumen, 3

Introducción, 4

Marco teórico, 6

 Objetivo general, 96

 Objetivos específicos, 96

 Variables, 96

 Hipótesis, 97

Método, 97

 Tipo de diseño, 97

 Participantes, 98

 Instrumentos, 98

 Procedimiento, 100

Resultados, 101

Discusión, 108

Referencias, 115

Anexos, 118

Resumen

Ana Damaris Rodríguez Brito. Blanca Lucía Rodríguez*

Palabras claves: Sustancias psicoactivas, adicción, recaída, auto-eficacia, reforzamiento, aprendizaje, prevención de recaídas, ansiedad, urgencia.

El objetivo de la presente investigación fue determinar los efectos de un programa para incrementar la auto-eficacia y disminuir la ansiedad y su influencia en la Prevención de Recaídas en adictos en rehabilitación. Se trabajó con 25 hombres adultos de nivel socioeconómico medio-medio a medio-alto y la mayoría de ellos con un nivel cultural medio (es decir, han cursado por lo menos el bachillerato), que asisten a un programa de rehabilitación en Bogotá en la modalidad de internado, quienes son adictos a sustancia psicoactivas. Se utilizó un diseño experimental con pre-prueba y post-prueba con grupo control. Se aplicaron las pruebas psicológicas, una para medir ansiedad IDARE (Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado) y otra para medir auto-eficacia (SES). Seguidamente se realizó la asignación aleatoria a los grupos (experimental y control). Posteriormente se realizó la intervención con el grupo experimental durante 12 sesiones en las cuales se realizaron talleres encaminados a incrementar la auto-eficacia en los participantes. Finalmente se volvieron a aplicar las pruebas utilizadas en el pre-prueba. Los resultados luego de la intervención fueron analizados utilizando pruebas t para dos muestras emparejadas; los resultados de la auto-eficacia general en la pre-prueba y post-prueba fue de $-0,8615498$; mientras que en el grupo experimental fue de $-0,8516583$. el estadístico t para la auto-eficacia social fue de 0 para el grupo control y de $-0,7281065$ para el grupo experimental. Y la comparación de los resultados de ambos grupos también se realizó el análisis a través de la prueba t pero esta vez para dos muestras suponiendo varianzas desiguales. De igual manera se realizó el análisis para los resultados de la prueba de ansiedad realizada.

ABTRACS

Key words: Psychoactive substances, addiction, relapse, self-efficacy, reinforcing, learning, prevention of relapses, anxiety, urgency.

The objective of the present investigation was to determine the effects of a program to increase the self-effectiveness and to diminish the anxiety and its influence in the Prevention of Relapses in addict in rehabilitation. Mean-means to upper middle and most of them with an average level worked with 25 adult men of socioeconomic level cultural (that is to say, they have attended at least the baccalaureate), who attend a program of rehabilitation in Bogota in the boarding school modality, that is addict to substance psychoactive. An experimental design with pre-test and post-test with group was used control. The psychological tests were applied, one to measure anxiety IDARE (Inventory of Rasgo-Estado Anxiety) and other to measure car-effectiveness (SES). Next the random allocation to the groups was made (experimental and control). Later the intervention with the experimental group was made during 12 sessions in which directed factories were made to increase the car-effectiveness in the participants. Finally they became to apply the tests used in the pre-test. The results after the intervention were analyzed using tests t for two matched samples; the results of the general car-effectiveness in the pre-test and post-test were of $-0,8615498$; whereas in the

experimental group it was of $0,8516583$. the statistical t for the social car-effectiveness was of 0 for the group control and $0,7281065$ for the experimental group. And the comparison of the results of both groups also was made the analysis through test t but this time for two samples supposing unequal variances. Of equal way the analysis for the test resultses of made anxiety was made.

*Asesora de tesis.

Efectos de un Programa para Incrementar la Auto-eficacia y Disminuir la Ansiedad y su Influencia sobre la Prevencción de Recaídas en Adultos que Asisten a un Programa de Rehabilitación de la Drogadicción

En la actualidad cuando se escucha hablar del problema de la droga se elaboran asociaciones mentales con diversas situaciones que vive el mundo y especialmente las que se presentan en nuestro país. La droga se asocia con problemas sociales en cuanto a que su producción ha generado una serie de cambios que van desde la violencia en el campo que conduce al desplazamiento de los habitantes de estas regiones hacia las ciudades, lo que a la vez ocasiona la sobrepoblación, desempleo e inseguridad como consecuencia de tales fenómenos sociales. Una consecuencia directa de la anterior problemática es la imagen que se proyecta de Colombia ante el mundo como un país que en este momento atraviesa por una descomposición social y familiar sin precedentes en América Latina. Pero la problemática no se limita a esto por que a la vez que se trata de combatir tanto la producción como el tráfico de las sustancias prohibidas, aumenta el consumo en nuestra población, sobre todo en la más vulnerable que según los últimos estudios realizados por el programa Rumbos (2.000), que es un organismo que se dedica exclusivamente al estudio y prevención de esta problemática, cada vez son menores las edades en que se inicia el consumo de dichas sustancias; estos factores se van uniendo y ocasionando conflictos a nivel familiar, laboral, escolar y social. A nivel del estudio del área familiar se habla de que la sociedad actual es el reflejo de la descomposición familiar pero más allá de eso, cuando dentro de la familia existe una persona consumidora de sustancias psicoactivas la dinámica familiar se ve alterada y se agudizan los conflictos intra e interpersonales de sus miembros. En lo que tiene que ver con el área laboral, como todas las esferas que conforman la vida de una persona, ésta también

se ve afectada ya que la persona consumidora se convierte en irresponsable, deshonesto y todo pasa a un segundo plano incluyendo su parte laboral afectando de esta manera su desempeño y de una u otra forma poniendo en riesgo su vida y la de otras personas. Por otro lado, cuando hablamos de la población más joven se da por descontado que se desarrolla en un ambiente educativo, obviamente también existen consecuencias negativas tales como ausentismo escolar, dificultades en la consecución de logros, deserción, consumo dentro de las instalaciones, inducir a otros en la actividad, mortalidad escolar, etc. Además de todo lo anterior existen consecuencias legales ya que el abusador de drogas busca procurársela a través de cualquier medio lo que lo puede convertir en delincuente, llevarlo a la prostitución, y finalmente cuando ya no se posee el apoyo familiar ni una fuente de ingresos fijos, y la dependencia va en aumento, se llega a la indigencia que es otro flagelo que se incrementa cada día tan vertiginosamente como el problema que se tratará en esta investigación.

Como estudiante de Psicología pienso que me compete hacer investigaciones que contribuyan al mejoramiento de la calidad de vida de la sociedad en la que me desenvuelvo, por esta razón me interesa el tema de Prevencción de Recaídas ya que existen diversos programas de tratamiento para rehabilitar a las personas consumidoras pero los índices de recaída son superiores al 60%. Los niveles de reincidencia hacen pensar en fallas en los programas terapéuticos pero sabemos que va mucho más allá y es por ello que el problema de investigación va enfocado hacia este tema.

Esta investigación se llevó a cabo a partir del trabajo en el cual me desempeñé en los últimos semestres de carrera y una vez que finalicé la parte teórica y práctica. Durante este tiempo me moví dentro del ámbito de la Psicología clínica ejerciendo como Psicóloga en una Fundación de rehabilitación para alcohólicos y drogadictos. En el

transcurso del tiempo que estuve allí observé que algunas de las personas que entraban a realizar el programa, tenían la voluntad de salir adelante y ponían su mejor esfuerzo para ello, pero también había muchas más que no lo hacían voluntariamente y se sentían obligadas o presionadas por su familia o por las leyes; pero independientemente de la razón por la que estuvieran allí un gran número de ellos recaía una y otra vez. Esta fue la razón principal para escoger esta temática ya que observé durante mucho tiempo que los índices de recaídas eran exageradamente altos, independientemente del sexo, edad, nivel socioeconómico y cultural, del tipo de droga o actividad que estuviera produciendo adicción, o incluso del tipo de terapia utilizada para la recuperación, muchos aspectos de estos al parecer resultaban insuficientes para hacer que los porcentajes de reincidencia disminuyeran. Desde mi perspectiva como psicóloga, es necesario brindar herramientas terapéuticas necesarias para contribuir al bienestar de todas las personas que padecen por culpa de la drogadicción, dentro de las cuales se cuentan las personas significativas (familiares, pareja y amigos cercanos), la sociedad (por el peligro que significan las personas adictas en etapas avanzadas), y por supuesto la persona que consume, que a mi modo de ver padece un sufrimiento enorme que lo lleva, en un principio, a busca escapar de la realidad generadora de esa situación y luego, cuando ya existe la dependencia, al no poder hallar las soluciones adecuadas para salir del problema en el cual se encuentran.

Se entiende por droga toda sustancia farmacológicamente activa sobre el sistema nervioso que, introducida en un organismo vivo, puede llegar a producir un estado de dependencia.

La adicción es definida como la intoxicación crónica o periódica por una sustancia natural o sintética, siendo caracterizada por la necesidad imperiosa de continuar

consumiendo la sustancia y procurársela por cualquier medio, tendencia al aumento de la dosis, presencia de síntomas de abstinencia y finalmente consecuencias nocivas sobre el individuo pero también sobre su medio social. Las repercusiones a nivel de la sociedad pueden inducir a la disociación familiar, problemas laborales, fracaso escolar y finalmente conducta delictiva, con sus implicaciones jurídicas (Ricardo J. Toro, Luis E. Yepes R., 1986).

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud), que ha adoptado el término de fármaco-dependencia con el cual han sustituido el de adicción, la fármaco-dependencia podría definirse como un estado psíquico y a veces físico resultante de la interacción de un organismo vivo y un fármaco. Se caracteriza por modificaciones del comportamiento y otras reacciones que comprenden siempre un impulso irreprimible a tomar el fármaco en forma periódica o continua a fin de experimentar sus efectos psíquicos o para evitar el malestar producido por su privación. Este puede o no ir acompañado de tolerancia. Un mismo sujeto puede ser dependiente a una o más sustancias (poli-adicto) (citado por Toro R., Yepes L., 1986).

Dentro del amplio ámbito de las conductas “anormales”, trastornos psicopatológicos o comportamientos desviados, la adicción a las drogas constituye un fenómeno que ha sido investigado desde muchas perspectivas, con el fin de aclarar o explicar, ya sea las causas, el proceso de adquisición y evolución de la adicción, la dinámica ínter e intra-personal del adicto o el efecto que tienen las drogas en los individuos que las utilizan con fines no médicos.

Existen diversos métodos explicativos de esta enfermedad, entre ellos mencionaremos algunos: Existen quienes afirman que la adicción es una enfermedad cuádruple, es decir una enfermedad física, psicológica, social y espiritual. Se sabe que la

persona adicta posee un cuerpo, una mente, existe en un contexto social determinado y puede considerarse como una persona que lucha por encontrar significado y propósito a su vida, la cual, con frecuencia carece de estas cualidades. Aunque todavía no se determina claramente la forma en que estas cuatro áreas de la vida del individuo confluyen mutuamente para generar la adicción, la mayor parte de las investigaciones de este tema están de acuerdo en que las respuestas se encuentran en la interacción entre la Biología, la Psicología, la sociedad y el espíritu. Esto puede tener su explicación en el hecho de que el ser humano no es un ente en el cual se dan las cosas en forma lineal o plana sino que todas las áreas se conjugan para dar lugar a las conductas y comportamientos propios de él.

Otro tipo de explicación que se ha intentado dar a esta problemática tiene que ver con la noción de Síndrome corporal de Adaptación General (SAG) la cual se relaciona de alguna manera con la hipótesis del encubrimiento. De acuerdo con el Dr. Hans Selye (citado por Wallace, 1990), el cuerpo responde de la misma manera a cualquier tipo de estrés, sin importar el origen de la naturaleza del mismo. El estudio de las alergias alimenticias sugiere que cuando comemos o bebemos una sustancia agresiva se presenta una respuesta que se conoce como SAG. Primero sobreviene una reacción de alarma durante la cual el cuerpo responde acelerando la respiración y aumentando el ritmo cardíaco a medida que la persona se pone tensa, el individuo puede sentirse enfermo, sudar y palidecer. La segunda es la etapa de resistencia en la cual el cuerpo se adapta al estrés y lo controla, la persona puede empezar a sentirse bien nuevamente y quizá, no presente signos externos de dificultad. Sin embargo, la persona gasta los recursos del cuerpo en esa adaptación. La tercera etapa del modelo del SAG, es la etapa del agotamiento, en la cual se consumen las reservas de la persona en un intento por

conservar el equilibrio y los sentimientos de bienestar alcanzados en la fase anterior (Wallace, 1990).

En la actualidad, el abuso de sustancias psicoactivas y psicofarmacología clínica de la ansiedad, la esquizofrenia, etc., están permitiendo conocer como se vinculan los mecanismos neurales y los del refuerzo en el cerebro. Así, los efectos reforzantes de las drogas, y la especificidad biológica de los psicofármacos actúan sobre un conjunto de áreas cerebrales interconectadas que constituyen el sistema de recompensa cerebral.

Los mecanismos cerebrales del refuerzo fueron establecidos inicialmente por Olds y Milner en 1950. Estos autores observaron que la estimulación eléctrica de algunas regiones del encéfalo producía un efecto reforzante para el organismo. Una parte esencial de los circuitos de recompensa está constituida por neuronas dopaminérgicas cuyos cuerpos celulares se localizan en el mensencéfalo; estas células envían sus axones hacia delante, a lugares del sistema límbico y del córtex frontal. Normalmente, los circuitos de recompensa cerebrales son estimulados por las conductas que tienen un valor de supervivencia como por ejemplo ingerir alimentos, beber agua, actividad sexual; sin embargo, las drogas adictivas estimulan intensamente estos circuitos sin requerir conductas que sean esenciales para la supervivencia del organismo. Las drogas ejercen sus efectos reforzadores al actuar sobre diferentes regiones cerebrales que están interconectadas entre sí por diversos sistemas de neurotransmisores y que la denominan “Vías o circuitos cerebrales de refuerzo”.

El sistema de recompensa cerebral consta de cuatro regiones diferentes del Sistema Nervioso Central (S.N.C.): el haz prosencefálico medial, el área tegmental ventral, el hipotálamo lateral y algunas áreas de la corteza prefrontal (Ramos, 1993). En el sistema de recompensa cerebral conviene resaltar el papel central que juega el núcleo

accumbens, que se considera como un transformador de información entre regiones cerebrales. Al proyectarse hacia el hipotálamo lateral, influye en las secreciones neuroendocrinológicas, y también está relacionado con la actividad autónoma, ya que interactúa con los núcleos simpáticos y parasimpáticos del tronco cerebral y de la médula espinal.

En la actualidad cada vez tiene mayor importancia el estudio de los mecanismos neurobiológicos implicados en el proceso adictivo, que han sido localizados en el encéfalo anterior, (neocórtex, ganglios basales, sistema límbico, tálamo e hipotálamo) que integran las funciones del sistema límbico con el sistema motor extrapiramidal. El mesencéfalo y sus conexiones con la región del núcleo accumbens en la parte anterior de la base del encéfalo anterior parecen desempeñar un papel crítico al mediar no sólo en los efectos reforzantes agudos de las drogas, sino que también parecen estar implicados en los aspectos motivacionales de la abstinencia (Koob, 1993).

A la hora de explicar las conductas adictivas han surgido una gran variedad de modelos explicativos sobre la etiología de la adicción y sobre la modificación de estos hábitos de comportamientos aprendidos (Peele, 1985; Shaffer, 1985). En este sentido Brickman y otros (1982) propusieron un modelo de ayuda y afrontamiento que clarifica varias de las aproximaciones conceptuales para entender las drogodependencias. En el análisis realizado parten de dos preguntas: a) ¿en qué medida puede considerarse al individuo responsable de haber desarrollado su adicción? Y b) ¿hasta donde llega la responsabilidad del individuo para cambiar la conducta o solucionar el problema? Para contestar estas preguntas es necesario analizar, aunque sea en forma breve, varios modelos que expliquen la naturaleza de las conductas adictivas. Según el modelo moral, el individuo es responsable no sólo de haberse iniciado en el

problema, sino también de solucionarlo. Para el modelo médico, el individuo no es responsable del origen del problema ni de su solución. En el modelo iluminativo, el individuo es responsable del desarrollo de la adicción pero es incapaz de combatirla o cambiarla sin la ayuda de un “poder superior”. El modelo compensatorio considera que el individuo no es responsable del origen de su problema, aunque se considera que el cambio es una responsabilidad personal.

El modelo moral tiene escaso apoyo en la literatura actual sobre adicciones (Strug y otros, 1986), ya que considera las drogodependencias como señal de un carácter débil, por lo que a los adictos se les anima, para que ejerzan una mayor fuerza de voluntad con el fin de superar sus pecados. El modelo iluminativo trata de que el individuo descubra la “verdadera naturaleza” de su adicción; el cambio es posible si el control personal se deja en manos de un poder superior o colectivo. Brickman (1982), coloca en esta categoría a los grupos de autoayuda del tipo de Alcohólicos Anónimos (A.A.). El modelo médico, aplicado inicialmente al estudio del alcoholismo (Wallace, 1985; Royce, 1981.), se ha extendido posteriormente a otro tipo de adicciones (Norwood, 1985.). Los más recientes defensores de este modelo aducen que existe un tipo de enfermedad subyacente, dando gran importancia a la dependencia física (Tabakoff y Rothstein, 1983), a la predisposición genética (Petrakis, 1985; Murray y Stabernan, 1982.), y a la asunción de que la enfermedad es progresiva (knott y otros, 1987; Mandell, 1983.), por lo que al adicto no se le exige responsabilidad para cambiar su adicción (Buitrago y Cols., 1988).

El último modelo propuesto por Brickman, es el modelo compensatorio. En este caso, el individuo no es responsable de haber desarrollado la adicción, teniendo en cuenta que la etiología de este problema implica factores biológicos y de aprendizaje

que están fuera del control personal, pero el individuo puede compensar su adicción tomando parte activa y responsable en el proceso de cambio. Para el modelo compensatorio es fundamental la idea de que la adicción puede entenderse mucho mejor como una conducta adaptativa que ha sido aprendida en el contexto, que incluye factores personales y ambientales, por ejemplo, el consumo de drogas puede estar motivado en el individuo por un intento de superar situaciones estresantes que le ocurren como consecuencia del abuso de drogas (Peele, 1985; Alexander y Hadaway, 1982). Al conceptualizar la adicción en función de múltiples determinantes, algunos teóricos han sugerido que la adicción se entiende mejor como un problema biopsicosocial (Donovan, 1987; Zucker y Gamberg, 1986; Galizio y Maisto, 1985.). (Citado por Buitrago, 1988).

Los factores biológicos pueden aumentar la probabilidad de desarrollar una adicción en un contexto ambiental favorable (Connors y Tarbox, 1985). En una conducta adictiva están implicados factores de condicionamiento clásico y operante, aprendizaje social, procesos cognitivos tales como creencias, expectativas y atribuciones. Además, las drogodependencias se caracterizan por que los efectos de reforzamiento son bifásicos, es decir, inicialmente la respuesta adictiva tiene consecuencias positivas y, posteriormente, esa misma conducta tiene unas consecuencias negativas (Marlatt, 1995).

Hasta aquí se puede evidenciar que la adicción es un fenómeno multicausal, no se sabe aún cuál de los aspectos tiene mayor relevancia, pero lo que sí es muy claro es que todos ellos tienen gran importancia a la hora de determinar el tipo de tratamiento más adecuado para cada persona, y más específicamente el énfasis con el que se debe intervenir en las diferentes áreas, es por esto, que pienso que desde la Psicología, que

es una disciplina que ve a cada persona como un ser único e irrepetible, se tiene la oportunidad de trabajar para reeducar en todas las esferas de la vida a las personas que han caído en el flagelo de la drogadicción.

También en el estudio de las adicciones, otras teorías han tratado de dar explicación a su etiología, entre ellas se encuentra la **Teoría de la Disonancia Cognoscitiva** de Festinger, la **Teoría de la Adicción Razonada** de Finsbein, o la **Teoría de la Atribución** (Elser, 1982), citado por Graña, 1994. Sin embargo estas teorías no sólo se han utilizado como explicación de las conductas adictivas, sino que también su utilidad se plantea de cara a la planificación de intervención fundamentalmente aquellas basadas en el cambio de actitudes.

Dentro del campo de la Psicología, tal vez el modelo que más investigaciones ha realizado acerca de las adicciones, es el modelo conductual, es por esto que se estudiará mas a fondo que las anteriores y además se citarán los métodos utilizados para la rehabilitación desde la perspectiva de este modelo.

El conductismo sostiene que si una conducta es asociada con un efecto placentero o con el alivio de la tensión o del dolor, la conducta tiende a repetirse. Este es un gran componente del aprendizaje llamado reforzamiento positivo. Por el contrario, cuando una conducta se asocia con eliminación del placer o con dolor, la conducta dejará de repetirse. Este es el reforzamiento negativo (Graña, 1994). La repetición de asociaciones entre conductas y efectos constituye la forma de aprendizaje llamado condicionamiento. Esto es lo que sucede en el caso de la ingestión de sustancias psicoactivas ya que es bien conocido que éstas alteran el estado de ánimo de las personas que la consumen, produciendo estados eufóricos y placenteros y, por el contrario, su ausencia produce dolor, incomodidad, angustia y otros estados negativos, por lo cual se procura el

consumo constante lo que produce tolerancia y dependencia con las consabidas consecuencias.

El **apego**, según esta teoría se instala por medio de un proceso de aprendizaje que se efectúa en forma automática y en un nivel muy profundo, de hecho, muchas de estas conductas nunca alcanzan un nivel consciente hasta que ya están muy establecidas y son muy difíciles de romper. El apego, es decir, la fijación de nuestro deseo a ciertas cosas o personas se efectúa en tres etapas: aprendizaje, formación de hábito y problema y dificultad.

El **aprendizaje** se realiza de la siguiente manera: una persona tiene una conducta, puede ser intencional o no, desde tomar una pastilla hasta pensar en Dios de determinada manera. Por ejemplo, si al efectuar una conducta, el malestar se alivia, el cerebro asocia la conducta con el efecto; si el efecto es poderoso y placentero, el cerebro hace la asociación con esa sola experiencia y buscará repetirla, si el efecto no es tan fuerte se necesitarán varias repeticiones antes de que el cerebro busque la repetición. Cada vez que la conducta es asociada, se refuerza. Así, ciertos apegos se desarrollan casi instantáneamente y otros no. Una persona puede aprender a ser adicta y eso puede suceder inconscientemente.

La **formación de hábitos** se produce cuando el patrón condicionado es asociado con otras experiencias de la vida, y por esto la persona será más propensa a repetir la conducta cuando ésta ha sido reforzada en situaciones previas. Entonces se empiezan a buscar los efectos de éstas en otras situaciones. Repetir la conducta para lograr los efectos parece intencional, pero no siempre es consciente (González, 1997).

Cuando el hábito es ya parte de la vida de la persona y se siente a disgusto sin la conducta, se comienzan a presentar las **dificultades**. Ya sea el uso de un químico, o

perderse en determinado placer, se hace dependiente de ellos, lo necesita, lo desea más y más. Este es el principio de la tolerancia. De pronto, algo interfiere en el aumento de la necesidad y la frecuencia y lo bloquea y la persona reacciona con malestar, ahora el hábito produce tensión. El bloqueo produce dolor, desde disgusto hasta una verdadera agonía, el círculo se completa con los síntomas de abstinencia. Las interferencias refuerzan el apego en vez de disminuirlo. Ya la persona aprendió que si repite la conducta el malestar y la tensión desaparecen. La tensión lo hace desear más y más (González, 1997).

Además, la gratificación intermitente es un condicionador muy fuerte. El hábito se fortalece cuando la gratificación no es continua sino intermitente. La cacería o el juego, por ejemplo, tienen resultados impredecibles por eso, parar la conducta por un período corto o largo, si no es alto total lo único que hace es reforzar la adicción.

El apego se instala como aprendizaje a través de reforzamiento y condicionamiento. Se acompaña de cambios físicos y químicos en el cerebro y otras partes del cuerpo. Como hay muchos multisistemas involucrados, el aprendizaje se fija más. El cerebro no olvida nunca completamente lo que aprendió debido al poder físico profundo de los apegos, el potencial para la adicción existe por siempre en la persona aunque se haya roto el hábito. La permanencia de la memoria adictiva está lista para saltar a la primera oportunidad. Años después de haber acabado con una adicción mayor, la más pequeña asociación, la más insignificante probada puede encender los viejos patrones celulares de nuevo. Hay que aceptar que un componente de la adicción es su permanencia. Por eso no se habla nunca de adictos recuperados sino adictos en recuperación, se debe ser consciente de que siempre existe el potencial para reactivar cualquier adicción (González, 1997).

A continuación se analizan desde el punto de vista cognitivo-comportamental los efectos de las drogas psicoactivas, fundamentalmente la dependencia de la cocaína y de los opiáceos.

El patrón de conducta de búsqueda de drogas depende fundamentalmente, de los siguientes principios de condicionamiento operante: 1. Reforzamiento Positivo. 2. Estímulos Aversivos (Reforzamientos Negativos) 3. Estímulos Discriminativos. En cuanto al condicionamiento clásico, tiene gran importancia para elicitar y mantener la conducta de la búsqueda de drogas y los estímulos ambientales condicionados que están implicados en el mecanismo de la tolerancia condicionada, las repuestas condicionadas similares, el síndrome de abstinencia condicionado y el deseo o querencia de droga (Stolerman, 1992), Citado por González, 1997. Los mecanismos conductuales y neurales son complementarios e interactivos entre sí y están sujetos a factores modulares de tipo social, ambiental y genético, así como la historia conductual y farmacológica previa del individuo. Este modelo sirve para explicar por qué los drogodependientes adoptan un patrón característico de búsqueda y auto-administración de drogas, por ejemplo en el caso del alcohol, el refuerzo positivo vendría dado por el aumento de la sociabilidad y la empatía que aparece tras un uso moderado. Un ejemplo de reforzamiento negativo sería la eliminación del síndrome de abstinencia del heroinómano a la toma de tranquilizantes, como las benzodiazepinas (valium), para eliminar la ansiedad, o el consumo de cocaína para superar el aburrimiento y el abatimiento. En cualquier caso, el adicto está sometido a un control conductual bidireccional: El refuerzo positivo de la droga y los efectos negativos de su ausencia, una vez desarrollada la adicción (Stolerman, 1992). Citado por González, 1997.

Las sustancias adictivas son capaces de reforzar positivamente la conducta de un individuo de forma similar a como lo hacen los reforzadores naturales como los alimentos, el agua y el sexo. Estos últimos acceden normalmente a los circuitos de recompensa cerebrales a través de las vías sensoriales. En el caso de las drogas, éstas estimulan directamente el circuito de reforzamiento positivo cerebral sin necesidad de tener que usar dichas vías sensoriales. Es decir, en la drogadicción el refuerzo o recompensa producidos por las drogas obedecería, en parte, a la búsqueda innata en el hombre o en el animal de nuevas sensaciones que rompan el marco habitual diario en el que se desarrolla su existencia (Lemoal, 1992). Citado por González, 1997.

