

Proyecto Hombre

*Análisis
de la eficacia
y prevención
de recaídas
en el consumo
de drogas*

M^a Ángeles Luengo
Estrella Romero
José A. Gómez-Fraguela



Proyecto Hombre

LA PREVENCIÓN DE RECAÍDAS EN
EL CONSUMO DE DROGAS: ANÁLISIS
DE LA EFICACIA DEL PROGRAMA
TERAPIÉTICO EDUCATIVO
PROYECTO HOMBRE

M. Angeles Luengo
María Jesús

Edita: Editorial Compostela, S.A.

ISBN: 84-8064-097-9

Dep. Legal: C-18-2001

© Los autores

1999

Este trabajo fue subvencionado por un convenio suscrito en septiembre de 1999, por Proyecto Hombre-Galicia, la Consellería da Presidencia das Administracións Públicas, la Consellería de Familia, Muller, Xuventude e Emprego y la Universidad de Santiago.

Equipo de investigación de la Universidad de Santiago:

Coordinadora: M^a Ángeles Luengo

Investigadores: Estrella Romero

José Antonio Gómez-Fraguela

Colaboradoras: Mónica González-López

Natalia Montero

Bibiana Caamaño

Paula Villar

1. INTRODUCCIÓN	5
2. ASPECTOS TEÓRICOS	7
2.1. Evaluación de programas de tratamiento de drogodependencias e índices de recaídas	8
2.2. El concepto de recaída	14
2.3. Modelos teóricos de recaídas	17
2.4. El modelo de prevención de recaídas de Marlatt	24
2.4.1. Los orígenes del modelo	26
2.4.2. Sistema de identificación y clasificación de los precipitantes de las recaídas	31
2.4.3. Modelo cognitivo-conductual de recaídas	36
2.4.4. Evaluación del modelo de Marlatt	44
2.5. Mas allá del modelo de Marlatt	53
2.6. Hacia una perspectiva integradora de los predictores de la recaída.	55
2.6.1. Factores antecedentes previos al tratamiento	60
2.6.2. Factores relacionados con el tratamiento	66
2.6.3. Factores post-tratamiento	69
2.7. Conclusiones	75
3. TRABAJO EMPÍRICO	79
3.1. PLANTEAMIENTO Y OBJETIVOS DEL ESTUDIO	80
3.2. MUESTRA: SELECCIÓN Y CARACTERÍSTICAS DESCRIPTIVAS	81
3.3. VARIABLES E INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN	88
3.3.1. Variables	88
3.3.2. Instrumentos de evaluación	89
3.3.2.1 Datos de archivo	90
3.3.2.2 Entrevista	90
3.3.2.3 Cuestionarios, inventarios y escalas	93
3.4. PROCEDIMIENTO	103
3.5. RESULTADOS	104
3.5.1. AJUSTE PSICOSOCIAL	105
3.5.1.1 EL ÁMBITO FAMILIAR	105
3.5.1.2 EL ÁMBITO LABORAL	111
3.5.1.3 PAREJA, AMIGOS, OCIO, VIDA SOCIAL	114

3.5.1.4 BIENESTAR EMOCIONAL _____	122
3.5.2. CONSUMO DE DROGAS _____	126
3.5.3. FACTORES ASOCIADOS A LA RECAÍDA _____	133
3.5.3.1 Características pre-tratamiento _____	133
3.5.3.2 Características asociadas al tratamiento _____	137
3.5.3.3 Características post-tratamiento _____	139
3.5.3.4 El escenario del primer consumo post-tratamiento _____	147
3.6. DISCUSIÓN, CONCLUSIONES E IMPLICACIONES _____	155
REFERENCIAS _____	165
ANEXO 1: LISTA DE TABLAS, GRÁFICAS Y CUADROS _____	181
ANEXO 2: ENTREVISTA DE PREDICCIÓN DE RECAÍDAS (EPR) _____	185

1. Introducción

A pesar de los esfuerzos realizados en las últimas décadas en el tratamiento de las drogodependencias, los estudios de evaluación realizados sobre el mismo son escasos, sobre todo en nuestro país, y en muchos de ellos se comprueba que el índice de recaídas post-tratamiento es muy alto. Muchos de los sujetos en tratamiento vuelven a consumir en periodos relativamente cortos de tiempo y se habla de las drogodependencias como un trastorno crónico. Como señalan Miller y col. (1996), una característica central en el tratamiento de las conductas adictivas parece ser la naturaleza crónica de las recaídas.

La alta tasa de recaídas es uno de los problemas más importantes en el tratamiento de la adicción a las drogas. El comprender la naturaleza de las recaídas y cuáles son los factores de riesgo o protectores de las misma es fundamental para desarrollar intervenciones eficaces.