Con respecto a esto último, es bien sabido que desde el principio de los siglos, para el hombre ha sido muy importante encontrar la forma de modificar sus estados de ánimo y si nos remitimos a las comunidades más primitivas, encontramos que se ha dado esa búsqueda constante de emociones fuertes; también hay que tener en cuenta que se le atribuyen propiedades a las sustancias antes mencionadas, y por ello se emplean aún más que en esos tiempos remotos.

Así, la necesidad imperiosa de obtener sensaciones específicas podría entenderse como una respuesta a un equilibrio homeostático en el que el estímulo o la situación resultante permiten desplazar el aburrimiento, la depresión u otras conductas desagradables por otras más placenteras y reforzantes.

Huba, Winglard y Bentler (1980) citados por Buitrago (1988), afirman que el fenómeno de las adicciones debe ser explicado por una gran constelación de fuerzas intra y extraindividuales, que interactúan para modificarse unas a otras, en busca de un equilibrio psíquico y una armonía interior. Además de esta interacción de fuerzas, Nowlis (1975) citado por Buitrago (1988), plantea la necesidad de considerar tres

elementos básicos cualquiera sea la manera de enfocar el problema. Estos son: la sustancia, la persona que la consume y el contexto sociocultural de ese consumo. En torno a ellos propone cuatro puntos de vista explicativos del fenómeno a saber:

En primer lugar estaría el **enfoque ético-jurídico**, el cual asigna importancia determinante a la sustancia, que es catalogada como legal o ilegal. La preocupación fundamental de quienes asumen este modelo es erradicar las drogas ilícitas, por considerarlas agentes activos que atentan contra las personas vulnerables de caer en su dependencia (Buitrago y Cols., 1988).

De acuerdo con lo anterior, hay que analizar que son perseguidas las personas que consumen sustancias ilícitas, en tanto que aquellas que consumen sustancias igualmente productoras de adicción, pero que son aceptadas socialmente (tabaco y alcohol) y, más aún, se fomenta su empleo por los medios de comunicación masiva, se desplazan libremente sin que se tomen medidas para contrarrestar el incremento de usuarios y abusadores de tales productos. En la práctica clínica se hace notorio el hecho de que las sustancias que facilitan o sirven de entrada al consumo de drogas ilegales, son precisamente esas sobre las cuales no existe ningún tipo de control. En entrevistas hechas con mujeres adictas se pudo determinar que las primeras drogas que se consumieron fueron las drogas lícitas antes nombradas, considero que este enfoque se limita a la erradicación de las drogas ilegales y deja de lado el verdadero fondo del problema.

El segundo abordaje es el **médico-sanitario**, en el cual las drogas, las personas y el contexto se transforman respectivamente en agente, huésped y contexto en correspondencia con el modelo epidemiológico de las enfermedades infecciosas. Al igual que en el modelo anterior, la droga asume el papel principal, con la diferencia que

no se discrimina en drogas legales e ilegales, y por lo tanto incluye el alcohol, el café, el azúcar y demás sustancias que producen dependencia.

En tercer lugar, estaría el **modelo sociocultural** que destaca la complejidad y variabilidad del contexto en el trío individuo-droga-contexto. Aquí la droga cobra importancia y sentido no por sus propiedades farmacológicas, sino por el modo en que una sociedad define su uso, sus consumidores y la reacción entre ellos. Desde esta perspectiva se considera que el comportamiento varía dependiendo de las culturas; de este modo acentúa lo que está presente en las condiciones socioeconómicas y ambientales, y las razones de tensión psicológica.

Dentro de este último modelo, **el psicosocial**, encontramos a su vez una gran diversidad de enfoques teóricos explicativos de la adicción, a diferentes niveles. Etiológicamente se han intentado múltiples explicaciones de las motivaciones principales asociadas a dicho fenómeno.

Al respecto Strauss (1984) citado por Buitrago H. Carlos A. (1988), realizó un estudio en el cual encontró que las presiones sociales y las crisis personales son facilitadoras del abuso en el consumo de las drogas, las cuales conducen al joven a cierta “independencia”, al producirse una confusión de valores que desorganiza el proceso de socialización integral del individuo poniéndolo en conflicto. La OMS (1984) contribuyó también a la etiología de las adicciones afirmando que la curiosidad, la necesidad de aceptación por parte del grupo de iguales y el deseo de experiencias placenteras, están estrechamente asociadas al uso de drogas en la adolescencia.

En la misma línea Duque, Aulick y Powlman, (citados por Buitrago H. Carlos A., y Cols 1988.), afirman que uno de los factores de influencia en el joven es el

comportamiento del grupo, pues la pertenencia a uno permite adquirir estatus entre un número de iguales, logrando así la competencia y autonomía buscadas.

También Buickhuiser, Jonyema y Wagenar (citados por Buitrago 1988.), están de acuerdo en afirmar que el uso de drogas está relacionado con la necesidad de ser aceptado y con la necesidad de independencia, más que con la curiosidad. En su estudio concluyeron que sus intereses y expectativas de los compañeros contribuyen en gran medida a determinar que una persona se decida o no a consumir una droga causante de dependencia.

Desde otra perspectiva, Pérez (1984) considera que algunos de los factores determinantes para el consumo de drogas son el aumento de las situaciones productoras de ansiedad, grandes dificultades en la comunicación interpersonal, sensaciones de soledad o aislamiento y, en definitiva, no poder contar con nadie. Hace énfasis en la importancia del grupo de compañeros en la formación de la identidad, y coinciden con Dodds, Josiah y Santostefano (citados por Hernández, 1983) en cuanto que el consumo de droga es una manera de evitar estados de ansiedad insoportables para el individuo.

Chein, (citado por Hernández, 1983) y Mirza y Phil (citados por Buitrago, 1988) coinciden que las personas adictas tienen bajo nivel de tolerancia a la frustración, a la soledad, a la angustia, y por eso recurren al consumo buscando así satisfacer la necesidad de logro, gracias al control de sus sentimientos y emociones. Estos mismos autores demostraron que la mayoría de los adictos sufren graves desórdenes de personalidad, haciendo énfasis en su incapacidad para tener relaciones afectivas cercanas y prolongadas, bien sea con adultos o con iguales.

En lo referente a características de personalidad se ha dicho que el uso de droga se relaciona con las percepciones personales negativas y con un desajuste psicológico que genera el bloqueo del adicto frente a los conflictos, de manera neurótica.

Dentro de esta misma perspectiva de análisis etiológico, se ha encontrado que además de los factores mencionados, la familia desempeña un papel determinante, a nivel de la estructuración de procesos patológicos en la personalidad, que predisponen al niño a una inestabilidad emocional que se refleja más adelante en su vida adulta.

Los patrones de crianza, las familias disfuncionales y conductuales que son inconsistentes, permisivas, autoritarias e inestables, todos estos factores influyen grandemente en las problemáticas posteriores que llevan al adolescente al abuso de drogas; también se considera que el proceso de comunicación es deficiente, tanto como los modelos parentales (Buitrago y Cols., 1988).

Teniendo en cuenta lo anterior se puede concluir que existe influencia del medio familiar, social y del tipo de personalidad de cada uno. No existe una causa única que explique el inicio y el mantenimiento del consumo de sustancias psicoactivas.

Otra disciplina que ha dado explicación acerca de las adicciones es la sociología, desde este punto de vista es muy importante reconocer que vivimos en un sistema social adictivo. Para entender eso, se analizará primero lo que significa.

Un sistema es una serie de contenidos y procesos mayor que la suma de sus partes. Tiene una vida propia, distinta de la vida de los individuos que lo forman y tienen ciertas conductas características y ciertos procesos en los individuos. El sistema adictivo entonces es un sistema que promueve las conductas adictivas. El individuo empieza a operar en un sistema completo que es adictivo. El sistema social adictivo es un sistema

cerrado que presenta pocas alternativas a las personas en términos de los papeles que desempeñan en ese sistema y de las direcciones o metas que persiguen.

Anne Wilson Shaet (1980), afirma que el problema es no sólo de los individuos con múltiples adicciones sino que existe un proceso adictivo genérico que está debajo de todas las adicciones. Este proceso se desarrolla por debajo del sistema que rodea e influye en todos los individuos.

Podemos decir que este proceso es una enfermedad que va desarrollando un gran poder de destrucción en la sociedad en general y en los individuos en particular. Esta sociedad adictiva tiene todas las características y exhibe todos los procesos de los alcohólicos o de cualquier otro adicto. Funciona de la misma manera y por lo tanto al momento de analizarla tenemos que seguir los mismos pasos que funcionan para tratar cualquier adicción. Se ve por ejemplo, cómo el individuo adicto afecta a su familia convirtiéndola en disfuncional, cómo afecta la organización en la que trabaja como ejecutivo y la hace adicta y cómo individuos adictos afectan a la sociedad.

Al mismo tiempo se observa cómo la familia disfuncional puede favorecer la codependencia y cualquier otra adicción, cómo los principios adictivos de una organización pueden hacer que las personas que la forman estén dentro de este sistema adicto. Por último veamos como las demandas y principios de nuestra sociedad favorecen e impulsan las adicciones particulares de los individuos que quieren ser aceptados en esa sociedad.



Es una interrelación constante, tan mezclada que sólo los individuos que están en proceso de recuperación pueden darse cuenta, los demás tienen tan poco contacto con ellos mismos y están tan ocupados en sus propias adicciones, que no intentan siquiera enfrentar el sistema; tienen limitada la visión, el oído, y el conocimiento.

Cuántas personas alcanzan su punto crítico de bienestar aunque sea momentáneo, dentro de las organizaciones e instituciones y se vuelcan hacia ellas evitando enfrentar sus propios procesos para cambiar, buscan siempre lo lógico y racional evitando el contacto con sus experiencias propias y las del grupo y las hacen sentir que están en control. Por eso es importante tratar las adicciones no sólo una por una, sino enfrentar el sistema como un todo, si queremos dejar de simular que vivimos, que luchamos con todas nuestras fuerzas por vivir poseyéndonos a nosotros mismos y viviendo en plenitud las experiencias personales que nos llevarán a conocernos mejor y a relacionarnos con nosotros mismos y con los demás.

Como se ha dicho en los párrafos anteriores, el fenómeno de las adicciones al igual que otros comportamientos humanos, debería abordarse desde un modelo biopsicosocial,

dada la interacción entre variables pertenecientes a los tres niveles de análisis diferentes que encontramos al tratar de explicar esta compleja conducta.

No existen marcos teóricos globales que incluyan la mayor parte de las variables implicadas en la explicación de las adicciones; y mucho menos que estén creadas específicamente para dar cuenta de este fenómeno. Más bien encontramos distintas teorías -en los niveles de análisis correspondientes- que se han aplicado para tratar de explicar un aspecto de las adicciones, centrándose en la teoría psicosocial, -algunas clásicas en la disciplina- se han aplicado fundamentalmente al consumo de drogas. Dado que los factores que explican el inicio en el consumo son distintos de las que lo hacen respecto al mantenimiento, algunos modelos son especialmente aplicables al primer fenómeno citado, mientras que otros al segundo.

Pasaremos a revisar las principales teorías psicosociales útiles en nuestro tema, pero no sin antes recordar que para una comprensión general del problema, estas explicaciones deberían complementarse con otras pertenecientes al nivel biológico (efectos de las drogas); psicológico (la mayor parte de ellas basadas en el condicionamiento operante, siendo esta conducta controlada por sus consecuencias reforzantes); político (legalización de las drogas, intereses comerciales existentes alrededor del juego, consumo de sustancias legales e ilegales, etc.).

Según la teoría de aprendizaje social de Bandura (1977), todos aquellos fenómenos de aprendizaje que no son resultado de la experiencia directa se producen de una manera vicaria, es decir a través de la observación de modelos: observamos la conducta de los demás así como la consecuencia derivada de dichos comportamientos, si son reforzados o no. Si percibimos que el modelo ha sido reforzado por emitir una determinada conducta, será factible que reproduzcamos sus acciones, y, viceversa. Por tanto según

esta teoría la adquisición de conductas se explica mediante un proceso de modelado y reforzamiento.

Es importante subrayar que, según esta teoría puede haber aprendizaje de una conducta sin que exista ejecución de la misma por parte del sujeto, el aprendizaje y la ejecución son considerados como dos elementos importantes del proceso global del aprendizaje pero no tienen que darse juntos. La posibilidad de aprender sin ejecutar (sin recibir recompensa o castigo) apunta a la importancia de la cognición como un elemento esencial del proceso, en concreto a la atención y retención. Sin embargo, esto no quiere decir que el refuerzo no sea importante, sino que según Bandura, el reforzamiento aunque no afecta el aprendizaje si afecta la ejecución. Es decir, se imita más aquellos modelos que han sido reforzados o recompensados al actuar, o sea, que tienen éxito, y también la imitación es más probable si previamente el observador ha sido premiado por imitar otras conductas u otros modelos. Los modelos pueden ser reales (amigos, familiares, etc.), o simbólicos (a través de medios de comunicación de masas, películas, personajes populares, etc.). La aplicación de esta teoría a las adicciones esta especialmente indicada de cara a explicar los inicios de la misma.

En el caso del consumo de sustancias, Pérez Martínez (1995), distingue entre las drogas socialmente aceptadas (alcohol y tabaco), en cuyo uso inicial influirán modelos reales, personas pertenecientes a los grupos de pares o familiares del sujeto, y las drogas ilegales, caso en el que habría de recurrir al efecto de modelado a través de películas, lecturas, etc. En el caso de otras adicciones (al poder, al trabajo, etc.) es posible que puedan influir ambos tipos de modelos. En cualquier caso la exposición repetida a modelos que logran el éxito, status u otros recursos valorados socialmente, ya sea en la vida real o en los medios de comunicación de masas, puede provocar que ciertas

conductas adictivas sean consideradas no sólo como aceptables sino incluso como deseables.

De esta teoría derivan una serie de modelos que también se han aplicado a este tema, especialmente al consumo de drogas. En general todos ellos coinciden en destacar de alguna manera la importancia de la imitación, de la funcionalidad de la conducta para lograr ciertas metas sociales, la ausencia de conductas alternativas que permitan lograr los mismos objetivos, así como la importancia del refuerzo social y las presiones hacia la conformidad que ejercen los grupos sobre sus miembros.

En la **teoría del estrés psicosocial**, desde la perspectiva de la Psicología social el estrés es entendido como una relación particular que se establece entre el individuo y su entorno, cuando dicho entorno es evaluado como amenazante por el sujeto, ya que las demandas ambientales exceden sus recursos de adaptación poniendo en peligro su bienestar (Pérez Martínez, 1995).

El proceso de estrés puede concebirse como una integración de tres campos conceptuales: fuentes de estrés, mediadores del estrés y manifestaciones del mismo. En cuanto a las fuentes del estrés y estresores, la atención de los investigadores se ha centrado en los que se llaman acontecimientos vitales estresantes. Se entiende por acontecimientos vitales estresantes todos aquellos eventos que requieren un reajuste en las actividades cotidianas de las personas y que son percibidos por éstos como indeseables en sus vidas, por ejemplo la muerte de un ser querido, el paro o problemas laborales, los conflictos familiares, el divorcio, etc.

Existe abundante evidencia que muestra como tales eventos se relacionan tanto con problemas de salud física como mentales, (Barrón, 1988).

Un importante factor moderador de la relación entre estresores sociales y trastornos de la salud es el afrontamiento. Este concepto hace referencia a todos aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales que pone en marcha el sujeto para manejar las demandas externas y las internas que, tal y como la evalúa el individuo, superan sus recursos adaptativos. No se debe confundir el afrontamiento con sus resultados, ya que el concepto de afrontamiento se refiere a los intentos del sujeto independientemente de los resultados. Por ello incluye tanto éxitos como fracasos. Estos esfuerzos de afrontamiento pueden encaminarse a modificar las demandas ambientales (afrontamiento dirigido al problema), o a manejar las emociones que suscita (afrontamiento dirigido a la emoción), (Pérez Martínez, 1995).

En este contexto, ciertas adicciones –especialmente las que suponen el consumo (o abuso) de ciertas sustancias (tabaco, drogas, bebidas, comida, etc.)– han sido consideradas como métodos de afrontamiento (desadaptativo) del estrés, de la ansiedad generada ante los estresores vitales. Dichas conductas reducirían los efectos negativos del estado de estrés o producirán efectos positivos. De hecho, estos métodos (nocivos) de afrontamiento se han utilizado en ocasiones para explicar los efectos perjudiciales sobre la salud de los estresores sociales. Serían estas conductas desadaptativas que usan las personas como estrategias de afrontamiento las responsables del mayor riesgo de aparición de ciertas enfermedades. Esta teoría ayudaría a explicar la relación entre ciertas variables sociodemográficas (como por ejemplo las clases sociales y el consumo de sustancias). Las personas pertenecientes a grupos sociales desfavorecidos experimentan mayor número de eventos vitales estresantes negativos y, además, son más vulnerables a sus efectos ya que tienen menos recursos para manejarlos (Barrón, 1988). Por ello recurrirían con más frecuencia a estrategias de afrontamiento desadaptativas.

Existen otras teorías dentro del campo de la Psicología social entre las cuales están las **TEORIAS DE LA DESVIACIÓN SOCIAL**. Dentro de ellas las mas utilizadas en este tema son las siguientes:

En primer lugar la **Teoría del Etiquetado**. Su utilidad en el campo de las adicciones deriva de que uno de los intereses de la Psicología social es tratar de explicar el proceso mediante el cual los individuos son etiquetados como adictos. A través de la historia hemos creado leyes formales y reglas informales acerca de lo que se considera deseable o no, incluso hasta el punto de poder llegar a ser perjudicial para la sociedad. Al crear las normas, se crea la posibilidad de desviarse de ellas. Desde la perspectiva de la **teoría del etiquetado**, no hay nada inherente en una droga particular que la convierta en objeto de prohibición. Es la sociedad la que etiqueta ciertas conductas y sustancias como perjudiciales y otras como aceptables, de la misma forma que algunas personas son adictas y otras no. Las sustancias y las adicciones peligrosas son simplemente aquellas que la sociedad considera como tal.

Siguiendo a Ritzer (1986), una premisa básica de la **Teoría del Etiquetado** es que la gente tiende a verse a sí misma como la ven los demás. Así, si alguien es considerado o etiquetado como “alcohólico” o “ludópata”, o adicto en general, la etiqueta actuará como una profecía que se cumple en sí misma y puede llevar a la persona a actuar de modo que confirme las expectativas asociadas a tal etiqueta. De esta forma, alguien que se está iniciando en alguna conducta que puede llegar a ser adictiva, podría convertirse realmente en adicto por la forma en que lo tratan los demás.

Cuanto más frecuentemente aparezca la conducta etiquetada como problema, más personas aplicarán la etiqueta al sujeto. Al principio las etiquetas serán usadas informalmente por familiares, amigos, etc., posteriormente, agentes oficiales (policías,

jueces, trabajadores sociales, psicólogos, etc.) pueden aplicarla más formalmente. Así en algunos casos, el sujeto puede llegar a ser visto por todos los que lo rodean e incluso por sí mismo, como un adicto. Así mismo, la etiqueta, una vez aplicada, dificulta enormemente los esfuerzos por salir del problema. Como señalan Scarpitti y Andersen (1992), los interaccionistas simbólicos se han ocupado de las consecuencias de esas etiquetas.

Aunque un adicto en particular no posea las características atribuidas a esos sujetos, es probable que los demás lo traten como si las tuviera. De esta forma, puede que los sujetos lleguen a aceptar e internalizar la identidad de adictos que otros les asignan. El proceso de adaptación de esta identidad desviada generalmente representa el comienzo de lo que se llama desviación secundaria. En respuesta al rechazo recibido por parte de los etiquetados o desviados, el sujeto puede buscar la compañía de otras personas que estén en su misma situación. Será con estas personas con las que obtenga aceptación, apoyo social, etc. A medida que se vaya implicando más con estos grupos, adoptará sus actitudes, creencias, valores, etc., fortaleciéndose de esta forma su identidad y su conducta desviada.

Obviamente y como muy bien recogen nuevamente Scarpitti y Andersen (1992), estos procesos sociales operan con la misma intensidad respecto a todas las adicciones. En el caso de aquellas conductas que son aceptadas socialmente (fumar, beber moderadamente, comer, etc.) los sujetos que la emiten en principio no serán consideradas desviadas. Por tanto la reacción social hacia ellas será menos intensa y será menor la probabilidad de que entren en grupos o subculturas derivadas, la **Teoría del Etiquetado**, aunque ayuda y es útil tiene sus limitaciones. La más importante es que no

explica el primer acto relacionado con la adicción, la conducta que les pudo llevar a ser etiquetados como adictos por ello.

En segundo termino, también se ha aplicado la **Teoría de la Asociación Diferencial**, a este ámbito. Esta teoría si explica el primer acto, al centrarse en los procesos de asociación mediante los cuales las personas aprenden a ser adictas. El que se aprendan conductas que se conformen a las normas dominantes o no, depende en parte de quien actúa como agente de socialización. La premisa básica de la **Teoría de la Asociación Diferencial** es que los sujetos se hacen adictos a algo cuando han estado en compañía de adictos y han aprendido de ellos sus técnicas (Ritzer, 1986.). Nuevamente conviene recordar que esta teoría se ha aplicado fundamentalmente al caso de consumo de sustancias. Esta teoría resalta la naturaleza social del consumo de ciertas sustancias, dado que se aprende a usarlas y disfrutarlas socialmente. Muy pocas personas se inician solas, sino que suelen empezar (fumar, beber, comer, jugar) en situaciones sociales.

Por último se mencionará la **Teoría del Control Social** de Hirschi (1969), que resalta el papel de la vinculación con la familia y aplicación en actividades convencionales como dos factores que inhiben el desarrollo de las conductas adictivas como el consumo de determinadas sustancias. Según esta teoría la ausencia de lazos afectivos entre los adolescentes y su entorno familiar implica un debilitamiento de los lazos con las normas sociales convencionales, lo que facilita el desarrollo de conductas desviadas, entre las que se encuentran algunos tipos de adicciones.

Estas teorías, **Etiquetado, Asociación Diferencial y Control Social**, subrayan la importancia del ambiente social de las personas como un factor que juega un papel relevante en la causalidad de las conductas adictivas.

Obviamente, todas las teorías revisadas hasta el momento son compatibles entre sí. El que algunos sujetos acaben siendo adictos y otros no, dependerá (además de todos los factores restantes pertenecientes a otros niveles de análisis), de los modelos a los que ha estado expuesto, el refuerzo obtenido por su grupo de iguales, estresores a los que está expuesto y estrategias de afrontamiento que usa para manejarlos, la asociación con otros adicto, etc.

Habiendo hecho un acercamiento a las investigaciones que sobre adicciones se han realizado, se ha llegado a la conclusión de que las conductas adictivas se deben a múltiples causas y que no sólo implican el consumo de la sustancia sino también las conductas colaterales. Por tanto, es de vital importancia que se generen cambios en las conductas del individuo. Con relación a esto existen programas de rehabilitación basados en la modificación de conductas y también se han llevado a cabo investigaciones encaminadas a aclarar algunos de los puntos que dificultan la superación del problema de la adicción.

El cambio, especialmente, el cambio de una conducta adictiva, no es un fenómeno que siga la ley del todo o nada. Un modelo comprensivo del cambio tiene que cubrir todo el curso del cambio, desde el momento en que el individuo empieza a darse cuenta de que existe una problemática hasta el punto en que ésta ya no existe. Hay muchos cambios que preceden y siguen a la consecuencia de la abstinencia. El logro de la abstinencia conlleva procesos de cambio que siguen un curso particular:

1) ***Aumento de conciencia:***

Consiste en una intensificación, por parte del adicto, del procesamiento de información respecto a la problemática asociada a la conducta adictiva y a los beneficios de modificarla. Se trata pues, de un proceso esencialmente cognitivo.

2) ***Auto-reevaluación:***

El proceso de auto-reevaluación consiste tanto en una valoración afectiva y cognitiva, por parte del adicto, del impacto de la conducta adictiva sobre sus valores y su manera de ser, como de un reconocimiento, también afectivo y cognitivo de la mejora significativa que representaría para su vida el abandonar la conducta adictiva.

3) ***Reevaluación ambiental:***

Consiste tanto en una valoración por parte del adicto del estado actual de sus relaciones interpersonales, es decir, el impacto de una 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, luego de la modificación del hábito adictivo.

4) ***Relieve dramático:***

Consiste en la experimentación y expresión de reacciones emocionales elicítadas por observación y/o advertencias respecto a los aspectos negativos – esencialmente las consecuencias sobre la salud- asociados a la conducta adictiva.

5) ***Auto-liberación:***

El proceso de auto-liberación representa un compromiso personal, un aumento de la capacidad del adicto para decidir y elegir, y requiere la creencia de que uno puede ser elemento esencial en el proceso de cambio de la conducta adictiva ya que se poseen o se pueden adquirir o desarrollar habilidades necesarias para cambiar.

6) ***Liberación social:***

El proceso de liberación social también representa un aumento en la capacidad del adicto para decidir y escoger, propiciado, en este caso, de una toma de conciencia de la

representación social de la conducta adictiva como de la voluntad social de combatirla mediante el aumento de las alternativas adaptativas disponibles.

7) ***Manejo de contingencias:***

El manejo de contingencias es una estrategia conductual que aumenta la probabilidad de que una determinada conducta (no consumir heroína, por ejemplo) relativa al cambio conductual, ocurra. Consiste en el auto y/o heteroesfuerzo de dicha conducta.

8) ***Relaciones de ayuda:***

Representa la existencia y utilización del apoyo social (familiares, amistades, etc.) que pueda facilitar el proceso de cambio de la conducta adictiva, por ejemplo abrirse y confiar en una persona allegada.

9) ***Contra-condicionamiento:***

Consiste esencialmente en modificar la respuesta (cognitiva, motora, 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 los siguientes es esencialmente conductual.

10) ***Control de estímulos:***

El proceso de 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.

Prochaska, Veliceer, Diclemente y Fava (1988) señalan que estos diez procesos de cambio, en tanto que factores latentes 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 conciencia, auto-reevaluación, reevaluación ambiental, relieve dramático, liberación social.) y los procesos de cambio conductuales (auto-liberación, manejo de contingencias, relaciones de ayuda, contra-condicionamiento, control de estímulos.). Esta estructura jerárquica ha sido confirmada igualmente en el caso de la adicción a opiáceos, cocaína y alcohol (Rossi, 1992; Rossi, Marcus, Snow, Veliceer y Prochaska, 1991; Tejero, Roca, Trujols y Campins, 1993.) en la integración de los estadios y procesos de cambio.

En la revisión de la literatura y en la práctica clínica se ha hecho evidente la importancia de la recaída como parte del proceso de rehabilitación. Se considera que a pesar de todos los programas y tratamientos establecidos para superar las conductas adictivas, uno de los mayores problemas presentes son los altos índices de recaídas, por lo que este es el tema específico que nos ocupa en esta revisión a fin de fundamentar la investigación, y por ello se dedicarán las siguientes secciones a revisar y analizar este tema.

Una vez que el drogodependiente ha sido capaz de mantenerse abstinentemente, entre uno y tres meses, y teniendo en cuenta que el intento de superación de la adicción es un proceso largo y complejo, es importante anotar que pronto surgirán las primeras crisis. El desarrollo de sus propios recursos personales (intervención individual), la presión social y de la familia (intervención grupal) le permiten a la persona, en gran medida, poder confrontar y resolver las primeras crisis, pero, desafortunadamente, muchos pacientes adictos no superan estas primeras crisis y volverán, de nuevo, a “engancharse” a la(s) droga(s).

Se define una recaída como cualquier retorno al comportamiento adictivo o al estilo de vida anterior, después de un periodo inicial de abstinencia y de un cambio de

estilo de vida (como mínimo entre uno y tres meses) (Graña, 1994). Así mismo, Litman y otros (1983) citados por Miller, 1986, sugirieron que la recaída puede ser considerada de cinco formas distintas: *1) como un evento discreto que se inicia con la vuelta al consumo de drogas; 2) como un proceso que de forma insidiosa conduce de nuevo al consumo de drogas; 3) como el retorno al consumo de drogas con la misma intensidad; 4) como el uso diario en un número específico de días, y 5) como una consecuencia del uso de sustancias.*

Quizá la definición más operativa de lo que es una recaída es la propuesta por Chiauzzi (1991) citado por Graña, 1996: “Recaída es el restablecimiento de la conducta adictiva, pensamientos y sentimientos después de una abstinencia. Este periodo de abstinencia puede variar considerablemente... la recaída implica la interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales. La contradicción específica de cada uno de los factores en un individuo concreto dependerá de su historia de aprendizaje, su funcionamiento físico, su predisposición psicológica y su entorno. La recaída no debe considerarse necesariamente como una indicación de la motivación que uno tiene, sino, mas bien como una falta que puede corregirse mediante un examen y cambiando los factores de riesgo individuales. Un retorno breve a la conducta adictiva no debe considerarse como una recaída, a no ser que ocurra frecuente o desencadenadamente un retorno prolongado a la pauta de conducta adictiva. Estos deslices pueden, de hecho, aportar señales sobre los factores biológicos, psicológicos y sociales que requieren una evaluación mas detallada. Finalmente, remplazar una conducta adictiva por otra, podría considerarse como una señal potencial de desliz o recaída”. Como se acaba de exponer, la recaída en las adicciones puede manifestarse de distintas formas: unas veces como el retorno a la vida antigua, otras, en forma de consumo de drogas sustitutas y/o

actividades de azar y riesgo o sexualidad compulsiva, aunque, generalmente, la característica más importante consiste en volver a consumir en forma regular la droga característica de abuso. Estas manifestaciones de la recaída pueden darse de forma independiente y/o conjunta. Así, en unos casos se observa que cambia primero el estilo de vida, y luego se reinicia el consumo de la droga; otras veces, se da un consumo esporádico, pero con un estilo de vida diferente al del adicto; en otras, se manifiesta en forma de deslices como por ejemplo, “homenajes”. Una veces, los pacientes abandonan el tratamiento y regresan al cabo de unos meses, otros superan las crisis sin abandonar el tratamiento por iniciativa propia, por presión de la familia o del grupo de iguales. En cada una de estas manifestaciones es preciso actuar antes de que el adicto alcance una auténtica recaída.

Dadas las distintas manifestaciones que puede tener una recaída, se considera, como un continuo a lo largo de una dimensión en un extremo del cual está el desliz y en el otro la recaída. Esta dimensión se caracteriza por una serie de componentes cognitivos, afectivos y conductuales que tienen elementos comunes y que están presentes desde el momento en que tiene lugar el primer desliz, aunque la frecuencia y la intensidad de estos componentes aumenta a medida que se acerca la recaída.

Marlatt y Gordon (1985) definen un desliz como una violación a la regla autoimpuesta o conjunto de regulaciones que rigen una conducta determinada. En el caso de las drogodependencias, esta regla viene impuesta por el objetivo terapéutico de alcanzar la abstinencia total. Según los autores, en el momento que tiene lugar el desliz se viola esta regla, y la ocurrencia del consumo o “caída” es equivalente a la misma recaída. Por lo tanto, la primera violación de esta regla (abstinencia) suele ser la primera manifestación de una secuencia de deslices que, de no intervenir, puede dar lugar a una

recaída. Otra distinción propuesta por Marlatt (1985) entre desliz o “caída” y recaída es que la primera se considera como una “falta”, la segunda como un paso atrás, pero nunca como un fracaso. Es más, como ha sugerido Lindsmith, (1986), la recaída es una característica definida de las conductas adictivas.

Desde esta perspectiva se considera como se dijo anteriormente que la recaída es parte del proceso de rehabilitación con base en el cual se debe hacer una reevaluación del objetivo que se quiere lograr, si lo que se busca es un consumo controlado o la abstinencia total, así como también qué situaciones o aspectos personales no se elaboraron en el proceso de rehabilitación. Hay que tener en cuenta que la recaída no es sólo el consumo de la sustancia a la que se es adicto sino que éste es la consecuencia final del retorno al estilo de vida anterior, en el lenguaje utilizado en las comunidades terapéuticas se dice que el adicto cuando está en su proceso de reeducación mantiene autoengaños en cuanto a los esquemas de vida anteriores y piensa que el hecho de volver a asumir dichas actitudes no redundará en el retorno al consumo, también se ha probado que el adicto sigue en la fase de “enamoramiento” de la droga y por esto guarda la esperanza de volver a consumir de manera social o de consumir drogas legales sin volver a caer en el abismo del cual salieron por medio del programa al cual asistieron para reestructurar su personalidad. Cabe anotar que la recaída es una de las situaciones ante las cuales se sienten más temerosos los pacientes en rehabilitación sobre todo luego de permanecer un cierto tiempo abstinentes, puesto que en muchos casos desarrollan lo que se ha conocido como el Síndrome de Institucionalización.

Por tanto, el proceso de superación de las drogodependencias indica una perspectiva temporal, en la que se intercalan periodos de abstinencia con periodos de crisis. Para que el proyecto de dejar las drogas sea consistente, las recaídas han de

aparecer cada vez más espaciadas temporalmente que los periodos de abstinencia (Graña, 1994).

Como plantearon Prochaska y Diclemente (1986) con su modelo de estadios de cambio, un paciente tras un consumo ocasional, desliz o recaída no va a entrar en un proceso de naturaleza irreversible, sino que lo más probable es que regrese a unos de los estadios de cambio propuestos de forma empírica por los autores (pre-contemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento.).

Para Prochaska, Diclemente y Norcross (1992), citados por Graña, (1994) el proceso de cambio en las adicciones casi nunca es lineal, sino dinámico y en espiral, y las recaídas son tan frecuentes que deben integrarse como un eslabón más en dicho proceso de cambio. Según este planteamiento, el objetivo terapéutico consistirá en que el paciente alcance de nuevo el estadio de cambio previo a la recaída para continuar con el programa terapéutico, considerando que cada nueva recaída, más que un fracaso, constituye una nueva experiencia de aprendizaje.

A un nivel empírico se ha demostrado que los estudios de seguimiento realizados con drogodependientes ponen de manifiesto la elevada tasa de recaídas una vez finalizado el tratamiento. En un estudio clásico Hunt, Barnett y Branch (1971) descubrieron que aproximadamente, el 60% de las recaídas en la adicción a la heroína, alcohol y tabaco tenían lugar dentro de los tres primeros meses de seguimiento, con una aceleración negativa en las tasas de recaídas hasta los 6 meses, alcanzando una estabilidad al año. Para los autores, estos datos representan el proceso de extinción que tiene lugar a medida que el nuevo aprendizaje empieza a decaer a lo largo del tiempo. Es decir, el tratamiento implica la extensión de las conductas adictivas aprendidas que vuelven a resurgir durante el seguimiento. Para otros autores, como por ejemplo Litman,

Eiser y Taylor (1979), los resultados de este estudio, ponen de manifiesto, más que el proceso de extinción, el número de supervivientes que hay en un programa de intervención, en un determinado periodo, ya que las medias grupales oscurecen las pautas individuales de recaída.

Como se ha mencionado con anterioridad, la adicción sigue un curso fluctuante e idiosincrático, y si se consideran solamente esos promedios, el tratamiento parece ser menos eficaz de lo que es en realidad. Así, por ejemplo, el caso del paciente que cae al tercer mes de tratamiento consumiendo cocaína una o dos veces, y luego deja de consumirla, se trata a nivel estadístico de la misma forma que el individuo que empezó a inhalar coca en el mismo periodo y continuó haciéndolo hasta recaer completamente. Es importante resaltar este aspecto, ya que los estudios de resultados pierden de vista la “historia natural” del paciente (Vaillant, 1983) y los aspectos de la “carrera” adictiva (Maddux y Desmond, 1986). Marlatt (1995) planteó que muchos de estos problemas pueden superarse utilizando análisis estadísticos basados en el número de supervivientes. Con la utilización de estos métodos, los inconvenientes de las curvas acumulativas se pueden superar utilizando el método estadístico de “análisis de supervivencia” (Elandt – Johnson y Johnson, 1980). Este tipo de análisis aporta la proporción de todos los sujetos que no han recaído en función del período de seguimiento. Si esta función se resta de 1, se obtiene la tasa acumulativa de recaída, o la proporción de todos los sujetos que han recaído en función del período de seguimiento (Curry y otros, 1988).

Por otro lado, Felipe Caballero M. (1995), afirma que la recaída es un proceso que ocurre en el paciente y se manifiesta por un patrón progresivo de conducta, el cual reactiva nuevamente los síntomas de la enfermedad o crea condiciones debilitantes, en esta persona que previamente había experimentado remisión de la enfermedad.

Las formas en las cuales se desarrolla una recaída pueden ser:

Aguda: No es otra cosa más que el establecimiento rápido y fulminante de los síntomas. El tiempo que transcurre entre el saneamiento físico y el desarrollo de los síntomas debilitantes, es muy corto. Como resultado de esto, el organismo tiene muy poco tiempo para adaptarse a la nueva vida, y entonces, los síntomas de recaída van maltratando agudamente el proceso que estaba llevando hasta el momento

Crónica: Contrario a lo anterior, los síntomas debilitantes van progresando en una forma gradual pero severa. El tiempo transcurrido entre la obtención de la salud física y la recaída es mucho más insidioso y prolongado. El organismo se va volviendo disfuncional cada día un milímetro más, y ha ido teniendo el suficiente tiempo para adaptarse a cada uno de los síntomas de la recaída que han ido apareciendo, esto para poder seguir funcionando.

Existen creencias erróneas acerca de la recaída. Se cree que la recuperación es estar abstemio de alcohol y drogas; que por lo tanto recaer es usar droga o alcohol; que cualquier momento en que la persona se abstenga de usar alcohol o drogas estará recuperándose y que cuando los use estará recaída.

Hay que tener en cuenta que la recuperación no es estar abstemios de estos elementos, es un prerrequisito para la recuperación. El proceso de recuperación se traduce en llevar a cabo una serie de tareas diarias que le permitan a la persona en primer lugar, manejar los síntomas agudos y post-agudos del síndrome de abstinencia, y segundo la corrección del daño biopsicosocial producido por tantos años de consumo.

En otras palabras la recuperación es un proceso diario y complejo, de tareas y cambios de actitud y no simplemente, como lo quieren ver algunas personas, dejar de usar alcohol y drogas.

La recaída siempre es una elección consciente y deliberada que la persona lleva a cabo para usar nuevamente alcohol o drogas. No consumir drogas o alcohol debe ser el primer paso que la persona debe trazarse en su plan de recuperación.

Al analizar detalladamente la recaída en algunos alcohólicos, se ha podido observar que cuando estas personas han permanecido abstemias, sus personalidades han continuado siendo tan disfuncionales que, para algunos de ellos, volver a consumir es la opción más positiva para sus vidas. Según este análisis, ellos vivían diariamente con tal cantidad de dolor e inestabilidad emocional, que solamente podían tener 3 opciones: *1. Usar nuevamente alcohol o drogas, como forma de automedicarse para poder resolver lo anterior; 2. suicidio; o 3. insanidad permanente y progresiva.* Si se mira calculadamente, de las 3 opciones, la más sana sería la primera.

Para poderse recuperar, primero es necesario abstenerse de usar drogas o alcohol y segundo, aprender a vivir sin estas sustancias y comenzar a trabajar y a cambiar la personalidad de cada una de estas personas.

Hay una serie de signos evidentes que preceden la recaída. Una vez que las personas (familiares, amigos, terapeutas) han aprendido a reconocerlos y a manejarlos, podrán evitar que el proceso se inicie. Si estas personas se quedan, como se dijo antes, en el error de que la recaída es simplemente volver a consumir alcohol o drogas, entonces perderán la oportunidad de actuar antes de que ello ocurra.

Pensar en el alcohol y drogas, tener compulsión por usarlos nuevamente, ponerse en riesgo permanente al estar con personas que consumen, detener las actividades que permiten que la persona se recupere como por ejemplo, ir a reuniones de N.A., A.A., son signos alarmantes de recaída pero éstas desafortunadamente se van presentando hacia la parte final del proceso, y para ese tiempo muy seguramente los alcohólicos y

drogadictos serán incapaces de darse cuenta por sí mismos que están ocurriendo y mucho menos hacer algo para tratar de evitarlos.

Cuando una persona ha vivido toda la vida bajo el efecto de drogas y alcohol, el no hacerlo de un momento a otro, produce temor y angustia. Lo importante, primero que todo, es saber que no está solo, que no es el único que está en ese proceso y que otras personas lo han logrado por algunos años o meses; y segundo, que la recuperación es un proceso motivante, positivo y exigente, que se va elaborando día por día. Los días de abstinencia y logros obtenidos durante la recuperación, deberán tener un valor muy grande para las personas que lo están haciendo.

Para ellos, produce dolor vivir sin drogas pero produce mucho más dolor y frustración volver a consumirlas, cuando se ha logrado tener un tiempo en abstinencia. La vida conlleva dolor, problemas e insatisfacciones, las personas que están recuperándose deben tener esto en claro, y que hay ayuda para ellos cuando se presenten los momentos difíciles, que no están solos.

Muchas personas que sufren la enfermedad de la adicción trabajan fuertemente para recuperarse, van permanentemente a consulta terapéutica y a grupos de apoyo (A.A. y N.A.), sin embargo fallan en su recuperación.

Lo cierto es que hay tratamientos buenos y malos. Hay algunos tratamientos que son efectivos para unas personas, pero no para todo el mundo. Y todavía se sigue investigando sobre cual será la mejor forma de tratamiento para las personas adictas. Muchas personas recaen por no seguir los principios y las tareas del programa. Pero esto no quiere decir que nunca se podrá lograr. Los tratamientos especializados tienen una efectividad entre el 20% y 60% de los casos.

La recaída no es signo de que la persona no pueda recuperarse. En algunos casos, ésta produce una posibilidad mucho más seria para lograr recuperarse. Es confirmar que “todo lo que se dijo en el tratamiento o en los grupos era cierto”. Es confirmar una vez más, que esta persona es alcohólica o adicta a drogas, que tiene una enfermedad caracterizada por la recaída; que hay que regresar nuevamente al tratamiento y ver de cerca “que fue lo que sucedió con honestidad y entereza”. Es muy conveniente encontrar para esta segunda oportunidad terapeutas entrenados en el proceso de recaída.

Recuperarse de la adicción es un proceso activo. Las personas que se están recuperando deben trabajar un proceso diariamente. Deben recordarse diariamente que sufren de una enfermedad llamada adicción. Deben tener un programa de recuperación activo que les proporcione guías efectivas y productivas para vivir.

Según Felipe Caballero M., la recuperación es como ir para arriba y para abajo en una escalera eléctrica. Una vez el paciente ha abandonado su programa de recuperación, es simplemente cuestión de tiempo que aparezcan los síntomas del síndrome de abstinencia post-agudo (SAPA), si esta persona no trabaja activamente para evitarlos, se comenzará a experimentar una conducta de pérdida de autocontrol que se le ha dado el nombre de **síndrome de recaída**. La pérdida de autocontrol en el síndrome de abstinencia post-agudo conlleva al síndrome de recaída.

Los síntomas del SAPA son experimentados por todas las personas que se están recuperando, pero varían en determinada severidad de la recaída, y en la forma en que son manejados los síntomas por la persona misma. Hay algunos signos de alarma y cambios en pensamientos, emociones y la personalidad que preceden a la pérdida de control. Comenzará a presentarse un deterioro que permitirá que beber o usar drogas, sea la única respuesta al malestar que esta persona experimenta. Es muy importante estar

preocupado en el sentido de darse cuenta que el proceso de recaída no solamente involucra el consumir drogas o beber alcohol, sino que existe una progresión de retroceso, que crea las condiciones ideales para que la persona se ofrezca un trago o un pase de cocaína. Esta progresión de retroceso es lo que se llama **síndrome de recaída**.

Por otro lado, es posible detener o interrumpir esta progresión antes de que los signos de alarma sean obvios. Hay que recordar que el alcohólico o el adicto a drogas, son las ultimas personas en darse cuenta que se están presentando estos síntomas de alarma en ellos. Muchos estudios han demostrado que las personas que han recaído, no están conscientes de los signos de alarma que se han ido presentando en ellos. Estos signos de alarma se presentan a nivel inconsciente. Ningún adicto está en la capacidad de darse cuenta por sí mismo del alcance de lo que le está ocurriendo con su programa, a menos que se encuentren entrenados con anterioridad en como traer esos signos de alarma a un nivel puramente consciente.

Esta progresión puede ocurrir muy fácilmente aunque el programa de recuperación sea efectivo o también por su ineficacia en el manejo de los síntomas del SAPA. El proceso normalmente se inicia con CAMBIO.

El cambio forma parte normal de la vida, pero produce mucho más estrés. Este puede ser un evento eterno que lleva a la persona a responder en una forma particular. O puede ser un cambio en la manera de pensar o en la actitud.

El cambio produce estrés para el cual, la persona está adaptada en reaccionar de una determinada manera, lo mismo que tendrá muy probablemente, una baja tolerancia hacia éste. A medida que el nivel de estrés se incrementa, hay una tendencia normal de los pacientes a negar la presencia de estrés y se disparan nuevamente los mecanismos de defensa que son parte de la enfermedad adictiva de esa persona. Entonces se comienza a

convivir con el estrés, de la misma manera con la que comenzó su negación para justificar el uso de drogas o alcohol.

El estrés elevado incrementa los síntomas del síndrome de abstinencia post-agudo (SAPA), pero la negación de los pacientes no les permite ver con claridad lo que está sucediendo. Si en este punto, no hacemos nada, los síntomas del SAPA se incrementan. La persona perderá control sobre sus pensamientos, emociones y memoria. La persona no puede pensar con claridad, comienza a reaccionar, a no recordar cosas simples. El estrés se intensifica más. Se pierde control sobre la habilidad que se podía tener anteriormente para pensar, sentir y recordar.

Posteriormente se pierde control sobre la conducta. Esta persona comenzará a engancharse en los mismos lugares y en las mismas acciones, teniendo un cambio de actitud. La persona no actúa igual, trata a las personas de forma diferente. Se interactúa de manera diferente y la estructura social se viene al suelo.

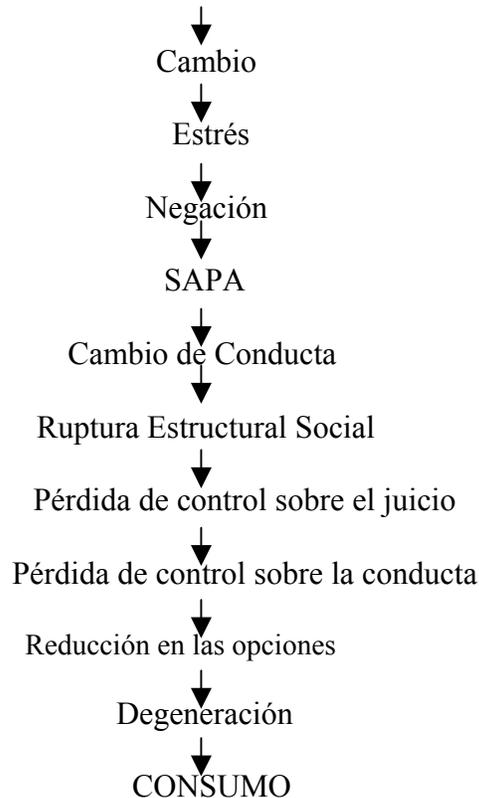
En conclusión, toda la estructura de la vida se viene abajo. Se comienza a cambiar la rutina diaria se abandonan los hábitos que le traían alguna regulación a la vida de esta persona. El programa de recuperación es rechazado con fuerza y se comienza a abandonar.

Eventualmente se pierde control sobre el juicio. Se comienzan a llevar a cabo elecciones inadecuadas, las cuales, con un estado mental normal, nunca esta persona sería capaz de hacerlo. Como resultado de esto, se cometen errores y, se crean nuevas crisis. La vida se ha convertido en algo inmanejable, la persona está fuera de control. Esta persona pudiera llegar a pensar que se está volviendo loca. Una respuesta adecuada sería pensar en quitarse la vida o probablemente una mejor solución sería, comenzar a

usar nuevamente alcohol o drogas, las cuales, resolverían automáticamente el dolor que se está viviendo. Se siente que no hay otras alternativas (Marlatt, 1995).

En este punto, la persona se encuentra en un estado grande de degeneración con su vida, que está aparte del alma y de los sentimientos; comienza a consumir ya que esta posición es mucho mejor que cualquier otra alternativa. Pero vale la pena decir que no todas las personas que tienen un proceso de recaída encima comienzan a consumir, algunas prefieren irse por un camino más destructivo como por ejemplo suicidio, auto-castigarse físicamente en accidentes serios; otros, presentan cuadros nerviosos agudos y colapsos emocionales y físicos y otros, desarrollan enfermedades psicosomáticas malignas tales como migrañas, úlceras o hipertensión arterial y arritmia cardiaca.

PROGRESIÓN DE LA RECAÍDA



Manejar adecuadamente los síndromes del SAPA y aprender a conocerlos, es tal vez la mejor manera de prevenir la recaída. Sin embargo, cuando la persona se encuentra “montada”, por decirlo de alguna manera, en un episodio de confusión, probablemente sea sumamente difícil que sea ella misma quien logre controlarse, muy posiblemente necesitará de ayuda profesional adecuada para lograr de esta manera, obtener cierto control de su vida y de sus actividades, y por ende evitar una progresión todavía más dañina.

Lo primero que se debe hacer es usar un entorno adecuado y que se pueda manejar, en el cual la persona pueda sentirse protegida de la crisis y no pueda obtener alcohol o drogas en forma inmediata. Si el episodio de crisis no es demasiado severo, se puede utilizar un lugar silencioso, que de por sí puede revertir en forma inmediata el proceso. Si el episodio es moderadamente severo, muy posiblemente sea necesario aislarse de gente y de lugares que pudieran no hacer otra cosa más que poner en peligro al adicto e intensificar mucho más el problema. Si el episodio es severo, se hace inminente la hospitalización antes de que se haya consumido alguna sustancia. Hay que recordar que en algunas oportunidades el alcohólico o el adicto están en un estado emocional tan disfuncional que pudieran creer que si no usan drogas o alcohol se volverán locos. Lo importante aquí es convencer a la persona de que pueden existir otras opciones diferentes. Un tratamiento para manejar el episodio en forma interna es una de esas opciones, es mucho mejor ir a un tratamiento formal de pacientes internos de adicción, que ir a un programa de desintoxicación.

Hay algunas personas que preferirían morir antes de consumir. Es esta una de las razones por las cuales la incidencia del suicidio en alcohólicos abstemios es tan alta. Esto es verdaderamente triste ya que es posible recuperarse de una recaída de alcohol o

drogas, pero nunca será posible recuperarse de la muerte. Cualquier adicto que tiene tanto dolor que lo lleva a pensar que el suicidio puede ser una respuesta para lo que está sucediendo con su vida, hace necesario buscar ayuda inmediatamente. Hay que recordar que la **interrupción del síndrome de recaída** se puede dar en cualquier momento, solamente se necesita que la persona reconozca su situación y permita que lo puedan ayudar.

En la mayoría de los casos este proceso es tan inadecuadamente entendido e ignorado por los profesionales que se dedican a “intentar” ayudar a personas que sufren de adicciones, que se debe en primer lugar educarlos a ellos y permitirles por ende que enseñen a sus pacientes el proceso de recaída, como un evento que se puede presentar en cualquier momento de la recuperación, es decir, hasta que la persona descansa dejando este mundo.

- El 20% de las personas que están en tratamiento de adicción son personas que están teniendo un episodio de recaída.
- El costo económico y desde luego mucho más moral, que sufre la persona cuando recae es altísimo e incomparable.
- Hay pacientes que recaen en un gran número de oportunidades y han recaído en tantos centros de tratamiento y salones de Alcohólicos Anónimos que han recibido el nombre de “recaídos profesionales”.

Las personas más propensas a una recaída estarían dentro de los siguientes grupos:

1. Aquellas personas a quienes la vida les ha “quedado grande” y no tienen otra alternativa más que usar drogas y alcohol para poder sobrevivir.

2. Aquellas que han sido obligadas por sus familias a ingresar a un tratamiento de adicciones, pero que no lo están haciendo por motivación propia.

3. Aquellos que han sufrido crisis muy grandes durante el tiempo que han permanecido abstemios.

4. Aquellos que al llegar a un tratamiento de adicción no han tocado suficiente fondo, y es entonces cuando se hace muy difícil pegarse de algo para que le demuestre que ya no puede usar drogas o alcohol con seguridad.

Todas estas razones expuestas con anterioridad hacen que el panorama de recuperación o mejor de recaída llegue hasta un 40% de los casos, es decir, un paciente de cada 2 o 3 llegan a obtener una abstinencia duradera en un programa de recuperación para sus vidas y familias.

Se puede decir por lo tanto, que el panorama es oscuro ya que como se ha podido deducir de lo expuesto anteriormente, son muchas las personas que por diversas razones ingresan a programas de rehabilitación o deciden dejar de consumir drogas, pero igual de variadas son las razones por las que se produce el retorno al consumo de sustancias; es bien sabido por las personas que se dedican a investigar y a trabajar en la práctica clínica, que estas personas que vuelven al consumo “tocan más fondo” es decir que los comportamientos se vuelven cada vez más bizarros, el consumo se agudiza y por tanto las conductas concomitantes también lo hacen. Pero teniendo en cuenta que la ciencia busca permanentemente optimizar la calidad de vida del ser humano y darle solución a los grandes problemas a los que nos enfrentamos; algunos autores se han dedicado a tratar de disminuir los índices de recaídas en personas adictas, fue así como Marlatt y Gordon desarrollaron un Modelo de Prevención de Recaídas que se revisará y analizará a continuación.