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

El presente trabajo surge a raíz del interés mostrado por los responsables del programa Proyecto Hombre-Galicia en realizar una evaluación de resultados de su programa terapéutico. Para ello, se recurrió a la Universidad para que, un grupo externo e independiente de aquellos que realizan la labor asistencial, pudieran realizar esta evaluación. Desde este grupo, el trabajo se planteó con un doble objetivo: Por una parte examinar los indicadores de ajuste psicosocial y las tasas de recaídas post-tratamiento de los sujetos que finalizan el programa, que nos serviría para evaluar la eficacia del programa terapéutico y por otra, examinar cuáles son los factores que se

asocian a las recaídas y que nos permite conocer aquellas variables a las que se debería prestar mayor atención cuando se realiza la intervención.

Este trabajo pudo llevarse a cabo a través de un convenio suscrito en septiembre de 1999, por Proyecto Hombre-Galicia, la Consellería da Presidencia das Administracións Públicas, la Consellería de Familia, Muller, Xuventude e Emprego y la Universidad de Santiago.

A continuación y antes de presentar el trabajo empírico y los resultados de la investigación, realizaremos una breve revisión de los constructos más relevantes que dieron lugar al planteamiento de la misma.

2. Aspectos teóricos

2.1. Evaluación de programas de tratamiento de drogodependencias e índices de recaídas

Los estudios, que desde hace algunas décadas se vienen realizando en el contexto norteamericano para valorar la eficacia de los programas de tratamiento en las drogodependencias, han demostrado que las tasas de recaídas tras las intervenciones son elevadas. Estudios que difieren tanto por el periodo de seguimiento como por los métodos de recogida de datos, en los que se analizan las recaídas post-tratamiento, informan de tasas de recaída entre el 35 y el 85% en la población adolescente (Catalano y col.1990-91). En estudios con población adulta un trabajo pionero fue el de Hunt, Barnett y Branch (1971) quienes, analizando un amplio abanico de terapias y programas de tratamiento con alcohólicos, adictos a la heroína y fumadores, encontraron unas tasas de recaída del 35% y del 58% en periodos de dos semanas y 3 meses respectivamente. Es decir, aproximadamente dos tercios de los individuos que recibían tratamiento para la reducción del consumo de tabaco, alcohol o adicción a la heroína, volvían al consumo de las sustancias en los tres primeros meses después de finalizar el tratamiento. Un porcentaje mucho más pequeño se mantenían abstinentes al cabo de un año. Según este estudio, los índices de abstinencia un año después del tratamiento eran menores del 35% para el consumo de alcohol y del 25% para el tabaco y la heroína. Se puede decir a partir de los datos de este estudio que entre el 70% y el 80% vuelven a consumir durante el primer año después de finalizar el tratamiento.

Armor, Polich y Stambul (1978) con un periodo de seguimiento de 12 meses y con una definición de la recaída más estricta (considerando ésta como una vuelta a los niveles de consumo de alcohol pre-tratamiento) encontraron tasas de recaída alrededor del 50%. En otros estudios, cuando ésta se define por un único episodio de consumo, las tasas de recaída se elevan al 90% (Orford y Edwards, 1977). En el informe sanitario de 1989 (Surgeon General, 1989) se informa que aproximadamente dos tercios de los adultos que completan el tratamiento recaen en los 90 días posteriores a la finalización del

mismo. Según este informe, para muchas personas, lograr breves periodos de abstinencia es una meta que se consigue fácilmente. Sin embargo, mantener la abstinencia es algo que supone mucha mayor capacidad de cambio y los índices de recaídas son elevados. Así mismo, los estudios de evaluación de tratamiento en adolescentes han mostrado alguna eficacia para reducir el consumo de droga durante el tratamiento. Sin embargo, mantener los efectos después del tratamiento ha sido más difícil.

Los resultados obtenidos en las investigaciones existentes indican que las tasas de recaída son similares para las distintas sustancias. Vaillant (1983) en un estudio de seguimiento de 685 sujetos tratados por problemas relacionados con el alcohol, observó que a los dos años de tratamiento el 63% había vuelto a la conducta adictiva y al final del seguimiento de ocho años de duración, el 95,5% había reanudado el consumo de alcohol de forma ocasional. Maddux y Desmond (1981) con una muestra de adictos a opiáceos encontraron que el 70% recayó durante el primer mes de la finalización del tratamiento, y el 87% había recaído en los seis meses siguientes.

En nuestro país la contribución más importante en relación a la evaluación de resultados ha sido el proyecto EMETYST (Estudio Multicéntrico de Evaluación de Tratamientos y Seguimiento de Toxicómanos) coordinado por Sánchez Carbonell y dirigido desde el Instituto Municipal de Investigaciones Médicas de Barcelona. En este estudio se analizaron los datos de 311 adictos a la heroína que solicitaron tratamiento en los 16 centros ambulatorios de todo el país entre mayo y junio de 1985. De los sujetos que participaron en el estudio inicial, a los 12 meses de seguimiento sólo se pudo contactar con menos del 50% y, de los entrevistados, sólo el 51% se mantenía abstinentes. (Sánchez Carbonell, Camí y Brigos, 1988)

La evaluación de los resultados de tratamiento ha sido realizada comparando los efectos post-tratamiento de dos o más modalidades de intervención, examinando el efecto de una modalidad frente a un grupo control o examinando las diferencias pre-post en una única modalidad de tratamiento.