Marlatt (1993) citado por Graña (1995) define la Prevencción de Recaídas como un programa de autocontrol diseñado con el fin de ayudar a los individuos a anticipar y a afrontar los problemas de recaída en el cambio de las conductas adictivas. El Modelo de Prevencción de Recaídas, desarrollado en forma extensa por Marlatt y Gordon (1985) en el manual titulado *Relapse Prevention*, considera las adicciones como un hábito adquirido que puede eliminarse y/o modificarse aplicando los principios del aprendizaje (aprendizaje clásico, operante y, fundamentalmente, aprendizaje social.). La recuperación se considera como una tarea de aprendizaje en la que el adicto asume un papel activo y responsable para alcanzar el autocontrol.

Según este modelo, el proceso de cambio tiene lugar en tres etapas: *1) asumir el compromiso de que el individuo quiere cambiar; 2) llevar a cabo el cambio, y 3) mantener el cambio logrado.* Esta última etapa se caracteriza, por la aplicación de procedimientos de intervención cognitivo-conductuales característicos del modelo de prevencción de recaídas, y no sólo es la más difícil sino también es la que se caracteriza por un mayor número de crisis. Esta concepción Prevencción de Recaídas consiste en mantener y mejorar el proceso terapéutico alcanzado en las dos primeras etapas. Si se toma en consideración el modelo de Prochaska y Diclemente (1986), las estrategias de intervención del Modelo de Prevencción de Recaídas se encuadran en alguno de los estadios de cambio propuesto por los autores, ya que existen diferencias individuales en el proceso de recaída (por ejemplo, un individuo regresa al estadio de contemplación y otro puede hacerlo al de acción).

Marlatt y Gordon (1985) dieron gran importancia a los factores cognitivo-conductuales implicados en la recaída. Si un individuo es capaz de mantenerse abstinentes, por ejemplo, entre 3 y 6 meses, es posible que experimente una sensación de

control personal sobre la drogodependencia (**auto-eficacia** que se tratará en detalle más adelante), y cuanto más largo sea este período, mayor será la percepción de autocontrol. Este control percibido por el adicto continuará hasta que se encuentre con una situación de alto riesgo. Marlatt (1993) definió la **situación de alto riesgo** como cualquier situación (incluyendo las reacciones emocionales a la situación) que representa una amenaza para la sensación del control del individuo y aumento del riesgo de recaída.

En el caso de un drogodependiente, si a la hora de afrontar una situación de alto riesgo es capaz de manejarse eficazmente, se produce un aumento de la auto-eficacia personal y la probabilidad de recaída disminuye.

Si el individuo en tratamiento recae, posiblemente el proceso que le ha llevado a consumir de nuevo se caracterice por una ausencia de respuestas de afrontamiento o que las respuestas necesarias estén inhibidas a niveles elevados de miedo o ansiedad. También es posible que la situación no la perciba como de alto riesgo, o que el proceso de cambio se haya ido deteriorando en forma gradual. Estos aspectos van disminuyendo tanto el nivel de auto-eficacia del adicto en distintas situaciones de alto riesgo, como las expectativas de resultado de manejar con éxito la próxima situación que implique dificultad. La recaída es más probable si el drogodependiente anticipa unos efectos positivos para el consumo de la sustancia, que se basan en su historia previa del uso de droga(s), al mismo tiempo que descarta los efectos negativos a más largo plazo. Como lo han demostrado Marlatt (1987) y Marlatt y Rosehow (1980), las expectativas de las consecuencias positivas son el principal determinante del uso del alcohol y de otras formas de abuso de sustancias. Por lo tanto, las expectativas desempeñan un papel central en el Modelo de Prevencción de Recaídas desarrollado por Marlatt y Gordon (1985).

Como ya se expuso, una recaída puede empezar en forma de pensamientos o conductas que, materializándose inicialmente en un simple desliz, dan lugar a una recaída completa. Según se plantea el modelo, una recaída puede empezar con la Toma de una Decisión Aparentemente Irrelevante (TDAI); parecería que este tipo de decisiones no tiene ningún efecto en las conductas adictivas. Así, cuando un paciente adopta una decisión de esta clase, sin ser consciente de lo que está haciendo, está incrementando su vulnerabilidad a la recaída. Por ejemplo, un individuo que lleva en tratamiento 5 meses abstinente, al volver del trabajo un día cambia su ruta habitual y decide pasar por uno de los lugares donde compraba droga y consumía cuando era un drogodependiente. En este caso, la elección de una nueva ruta es una TDAI. Esta decisión, sin ser consciente, le ha situado ante una situación de alto riesgo (que como ya se dijo, son situaciones de naturaleza intra e interpersonal que hacen más probable que un individuo en tratamiento vuelva a consumir) al pasar por el nuevo lugar piensa en el “camello” (jíbaro) que le vendía y en donde acostumbraba consumir; experimenta pensamientos débiles sobre los efectos placenteros del consumo al mismo tiempo que nota como las palmas de sus manos empiezan a sudar y el corazón late más deprisa. En este momento reconoce el riesgo y la inminencia de la recaída. Al pasar de una decisión aparentemente irrelevante a encontrarse en una situación de alto riesgo, se ha producido un cambio ambiental considerable en el proceso de recaída. Sin embargo, todavía está a tiempo para corregirla si es consciente de lo que está sucediendo y adopta una respuesta de afrontamiento, en este caso volviendo a tomar la ruta habitual. Si es así, va a notar un sentido general de auto-eficacia que hará que el tratamiento que está realizando sea aún más eficaz. Además, también va a aprender que la inminencia puede ser alterada,

analizando de forma racional la situación y dando una respuesta adecuada de afrontamiento.

Por el contrario, si el individuo permanece en la situación de alto riesgo por un periodo de tiempo más prolongado, va a empezar a racionalizar el dilema de volver a consumir después de 5 meses con los siguientes pensamientos: “por intentarlo una vez no va a pasar nada”, “ me sentiré mejor conmigo mismo si no cedo a la tentación”. También empieza a anticipar los efectos positivos de la sustancia y piensa que si vuelve a inhalar de nuevo se va a sentir muy bien, con mucha energía y vitalidad. Piensa que ya no tiene control sobre su conducta, el deseo de consumir es cada vez más intenso, es como si sus pensamientos y sentimientos le estuviesen haciendo una mala jugada en su situación actual. Aquí también se acaba de producir un gran cambio, como es el de obtener muchos efectos positivos con el menor control sobre su conducta. Estos cambios se sitúan en el próximo paso en su proceso de recaída.

Si a partir de aquí no se interviene, ya sea por iniciativa del propio paciente o pidiendo ayuda a su terapeuta, el individuo va a consumir cocaína. Una vez que haya consumido la primera dosis, de no hacer nada, lo más probable es que oculte y niegue lo sucedido, en caso de ser descubierto, y empiece a consumir de forma continua. Es más, el impulso a continuar consumiendo le sobrepasa.

En este caso se está produciendo lo que Marlatt (1985) definió como el “Efecto de Violación de Abstinencia” (EVA). Este efecto tiene ciertos elementos cognitivos como la generación de una disonancia cognitiva y de una auto-imagen negativa, así como la atribución de una incapacidad personal para superar la dependencia de la adicción. También tiene otros aspectos, como el deseo reforzado por volver a consumir (Early, 1991), citado por Graña, 1994.

El *primer* componente es la **disonancia cognitiva** que genera el consumir de nuevo. Según la teoría de Festinger (1964), se asume que la disonancia cognitiva se desarrolla como consecuencia de una discrepancia entre las cogniciones del individuo y las creencias sobre sí mismo (como abstinente) y la ocurrencia de la conducta que es incongruente con esta auto-imagen (volver a consumir). El sujeto experimenta la disonancia resultante en forma de conflicto o culpabilidad por lo que acaba de hacer. Este conflicto interno tiene un carácter motivacional y hace que emprenda conductas (o cogniciones) que eliminen o reduzcan la reacción de disonancias. En la medida en que la conducta problema (consumir) se haya utilizado en el pasado como una respuesta de afrontamiento para superar el problema, conflicto o culpa, es muy probable que el individuo emprenda las conductas prohibidas (consumir) con el fin de eliminar o reducir reacciones desagradables. Una vez que se ha producido la recaída si el sujeto sigue consumiendo, en un intento por reducir los sentimientos de culpabilidad, puede estar mediatizado por un reforzamiento negativo (consumir para evitar estados emocionales negativos). También es posible que el individuo intente reducir la disonancia asociada con el primer desliz alterando de forma cognitiva la nueva auto-imagen (abstinente) para ponerla en consonancia con la nueva conducta (consumir de nuevo).

El *segundo* componente es el **efecto de auto-atribución** mediante el cual el sujeto atribuye la causa de la recaída al fracaso o a sus debilidades personales. Es posible que en vez de considerar la recaída como una simple respuesta situacional, atribuya la causa de la misma a la fuerza de voluntad o a la debilidad personal. Como ha señalado Bern (1972) Citado por Graña, 1996, la gente con frecuencia hace inferencias sobre sus propios rasgos de personalidad, actitudes y motivos cuando observa su propia conducta. En este sentido atribuirá su fracaso a causas internas o personales. Es decir, si el desliz se

considera como un fallo personal, la expectativa del individuo de que va a seguir fracasando seguirá aumentando. El *tercer* componente es el **deseo reforzado** por la vuelta al consumo. Estos tres componentes se combinan para completar una recaída completa.

Para realizar una evaluación de las recaídas se debe realizar una evaluación de las situaciones de alto riesgo. En un estudio clásico, realizado por Cummings, Gordon y Marlatt (1980) sobre situaciones de alto riesgo en las conductas adictivas, de un total de 311 episodios iniciales de recaída los autores identificaron dos categorías principales de alto riesgo 1) Determinantes Intra-personales, y 2) Determinantes Interpersonales.

Para el Modelo de Prevencción de Recaídas la identificación de situaciones de alto riesgo es fundamental. Según Marlatt (1995), una vez que hemos obtenido descripciones de distintos episodios de recaída, se pueden categorizar teniendo en cuenta la clasificación propuesta por él mismo.

En resumen, la evaluación de las situaciones de alto riesgo implica realizar un muestreo suficientemente amplio de situaciones susceptibles de desencadenar un desliz o una recaída a lo largo del proceso de recuperación terapéutica. La identificación de situaciones de alto riesgo puede realizarse desde el momento en que el paciente lleve un mes abstinente.

Muchas de las recaídas tienen lugar por un déficit en habilidades de afrontamiento que se dan ante situaciones de naturaleza estresante para el sujeto en tratamiento. En muchos casos, la recaída viene dada por una serie de acontecimientos vitales que tiene lugar en la vida del paciente (por ejemplo, separación, pérdida de empleo, etc.). Se recomienda tener en cuenta estos determinantes como posibles desencadenantes de una recaída durante el tratamiento o el seguimiento.

Por ejemplo, algunas situaciones de alto riesgo características de los individuos en tratamiento son las siguientes:

a) **Manejo de dinero.** En aquellas situaciones en las que el paciente maneje dinero suficiente como para adquirir droga para consumir es muy probable que con el paso del tiempo recaiga. Generalmente, un adicto necesita que pasen bastantes meses antes de que pueda manejarlo sin necesidad de pensar en la droga. Debido a la historia de aprendizaje con la droga (por ejemplo, heroína y/o cocaína), el dinero se ha convertido en una señal y/o reforzador condicionado, altamente indicativo de la droga. Así, si un sujeto pasa por un lugar de venta de droga y tiene dinero suficiente para adquirirla, con certeza su nivel de deseo aumenta de forma considerable, y lo más probable es que se produzca inicialmente un desliz y, de no intervenir, una recaída.

b) **Consumo de otras drogas.** El consumo habitual del alcohol y tabaco, así como otros fármacos psicoactivos, determina los factores de riesgo más importantes. Mientras el paciente busque la sensación de «estar colocado», es muy posible que las características de la adicción se mantengan inalteradas, sustituyendo el adicto la droga de abuso por otras hasta alcanzar efectos similares. De esta forma, se establece una clara ocasión para que se desencadenen deslices y recaídas. Esta conducta de búsqueda alternativa de los efectos de la droga debe confrontarse en las distintas modalidades de tratamiento propuestas (terapia individual, grupal, prevención de recaídas y terapia familiar).

c) **Actividades de ocio con consumidores de droga conocidos.** El adicto puede mantener la abstinencia durante un mes o más tiempo, pero si sus relaciones interpersonales tienen lugar con consumidores de droga, la recaída y el abandono del

tratamiento sólo será cuestión de tiempo. En este caso, cambiar relaciones interpersonales es un objetivo terapéutico prioritario.

d) Homenajes. Existen determinadas situaciones que tienen lugar a lo largo del año y que son de carácter especial por estar asociadas a un consumo intenso de heroína y/o cocaína. Las más significativas por su asociación con las recaídas son: cumpleaños, el nacimiento de un hijo, matrimonios, celebración de fiestas (por ejemplo, navidades, fin de año), aniversarios, etcétera.

De igual forma, los factores de riesgo y las señales de aviso siempre aparecen antes de que el paciente recaiga. Cuanto antes sean detectados y puestos de manifiesto, más fácil será adoptar las medidas terapéuticas apropiadas e interrumpir la cadena de eventos que con seguridad dan a una recaída.

Existen pautas de pensamiento y actitudes de recaída que serán explicadas a continuación y que hay que tener en cuenta a la hora de diseñar un programa de prevención de recaídas o por lo menos aprender a detectarlas a tiempo en la persona que está en búsqueda de la abstinencia total o el consumo controlado.

1) Actitudes negativas. Una vez que un drogodependiente con un historial de abuso de drogas cronificado deja de consumir, generalmente durante los primeros meses de abstinencia, experimenta una serie de consecuencias positivas antes de que los problemas y el estrés de la vida diaria le afecten de lleno. En esta especie de «luna de miel», el individuo niega la existencia de cualquier problema, sentimiento negativo o, incluso, la posibilidad de recaer. Una vez que todos los problemas relacionados con la obtención de la droga (robar, mentir y engañar para obtener el dinero) han desaparecido, en este período encuentra difícil admitir que las dificultades van a surgir de nuevo ante el más mínimo problema.

También existen una serie de pensamientos y actitudes negativas que de forma fiable dan lugar a la recaída. Por ejemplo, comportarse como un individuo que no consume drogas y pensar como un drogodependiente. En este caso, el pensamiento adictivo representa una continuación del estilo de vida del drogodependiente; es decir, el paciente piensa, siente y actúa de forma adictiva, aunque no consume drogas. A continuación se exponen una serie de actitudes y pensamientos relacionados con este aspecto (Washton, 1989):

a) Tener dudas sobre el proceso de recuperación. Esta actitud se caracteriza por una serie de expectativas relacionadas con la recuperación terapéutica en el día a día. Por ejemplo, pensar que el problema se limita solamente a la cocaína y/o heroína y no a otras drogas; que las cosas de la adicción han desaparecido; que la determinación personal y la fuerza de voluntad son suficientes para superarla. Si se abordan estos aspectos en la terapia, el paciente suele contestar: «éste no es mi caso», «mantener la abstinencia durante estos 3 primeros meses no ha sido tan difícil como yo pensaba», «a partir de ahora ya puedo controlarme», «creo que ya he superado el problema que tenía con la heroína y/o cocaína».

b) Autocompasión. «¿Por qué tengo que tener yo este problema?», «Es mi mala suerte, nada me sale bien». Si un paciente se caracteriza por esta actitud, es posible que todavía continúe sumergido en el mundo de la drogodependencia. La probabilidad de que intente cambiar es muy pequeña y está siempre al borde de la recaída.

c) Impaciencia. «Veo que mi recuperación es demasiado lenta», «¿No sería mejor para mí olvidar el problema de las drogas y hacer mi vida en forma normal?». Este tipo de pacientes que se sienten, en cierta medida, frustrados por la lentitud del programa de

recuperación recaen con facilidad (por ejemplo, «si mi vida no mejora todo lo deprisa que yo pensaba sin consumir cocaína, ¿por qué no volver a consumir de nuevo?»).

d) Esperar demasiado de los demás. Se caracteriza por el hecho de que el individuo pone toda la responsabilidad para su recuperación en los demás con exigencias irracionales. Por ejemplo, si un paciente pide a sus padres dinero para comprar un disco, y ellos creen que con esa cantidad en el bolsillo es posible que recaiga y no se lo dan, la reacción inmediata suele ser frustración e ira y, en este estado, consideran justificable consumir de nuevo. También pueden hacer lo mismo con el terapeuta: por ejemplo, «Como este programa no me está ayudando todo lo que yo esperaba, creo que la única solución es volver a consumir». En este supuesto se hace imprescindible confrontar esta actitud al paciente, haciéndole ver que nadie puede asumir su propia responsabilidad en el proceso de recuperación. En caso contrario, la más probable es que acabe recayendo.

e) Mantener una actitud negativa y de insatisfacción crónica. Los pacientes que consideran que la vida no tiene sentido para ellos suelen rechazar cualquier tipo de apoyo y/o consejo, lo único que les produce satisfacción es criticar los fallos y defectos de los demás, ignorando los propios. Esta actitud genera un ambiente propicio para la recaída.

f) Confiar demasiado en uno mismo. Este tipo de individuos se consideran muy seguros, hasta el punto de ponerse en situaciones de alto riesgo para probar que ellos tienen la fuerza suficiente para resistir la tentación, o se consideran un caso especial como por ejemplo, «No tengo por que hacer los análisis de orina». El resultado final suele ser la recaída, al rechazar los consejos terapéuticos o considerarlos de forma escéptica.

g) Que la vida no tenga sentido sin drogas. Si un paciente no lleva a cabo cambios significativos en su vida o nota que el vacío dejado por la droga no es capaz de sustituirlo por actividades placenteras y agradables, en este caso está favoreciendo una actitud propia de la recaída. En muchos casos aprender a realizar actividades de ocio sin droga puede ser una situación provocadora de ansiedad.

h) Mantener actitudes y creencias rígidas. Son señales claras de recaída, el hecho de que un paciente se adhiera de forma rígida a la abstinencia o rehúse aceptar consejos, sugerencias o la ayuda de los demás, o mantenga creencias inflexibles sobre la adicción y la recuperación. Por ejemplo, considerar que la mejor forma de superar la drogodependencia es seguir su propia intuición, rechazando el deseo de consumir y de «estar colocado» y criticar con dureza a aquellos que recaen. Si en un determinado momento del tratamiento tiene un desliz, su actitud rígida desencadena una recaída completa que suele ir acompañada de un abandono del tratamiento.

2) *Sentimientos y estados de ánimo negativos.* Son precursores de la recaída sentimientos crónicos no resueltos de aburrimiento, depresión, soledad, infidelidad, tristeza, ira, ansiedad y culpa, junto con recuerdos dolorosos y/o traumáticos. Dejar de consumir produce un vacío en el sujeto que da lugar a sentimientos contradictorios y a una alteración del estado de ánimo. Muchos adictos tienen problemas de asertividad y de manejo de ira, que es importante abordar en el programa de intervención individual y/o grupal.

La depresión también puede ser la consecuencia del consumo crónico de drogas y, una vez que se produce la abstinencia desaparece pero, en otros casos, es el resultado de estresores interpersonales y/o situacionales no resueltos que hay que abordar

terapéuticamente (por ejemplo, haber engañado a amigos y familiares o haber abusado del compañero[a] o pareja).

a. Idealizar el efecto de la droga «estar colocado». La situación de recaída aumenta si el paciente continúa idealizando los efectos que le producía la droga y, de forma selectiva, sólo recuerda los agradables (este efecto también se conoce como «recuerdo eufórico»). Por ejemplo, si se encuentra con otro adicto en tratamiento y empieza a hablar de forma eufórica sobre sus recuerdos positivos con la droga, esta situación incrementa el deseo de volver a consumir. En tratamiento, es importante evitar hablar de estos aspectos y, de hacerlo, se enseña al paciente analizarlo.

3) Poner a prueba el control personal. Si al cabo de varias semanas o meses el paciente se mantiene abstinente, es probable que surjan fantasías sobre la posibilidad de volver a consumir de forma controlada; es decir, se nota que tiene una percepción de control personal mayor sobre su adicción, y que los problemas relacionados con el consumo han desaparecido. El paciente empieza a realizar una serie de racionalizaciones referentes a que en este momento probar la droga una vez más, no es ningún problema para él y así, sabrá si realmente tiene control sobre ella. Es posible que este desencadenante pase desapercibido por el terapeuta, pero, en caso contrario, es importante anticiparse y ponerlo de manifiesto en las sesiones de terapia.

4) Deseo de gratificación. Suele ser el resultado de hacer frente a todos los problemas y dificultades que lleva implícitos la recuperación terapéutica. En muchos casos, el paciente puede hacer una demora cognitiva del consumo hasta que llegue su cumpleaños o celebre una fiesta.

5) Estados de ánimo positivos. No sólo los sentimientos y estados de ánimo negativos desencadenan la recaída sino que sentirse muy bien, o un estado de ánimo

positivo exagerado, genera un sentido falso de seguridad sobre su proceso de recuperación. Por ejemplo, cuando un adicto está en este estado puede creer que, para él, es realmente fácil manejar un consumo esporádico sin necesidad de perder el control.

6) **Problemas sexuales y de relaciones.** Los problemas sexuales no resueltos pueden ser desencadenantes de recaídas. Así, por ejemplo, en el caso de los cocainómanos generalmente se produce una pérdida temporal del deseo sexual después de dejar de consumir, que puede durar varias semanas o incluso meses. Éste, que es un efecto fisiológico del consumo de cocaína, puede ser interpretado de forma errónea por el compañero(a) como una señal de rechazo. Los pacientes que no han tenido relaciones sexuales sin usar drogas durante períodos de tiempo prolongados, acostumbran a tener reacciones de miedo y de ansiedad de ejecución que pueda dar lugar a una impotencia transitoria, eyaculación precoz o un fracaso en alcanzar un orgasmo. En este caso, para prevenir la recaída es importante que estos individuos aprendan a disfrutar los sentimientos relacionados con la sexualidad y la intimidad sin necesidad de consumir drogas. También es característico de muchos drogodependientes que, una vez alcanzada la abstinencia durante semanas o meses, empiecen a surgir problemas en las relaciones de pareja y/o familiares. Así, p. Ej., muchas familias que llevan años viviendo con las crisis asociadas al problema de la droga no saben cómo desarrollar un estilo de vida sin este tipo de conflictos. Incluso esta paz y tranquilidad en las relaciones familiares puede ser una señal desencadenante de ansiedad y, en muchos casos, de recaída.

7) **Sueños relacionados con la recaída.** Los sueños relacionados con las drogas, sobre todo aquellos que son muy vívidos y recurrentes, llegan a alterar el proceso de recuperación del paciente. Al despertarse, el individuo tiene un sentimiento como de haber recaído, llegando a sentirse decepcionado consigo mismo. Otros sujetos

consideran estos sueños como una especie de profecía, como una indicación de que no están suficientemente motivados para continuar con el tratamiento. De hecho, estas interpretaciones y creencias preparan la escena para que tenga una recaída.

Generalmente, un paciente desarrolla, de forma no intencionada, una serie de conductas de alto riesgo a lo largo del tratamiento que llevan a situaciones, en la que lo más normal es el consumo de drogas y la atribución de la responsabilidad por lo sucedido a los demás. Por ejemplo, aceptar una invitación a una fiesta en la que sabe con certeza que sus amigos van a consumir; lo más probable es que acabe consumiendo, aunque en principio esté determinado a rechazar cualquier oferta de droga.

Existen otras reacciones características que hay que analizar para poder prevenir recaídas. Las más importantes son las siguientes:

a) Reacción exagerada ante deslices y recaídas. En muchas ocasiones, la ocurrencia de un simple desliz puede llegar a convertirse en una auténtica recaída como consecuencia de la reacción del paciente. En este caso, tendría sentido hablar del concepto de Efecto de Violación de la Abstinencia, propuesto por Marlatt (1985) y analizado con anterioridad. El paciente que esté bajo el efecto de la violación de la abstinencia se caracterizará por: a) el desarrollo de expectativas y sentimientos de fracasos personal; b) consideración de que todo el progreso terapéutico realizado se ha perdido; c) decepción por haber cedido a la tentación y haberlo atribuido a fracasos o fallos personales; d) sentimientos de ambivalencia en relación con la abstinencia y la recaída, y e) sentirse decepcionado por haber defraudado a mucha gente (familia, amigos, compañeros y terapeuta).

b) Conductas impulsivas. Se refiere al hecho de tomar decisiones inmediatas sin pensar, como una especie de arrebato de ira o de frustración. El paciente puede, por

ejemplo, dejar el trabajo, romper su relación de pareja, abandonar el tratamiento o realizar inversiones financieras arriesgadas. Generalmente, estas decisiones constituyen un desencadenante claro de una recaída.

c) *Otras conductas adictivas y/o compulsivas.* Es frecuente que muchos drogodependientes tengan más de una adicción (por ejemplo, el alcoholismo, abuso de otras sustancias psicoactivas distintas de la heroína y/o cocaína, sexualidad compulsiva, iniciar constantemente relaciones que duran unos pocos días). Estas conductas adictivas que pueden ser tan diversas están conectadas con el abuso de cocaína y/o heroína antes de haber iniciado el tratamiento, formando una clase de respuestas que producen una alteración del estado de ánimo, o, incluso, puede surgir por vez primera después de llevar un tiempo abstinente.

Cualquier cambio que implique aumentar la tasa de ocurrencia de alguna de estas conductas u otras similares (por ejemplo, juegos de azar), el resultado suele ser un desliz o una recaída. Si se pretende eliminar una conducta adictiva sustituyéndola por otra, la probabilidad de recuperación terapéutica, a largo plazo, es mínima.

d) *Cambios graduales en el estilo de vida.* Son señales iniciales de una recaída posterior si el paciente empieza a introducir cambios graduales en su programa de recuperación terapéutica, después de unos meses de abstinencia y de cambio de estilo de vida. Por ejemplo, llegar tarde a las sesiones, participar menos en la terapia de grupo, disminuir el nivel de actividad en casa, dejar de hacer la programación de actividades semanal, estar en casa muy pensativo sentado en un sofá, criticar el programa de tratamiento, etcétera.

También suele darse con facilidad una recaída si un adicto convive con otros individuos que siguen consumiendo, por ejemplo, su cónyuge. En este caso pueden

llegar a preocuparse mucho más por la recuperación del otro que por ellos mismos. De no confrontar esta actitud con el adicto, el resultado final es la recaída.

Existen otra serie de factores de alto riesgo que afectan a los pacientes que están en un programa de tratamiento que es necesario analizar para prevenir posibles recaídas. Los principales son los siguientes:

a. Presencia de otros trastornos mentales. En el caso de un individuo adicto a la heroína o a la cocaína puede coexistir más de un trastorno mental. Así, no es extraño encontrarse trastornos de ansiedad y del estado de ánimo que no son una simple consecuencia del problema adictivo, sino que existen con anterioridad al mismo. Si estos problemas no se tratan, es posible que alteren la forma de pensar, el estado de ánimo del paciente y su forma de comportarse; la consecuencia de la influencia de estos factores suele ser una recaída. Así, por ejemplo, si un paciente experimenta estados de ánimo disfóricos, aunque se mantenga abstinente, es posible que acabe automedicándose con fármacos psicoactivos y, finalmente, volviendo a consumir heroína y/o cocaína. También suele ser frecuente la recaída entre aquellos pacientes con trastornos de la personalidad manifiestos, sobre todo trastorno de la personalidad limítrofe, antisocial y narcisista.

b. Eventos vitales. Se refiere a cambios importantes, de naturaleza negativa e inesperados, que desencadenan una reacción de estrés exagerada y suelen dar lugar a una recaída. Por ejemplo, perder una relación íntima significativa, pérdida de trabajo, muerte de un ser querido, problemas económicos. También pueden ser de naturaleza positiva como, p. Ej., una promoción laboral que implique mayores responsabilidades, nacimiento de un hijo, iniciar de forma rápida una nueva relación.

c. Problemas físicos. La enfermedad física (p. Ej. , Hepatitis, SIDA, otras infecciones, fatiga), suele reducir las habilidades de afrontamiento de un paciente e incrementar su probabilidad de recaída. Es un predictor de éxito terapéutico enseñar a un adicto a recuperar la salud física y a prevenir el posible desarrollo de enfermedades.

d. Permisividad familiar. En muchas ocasiones, el círculo familiar o de amigos facilita la recaída del paciente al relajar las normas de convivencia, al ignorar las posibles señales de recaída que tienen lugar en la conducta del adicto. Si el individuo sabe por experiencias pasadas que siempre que se dé una recaída los demás le apoyarán sin aplicar ningún tipo de consecuencia, lo más probable es que vuelva a recaer.

En resumen, a lo largo del programa de intervención conductual el terapeuta tiene que realizar una evaluación continuada de los siguientes aspectos: *a) Situaciones de alto riesgo que establecen una ocasión propicia para una recaída; b) Estados de ánimo negativos (depresión, ira, frustración, soledad, aburrimiento, culpabilidad, cansancio); c) Actitudes, pensamientos y sentimientos que desencadenan una recaída (deseo de consumir, impaciencia, confianza excesiva, insatisfacción, deseo de ponerse a prueba, sueños, etc.); d) Conductas de recaída (tomar decisiones precipitadas, cambio en el estilo de vida, etc.); y e) otros factores de alto riesgo (eventos vitales importantes, trastornos mentales, etc.).* El terapeuta debe registrar estas variables según van apareciendo y diseñar estrategias de acción adecuadas para prevenir posibles deslices o una recaída completa.

Desde que ha surgido el modelo original sobre Prevencción de Recaídas desarrollado por Marlatt y Gordon (1985), distintos estudios han demostrado que las recaídas, de hecho, pueden prevenirse, y no existe un solo procedimiento de Prevencción de Recaídas sino que son muchos los existentes.

Como se ha expuesto, la recaída es un proceso, una cadena progresiva de conductas, actitudes y eventos que se inicia mucho antes de que el paciente, de hecho, empiece a consumir droga de nuevo. Es muy difícil especificar dónde empieza realmente una recaída, pero generalmente suele estar presente algún estresante o darse algún cambio (positivo o negativo) como precipitante estableciendo así el inicio del proceso. En este caso, el adicto empieza a revivir las pautas de pensamiento y de conducta adictiva, los problemas a los que tiene que hacer frente y las consecuencias resultantes empeoran cada vez más, y el resultado final suele ser, en la mayoría de los casos, un sentimiento de indefensión que sólo cree superar consumiendo de nuevo.

La cadena de conductas que da lugar a una recaída puede caracterizarse por la secuencia de pasos que se enumeran a continuación:

a. El resultado de una acumulación de factores estresantes causados por cambios o eventos vitales, generalmente negativos (p. Ej. , casarse, separarse, cambio o pérdida de trabajo, promoción laboral, problemas financieros, ganancias económicas, etc.).

b. Activación de pensamientos muy negativos y/o positivos y estados de ánimo y sentimientos cambiantes (p. Ej., confusión, perplejidad, irritabilidad, depresión, júbilo, atontamiento).

c. Reaccionar exageradamente o fracasar de forma clara al afrontar la situación de alto riesgo o estrés, dando lugar a una continuación y a una escalada en los problemas.

d. Negar que el problema sea serio o, incluso, que exista; fracasar en la utilización de los recursos de apoyo propios u otros procedimientos del programa de tratamiento. El paciente es incapaz de expresar sus sentimientos en la terapia individual, y en la grupal no puede compartirlos con sus compañeros, permaneciendo callado o dando una explicación inadecuada de lo que le ha sucedido.

e. Los problemas originales van en aumento y los nuevos siguen surgiendo a medida que el paciente los sigue ignorando.

f. El paciente percibe que su situación concreta está llegando al punto de no retorno y se siente completamente incapaz de hacer nada para superarla. Cada vez con mayor frecuencia vienen a su memoria los buenos momentos pasados con la droga, el deseo es cada vez mayor y los pensamientos de volver a consumir también. La recaída le parece que está por completo justificada.

g. El paciente cada vez más a menudo se encuentra en situaciones de alto riesgo o emprendiendo conductas que de forma sutil inducen al consumo (pensamientos relacionados con la obtención y el consumo de drogas, aunque todavía los resiste).

h. El nivel de estrés va en aumento a medida que la vida del paciente discurre por caminos que están fuera de su control; cada vez está más aislado de su sistema de apoyo. Los sentimientos de frustración y de desesperanza desencadenan pensamientos obsesivos sobre el consumo.

i. El impulso por consumir y los niveles de deseo cada vez mayores llevan al paciente a adquirir y consumir la(s) droga(s) de nuevo. Esta es una hipotética secuencia de recaída en el caso de adictos a la heroína y/o cocaína.

Por otro lado se distinguen tres niveles de intervención para las situaciones de crisis. El nivel de **intervención de apoyo o inespecífico** consiste en prestar atención a los problemas y al discurso expresado por el individuo mediante un programa educativo sobre recaídas. Un segundo nivel se denomina de **manipulación ambiental**: p. Ej., encerrarse en casa durante un tiempo, salir acompañado por la familia, evitar situaciones de alto riesgo. El tercero, de **intervención genérica**, se realiza mediante la actuación con una terapia de apoyo, ayuda en la búsqueda de soluciones adaptativas, manipulación

ambiental y guía psicológica anticipatoria, una vez que se conoce el curso general que siguen la mayoría de las crisis, teniendo en cuenta los distintos aspectos expuestos con autoridad sobre la evaluación de la prevención de recaídas.

Estos tres aspectos a considerar en la intervención con un paciente que ha recaído se operacionalizan mediante la aplicación de técnicas de intervención cognitivo conductuales.

1) Educación sobre la prevención de recaídas. Es importante educar al paciente, ante la primera señal que exista de un posible desliz, analizando con él el tipo de situaciones de alto riesgo que existen en su entorno que pueden llevarle a una recaída. También se abordan las actitudes, pensamientos y conductas que pueden dar lugar a una recaída y las posibles estrategias de actuación ante cada una de ellas. Este aspecto educativo de la terapia es más eficaz si se basa en la experiencia personal del paciente. En la terapia individual, el terapeuta y el paciente definen la estrategia a seguir (auto-registros sobre situaciones, conductas, pensamientos y estado emocional). En la terapia de grupo se pide a cada sujeto que exponga al resto de los miembros del mismo, las posibles situaciones de alto riesgo, actitudes, pensamientos y conductas, elaborando dentro de cada grupo un resumen final de todos estos aspectos, así como las estrategias de intervención más adecuadas. En la escuela de padres también es importante educar a las familias sobre determinantes situacionales y conductuales y otros factores que desencadenan la recaída, así como las posibles estrategias de actuación familiar.

2) Vigilar las situaciones de alto riesgo. Una habilidad importante para prevenir las recaídas consiste en aprender a auto-registrar situaciones, pensamientos, conductas, sentimientos y estados de ánimo del paciente a lo largo del proceso de recuperación terapéutica. Aunque es difícil de lograr, la realización de los auto-registros ayuda al

adicto a reconocer con antelación las señales de aviso y los factores de riesgo que dan lugar a un desliz o a una recaída. La adquisición de habilidades de auto-observación puede realizarse en terapia individual, pero si el entrenamiento se hace de forma grupal, es mucho más fácil para el paciente aprender por imitación y retroalimentación de sus compañeros.

3) Control de fallos ocasionales o deslices. La mayoría de los adictos en tratamiento ceden a la tentación en determinadas ocasiones. Estos deslices, de no intervenir, pueden convertirse en una auténtica recaída. Si el individuo los considera como un fracaso, una debilidad personal o una prueba de la carencia de “fuerza de voluntad”, entonces la probabilidad de recaída aumenta. Si por el contrario, el fallo se ve como un error del que se puede aprender para el futuro y que ayuda a la recuperación terapéutica, probablemente no tenga lugar una recaída, por lo tanto, es preciso actuar de forma terapéutica con el drogodependiente entrenándole en estrategias de afrontamiento ante la aparición de fallos o deslices ocasionales.

4) Contrato de contingencias para prevenir recaídas. Este tipo de técnica puede ser de gran utilidad, sobre todo con los pacientes que encuentran muy difícil superar un simple desliz. Un contrato de recaídas consiste en la aplicación de los procedimientos de manejo de contingencias (Bigelow y otros, 1981), y representa una forma de acuerdo entre el terapeuta, el paciente y la familia sobre los pasos a seguir en caso en que se produzca un desliz o una recaída. Este contrato proporciona un método de formalizar o de reforzar el compromiso del paciente para cambiar. Es de gran utilidad con individuos que se caracterizan por un alto nivel de ambivalencia en relación con la superación de la adicción; es decir, se da sobre todo, en adictos que se encuentran al inicio del tratamiento en la etapa de «contemplación» o que, una vez que recaen, regresan a este

estadio de cambio. Para estos pacientes, el contrato especifica las exigencias y los procedimientos a seguir en el caso de producirse un desliz o una recaída. Además, el costo de respuesta de un desliz inicial puede incrementarse, incluyendo una cláusula en el contrato que determine las multas u otros castigos a cumplir en el caso de producirse. Sin embargo, como ha señalado Marlatt (1985), una vez que se produce el desliz, la inclusión de multas u otros castigos puede ser contraproducente y dar lugar a una escala que incremente la probabilidad de una recaída completa; es decir, una vez que tiene lugar un desliz, el paciente puede pensar que la multa es una forma de pagar según lo estipulado en el contrato y, por lo tanto, se siente libre de dar rienda suelta a su consumo una vez que el contrato queda anulado con su planteamiento. Esta técnica debe utilizarse con precaución en sujetos con alto nivel de resistencia al cambio.

Según Marlatt (1985), este tipo de contratos debe considerar los siguientes aspectos: a) en algunos casos, el contrato debe incluir una cláusula con ciertos costos o multas por emprender la conducta prohibida; b) el paciente acepta demorar 20 minutos el primer consumo contados a partir de la primera tentación a emprender la conducta adictiva; este tipo de contrato debe utilizarse para reflexionar y considerar la situación y la conducta de recaída como una lección o decisión, más que como una reacción pasiva a las presiones externas y/o al deseo interior de consumir; c) el paciente está de acuerdo con que de producirse el desliz, la primera vez debe implicar una simple dosis de la sustancia; d) también aceptar esperar varias horas o un día antes de seguir consumiendo, pues el tiempo que transcurre desde el primer desliz es crucial para prevenir una recaída completa y, además, es aquí donde la mayoría de los pacientes experimentan el Efecto de la Violación de la Abstinencia; Durante este periodo el paciente tiene que aplicar procedimientos cognitivos de re-atribución y otras técnicas que el terapeuta considere

apropiadas para esta situación, y e) el contrato debe tener una fecha de finalización, sin que ésta sea muy corta ni muy larga, aproximadamente debe revisarse cada mes; Si el contrato ha dado buenos resultados, la fecha de terminación puede convertirse en una ocasión para consumir y recaer, por lo que el terapeuta debe anticiparse tomando medidas de seguridad en el período de finalización.

5) Planificar crisis y recaídas. Básicamente se trata de un procedimiento de extinción cognitivo conductual. Marlatt (1985) recomienda que se ensayen uno o varios episodios de forma imaginaria o simulada, con la finalidad de extinguir las expectativas autodestructivas que conlleva un desliz ocasional antes de que se llegue a una recaída completa y, de esta manera, anticiparse y prepararse para afrontar situaciones y conductas de alto riesgo. Para ello, se le pide al paciente que imagine vívidamente posibles escenarios de recaída, sentimientos que se elicitarían y qué alternativas tendría disponibles para afrontar con éxito el desliz y/o recaída. Esta técnica de intervención imaginaria facilita que el adicto comience a poner en funcionamiento las técnicas de auto-observación y de afrontamiento, y que se imagine así mismo haciendo frente a esas situaciones (modelado encubierto) generando con antelación las conductas que pondría en funcionamiento para superar con éxito esa situación.

Posteriormente, se procede a desarrollar de manera simulada una o varias situaciones probables de alto riesgo que llevan a la recaída. Esto supondrá para el paciente la ocasión para poner en funcionamiento nuevas respuestas alternativas frente a las crisis que se le presenten (por ejemplo, filmando en vídeo la escena de *juego de roles*). Con ello logra incrementar su propia auto-eficacia, al verse a sí mismo con mayor control sobre la situación.

En el supuesto de que el paciente cometa un desliz o recaiga, el terapeuta realiza un análisis funcional de profundidad con el paciente y la familia sobre la situación y las conductas implicadas en el suceso. También puede realizar un juego de roles para producir la situación de recaída y practicar cuáles serían las técnicas de afrontamiento más eficaces a nivel conductual, cognitivo y emocional para la situación o factor de riesgo.

En determinados casos, durante la intervención psicosocial la programación de una recaída planificada puede ser de gran eficacia terapéutica. Esta técnica, en palabras de Marlatt (1985), *es un procedimiento designado para acentuar el sentido individual de responsabilidad personal y elección en el auto-manejo de un hábito adictivo*. La programación de una recaída es una técnica de intención paradójica similar a los métodos descritos por Haley (1977), que percibe a sus clientes una recaída con finalidad de resaltar su sentido de elección personal y el auto-inicio de la conducta en cuestión. Este tipo de procedimiento se utiliza en los pacientes en los que, a pesar de todos los esfuerzos terapéuticos, la recaída es inminente e inevitable. Para Marlatt (1985), la programación de una recaída tiene las siguientes ventajas: a) en una recaída no programada los efectos de las sustancias tienen un efecto «mágico» para afrontar una situación, por ejemplo, estresante; en la programada, la responsabilidad cambia de la sustancia a una elección personal, es decir, el consumo es una elección personal y una forma alternativa de afrontar la situación; b) al planificar la recaída en una situación y en un período sin estrés, aumenta la posibilidad de desconfirmar las expectativas de resultados positivas para los efectos anticipados de la sustancia adictiva, ya que el paciente espera que la sustancia alivie la ansiedad y la tensión que genera una situación de alto riesgo. Si el programa es una situación neutra y segura se invalidan esas

expectativas, al no existir una necesidad de reducir o eliminar un estado afectivo negativo generado por una situación estresante; c) esta técnica proporciona al paciente la ocasión para experimentar reacciones conductuales y cognitivas al desliz (el Efecto de Violación de la Abstinencia), y ensayar y practicar técnicas de afrontamiento. El procedimiento a seguir en esta técnica se asemeja al empleado en las técnicas de exposición a la señal y prevención de respuestas que se aplican en la deshabitación psicológica, mientras que ahora el procedimiento se aplica para prevenir una recaída.

6) Continuar con el programa de modificación del estilo de vida. La modificación del estilo de vida se inicia en el mismo momento en el que el paciente entra en contacto con el programa de intervención terapéutica, independientemente de la etapa de cambio en que se encuentre (pre-contemplación, contemplación, preparación, acción, mantenimiento y recaída). Como norma general, el terapeuta negocia con el paciente y la familia las actividades que se ajusten más a las propias necesidades y preferencias del paciente. Así, si un individuo tiene un alto nivel de tensión física, se recomienda practicar algún deporte junto con las técnicas de relajación. Si el sujeto ya practicaba con anterioridad a su adicción algún tipo de actividad deportiva, se puede intentar que la retome de forma gradual. Es importante adoptar una actitud de flexibilidad y negociación a la hora de elegir las actividades a realizar para cambiar el estilo de vida, de lo contrario, si el paciente parte de unas metas irreales o inalcanzables, según la etapa de cambio en que se encuentre, lo más probable es que fracase. Para llevar a cabo el cambio de estilo de vida es importante conocer las aficiones del paciente para que empiece a utilizar los recursos comunitarios de la ciudad. En muchos casos, al tener lugar una recaída, los pacientes abandonan la programación de actividades que venían realizando.

7) Reestructuración cognitiva. Ciertas distorsiones pueden generar sentimientos y conductas inadecuados que desencadenan y/o promueven la ocasión para un desliz o una recaída. Estas distorsiones pueden ser de distintas formas: a) sobre-generalizar o llevar a un extremo las implicaciones de ciertas situaciones o acontecimientos; b) adoptar una responsabilidad excesiva por problemas y actos que están más allá de su control; c) preocuparse en exceso y de forma innecesaria sobre problemas que anticipa; d) considerar las cosas en términos dicotómicos, negro o blanco, y e) adoptar una actitud perfeccionista sobre el proceso de recuperación, considerado el más mínimo fallo como una debilidad personal. Este tipo de actitudes, de no intervenir, pueden desencadenar una recaída.

Las técnicas de reestructuración cognitiva posibilitan al paciente la oportunidad para reformular los problemas generando alternativas de solución. El objetivo consiste en cambiar el pensamiento adictivo por otro caracterizado por habilidades de solución de problemas y de estrategias de afrontamiento más eficaces.

8) Entrenamiento en manejo del estrés y de la ira. Si durante el tratamiento el nivel de estrés del paciente es excesivamente alto, su proceso terapéutico puede verse alterado e iniciarse, de este modo, la cadena de la recaída. Distintos factores, además de los citados en la evaluación, pueden contribuir a incrementar este nivel de estrés; por ejemplo, de forma inesperada pueden surgir una serie de eventos vitales que alteran la vida del individuo (muerte de un familiar, tener demasiadas responsabilidades, falta de ejercicio físico, mala alimentación, actitud perfeccionista, comunicación pobre con la familia y los amigos, etc.), según el tipo de estrés que afecte al paciente, la primera intervención consiste en realizar cambios significativos en su estilo de vida, entrenándole para identificar las situaciones que desencadenan la reacción de estrés y

los efectos negativos que tienen en su actitud, estado de ánimo y conducta. En segundo lugar, se puede entrenar al paciente en técnicas de manejo del estrés, siguiendo el procedimiento descrito por Meichenbaum (1987).

También es frecuente encontrarnos con sujetos que tienen especial dificultad en manejar reacciones de ira, siendo éstas desproporcionadas con las situaciones que la provocaron. En este caso, los sentimientos se desplazan, ignoran, suprimen o, incluso, se exteriorizan consumiendo droga o realizando confrontaciones agresivas con los demás. En otros, la ira se reprime, dando lugar a conductas pasivo-agresivas y a síntomas somáticos como úlceras y dolores de cabeza. Una forma adecuada de afrontar este tipo de reacciones consiste en aplicar los procedimientos descritos por Novaco (1979).

9) Revisar los procedimientos de exposición y del manejo del deseo. En caso de producirse una recaída, es recomendable dejar de realizar técnicas de exposición a las señales relacionadas con el consumo de drogas, pues la exposición a este tipo de estímulos, una vez que se ha producido un desliz, incrementa de forma excesiva el deseo y, probablemente, desencadene una recaída. Si no se dispone de una estructura de apoyo suficiente para garantizar que no se dé el consumo de droga, es mejor no aplicar de nuevo, este tipo de técnicas hasta que el adicto retome el programa terapéutico y continúe abstinentes por lo menos durante 15 días.

10) Fomento de redes de apoyo social. Formar parte de un grupo de adictos en tratamiento constituye un mecanismo de autoayuda para los deslices ocasionales. Así mismo, la red familiar puede ser entrenada en la aplicación de técnicas conductuales para intervenir en dichos deslices y en las crisis periódicas que aparecen durante el desarrollo del programa de intervención terapéutica.

En resumen, los distintos procedimientos de intervención enumerados para intervenir en la prevención de deslices y recaídas son algunos de los muchos disponibles en la literatura, pero lo importante es tener en cuenta que el proceso de recuperación de drogodependiente no es lineal, sino más bien circular, como señalaron Prochaska y Diclemente, (citado por Graña, 1994). Durante los tres primeros meses de tratamiento aparecen deslices ocasionales y, a veces, recaídas que pueden llevar al abandono del tratamiento.

Teniendo en cuenta que uno de los aspectos sobre los cuales se hace énfasis en el modelo de Prevencción de Recaídas es el de la auto-eficacia, a partir de esta sección se hará una más exhaustiva revisión de este tema para profundizar en él y justificar el motivo de esta investigación.

Existen distintos factores cognitivos que median en la habilidad de una persona para hacer frente a las situaciones de alto riesgo. El **primero** viene dado por el concepto de auto-eficacia que fue planteado por Bandura en 1977 (Bandura, 1986/1987), como parte de la teoría cognitiva social, en la cual se resalta la influencia que tienen los factores cognitivos sobre la emoción y el afecto. La auto-eficacia se define como los juicios que hacen los sujetos acerca de las capacidades que tienen para alcanzar un nivel de ejecución en una tarea específica, por lo cual es un concepto dinámico que no se refiere al valor percibido del sujeto hacia sí mismo (Bandura 1986/1987). El **segundo** es la expectativa de resultado, que se refiere a la percepción que tiene una persona sobre los efectos de su conducta. Así, si una persona tiene una expectativa de resultado baja, existe una probabilidad mayor de recaída, ya que el individuo no espera tener éxito; la consecuencia puede ser que adopte una conducta potencialmente ineficaz o que elija unas alternativas de afrontamiento menos eficaces. Estas expectativas están influidas por

creencias sociales y culturales, por la autoestima del individuo, por factores ambientales y por el condicionamiento del deseo.

La auto-eficacia percibida se define como los juicios de cada individuo sobre sus capacidades, con base en los cuales organizará y ejecutará sus actos de modo que le permitan alcanzar el rendimiento adecuado (Bandura, 1987). Esta definición fue revaluada por Bandura (1995), especificando que la auto-eficacia es la creencia que tiene la persona acerca de la capacidad propia para producir la ejecución requerida para obtener el éxito, sin estar referida específicamente a una tarea comportamental sino también a la motivación, los procesos cognitivos, los estados afectivos y los eventos ambientales (factores éstos implicados en la problemática de que se ocupa este estudio). De acuerdo a la teoría de la auto-eficacia, las intervenciones de tratamiento son efectivas para aumentar las expectativas del cliente de la eficacia personal. Una expectativa de eficacia es definida como un criterio de que se tiene la habilidad para ejecutar un cierto patrón de conducta (esta se diferencia de una expectativa de resultado, la cual involucra un criterio de las posibles consecuencias que tal conducta producirá). Las expectativas de eficacia son hipotetizadas para jugar un mayor papel no sólo en la iniciación sino también en la generalización y mantenimiento de la conducta de solución. La predicción crucial de la teoría es que la firmeza de las expectativas de eficacia de un cliente determinará la naturaleza de la conducta de solución y cuánto tiempo se mantendrá para enfrentar los obstáculos y experiencias adversas.

La auto-eficacia también se refiere a la percepción que tiene el individuo sobre su capacidad de afrontar una situación prospectiva de alto riesgo. La fuerza de expectativa de eficacia determina que el individuo crea que va a lograr el éxito con la respuesta del manejo de la amenaza.

Algunos autores realizan una diferenciación entre la auto-eficacia de tarea y la auto-eficacia de afrontamiento, siendo la primera la percepción de la propia habilidad para llevar a cabo un comportamiento específico, estando ligada entonces a la definición original de Bandura, y la segunda a las creencias acerca de la habilidad para prevenir, controlar o afrontar las dificultades.

La auto-eficacia de afrontamiento puede verse relacionada con la definición que hacen Sherer y Cols. (1982), sobre la auto-eficacia general y social. La primera hace referencia a los juicios sobre las propias capacidades para ejecutar comportamientos que no están ligados a una situación específica y la segunda referida a los juicios que hace la persona acerca de su habilidad para interactuar con los demás.

Estos autores tienen en cuenta que tanto la auto-eficacia general como la social, implican el deseo de llevar a cabo una conducta, de hacer esfuerzos para completarla y de persistir si se encuentran dificultades.

Después de definir la auto-eficacia es importante tener en cuenta el aporte de Maddux y Lewis (1995), hacen para distinguir tres dominios de auto-eficacia que son: La auto-eficacia comportamental, la cognitiva y la emocional, con el fin de elaborar las estrategias para organizar y entender las creencias de auto-eficacia, así como para diseñar estrategias de intervención psicológica efectiva.

La auto-eficacia comportamental se refiere a los juicios acerca de la propia habilidad para ejecutar una acción específica que implica dominio sobre una situación problemática. La auto-eficacia cognitiva está relacionada con la percepción que tienen las personas de su habilidad para ejercer control sobre los propios pensamientos (Maddux y Lewis, 1995)

Como la auto-eficacia es una cognición, la auto-eficacia cognitiva es una cognición sobre la propia cognición; desde este punto de vista, la percepción de pérdida de control sobre los propios pensamientos es un problema en sí mismo y sólo en la medida en que se facilita la auto-eficacia para el control del pensamiento, la persona puede establecer metas más reales y alcanzables. Por último encontramos la auto-eficacia emocional definida como los juicios de la habilidad para ejecutar acciones que influyen sobre los estados emocionales propios (Maddux y Lewis, 1995)

Bandura (1986/1987) plantea que la auto-eficacia se desarrolla paralela a la evolución de la capacidad cognitiva, de esta manera, a partir del entendimiento que tiene el niño acerca de la influencia de sus actos sobre el medio ambiente y del desarrollo del lenguaje, comienza a comprender las evaluaciones realizadas por los demás respecto a su desempeño, incluyendo las verbalizaciones de padres y maestros y las comparaciones que el niño establece con sus pares.

El auto-conocimiento que tiene el niño se amplía en las relaciones con los padres, los hermanos y posteriormente con los compañeros de estudio. En la escuela se desarrollan las competencias cognitivas, al tiempo que las habilidades requeridas para la solución de problemas, por lo cual el niño debe evaluar las capacidades que tiene frente a las mismas, para ejecutar las tareas requeridas de manera eficaz (Bandura, 1986/1987).

En la adolescencia se presenta un cambio de las demandas del medio y por lo tanto es necesario reevaluar los juicios de auto-eficacia y orientarlos hacia otro tipo de actividades, tales como relaciones heterosexuales y la elección de una carrera. Así mismo, al iniciarse la vida adulta estas demandas se transforman en relaciones de pareja estables, paternidad y ejercicio de la profesión, las cuales con el tiempo se convierten en

inquietudes acerca de la estabilidad laboral, la promoción o el estatus de trabajo, entre otras (Bandura, 1986/1987).

Todos estos cambios, así como los que se presentan en la vejez, como por ejemplo, la disminución de las capacidades físicas o dejar de trabajar, hacen que los sujetos permanentemente tengan que evaluar y reevaluar los juicios que hacen acerca de sus capacidades frente a tareas determinadas, motivo por el cual al hablar de auto-eficacia percibida se hace referencia a un concepto dinámico y no a una estructura particular del sujeto.

Esta dinámica se establece a partir de las experiencias y los procesos psicológicos, los cuales actúan como determinantes de la auto-eficacia y pueden actuar independientemente o en conjunto. Las experiencias incluyen: logros de ejecución, experiencia vicaria, persuasión verbal, estados fisiológicos (Bandura, 1986/1987), estados emocionales y experiencia imaginaria.

Los logros de ejecución hacen referencia a las experiencias reales que tiene el sujeto, aumentando la percepción de auto-eficacia si se realiza una evaluación positiva del desempeño propio en alguna actividad y disminuyendo si la evaluación es negativa.

La experiencia vicaria se refiere a la evaluación que se hace del desempeño y las capacidades propias para realizar actividades a partir de la observación de la ejecución de personas similares a sí mismo.

La persuasión verbal, por su parte, hace referencia a la inducción de creencias referidas a las capacidades del sujeto para ejecutar una determinada acción con un nivel específico de competencia y éxito (Bandura, 1986/1987), es decir, lo que expresan los otros acerca de las capacidades propias.

La última experiencia reconocida por Bandura (1986/1987) como fuente de información acerca de la auto-eficacia, son los estados fisiológicos, debido a que la interpretación que hace el sujeto de su activación somática en diferentes situaciones, hace que se realice una evaluación positiva o negativa para llevar a cabo una acción frente a dicho evento.

Los estados emocionales, se constituyen en fuentes de auto-eficacia pues los juicios de las personas respecto a ésta, parten de estados subjetivos que involucran sentimientos y estados de ánimo, los cuales van más allá de la actividad fisiológica.

Las experiencias imaginarias, se refieren al mecanismo por medio del cual el individuo se imagina a sí mismo y a otros llevando a cabo acciones de afrontamiento con éxito. Esto les permite desarrollar capacidades para anticipar o visualizar posibles situaciones y eventos así como los comportamientos que asumirán frente a los mismos.

Por otra parte, los procesos psicológicos son aquellos que integran la información obtenida por medio de la experiencia e incluyen la memoria, en el caso de las tareas aprendidas previamente, o la sistematización, cuando la persona se enfrenta a situaciones novedosas en las que no conoce las habilidades requeridas ni las dificultades que puedan presentarse, por lo cual es necesario recoger y analizar la información de la situación y de sí mismo para poder actuar. Se resalta que este procesamiento de información se ve sesgado en la medida en que las personas no pueden integrar un número muy alto de factores centrandó su atención en unos cuantos para poder emitir un juicio de auto-eficacia.

La información que es presentada por medio de las fuentes e integrada por medio de los procesos psicológicos, permitirá que el sujeto ubique su eficacia en unos niveles específicos, dependiendo de la situación. Dichos niveles influyen en el pensamiento, el

comportamiento y la respuesta afectiva de los sujetos, siendo así como los juicios de las propias capacidades de ejecución afectan la escogencia de actividades, pues las personas realizan de mejor manera las tareas que consideran que se encuentran dentro de su rango de eficacia que aquellas que superan sus capacidades, llegando incluso a evitarlas por no fracasar, aún cuando tengan las habilidades para llevarlas a cabo con éxito (Bandura,1986/1987).

De igual forma la auto-eficacia influye sobre el grado de esfuerzo que hace el sujeto para completar la tarea y la persistencia que tenga en la misma, por lo tanto los sujetos que tienen baja auto-eficacia tienden a disminuir los esfuerzos y a abandonar más fácilmente. Por otra parte, las consecuencias de la auto-eficacia a nivel cognitivo implican una modificación en los procesos críticos para la ejecución de las tareas, tales como la adquisición de nuevos comportamientos, la formulación de estrategias, las actividades memorísticas y las atribuciones de éxito.

En cuanto a las respuestas afectivas, la auto-eficacia modifica la ansiedad y la depresión frente a situaciones estresantes, disminuyendo la primera si el nivel de auto-eficacia es alto y aumentando la segunda si el nivel de auto-eficacia es bajo.

La auto-eficacia percibida desempeña un rol único en el área de las conductas adictivas. Tales creencias influyen tanto sobre el desarrollo inicial de los hábitos adictivos como sobre el proceso de modificación de conducta que conlleva el cese de tales hábitos y el mantenimiento de la abstinencia. En la adquisición y en la modificación del hábito del tabaquismo, por ejemplo, los individuos se enfrentan a la elección entre empezar a fumar o no hacerlo (iniciación), y para los fumadores, entre tratar de dejarlo o no. Es importante señalar que la auto-eficacia puede influir tanto en la prevención de la aparición de la conducta adictiva (auto-eficacia de resistencia) como

en la facilitación de los procesos de cese (auto-eficacia para manejar la crisis de recaída).

La auto-eficacia puede introducir a una persona en una conducta adictiva así como prevenir su aparición, dependiendo de las metas y de las expectativas de resultados personales. Por ejemplo, si los jóvenes creen que fumar, beber o consumir otras drogas les hacen parecer mayores o les proporcionan otras ventajas, la cuestión de la eficacia se dirige a las conductas requeridas para experimentar o iniciar el hábito. A menudo se produce un conflicto entre la auto-eficacia de resistencia (para “Decir solamente NO”) y las presiones de los compañeros para hacerlo (“Decir solamente sí”). Un conflicto similar se produce al tratar de abandonar los hábitos adictivos. Si el fumador cree que la nicotina favorece su nivel de funcionamiento o le ayuda a no coger peso, se pone en peligro la eficacia relativa a la propia habilidad para abandonar el hábito. Los conflictos de este tipo, entre comenzar o no comenzar o entre abandonar o no abandonar, caracterizan de forma única el problema de la conducta adictiva.

A continuación se analiza el rol de la auto-eficacia en la modificación de las conductas adictivas tanto para generar un cambio como para mantenerlo a lo largo del tiempo (Prevencción de Recaídas). La mayor parte de las investigaciones efectuadas hasta ahora sobre la auto-eficacia y la adicción se refieren a las dos sustancias más frecuentemente consumidas por la población general: tabaco y alcohol. (Marlatt y Cols., Citados por Bandura, 1999).

En un documento reciente relativo al rol de la auto-eficacia percibida sobre las conductas adictivas, DiClemente y cols., Citados por Bandura, 1999) describen cinco tipos diferentes de auto-valoraciones de eficacia: (1) *auto-eficacia de manejo*, referida a “la confianza en la propia habilidad para manejar satisfactoriamente situaciones

específicas como resistirse a las presiones de los amigos para consumir sustancias o hablar con alguien cuando se está emocionalmente angustiado en lugar de emplear la sustancia adictiva”; (2) *auto-eficacia para la conducta de tratamiento*, referida a la confianza del cliente en su habilidad para ejecutar tareas requeridas con el fin de lograr el cambio personal, como por ejemplo el auto-monitoreo; (3) *auto-eficacia de recuperación*, relativa a los juicios de la capacidad para recuperarse de la recaídas y los lapsos; (4) *auto-eficacia de control*, relativa a la capacidad percibida para controlar o moderar la conducta en cuestión (ejemplo, evitar el consumo excesivo de alcohol o de alimentos) y (5) *auto-eficacia de abstinencia*, relativa a las propias capacidades percibidas para abstenerse del consumo de sustancias adictivas. Estos cinco tipos de auto-eficacia están vinculados al tratamiento y prevención de recaídas. Se podía hacer una nueva clasificación que incluya la auto-eficacia tanto para la iniciación como para la posterior modificación de las conductas adictivas. En la fase de iniciación, se establece una diferencia entre (1) *auto-eficacia de resistencia*, los juicios sobre la propia capacidad para evita el consumo previo a la iniciación del hábito y (2) *auto-eficacia para la reducción del mal*, eficacia para la reducción del riesgo tras el uso inicial. En la fase de modificación de conducta, (3) *auto-eficacia de acción*, o la confianza en las propias capacidades para alcanzar la meta deseada de la abstinencia o del consumo controlado, se diferencia de la auto-eficacia para el mantenimiento a largo plazo de la modificación alcanzada. En la eficacia de mantenimiento pueden diferenciarse además (4) la *auto-eficacia de manejo*, relativa a la eficacia anticipatoria para manejar las crisis de recaídas y (5) la *auto-eficacia de recuperación*, que implica el restablecimiento del manejo tras los episodios de recaídas.

El desarrollo de un patrón de conducta adictiva conlleva dos fases. La primera consiste en el uso inicial o experimentación con la sustancia. Los programas de prevención primaria se han centrado en el fomento de la auto-eficacia de resistencia para impedir el consumo inicial de las drogas. Sin embargo, una vez que el individuo cruza la barrera de la abstinencia, ya no entra en función la eficacia para mantenerse sin el consumo de la droga. la segunda fase consiste en la prevención secundaria, a saber, la eficacia para reducir la cantidad de daño que se experimenta. Aquí la auto-eficacia se dirige hacia las conductas destinadas a minimiza el riesgo o daño del consumo continuado de la droga, incluyendo tanto el consumo moderado como la abstinencia.

Una vez establecida una conducta adictiva, el individuo puede o no embarcare en un intento de cambio. En términos de los “estadios de cambio” propuestos por Prochaska y DiClemente (1992), Citado por Bandura (1999), los individuos que han avanzado desde la fase de pre-contemplación (no consideran el cambio) hasta el de contemplación están considerando la posibilidad de avanzar a los estadios de preparación y acción de cambio de hábito. La auto-eficacia para la acción que implica la reducción o eliminación de una conducta adictiva es un factor crítico, que comienza con el compromiso de actuar (ejemplo, elegir una fecha para dejar de consumir).tanto la eficacia de manejo (confianza en la propia habilidad para resistirse a la recaída) como la eficacia de recuperación (confianza en la propia habilidad para recuperarse de una recaída) son centrales para el estadio de mantenimiento de la modificación de hábitos.

En 1991 Bandura afirmó: “la eficacia percibida puede influir sobre todas las fases del cambio personal –cuando las personas contemplan la posibilidad de modificar sus hábitos de salud, cuando tratan de reunir la motivación y la perseverancia necesarias

para tener éxito en caso de decidir hacerlo y cuando mantienen adecuadamente los cambios que han logrado”

Muchas personas con problemas de conductas adictivas permanecen atascadas en los estadios de la pre-contemplación del cambio de conducta. Las personas que se mantienen en la fase de pre-contemplación pueden estar estancadas porque se perciben a sí mismas como incapaces de abandonar el consumo de la droga y por lo tanto ni siquiera tratan de dejarla. Las personas que contemplan la posibilidad, pueden posponer la acción inicial porque dudan de su eficacia de cambio. DiClemente y Hughes (1990) Citados por Bandura (1999), evaluaron la auto-eficacia para la abstinencia en el contexto de los estadios del modelo de cambio con clientes alcohólicos participantes en un programa de tratamiento externo. Se observó que tanto la auto-eficacia para la abstinencia como las tentaciones de beber estaban relacionadas con el estadio de cambio de cada cliente. Entre aquellos que se encontraban en el estadio de pre-contemplación o de contemplación, los clasificados como no implicados o desanimados en relación al cambio tenían el nivel más bajo de auto-eficacia y los niveles más altos de tentaciones.

Una vez que el individuo haya superado el estadio de acción del cambio personal, el desafío consiste en el mantenimiento a largo plazo. Los índices de recaídas son altos para la modificación de una conducta adictiva. En el modelo cognitivo conductual de recaídas presentado por Marlatt y Gordon (1985) (Citado por Bandura, 1999), la auto-eficacia desempeña un rol crítico. Como ya se ha dicho anteriormente cuando se explicó este modelo, los individuos en la fase de mantenimiento se enfrentan muchas veces con situaciones de alto riesgo para las recaídas. Como también se ha dicho ya, éstas pueden adoptar la forma de estados emocionales negativos, conflictos interpersonales o presiones sociales para consumir la sustancia. Tales situaciones pueden propulsar un

desliz inicial salvo que el individuo ponga en funcionamiento estrategias de manejo efectivas. La auto-eficacia baja para el manejo de situaciones de alto riesgo se produce a menudo en conjunción con las expectativas de resultados positivos para el consumo de sustancias.

Las técnicas de prevención de recaídas están diseñadas para fomentar la auto-eficacia para el manejo de las situaciones de alto riesgo, de las urgencias y de las tentaciones (Chaney, O'Leary y Marlatt,1978) Citados por Bandura,1999. La investigación de Shiffman (1984/1985) demuestra el rol crítico del manejo conductual y cognitivo en la prevención de recaídas cuando el sujeto trata de dejar de fumar. También se ha observado que la auto-eficacia de manejo es un predictor importante de los resultados del tratamiento de adolescentes que abusan de drogas (Myers, Brown y Mott,1993) Citados por Bandura,1999.

Los individuos en el estadio de mantenimiento del cambio de hábito a menudo experimentan deslices o recaídas a medida que progresan. Las reacciones propias a tales reveses pueden debilitar la eficacia para el mantenimiento a largo plazo, provocando recaídas e incluso el abandono definitivo del cambio de hábito que ha iniciado.

La auto-eficacia se asocia sistemática y significativamente con los esfuerzos por abandonar las conductas adictivas (auto-eficacia de acción), el éxito en los intentos iniciales (auto-eficacia de manejo) y recaídas (auto-eficacia de recuperación). Los juicios de auto-eficacia reflejan logros en el tratamiento, y tales juicios a menudo son predictores significativos de las conductas siguientes incluso cuando otros predictores están estadísticamente controlados. Sin embargo, los estudios varían en el uso de diferentes escalas de eficacia, en el marco temporal de la predicción conductual, el tipo

de predicción conductual y la magnitud de las relaciones observadas. La aplicación de la teoría de la eficacia a las diferentes conductas adictivas sólo está en sus comienzos.

Wilson (1978, 1979, 1980) Citado por Hester y Miller, 1986, ha proporcionado un excelente análisis de cómo la teoría de la auto-eficacia puede ser usada en explicación del mantenimiento de los efectos del tratamiento del alcoholismo y el proceso de recaída en los alcohólicos. La mayoría de los programas de tratamiento tradicionales del alcoholismo, incluyendo el de Alcohólicos Anónimos, inculcan la creencia de que los alcohólicos tienen una enfermedad irreversible que los vuelve extraordinariamente vulnerables a la acción de los efectos del alcohol, tanto que la larga vida de abstinencia es esencial. Ya que los alcohólicos son cualitativamente diferentes de los no alcohólicos, los primeros jamás serán capaces de ejercer control voluntario sobre el consumo una vez que éste ha sido iniciado.

La teoría de la auto-eficacia puede predecir que la evitación del consumo (abstinencia), aún por un período de años puede ser que no desarrolle un sentido de auto-eficacia acerca de cómo arreglárselas con el alcohol. Determinadas las expectativas de baja auto-eficacia la conducta de solución puede ser fácilmente extinguida al enfrentar experiencias difíciles encontradas al permanecer sobrios en el ambiente natural. En adición, las expectativas de resultado enfatizan en la seguridad de un retorno a un consumo descontrolado después de un único trago puede tender a una función como una profecía de auto-cumplimiento, aumentando drásticamente la gravedad de cualquier episodio de recaída.

Un factor relacionado puede ser la expectativa para aumentar la severidad de un episodio de recaída en "catastrófico" (Bandura, 1978; Ellis, 1970). Los individuos con expectativas de baja eficacia o auto-duda aguda acerca de su habilidad de manejar el

consumo, puede ser esperado como "catastrófico" las consecuencias y sentimientos de que todos estarán perdidos siguiendo una única experiencia de fracaso. Raramente los programas de tratamiento tradicionales para el alcoholismo sistemáticamente enseñan al alcohólico habilidades auto-regulatorias y sociales para arreglárselas con las consecuencias típicamente asociadas con recaídas. La preparación cognitiva para "deslices" (de una de dos, la abstinencia o el consumo controlado, como objetivos), e instrucciones en estrategias de solución apropiadas pueden ser esperadas para minimizar los efectos de episodios de recaídas potenciales.

En resumen, la teoría de la auto-eficacia puede parecer que tiene implicaciones importantes para el análisis del fenómeno de las recaídas para alcohólicos. Extrapolando de la teoría de la auto-eficacia al área del alcoholismo, nosotros podemos predecir que los efectos durables del tratamiento (i.e., efectos que se generalizarán a través del tiempo y ambiente) pueden ser una función del desarrollo de unas firmes expectativas de eficacia con respecto a arreglárselas con las situaciones relacionadas con el alcohol en el ambiente natural. Ya que la mayoría de los clientes alcohólicos participan en consumos esporádicos en el post-tratamiento, puede parecer crucial que los clientes desarrollen un sentido de capacidad personal para tratar con los incidentes de consumo. La teoría de la auto-eficacia puede sugerir que no es la conducta en sí de ingestión de alcohol la responsable de una plena explosión de recaída en el período de post-tratamiento; mas bien es el sentido que el consumo tiene para el cliente, las estrategias de solución que el cliente tiene disponibles, y la persistencia con la cual el cliente participa en la conducta de solución, la cual en su oportunidad es dependiente de la presencia de fuertes expectativas de eficacia.

Las pruebas empíricas de la teoría de la auto-eficacia a través de diferentes tipos de disfunciones conductuales, incluyendo el alcoholismo, están en la infancia. Algunos resultados prometedores han empezado a aparecer en la literatura sobre el poder predictivo de las clases de auto-eficacia con relación al post-tratamiento de la conducta de fumar (Condiote y Lichtenstein, 1981; Prochaska, Crimi, Lapsanski, Martel y Reid, 1982) y la conducta de beber (Condra, 1982; Rist y Watzl, 1983; Stiemerling, 1983). Sin embargo, el uso de la teoría de auto-eficacia para diseñar sistemáticamente un programa de tratamiento con elementos específicamente dirigidos al mantenimiento de cambio ha sido largamente restringida para el trabajo de Bandura y sus colegas en relación con la fobia a las serpientes y más recientemente a la agorafobia (Bandura, Adams, Hardy y Howells, 1980; Hardy, 1976) citado por Hester y Miller, 1986.

¿Qué principios pueden ser derivados de la teoría de la auto-eficacia para diseñar un programa de prevención de recaídas para alcohólicos? ¿Cuáles estrategias de tratamiento que han sido empleadas con otras disfunciones conductuales han mostrado promesas en el mantenimiento del cambio durante el tiempo? Se ha propuesto que trabajos empíricos para los datos de los estudios de laboratorio del aprendizaje social y las pruebas clínicas de la teoría de la auto-eficacia sustentan la extrapolación de los siguientes principios para el desarrollo de un modelo de tratamiento para las recaídas.

En cuanto a las investigaciones realizadas durante los últimos tiempos se puede resumir lo siguiente; se han realizado estudios en los cuales se han aplicado métodos cognitivo-conductuales para la rehabilitación y se han hecho seguimientos por períodos que van desde los seis meses hasta seis años luego de concluido el programa o de iniciada la abstinencia. Se dice que el alcoholismo al igual que muchas otras adicciones, es una condición crónica con un alto riesgo de recaídas. Estudios acerca de los

resultados de los tratamientos han reportado tasas de 80% o más de recaídas en seis meses de post-tratamiento luego que fueron dados de alta (Armor, Polich y Stambul,1978; Gothiel, Thornton, Skolada y Alterman,1979) y se ha encontrado que los resultados de consumo de individuos son altamente inestables a lo largo del tiempo (Annis y Ogborne,1983; Finen, Modas y Newborn, 1980; Litman, Eiser y Taylor, 1979). Aunque los resultados de los seguimientos típicamente han sido pobres, los programas de tratamiento han sido, en general, altamente exitosos en el inicio del cambio de conductas en sus clientes. En efecto, los reportes de alcohólicos en comunidad plantean que muchos de ellos tienen poca dificultad en los períodos iniciales de abstinencia en sí mismos. El problema en el alcoholismo, como en otras conductas adictivas es el mantenimiento del cambio a lo largo del tiempo. Como resultado de las desilusionantes tasas de remisión después de un tiempo determinado el tratamiento, ha habido una tendencia a asumir que es necesaria una programación intensa o el desarrollo de paquetes de tratamiento multimodales más comprensivos. Esta solución para reducir las tasas de recaída, es probablemente un serio efecto excepto que se reconoce que los componentes de tratamiento tradicional debían de ser diseñados específicamente para aumentar el mantenimiento de cambio en las conductas.

Aunque hay aún una escasez de conocimiento acerca de los mecanismos de recaídas en el alcoholismo, hay incluso una mayor escasez de investigaciones acerca de qué manera los individuos que han sido tratados en el alcoholismo sobreviven - esto es, no reanudan el consumo abundante. En los estudios de recaída, se han estado investigando no sólo las causas de las recaída sino, igualmente importantes consideraciones sobre las maneras que los pacientes han encontrado para evitar recaídas y mantener la supervivencia.

Un primer modelo de supervivencia hipotetizó que había una interacción entre a) situaciones percibidas como peligrosas para el individuo en las que se pueden precipitar recaídas; b) el arreglárselas con estrategias disponibles dentro del repertorio del individuo para afrontar esas situaciones; c) la percepción de eficacia de estas conductas para solucionar problemas; d) la auto-percepción y la autoestima del individuo y el grado de aprendizaje de la impotencia con la cual ellos ven su situación. Si el individuo se considera a sí mismo como una víctima desvalida de sus sentimientos, su situación o su personalidad ellos probablemente serán incapaces de tomar una acción apropiada para evitar la recaída. Por otra parte, si una persona aprende conductas de afrontamiento, estrategias y percepción de sí mismo para ser efectivo, esto puede dirigir a cambios positivos en su auto-percepción y autoestima. Concurrente con estos cambio es la retro-alimentación del ambiente social. Por tanto, los procesos de aumento de la autoestima son generados por fuentes externas al igual que internas.

En el estudio original se desarrollaron cuestionarios formales diseñados para elicitación de información sobre respuestas, actitudes y estrategias que caracterizan los intentos del cliente para evitar las recaídas. Los cuestionarios cubren las siguientes áreas: a) situaciones que fueron peligrosas para el individuo - El Inventario de Precipitantes de Recaídas (RPI); b) Las Estrategias De Solución que el individuo ha usado para evitar la recaída - El Inventario de Conductas para Solucionar (CBI); qué tan efectivas son percibidas estas estrategias de solución - Inventario de Eficacia de las Conductas de Solución (ECBI); y de qué manera los individuos se veían a sí mismos como dependientes del alcohol - El Inventario de Dependencia (DI).

Cuando se compararon recaídos y sobrevivientes en esta muestra (Litman, Eiser, Rawson y Oppenheim, 1979) surgieron algunas diferencias interesantes. Los puntajes de

los recaídos en el RPI fueron significativamente superiores que los de los sobrevivientes, indicando que en la mayoría de las situaciones percibidas como peligrosas la mayoría de ellos recayó. Los altos puntajes en el Afecto Desagradable, componente del RPI discriminando entre los grupos. Los resultados indican también que individuos quienes adoptan una multiplicidad de estilos de solución - una flexibilidad que les capacita para arreglárselas con una variedad de situaciones peligrosas- es más probable que sobrevivan. El discriminador más intenso entre recaídos y sobrevivientes fue la percepción de control cognitivo como una conducta de solución efectiva.

Uno de los factores involucrados en la recaída es el hecho que los alcohólicos vuelvan a un mundo que guarda muchos peligros tanto internos como externos que pueden precipitar la reanudación del consumo excesivo. La literatura sobre precipitantes de recaída no es extensa. Hore, (1971) interrogó a 22 pacientes para guardar un registro de su nivel de ansiedad diaria, anhelo y depresión en un periodo de 12 meses y concluyó que no había relación entre el Estado de Ánimo y posteriores recaídas. Sin embargo Marlatt (1979), analizando las respuestas de un grupo de 70 pacientes encontró que el 8% de estos sujetos reportaron Afecto Negativo previo a la recaída, un descubrimiento que concuerda con los resultados del estudio original de Litman. Hodgson y Rankin (1982) teorizaron que la conducta de afecto excesivo podía ser conceptualizada como un discriminante operante que puede ser modificado por exposición a indicadores de consumo. En su único estudio de recaídas (Hodgson y Rankin, 1976) reportaron modestos éxitos en el caso de exposición a indicadores para modificar la conducta de beber.

En el campo del alcoholismo también a menudo se ha asumido que los pacientes que consiguen evitar la recaída es por que las restricciones externas de su ambiente

condujeron a la sobriedad o por que ellos poseen suficiente "fuerza de voluntad" para evitar la recaída. Mas recientemente, Sobell y Sobell (1973) incluyeron como parte de su programa de tratamiento espectro-abierto que se van involucrando la identificación de estímulos discriminativos para el consumo y la generación de conductas alternativas más apropiadas. La categoría de Marlatt (1979) de Situaciones de Recaída, proporciona las bases para el entrenamiento en habilidades de Prevención de Recaídas (Chaney, O'Leary y Marlatt, 1978). Sánchez - Craig y Walfer (1982), intentaron enseñar habilidades de solución a alcohólicos crónicos en un ambiente de albergue de paso, pero concluyeron que los sujetos fueron incapaces de recordar estrategias un mes después de finalizar el programa y atribuyeron este fracaso de retención a la carencia de relevancia percibida y aplicabilidad de estrategias. Muchos de los trabajos citados aquí han estado concentrados en situaciones -conductas específicas o laboratorio- alternativas derivadas. Poca atención ha sido retribuida a la habilidad propia del alcohólico para concebir estrategias para afrontar situaciones que dispararon el consumo abundante en el pasado.

Aunque se ha demostrado que hay una relación directa entre la percepción de eficacia de las conductas de solución y las consecuencias posteriores, no se ha demostrado la dirección de la causalidad. Puede ser que los sobrevivientes en este estudio ciertamente perciben que la eficacia de las conductas de solución trabaja para ellos basados en las experiencias pasadas. Puede igualmente ser que en creencia en la eficacia de estas conductas los condujeron a una conducta con consecuencias o resultados positivos. Hasta que esto sea evidenciado en pruebas clínicas comprobadas, parece razonable plantear que en los ambientes de programas clínicos enseñar conductas de solución efectivas, no sólo puede reforzar estas conductas construidas dentro del programa, sino que los pacientes pueden estar consciente y consistentemente al tanto de

la eficacia de lo que ellos pueden hacer. Este estudio empieza a plantear cómo las percepciones y creencias utilizadas junto con los métodos conductuales afectan la supervivencia más que la recaída.

El problema de esta investigación es ¿Qué efectos tiene la aplicación de un programa para incrementar la auto-eficacia y disminuir la ansiedad sobre la Prevencción de Recaídas en adultos asistentes a un tratamiento de rehabilitación de drogadictos y alcohólicos?

El **objetivo general** fue determinar el grado de influencia la auto-eficacia y de la ansiedad sobre la Prevencción de Recaídas en personas que se encuentran en un centro de rehabilitación, para de esta manera disminuir la probabilidad de que éstos reincidan en comportamientos adictivos y en el consumo de sustancias. **Los objetivos específicos fueron:**

1. Evaluar el nivel de auto-eficacia y de ansiedad de los participantes antes de la intervención.
2. Implementar un programa encaminado a aumentar el nivel de auto-eficacia y disminuir el de ansiedad de los participantes del grupo experimental.
3. Fomentar el auto-conocimiento y autocontrol de los sujetos por medio de técnicas adecuadas para cada caso.

Las variables de esta investigación fueron las siguientes: **Variable independiente:** programa para incrementar la auto-eficacia y disminuir la ansiedad. **Variable dependiente:** índice de recaídas.

CONTROL DE VARIABLES:

QUE	PARA QUE	POR QUE
Sexo	Homogenizar la muestra y los resultados	investigaciones han demostrado que las diferencias de género ocasionan sesgos en los resultados.
Fase de tratamiento	Controlar la mortalidad en la investigación.	En la fase de internado del tratamiento se está trabajando la concientización, proyección y mantenimiento de la abstinencia.

HIPÓTESIS

H1. El índice de recaídas en el Grupo Experimental (GE) es menor que el índice de recaídas en el Grupo Control luego de la aplicación de un programa de auto-eficacia.

H0. El índice de recaídas en el Grupo Experimental es igual o mayor que el índice de recaídas en el Grupo Control luego de la aplicación de un programa de auto-eficacia.

Método***Tipo de diseño***

Diseño con pre-prueba y post-prueba con grupo control.

01 X1 02

01 02

Participantes

Se trabajó con 25 sujetos hombres con edades que oscilan entre los 18 y 50 años de edad que están en un programa de rehabilitación de tipo paciente interno quienes están en tratamiento para la drogadicción. Estas personas poseen un nivel socio-económico medio-medio a medio-alto y un nivel de estudios medio-alto (Bachilleres y universitarios). La asignación fue hecha al azar ubicando 13 sujetos en el grupo experimental y 12 en el grupo control. El método utilizado para la aleatorización fue el de pedazos de papel.

Instrumentos

En esta investigación se midieron dos aspectos: ansiedad y auto-eficacia, para tal efecto se emplearon pruebas estandarizadas las cuales fueron:

El IDARE (Inventario de Ansiedad: Rasgo-Estado), cuyos autores son Charles D. Spielberger y Rogelio Díaz-Guerrero (El título original de la prueba es STATE-TRAIT ANXIETY INVENTORY o STAY según sus siglas en inglés) 1975.

Esta es una prueba que está constituida por dos escalas de auto-evaluación separadas que se utilizan para medir dos dimensiones distintas de la ansiedad: 1. la llamada Ansiedad-Rasgo (A-Rasgo) y 2. la denominada Ansiedad-Estado (A-Estado).

La escala A-Rasgo consta de veinte afirmaciones en las que se pide a los individuos describir como se sienten generalmente. La escala A-Estado también consta de veinte afirmaciones pero las instrucciones requieren que los sujetos indiquen como se sienten en un momento dado. La confiabilidad de esta prueba es alta ya que oscila para la escala Ansiedad-Rasgo entre .86 y .92 para estudiantes universitarios de primer año (hombres y mujeres), universitarios no graduados y de bachillerato, y para la escala de Ansiedad-Estado oscila entre .83 y .92 en las mismas poblaciones.

El IDARE es un instrumento útil y versátil para la medición, tanto de la Ansiedad-Estado como de la Ansiedad-Rasgo y su contenido, su validez de constructo y concurrente se comparan favorablemente con otras pruebas de ansiedad publicadas. La confiabilidad Test-Retest (Estabilidad) de la escala A-Rasgo del IDARE es relativamente alta, pero los coeficientes de estabilidad para la escala A-Estado tienden a ser bajos, como era de anticiparse en una medida que ha sido diseñada para ser influenciada por factores situacionales. Tanto la escala A-Rasgo como la A-Estado tienen un alto grado de consistencia interna. Spielberger y Díaz-Guerrero, 1968.

La auto-eficacia por su parte, se evaluará por medio de la escala denominada Self-Efficacy Scale (SES), elaborada por Scherer, Maddux, Mercadante, Prentice-Dunn, Jacobs y Rogers (1982) la cual es un instrumento de auto-reporte.

Esta escala consta de veintitrés ítems que miden las expectativas de auto-eficacia las cuales se encuentran divididas en dos subescalas que permiten obtener información acerca de la auto-eficacia general y auto-eficacia social, teniendo en cuenta tres áreas en particular: deseo de iniciar un comportamiento, deseo de hacer un esfuerzo para completar un comportamiento y persistencia frente a la adversidad (Scherer y Cols., 1982).

La auto-eficacia general es definida por los autores como la creencia que tienen las personas para tener un desempeño exitoso sin hacer referencia a un dominio específico de comportamientos, mientras que la auto-eficacia social es definida como las creencias que se tiene sobre las propias habilidades para interactuar efectivamente con otras personas (Scherer y Cols., 1982). Esta escala parte de la base de que las expectativas personales de dominio sobre una situación son las que determinan en mayor medida el cambio comportamental. Así mismo se considera que las diferencias individuales en las

experiencias pasadas y las atribuciones realizadas llevan a diferentes niveles de expectativas de auto-eficacia.

La escala de auto-eficacia tiene siete ítems de control que no son puntuados, diecisiete ítems para determinar auto-eficacia general y seis para auto-eficacia social, con un total de treinta ítems. La calificación se realiza transformando las letras en números teniendo en cuenta que entre mayor sea el puntaje, mayor es la percepción de auto-eficacia.

La consistencia interna de este instrumento es de .86 para la subescala general y de .71 para la subescala social. En cuanto a la validez se ha demostrado una alta predicción de la escala en tanto que los sujetos que obtienen altos puntajes tienen un éxito mayor en las situaciones y mayor persistencia si hay dificultades que aquellos que tienen puntajes bajos (Sherer y Cols., 1982).

Procedimiento

El primer acercamiento que se tuvo con la población fue vivir la experiencia por la cual ellos pasan al ingresar a la institución en la modalidad de hospital día. Seguidamente se experimentó el internado asumiendo los mismos roles y estando al mismo nivel que los residentes. Una vez conocida la población y la dinámica de la comunidad terapéutica se procedió a iniciar el trabajo. Al grupo de residentes hombres se les aplicó las pruebas psicológicas para medir auto-eficacia (apéndice A) y ansiedad (apéndice B). Luego durante tres meses se implementó un programa para incrementar la auto-eficacia y disminuir la ansiedad en el grupo experimental (apéndice C) y finalmente a ambos grupos se les volvió a aplicar las pruebas para evaluar las áreas ya mencionadas.

Resultados

El objetivo de la presente investigación fue determinar el grado de influencia de un programa para incrementar la auto-eficacia y disminuir la ansiedad sobre la prevención de recaídas en un grupo de hombres que asisten a un programa de rehabilitación de la drogadicción.

Se procedió a recolectar la información por medio de las pruebas realizadas y posteriormente se hizo el análisis estadístico correspondiente. Se realizó un análisis de pruebas t para muestras emparejadas en cada una de las pruebas, como se dijo antes en la descripción de éstas, ambas constan de dos subdivisiones, por lo tanto el análisis se hizo para cada una de estas sub-pruebas y además se hizo una comparación del pre-test y post-test para cada grupo y del post-test para ambos grupos. A continuación se presentan las tablas correspondientes a dichos datos.

En lo que se refiere a la Auto-eficacia general en el grupo control se obtuvieron los siguientes resultados:

PRETEST	POST-TEST	Prueba t para medias de dos muestras emparejadas		
55	62			
60	67		<i>Variable 1</i>	<i>Variable 2</i>
47	69	Media	55,75	61,75
61	49	Varianza	40,916667	80,91666667
		Observaciones	4	4
		Coefficiente de correlación de Pearson	-0,6271011	
		Diferencia hipotética de las medias	0	
		Grados de libertad	3	
		Estadístico t	-0,8615498	
		P(T<=t) una cola	0,2261474	
		Valor crítico de t (una cola)	2,353363	
		P(T<=t) dos colas	0,4522948	
		Valor crítico de t (dos colas)	3,1824493	

La auto-eficacia general del grupo control aumentó para el post-test, sin haber participado del programa. De 55,75 aumentó a 61,75. Sin embargo esta diferencia no es estadísticamente significativa, puesto que el estadístico t fue de $-0,86154079$, mientras que el valor crítico de t para una sola cola fue de $2,353363016$, esto significa entonces que el grupo control está prácticamente igual en lo que se refiere a la auto-eficacia general antes y después del programa; a continuación se podrá observar la tabla que muestra los resultados de esta misma variable en el grupo experimental:

PRETEST	POST-TEST	Prueba t para medias de dos muestras emparejadas	
		<i>Variable 1</i>	<i>Variable 2</i>
62	61		
49	59		
42	53	Media	51,5
54	64	Varianza	39,714286
48	61	Observaciones	8
47	41	Coefficiente de correlación de Pearson	0,1317881
53	60	Diferencia hipotética de las medias	0
57	39	Grados de libertad	7
		Estadístico t	-0,8516583
		P(T<=t) una cola	0,2112899
		Valor crítico de t (una cola)	1,8945775
		P(T<=t) dos colas	0,4225799
		Valor crítico de t (dos colas)	2,3646226

Aún cuando se observa una diferencia entre los promedios del pre-test y del post-test para este grupo, la diferencia tampoco alcanza a ser estadísticamente significativa; es decir, no se evidencia la influencia del programa en el incremento de la auto-eficacia general. El estadístico t no es significativo.

Al realizar una comparación entre el post-test del grupo control y del grupo experimental se dieron los siguientes resultados en la variable que ha analizado hasta el momento, los resultados de ésta se presentan de forma detallada en la tabla a través de un análisis del estadístico t.

CONTROL EXPERIM.		Prueba t para dos muestras suponiendo varianzas desiguales	
		<i>Variable 1</i>	<i>Variable 2</i>
62	61		
67	59		
69	53	Media	61,75
49	64	Varianza	80,916667
	61	Observaciones	4
	41	Diferencia hipotética de las medias	0
	60	Grados de libertad	7
	39	Estadístico t	1,240788
		P(T<=t) una cola	0,1273266
		Valor crítico de t (una cola)	1,8945775
		P(T<=t) dos colas	0,2546533
		Valor crítico de t (dos colas)	2,3646226

Se observa, contrario a lo esperado, que el promedio en la auto-eficacia general es menor en el grupo experimental comparado con el grupo control, después de aplicado el programa. Sin embargo esta diferencia no alcanza a ser estadísticamente significativa, lo cual permite concluir que los dos grupos son prácticamente iguales en sus niveles de auto-eficacia general, después de aplicado el programa.

En la próxima tabla se encuentran los resultados obtenidos por el grupo control en la escala de la auto-eficacia social:

PRETEST	POST-TEST	Prueba t para medias de dos muestras emparejadas	
		<i>Variable 1</i>	<i>Variable 2</i>
15	19		
17	17		
16	13	Media	16
16	15	Varianza	0,6666667
		Observaciones	4
		Coefficiente de correlación de Pearson	-0,3162278
		Diferencia hipotética de las medias	0
		Grados de libertad	3
		Estadístico t	0
		P(T<=t) una cola	0,5
		Valor crítico de t (una cola)	2,353363
		P(T<=t) dos colas	1
		Valor crítico de t (dos colas)	3,1824493

En el grupo experimental en cuanto a la auto-eficacia social se dieron los resultados que siguen:

PRETEST	POST-TEST	Prueba t para medias de dos muestras emparejadas		
			<i>Variable 1</i>	<i>Variable 2</i>
18	18			
13	13			
21	21	Media	15,375	16,25
14	18	Varianza	12,553571	9,642857143
10	16	Observaciones	8	8
13	16	Coefficiente de correlación de Pearson	0,4836617	
18	17	Diferencia hipotética de las medias	0	
16	11	Grados de libertad	7	
		Estadístico t	-0,7281065	
		P(T<=t) una cola	0,2450908	
		Valor crítico de t (una cola)	1,8945775	
		P(T<=t) dos colas	0,4901816	
		Valor crítico de t (dos colas)	2,3646226	

Se encontró que no habían diferencias estadísticamente significativas entre el pre-test y post-test en este grupo luego de la aplicación del programa de auto-eficacia. Pero también hay que tener en cuenta que individualmente se produjeron ciertas diferencias de una aplicación a otra, lógicamente no fue lo suficientemente significativa como para influir en los resultados colectivos. En lo que se refiere a la comparación de los resultados del post-test en la auto-eficacia social, los resultados de los dos grupos se presentaron de la siguiente manera:

CONTROL	EXPERIM.	Prueba t para dos muestras suponiendo varianzas desiguales		
			<i>Variable 1</i>	<i>Variable 2</i>
19	18			
17	13			
13	21	Media	16	16,25
15	18	Varianza	6,6666667	9,642857143
	16	Observaciones	4	8
	16	Diferencia hipotética de las medias	0	
	17	Grados de libertad	7	
	11	Estadístico t	-0,1475183	
		P(T<=t) una cola	0,443441	
		Valor crítico de t (una cola)	1,8945775	
		P(T<=t) dos colas	0,886882	
		Valor crítico de t (dos colas)	2,3646226	

No hay diferencias significativas entre el grupo control y el grupo experimental a pesar de que este último fue intervenido con un programa para aumentar la auto-eficacia. Por lo tanto se acepta la hipótesis nula de esta investigación.

En lo que tiene que ver con el análisis de la variable ansiedad estos fueron los resultados en el grupo control haciendo una comparación del pre-test y post-test.

PRETEST	P.T.	POST-TEST	P.T.
ESTADO	62	E	59
RASGO	67	R	59
E	51	E	69
R	60	R	67
E	57	E	49
R	62	R	45
E	57	E	54
R	51	R	55

Prueba t para medias de dos muestras emparejadas

	Variable 1	Variable 2
Media	58,375	57,125
Varianza	30,839286	67,55357143
Observaciones	8	
Coefficiente de correlación de Pearson	-0,192095	
Diferencia hipotética de las medias		
Grados de libertad		
Estadístico t	0,3283672	
P(T<=t) una cola	0,3761191	
Valor crítico de t (una cola)	1,8945775	
P(T<=t) dos colas	0,7522383	
Valor crítico de t (dos colas)	2,3646226	

En esta tabla se puede observar que hubo una ligera disminución de la ansiedad en este grupo, aún cuando no participaron en la intervención realizada, pero de igual manera que en los anteriores análisis la diferencia ni es significativa estadísticamente, por lo tanto se acepta la H_0 .

En el grupo experimental los resultados obtenidos por el grupo participante del programa implementado fueron los que siguen en la tabla correspondiente y luego el análisis estadístico del mismo.

PRETEST	P.T.	POST-TEST	P.T.
ESTADO	48	E	48
RASGO	51	R	48
E	62	E	58
R	57	R	54
E	46	E	59
R	57	R	63
E	71	E	56
R	76	R	66
E	78	E	62
R	69	R	62
E	41	E	68
R	58	R	63
E	44	E	47
R	68	R	60
E	64	E	57
R	58	R	52
E	54	E	58
R	66	R	63

Prueba t para medias de dos muestras emparejadas

	Variable 1	Variable 2
Media	59,333333	58
Varianza	117,29412	38,47058824
Observaciones	18	18
Coefficiente de correlación de Pearson	0,3826749	
Diferencia hipotética de las medias	0	
Grados de libertad	17	
Estadístico t	0,5537614	
P(T<=t) una cola	0,2934764	
Valor crítico de t (una cola)	1,7396064	
P(T<=t) dos colas	0,5869527	
Valor crítico de t (dos colas)		

CONTROL	EXPERIM.
59	48
69	58
49	59
54	56
	62
	68
	47
	57
	58

	<i>Control</i>	<i>Experim.</i>
Media	57,75	57
Varianza	72,916667	41,75
Observaciones	4	9
Diferencia hipotética de las medias	0	
Grados de libertad	5	
Estadístico t	0,1568363	
P(T<=t) una cola	0,4407551	
Valor crítico de t (una cola)	2,0150492	
P(T<=t) dos colas	0,8815101	
Valor crítico de t (dos colas)	2,5705776	

Después de revisar los datos obtenidos en la tabla anterior se puede decir que en lo referente a la variable Ansiedad –Estado las medias de ambos grupos son muy similares aún teniendo en cuenta que las muestras no son equivalentes. En este caso también se acepta la hipótesis nula.

En la tabla que aparece a continuación están los resultados de la variable Ansiedad-Rasgo y en ella se comparan los resultados de ambos grupos luego de la implementación del programa en el grupo experimental.

POST-TEST (ANSIEDAD-RASGO)

CONTROL	EXPERIM.
59	48
67	54
45	63
55	66
	62
	63
	52
	63

Prueba t para dos muestras suponiendo varianzas desiguales

	<i>Control</i>	<i>Experim.</i>
Media	56,5	59
Varianza	83,666667	37,75
Observaciones	4	9
Diferencia hipotética de las medias	0	
Grados de libertad	4	
Estadístico t	-0,498893	
P(T<=t) una cola	0,322022	
Valor crítico de t (una cola)	2,1318465	
P(T<=t) dos colas	0,644044	
Valor crítico de t (dos colas)	2,7764509	

Al comparar las medias de ambos grupos evidencia una diferencia en los resultados, pero estadísticamente ésta no es significativa, con lo cual se confirma, al igual que en los análisis anteriores que se acepta la hipótesis nula.

Discusión

Esta investigación permitió realizar un acercamiento a la problemática de la drogadicción, específicamente a la prevención de recaídas. El objetivo fundamental del presente estudio fue determinar la influencia de la percepción de auto-eficacia y la disminución de la ansiedad sobre la prevención de recaídas en un grupo de pacientes que asisten a un programa de rehabilitación de la drogadicción y el alcoholismo en la ciudad de Bogotá.

De acuerdo con los resultados obtenidos y que han sido descritos anteriormente con amplitud, se puede determinar que la hipótesis de trabajo formulada no pudo ser confirmada, puesto que las diferencias no fueron lo suficientemente significativas estadísticamente, por lo tanto se acepta la hipótesis nula. Dentro de los posibles factores explicativos de la no diferencia entre los grupos se podrían destacar los siguientes:

El primer factor que pudo influir en los resultados fue la fase de tratamiento en la que se encontraban los participantes, tal como se explicó en las características de los sujetos, éstos se hallaban en la fase de internado por lo cual no tenían que afrontar situaciones de alto riesgo tales como las que consideran Marlatt y Gordon (1995) el manejo de dinero, consumo de otras drogas, actividades de ocio con consumidores de droga conocidos, los homenajes, el tener actitudes negativas (tener dudas acerca del proceso de recuperación, auto-compasión, impaciencia, esperar demasiado de los demás, mantener actitudes

negativas y de insatisfacción crónica, confiar demasiado en sí mismos, no encontrarle sentido a la vida si no hay drogas, mantener actitudes y creencias rígidas), sentimientos y estados de ánimo negativos (idealizar el efecto de la droga, poner a prueba el control personal, deseo de gratificación), estados de ánimo positivos, problemas sexuales y de relaciones, sueños relacionados con la recaída, entre otros. Algunos de estos factores de riesgo son controlados con el solo hecho de que la persona está aislada, existen reglas en la comunidad que le impiden por ejemplo manejar dinero, el consumo de drogas en la comunidad implicaría una falta mayor que ameritaría una sanción fuerte, no se puede tener contacto con consumidores activos y si los hay en la familia, así sea de las drogas consideradas legales, se les restringe el contacto, etc. En cuanto a los otros factores de riesgo, como los estados de ánimo, bien sean positivos o negativos, tienen la oportunidad de comunicarlos a personas capacitadas para darles soluciones o alternativas posibles y de esta manera superar cualquier crisis que se pudiera generar en tales situaciones. Teniendo en cuenta lo anterior se puede decir que bajo tales circunstancias a estas personas no se les exigía enfrentarse a situaciones de alto riesgo reales y por lo tanto no empleaban las herramientas proporcionadas por el programa de intervención.

El segundo factor y tal vez el más importante, del cual ya se habló un poco en la parte final del párrafo anterior, son las redes de apoyo social que se desarrollan al interior de la comunidad terapéutica, con compañeros, terapeutas y familiares involucrados en el proceso de rehabilitación, el cual no sólo busca la desintoxicación (lo que equivaldría a la parte biológica), sino también involucra la parte psicosocial (ideologías, valores, creencias, actitudes, estilos de vida, etc.). Como afirma Buela-Casal (1997), las diversas disciplinas concuerdan que el apoyo social es de fundamental importancia para la salud

y bienestar humanos. El concepto conlleva la idea de que las personas son fortalecidas, o aún protegidas de circunstancias adversas o estresantes, mediante las relaciones sociales de apoyo (Barrera,1980) citado por Buela-Casal (1997). A este respecto Sundberg (1979) citado por Buela-Casal, (1997), define el apoyo social como “un patrón duradero de lazos continuos o intermitentes, que juegan un rol significativo en el mantenimiento de la integridad física y psicológica de la persona a través del tiempo”. En el caso de la comunidad terapéutica, se evidencia claramente este tipo de apoyo social puesto que el sujeto está inmerso en un ambiente en el que está rodeado por personas con la misma problemática (adicción), han llevado un estilo de vida similar (con conductas, actitudes e ideologías similares, porque el mismo consumo los lleva a desarrollarlas de esta manera), presentan el mismo tipo de urgencias de droga (aunque lo viven y afrontan de diferente forma si se tiene en cuenta la individualidad característica del ser humano), pero la esencia de las experiencias es la misma, por lo cual tienen la posibilidad de ser intervenidos de manera individual para superar traumas y conflictos personales y a la vez tienen la oportunidad de participar en terapias grupales en las cuales se pueden dar cuenta que no son los únicos que tienen problemas y que con el apoyo de todos se pueden encontrar alternativas adecuadas, puesto que si a alguna persona le dieron resultados positivos puede también intentarlo. Además de lo anterior, cuentan con terapeutas que les brindan el apoyo profesional mediante la enseñanza de estrategias terapéuticas para superar las crisis, esta se da tanto en la terapia grupal como en la individual. Finalmente está la familia del adicto, la cual realiza el proceso paralelamente con ellos, los miembros de este sistema van desarrollando pautas para modificar la relación de co-dependencia que habían mantenido con su familiar-paciente, y fortaleciendo su carácter para así convertirse en una red de apoyo (familiar) adecuada

que contribuya al mantenimiento del cambio de conductas y hábitos de la persona. De tal manera que podría afirmarse que este aspecto pudo haber desempeñado un rol fundamental en los resultados de esta investigación y además es uno de los factores que intervienen en el mantenimiento a largo plazo, es decir cuando la persona ha terminado un proceso de rehabilitación. En la institución donde se realizó el estudio, una vez finalizada la fase de internado, se pasa a la fase de reinserción en la cual los pacientes siguen en contacto con la institución por intermedio de terapeutas y con otros rehabilitados que se mantienen abstinentes; otro ejemplo de la importancia de las redes de apoyo son los grupos del tipo de Alcohólicos Anónimos, Narcóticos Anónimos, entre otros.

El tercer factor explicativo pudo haber sido el índice de mortalidad en la población la cual fue más alta en el grupo control. Esta mortalidad se dio en algunos casos por deserción del centro, avance a la siguiente fase (reinserción) u otras causas ajenas a la institución y a la investigadora.

Una última explicación tiene que ver con los aspectos de ansiedad y auto-eficacia propiamente dichas. En lo que tiene que ver con la ansiedad y luego de analizar detenidamente los datos del pre-test se pudo evidenciar que los niveles de ansiedad no fueron tan altos como era de esperarse en estos sujetos en particular (esto puede sustentarse en que estas personas ya han pasado por una fase de desintoxicación de aproximadamente 2 a 3 meses, esto en cuanto a lo físico, y en lo psicosocial han entrado a un período de concientización y profundización de la problemática interna de cada uno, han desarrollado redes de apoyo emocional y de identificación, saben que no son los únicos que están pasando por el proceso de conocerse a sí mismos y todo esto puede contribuir a que los niveles de ansiedad disminuyan. Los niveles de ansiedad se

mantuvieron en la media de esta prueba, ya que ninguno de los dos grupos en las dos aplicaciones no superó el 60% en la Media.

En lo referente a la auto-eficacia hay que tener en cuenta que según Bandura (1986/87), ésta se desarrolla paralela a la evolución de la capacidad cognitiva, de modo que a partir del entendimiento que tiene el niño acerca de la influencia de sus actos sobre el medio ambiente y del desarrollo del lenguaje, comienza a comprender las evaluaciones realizadas por los demás respecto a su desempeño, incluyendo las verbalizaciones de padres y maestros (que son personas significativas para él) y las comparaciones que establece con sus pares.

A lo largo de la revisión que se realizó de la literatura, se hizo evidente que la auto-eficacia es un aspecto que se reevalúa constantemente a medida que se van gestando cambios en nuestra vida, es decir cuando se pasa de una etapa de desarrollo a otra, por lo cual se habla de que la auto-eficacia percibida es un concepto dinámico y que esta dinámica se establece a partir de las experiencias y procesos psicológicos los cuales actúan como determinantes de la auto-eficacia y pueden actuar independientemente o en conjunto. Además de lo dicho hasta ahora, hay que establecer que la auto-eficacia puede ser entrenada y este aprendizaje puede aumentar la percepción de eficacia y esta además modifica la ansiedad y la depresión frente a situaciones de alto riesgo. En esta variable los resultados tuvieron la misma tendencia a mantenerse dentro del promedio en ambos grupos a pesar de la aplicación del programa para aumentar la auto-eficacia.

En este punto surge un interrogante: teniendo en cuenta que la auto-eficacia es el resultado de diversas experiencias que se han dado a lo largo de la vida y en que la mayoría de los sujetos de esta población en particular éstas no han arrojado resultados positivos y han generado por el contrario conductas de afrontamiento desadaptativas,

luego de trabajar aspectos relacionados con la auto-eficacia tales como el autocontrol, la asertividad, solución de problemas, etc., se debería trabajar paralelamente características de personalidad tales como la baja autoestima, que incluye el pobre auto-concepto y auto-confianza además de muchas otras que se presentan en la personalidad dependiente?. Cabe aclarar que ese no era el problema específico de esta investigación y sin embargo se trabajaron algunos temas relacionados.

Una última observación que podría ampliar el panorama con respecto a los resultados de este estudio es el hecho de que se realizó un último sondeo luego de tres meses de aplicado el post-test y se comprobó que hasta la fecha de éste ninguno de los participantes había recaído, aún cuando algunos de los del grupo experimental se encontraban en la etapa de reinserción.

Con base en el análisis realizado en los párrafos anteriores surgen algunas conclusiones que pueden sugerir el curso para futuras investigaciones.

La primera de ellas tiene que ver con la aplicación del programa a sujetos que se encuentren en la fase de reinserción puesto que estarían viviendo con su familia y tratando de afrontar las situaciones de alto riesgo expuestas con anterioridad, se estarían enfrentando a situaciones laborales, educativas, conflictos familiares y/o interpersonales y continúa su lucha interna, en otras palabras, afrontan su realidad actual y no están dentro de la “burbuja” que representaba el centro de rehabilitación que los protegía del exterior.

Se sugiere así mismo ampliar el tiempo de aplicación del programa enfatizando en la auto-eficacia y los aspectos antes sugeridos y profundizar en el manejo de situaciones de alto riesgo para optimizar los resultados a largo plazo.

La última sugerencia apunta hacia la ampliación del tamaño de la muestra buscando así que las diferencias estadísticas sean más significativas aún cuando haya mortalidad en la población la cual siempre se da por el alto índice de deserciones de los centros de rehabilitación.

Referencias

- American Psychologist*, Vol. 14, 39,40, 41, 42, 44, 48, 50. 1984-1995.
- Araujo, M. (1994). *Drogodependencia, Sociedad e intervención*. Intervención psicosocial.
- Bandura, A., (1987), *Pensamiento y Acción. Fundamentos sociales*. Barcelona. Ed. Martínez-Roca.
- Bandura, A., (Ed), (1999). *Auto-eficacia: cómo afrontamos los cambios de la sociedad actual*. Descleé de Brouwer S.A. Bilbao.
- Beck, A., Rush, A., y Cols. (1983). *Terapia Cognitiva de la Depresión*. Bilbao. Ed. Descleé de Brouwer.
- Behavior Research and Therapy*. Vol. 32, 34, 36. 1994-1998.
- Borkovec y Berstein (1983). *Entrenamiento en relajación muscular progresiva*. Bilbao. Descleé de Brouwer.
- Buitrago, C., y Cols. (1988). *Drogadicción y vivencia de desintegración corporal*. Plan Nacional de Prevención de la Drogadicción.
- Caballero, F., (1995). *El fenómeno de la Recaída*. Congreso Nacional de Comunidades Terapéuticas. Bogotá.
- Caballo, V., (1993). *Manual de Evaluación y Entrenamiento de las Habilidades Sociales*. Madrid. Ed. Narcea.
- Buela-Casal, G., (1997). *Psicología preventiva: avances recientes en técnicas y programas de prevención*. Madrid. Ed. Pirámide.
- Comas, D., Espía, M., Ramírez, E., (1996) *Fundamentos teóricos de prevención*.
- Costa, M., (1992). *Situación global de los programas de prevención en drogodependencias*.

Davis, M., McKay, M., Eshelman, E., (1988). *Técnicas de autocontrol emocional*. Barcelona. Ed. Martínez-Roca.

De Castillo, M., y Cols. (1993) *Libre de Adicciones*. Ed. Patria.

Ellis, A., Grieger, R., y Cols. (1981). *Manual de Terapia Racional Emotiva (T.R.E.)*. Bilbao. Ed, Descleé de Brouwer.

Ellis, A., Bernard, M., y Cols. (1990). *Aplicaciones clínicas de la RET*. Bilbao. Descleé de Brouwer.

Fábregas, J., y García E., (1988). *Técnicas de Autocontrol*. Madrid. Ed. Alhambra.

Feldman, R., Meyer, J., Queenzer, L., (1999). *Principles of Neuropsychopharmacology*. Sunderland, Massachusetts, USA. Sinaver Associates Inc.

Funer, J., (1993) *La reinserción social como proceso*.

Gil, F., León Rubio, J. M., *Habilidades sociales, teoría, investigación e intervención*. (1998). Madrid. Ed. Síntesis.

González, R., (1997). *El universo irrefrenable. Drogodependencias y psicoadicciones*.

Goldstein, A., Sprafkin, R., y Cols. (1989). *Habilidades Sociales y Autocontrol en la Adolescencia. Un programa de enseñanza*. Barcelona. Ed. Martínez-Roca.

Goldstein, A., y Otros. (1980). *Habilidades sociales y autocontrol en la adolescencia*. Barcelona. Ed. Martínez-Roca.

Graña, J., (1994). *Conductas adictivas. Teoría, Evaluación y Tratamiento*. Madrid. Ed. Debate.

Kazdin, A., (1996). *Modificación de la conducta y sus aplicaciones prácticas*. México. Ed. Manual Moderno.

Kelly, J., (1992). *Entrenamiento en Habilidades Sociales*. Bilbao. Descleé de Brouwer.

La Guardia, J., (1987). *Todo sobre la drogadicción*. Barcelona. Ed. Okapi Cia. Ltda.

Luna, J., (1972). *¿Qué hacer con un hijo adicto?*. Bogotá. Ed. San Pablo.

Marlatt, G., y Gordon, J., (1995). *Relapse prevention*. Brunner/Nazer.

Martínez, E., (1996) *Manual para la Prevención de Recaídas*. Colectivo Aquí y Ahora. Bogotá.

Miller, W., Hester, R., (1986). *Treating Addictive Behaviors. Process of change*. Nueva York. Plenum Press.

Pérez M., (1995). *Factores de riesgo y protección del consumo de drogas en adolescentes españoles*.

Recio, J., (1995). *El papel de la familia, los compañeros y la escuela en el abuso adolescente de drogas*.

Revista Adicciones. (1996-1997) Vol. 8, 9. Valencia, España. Ed. Socidrogalcohol. Plan Nacional de Drogas.

Rodríguez, J., (1996) *Por qué nos drogamos?. Del poder y otras adicciones. Estudio psicoanalítico*. Madrid. Biblioteca Nueva.

Toro, R., Yepes, L., (1986). *Introducción a la Psiquiatría*. Medellín. Biblioteca Médica.

Vera, E., (1988). *Droga, psicoanálisis y toxicomanía. Las huellas de un encuentro*. Argentina. Paidós.

Wallace, J., (1990). *El alcoholismo como enfermedad*. Nuevos Enfoques.

Apéndices

Apéndice A**ESCALA DE AUTOEFICACIA (SES)**

(Mark Sherer, James E. Maddux, Blaise Mercadante, Steven Prentice –Dunn, Beth Jacobs y Ronald W. Rogers, 1982)

CÓDIGO: _____

Este cuestionario contiene una serie de afirmaciones sobre sus actitudes personales. Cada afirmación representa una frase común para usted.

Lea cada una de estas afirmaciones y decida hasta que punto cada una de ellas lo describen. Aquí no hay respuestas correctas o erradas. Probablemente estará usted de acuerdo con algunas de las afirmaciones y con otras no. Por favor indique sus propios sentimientos en relación con las afirmaciones marcando la letra que mejor describe estos sentimientos y actitudes. Sea sincero y conteste de acuerdo a lo que usted realmente es, no como le gustaría ser.

A = Totalmente en desacuerdo.

B = Moderadamente en desacuerdo.

C = No estoy de acuerdo ni en desacuerdo.

D = Moderadamente de acuerdo.

E = Totalmente de acuerdo.

1. _____ Me gusta cultivar plantas para la casa.
2. _____ Cuando hago planes, estoy seguro de que puedo desarrollarlos.
3. _____ Uno de mis problemas es que no puedo dejar de trabajar cuando debería.
4. _____ Si no puedo realizar un trabajo al primer intento, continúo intentando hasta lograrlo.
5. _____ La herencia juega el mayor papel en determinar la personalidad de uno mismo.
6. _____ Es difícil para mí hacer nuevos amigos.
7. _____ Cuando establezco metas importantes para mí mismo rara vez las alcanzo.
8. _____ Yo dejo de hacer las cosas antes de completarlas.
9. _____ Me gusta cocinar.
10. _____ Si veo a alguien que me gustaría conocer me acerco a ella en vez de esperar a que él o ella se acerque a mí.
11. _____ Evito enfrentarme a las dificultades.
12. _____ Si veo que alguna cosa es complicada de realizar no me molesto en intentarla.
13. _____ Considero que cada persona tiene cosas buenas.
14. _____ Si conozco a alguien interesante pero él o ella es muy reacio a hacer amigos, muy pronto dejo de intentar ser su amigo.
15. _____ Cuando debo hacer algo que no disfruto, persisto hasta que lo termino.
16. _____ Cuando decido hacer algo, lo hago inmediatamente.
17. _____ Me gusta la ciencia.
18. _____ Cuando intento aprender algo nuevo, lo dejo rápidamente si no tengo éxito inicialmente.
19. _____ Cuando estoy tratando de ser amigo de alguien que no parece estar interesado, no dejo de intentarlo fácilmente.
20. _____ Cuando se presentan problemas inesperados no los manejo muy bien.
21. _____ Si fuera artista, me gustaría dibujar niños.
22. _____ Evito tratar de aprender cosas nuevas cuando se ven muy difíciles para mí.
23. _____ Fallar me hace tratar con mayor insistencia.

- 24. _____ Yo no me desempeño bien en las reuniones sociales.
- 25. _____ Me gusta mucho montar a caballo.
- 26. _____ Me siento inseguro sobre mi habilidad para hacer las cosas.
- 27. _____ Soy una persona que confía en sí mismo.
- 28. _____ He conseguido amigos gracias a mis habilidades personales para hacer amigos.
- 29. _____ Me rindo fácilmente.
- 30. _____ No me siento capaz de enfrentarme a la mayor parte de los problemas de mi vida.

Apéndice B

Apéndice C

DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA DE AUTOEFICACIA SEGÚN SESIONES:

PRIMERA SESIÓN: Aplicación de pruebas y asignación aleatoria a los grupos (control y experimental).

En esta primera sesión se explicó a los participantes cuáles eran los objetivos de la investigación, la duración de ésta y lo que se esperaba de ellos en cuanto a su colaboración. Una vez hecha la introducción, se les proporcionó una hoja (consentimiento informado) para que la firmaran y de esta manera realizar un compromiso en lo referente a su participación; todos estuvieron de acuerdo en participar en la investigación y por tanto firmaron dicho documento.

Posteriormente se le pasó la hoja de respuestas de la prueba psicológica IDARE la cual mide la Ansiedad, se dieron las instrucciones pertinentes, se aclararon dudas e inquietudes que surgieron luego de la explicación y procedieron a responder la prueba. Luego de finalizada la aplicación, se continuó con la prueba Escala de Auto-eficacia de Maddux (SES), se le entregó a cada participante una hoja de protocolo dando las respectivas instrucciones y explicaciones. Finalmente, se realizó la asignación a los grupos de manera aleatoria, se hizo el cierre correspondiente enfatizando en el carácter aleatorio de la distribución, aclarando que no hubo influencias de las directivas o de la investigadora.

SEGUNDA SESIÓN: Proceso de Recaída.

En esta sesión se reunió el grupo experimental y se llevó a cabo una exposición acerca de los fundamentos teóricos del proceso de recaída. Se definió el proceso y las fases por las que pasa un adicto para llegar a experimentar una recaída plena. Se enfatizó en los procesos cognitivos, comportamentales y sociales que pueden desarrollarse, y de hecho lo hacen, de manera inconsciente. La fundamentación teórica estuvo basada en el Manual para la Prevención de Recaídas (Efrén Martínez, 1996) y Relapse Prevención (Marlatt y Gordon, 1996).

A lo largo del desarrollo de la sesión se fueron respondiendo las preguntas que surgían, se tomaron en cuenta los aportes de los participantes y se sacaron conclusiones con base en toda la información surgida durante la sesión.

Por último, se asignó una tarea que consistió en realizar una reflexión acerca de los eventos antecedentes, y/o predisponentes, situaciones de alto riesgo, sentimientos y pensamientos asociados con episodios de recaídas anteriores y hacer un escrito sobre estos hechos.

TERCERA SESIÓN: Manejo de procesos emocionales y afectivos y su relación con los episodios de Recaídas (parte teórica I)

Inicialmente, lo que se hizo fue retomar el tema de la sesión anterior y se revisó la tarea terapéutica asignada, hubo tres personas que no la realizaron, lo cual posteriormente fue informado a los terapeutas correspondientes. Se aclararon dudas que pudieron haberse producido en la ejecución de la tarea y se dio inicio a la temática correspondiente al día.

Una vez iniciada la fundamentación teórica, se definieron los procesos emocionales (ansiedad) y afectivos (depresión) dando la explicación correspondiente a

cada proceso, los tres canales a través de los cuales se manifiestan y se enfatizó en la influencia de dichos procesos en las recaídas haciendo notorio el papel preponderante de las cogniciones y que su reestructuración cambia el curso del proceso de recaída (Manual de Terapia Racional Emotiva, Ellis, 1981).

Luego de toda la explicación teórica se procedió a realizar una relajación muscular progresiva en la que se pidió a los participantes la disposición y acomodación. Se llevó a cabo la relajación básica (tensión-distensión) de los grupos musculares (Berstein y Borkovek, 1983).

Se realizó el cierre, concientizando a los participantes del papel fundamental del área cognitiva (creencias racionales e irracionales) en la respuesta motora y/o fisiológica, y cómo éstas pueden conducir o evitar una reincidencia en el estilo de vida anterior y finalmente una vuelta al consumo compulsivo de sustancias (recaída).

La tarea que se asignó en esta oportunidad fue realizar una sesión diaria de relajación haciendo un cuadro con los 16 grupos musculares cada día y calificando la actividad de uno (1) a cinco (5), teniendo en cuenta que cinco es la máxima relajación y uno ausencia de relajación.

CUARTA SESIÓN: Influencia de los procesos emocionales y afectivos en las recaídas (Parte teórica II).

El comienzo de ésta, al igual que las anteriores y las siguientes estuvo marcado por la revisión de la tarea terapéutica (auto-registro de relajación muscular).

Seguidamente, usando la teoría de la RET (Terapia Racional Emotiva), Albert Ellis, 1981, sus fundamentos básicos y su utilización en las toxicomanías. Se enfatizó en la reestructuración cognoscitiva relacionándolo con los estados emocionales y afectivos asociados a los procesos de recaída y la capacidad de esta técnica para detectar las señales de alarma y prevenir que sucedan tales episodios.

Se ilustró la sesión con ejemplos de situaciones en las que se reemplazaba un pensamiento irracional por uno racional y lógico o por uno humorístico, pidiendo a los participantes que hicieran el ejercicio dando ejemplos pertinentes.

Al final de este taller se asignó la tarea de realizar un auto-registro de las situaciones generadoras de ansiedad (urgencia de consumo), sentimientos, pensamiento negativo, urgencia, pensamiento positivo o racional y la urgencia luego de la reestructuración. La calificación de la urgencia era de uno (1) a cinco (5) (teniendo en cuenta que cinco es la mayor urgencia y uno la ausencia total de urgencia). Teniendo en cuenta que se buscaba fomentar y fortalecer un aprendizaje progresivo se continuó pidiendo que se realizara el auto-registro de relajación progresiva.

QUINTA SESIÓN: Influencia de los procesos emocionales y afectivos en las recaídas (parte práctica).

Teniendo en cuenta que la parte práctica de esta temática era fundamental para cumplir con los objetivos de la investigación, se retomó, por medio de un resumen a modo de aclaración y ampliación de conceptos. También se recogieron los auto-registros para su posterior revisión.

El segundo paso que se siguió fue dividir a los participantes en tres grupos y distribuirles un caso que debían representar mediante un socio-drama. Los casos que se representaron tuvieron los siguientes temas: Manejo inadecuado de presión social, Manejo inadecuado de estados intra-personales y manejo inadecuado de situaciones

interpersonales con personas significativas (pareja, padres, familiares, amigos). Además, se le pidió a los grupos que hicieran la representación de estos casos utilizando adecuadamente las técnicas aprendidas a esta altura del proceso.

Las tareas esta vez continuaron siendo los auto-registros (reestructuración cognoscitiva y relajación progresiva).

SEXTA SESIÓN: Reforzamiento del proceso de aprendizaje.

Se recogieron los auto-reportes y teniendo en cuenta que una vez revisados los anteriores se evidenció un déficit en cuanto a los resultados de la relajación, por lo cual se realizó una nueva sesión de relajación dirigida por la facilitadora.

Se empezó acondicionando el ambiente y a los participantes, se procedió luego a realizar la relajación de los 16 grupos musculares, cuando se finalizó, se combinó con imaginería haciendo que los participantes evocaran situaciones de presión social (una situación en la cual se les presionaba a consumir) y en la que hacían una reestructuración y afrontaban de manera adecuada la situación. También se les llevó a elicitar una situación de ira extrema y la manejaban de forma adaptativa por medio de la reestructuración cognoscitiva. Durante este proceso se enfatizó en el bienestar y seguridad personal producido por el buen desempeño (por medio de la imaginería) en situaciones estresantes. Se trató de concienciar a los participantes en el hecho de que era posible controlar las reacciones por medio de las técnicas aprendidas en los talleres utilizándolas tanto de manera individual, como en forma combinada. Paulatinamente se fue volviendo a la realidad al grupo; finalmente, se realizó una retroalimentación acerca de la vivencia, sobre todo concentrándose en los sentimientos y pensamientos experimentados.

Por último, se recordó la importancia de realizar las tareas terapéuticas asignadas (auto-reportes de relajación y reestructuración).

SÉPTIMA SESIÓN: Técnicas de autocontrol (entrenamiento asertivo), parte teórica).

De acuerdo con los resultados de la sesión anterior, en la cual se había realizado una relajación dirigida por la facilitadora, en la que los participantes se quedaron dormidos, se decidió iniciar esta sesión con una relajación con la diferencia que esta vez se hizo con los ojos abiertos y se siguió el mismo procedimiento de la sesión anterior.

Luego de esta introducción, y basándose en el libro Técnicas de autocontrol emocional, se procedió a hacer una aproximación teórica al entrenamiento en asertividad, definiendo en detalle los conceptos asociados haciendo la diferenciación entre los estilos de comportamiento asertivo, no asertivo y agresivo; una vez hecho esto se solicitó a los participantes que se ubicaran, según sus vivencias y su propio criterio, en alguno de los estilos antes expuestos. Se aclararon dudas acerca del tema y se dejó la tarea terapéutica; con base en la teoría expuesta y las conclusiones que surgieron se dividieron en tres grupos a los cuales se les asignó un par de derechos asertivos básicos y ellos debían realizar un juego de roles para ser representado al inicio de la siguiente sesión. Además debían seguir realizando los autorregistros.

OCTAVA SESIÓN: Entrenamiento asertivo (Parte práctica).

El inicio de la sesión estuvo marcado por la recolección de las tareas hechas por los participantes seguido por el comienzo de la representación de los juegos de roles que se le asignó a cada uno de los grupos. Luego de cada una de las intervenciones se hizo retroalimentación resaltando los comportamientos adecuados y aquellos que habría que reforzar; esta retroalimentación fue hecha tanto por los compañeros, como por la facilitadora. Una vez que todos los grupos hicieron sus presentaciones, y se realizó la retroalimentación respectiva, se hizo un cierre sobre la temática tratada y finalmente se reiteró la asignación de las tareas terapéuticas anteriores y además se asignó una nueva consistente en registrar situaciones en las cuales se actuó con asertividad y puntuando ésta en una escala de 1 a 5 (donde 5 es la asertividad mayor y 1 ausencia total de ésta).

NOVENA SESIÓN: Entrenamiento en habilidades sociales (Parte teórica I).

En la primera parte de esta sesión se recogieron las tareas terapéuticas de los participantes, además, se les indagó acerca de las dudas que pudieron haber surgido a lo largo de la ejecución de las tareas y se aclararon dando por cerrado el tema anterior.

Se procedió luego a realizar un sondeo sobre los conocimientos que poseían acerca de las Habilidades Sociales. Seguidamente se definió el tema ampliamente enfatizando en el hecho de que estas habilidades son aprendidas y además circunstanciales, que se pueden reforzar sin importar el ambiente en el que lo hagan o la edad o aún las deficiencias que crean poseer. Una vez explicado lo referente a la definición y conceptos asociados a las Habilidades Sociales se pasó a clasificarlas teniendo en cuenta la distribución por grupos realizada por Goldstein y Cols., (1989), haciendo al mismo tiempo un sondeo acerca de cuáles de esas habilidades eran deficientes en el grupo y en cada sujeto para de esta manera usarlas como base para la profundización de la temática. En esta sesión se trataron principalmente las primeras habilidades (Clasificación de Goldstein y Cols., 1989), fundamentalmente las habilidades de escuchar, dar las gracias, presentarse, presentar a otras personas, puesto que de acuerdo a ellos mismos éstas tenían un nivel adecuado de manejo por parte de ellos. Mientras que según ellos, las habilidades en las que eran más deficientes en sí mismos eran entre otras: iniciar y mantener una conversación, formular preguntas, pedir ayuda, dar instrucciones, hacer cumplidos, expresar sentimientos, comprender los sentimientos de los demás, emplear el autocontrol y evitar los problemas con los demás. Por considerar que el tema requería una atención especial, se postergó para la siguiente sesión el abordaje de dichas habilidades para su mejor comprensión por parte de los sujetos. Se realizó el cierre y se asignó la tarea de realizarse cumplidos entre ellos como una forma de reforzamiento de los comportamientos adecuados vistos entre sí y continuar con los auto-registros de relajación y de reestructuración cognoscitiva.

DECIMA SESIÓN: Entrenamiento en Habilidades sociales (Parte teórica II).

Se hizo la recolección de los auto-reportes y las impresiones de la ejecución de la tarea en la que debían hacerse cumplidos entre sí, indagando sobre los sentimientos de ambas personas tanto la que los recibía y así como también de la que lo hacía, con el fin de generar conciencia sobre los sentimientos de bienestar que resultaban de manejar esta habilidad adecuadamente.

Luego de esta corta actividad de retroalimentación se pasó a desarrollar el tema planeado que surgió con base en las Habilidades Sociales en las cuales la auto-percepción de los participantes era de deficiencia, y fundamentado en la clasificación propuesta por Goldstein (1989). Se conceptualizaron las Habilidades a trabajar, teniendo en cuenta los pasos importantes en cada una de ellas. Se contestaron preguntas acerca del tema y se hizo el cierre respectivo. Finalmente se asignó la tarea correspondiente a los auto-registros.

DECIMOPRIMERA SESIÓN: Entrenamiento en Habilidades Sociales (Parte práctica, con énfasis en las Habilidades Heterosexuales)

Se inició la sesión retomando la parte conceptual para contextualizar la actividad a realizar, indagando además si habían surgido dudas en el lapso de tiempo transcurrido entre una sesión y otra. Seguidamente se procedió a explicar el objetivo de la sesión consistente en llevar a la práctica lo que ya se había explicado teóricamente de las Habilidades Sociales.

Tomando como referencia el hecho de que los participantes manifestaban presentar deficiencias principalmente en las relaciones interpersonales heterosexuales, el ejercicio consistió en que cada uno de ellos relataba una situación estresante y en la cual se sentían inhábiles en cuanto a su manejo y luego era representada en un juego de roles en el que participaba tanto el sujeto directamente involucrado como la facilitadora quien realizaba el papel de interlocutora y con la cual se quería entablar una relación.

Una vez que cada uno de los sujetos realizaba su representación, el grupo hacía la retroalimentación acerca del desempeño de la persona, manifestando los aspectos positivos y los que debía mejorar. Al final del ejercicio se evidenció que en varios sujetos una baja autoestima y temor al rechazo. A modo de cierre de esta actividad se utilizó un espejo haciendo que cada sujeto se colocara frente a él y que mientras se miraba, enumerara las características físicas por las cuales consideraban que una persona se podría sentir atraída por ellos y querer entablar una relación y en el caso en el cual ellos consideraban que no las poseían se solicitó al grupo que les resaltarán las características que ellos consideraban sobresalientes y que para ellos estaban ocultas como consecuencia de esa baja autoestima.

Luego de este cierre se recordó a los sujetos la realización de las tareas terapéuticas y se recogieron las anteriores.

DECIMOSEGUNDA SESIÓN: Auto-eficacia (Parte teórica).

Se recogieron los auto-reportes y se pasó a desarrollar el tema correspondiente basados en la Teoría de la propuesta por Bandura (1987) y reforzada por Maddux (1995) enfocada más en el tratamiento de las conductas adictivas. Se dio la explicación correspondiente a la temática, se aclararon dudas que surgieron en los participantes y finalmente se hizo el cierre de esta sesión como en las anteriores.

DECIMOTERCERA SESIÓN: Auto-eficacia (Parte práctica)

En esta última sesión de intervención, se buscaba la utilización eficiente por parte de los sujetos, de las herramientas terapéuticas que pudieron haber aprendido a lo largo de los talleres realizados hasta ese momento, por lo cual se pidió a cada uno de ellos que con la ayuda de sus compañeros, representaran una situación de alto riesgo que hubieran identificado que los hubiera podido llevar a recaer unos meses antes y

que la realizaran por medio de un socio-drama y que dentro del mismo utilizaran alguna(s) habilidad(es) que consideraran la(s) más adecuada(s) y que les pudiera dar resultado en cuanto al afrontamiento de dicha situación.

Con este propósito en mente, se distribuyeron en grupos de tres personas para llevar a cabo la actividad asignada; se les proporcionó treinta minutos para que planearan la representación de los tres integrantes del grupo y analizaran las situaciones y técnicas de afrontamiento adecuadas. Una vez finalizado este tiempo se volvió a reunir el grupo completo en el lugar asignado para la actividad y se procedió a realizar cada una de las representaciones, esto se hizo de manera alternada, es decir, un participante de cada grupo hasta que todos los sujetos representaron su escena. Luego de cada representación se realizó una retroalimentación por parte del grupo enfatizando los aspectos positivos del comportamiento adaptativo y la forma de afrontar la situación por parte del sujeto, así como también los aspectos que debían mejorar y la forma de hacerlo. El primer aspecto sobre el cual se indagó fue el estado de ánimo y los niveles de urgencia de droga generado por imaginarse en una situación de alto riesgo. Se hizo evidente en todos los sujetos que se generaron altos niveles de urgencia de consumo al representar un acontecimiento de recaída inminente, por lo cual, al finalizar la actividad se realizó una dinámica tendiente a disminuir estos niveles de tensión y se sugirió a los terapeutas encargados realizar una actividad física que los ayudara a liberar dicha tensión emocional y física.

Finalmente se agradeció a los residentes participantes del grupo experimental su colaboración en la investigación.

DECIMOCUARTA SESIÓN: Post-test.

Como cierre de la investigación se realizó la post-prueba para determinar si se habían producido cambios entre los grupos luego de la intervención que se llevó a cabo. Para esto, se reunió tanto al grupo control como al grupo experimental (ambos grupos disminuyeron en número puesto que hubo deserciones del programa de rehabilitación, culminación del mismo y expulsiones por faltas al reglamento, las cuales se dieron durante el tiempo que duró la intervención); a los sobrevivientes en esta investigación se les aplicaron nuevamente las pruebas de Ansiedad (IDARE) y Auto-eficacia (SES). Se dieron las instrucciones correspondientes, se aclararon dudas y los participantes procedieron a llenar los protocolos. Una vez concluida la aplicación, se agradeció a todo el grupo su disposición y colaboración.