Estudios en los que se han evaluado diferentes modalidades de tratamiento han encontrado reducciones en el consumo de drogas duras, durante el tratamiento y en el post-tratamiento, utilizando diferentes periodos de

seguimiento. Sin embargo, en los estudios con adolescentes (Catalano y cols. 1990-91) raramente se han encontrado efectos sobre el consumo de marihuana y alcohol, las drogas más comúnmente usadas en esta población.

En muchas ocasiones las dificultades metodológicas de los estudios limitan las conclusiones que de ellos pueden derivarse y existen pocos trabajos bien controlados que hayan podido demostrar la superioridad de un determinado enfoque terapéutico sobre otro para mantener la abstinencia después del tratamiento.

Uno de los estudios pioneros en este campo ha sido el programa DARP (Drug Abuse Reporting Program) financiado por el Instituto Nacional de Salud Mental estadounidense en el que se analizó una amplia muestra, representativa a nivel nacional. En este estudio se comparaban tanto en muestras de adultos como de adolescentes, diferentes tipos de tratamiento: mantenimiento con metadona, comunidad terapéutica, centros de día con tratamientos libres de drogas y programas de desintoxicación ambulatoria. Los resultados (Sells y Simpson, 1979) mostraban una reducción significativa del consumo de drogas durante el tratamiento y en un periodo de seguimiento entre cuatro a seis años, en todas las modalidades de tratamiento. En el seguimiento pre-post, el consumo diario de opiáceos decrecía en todos los grupos y las reducciones en el consumo eran mayores entre los grupos tratados que en aquellos que no recibían ningún tratamiento. Sin embargo, en los grupos de adolescentes, el porcentaje de sujetos que consumen diariamente marihuana se mantenía estable en el tratamiento de centros de día y se incrementaba ligeramente en las otras modalidades de tratamiento. En el consumo de alcohol también los mejores resultados en muestras de adolescentes parecen obtenerse en los centros de día. Mientras en este tipo de tratamiento, los porcentajes de consumo abusivo de alcohol descienden del 18% al 7%, en los otros tipos de tratamiento el porcentaje de consumidores se mantiene estable.

Las tasas de abstinencia para las distintas sustancias (no se aportan en el estudio datos de tasas de abstinencia en general para el conjunto de las sustancias) siguen un patrón similar. Así, mientras se incrementa el porcentaje de abstinencia a opiáceos en todas las modalidades de tratamiento, las tasas

de abstinencia decrecen en la población adolescente, para el consumo de marihuana.

En otro trabajo (Hubbard y col., 1985) en el que se compara el consumo de drogas y problemas relacionados con su consumo, 12 meses antes y 12 meses después de finalizar el tratamiento, en sujetos sometidos a dos tipos de programas: tratamiento residencial y tratamiento ambulatorio libre de drogas, se encontró que ambos tipos de programas muestran resultados positivos, aunque el tratamiento residencial producía reducciones más consistentes y significativas en el consumo de alcohol y drogas y otras actividades ilegales. En ambos tipos de tratamiento se reducen los síntomas de depresión de la fase de pre-tratamiento y los pensamientos o intentos de suicidio

En ambos estudios, se establecen comparaciones entre tratamientos ambulatorios y tratamientos residenciales; sin embargo, los resultados no son muy concluyentes. Así, mientras en el estudio del programa DARP aparecían mejores resultados, al menos en el consumo de marihuana y alcohol, para los sujetos del programa de día, en el segundo estudio es el tratamiento residencial el que parece obtener los mejores resultados.

Grenier (1985) examinó un programa de tratamiento residencial que incorporaba asesoramiento, terapia familiar, componentes recreativos y educativos y una fase de reinserción en la que se incluía a la familia y a la comunidad. Comparando un grupo control (N=27) de sujetos que se encontraban en lista de espera y una muestra del grupo de tratamiento seleccionada aleatoriamente, se encontró que en un periodo de seguimiento de dos años, el grupo de tratamiento mostraba significativamente mayor abstinencia que el grupo control; concretamente un 65,5% se mantenían abstinentes, frente al 14,3%. En este estudio se asumía que los dos grupos eran equivalentes, sin embargo no se realizó ningún control estadístico para comprobar dicha equivalencia. Por otra parte, los diferentes procedimientos que se utilizaron en el proceso de recogida de datos pueden obscurecer la validez de los resultados.

La debilidad metodológica de la mayor parte de estudios de evaluación de programas de tratamiento hace difícil la interpretación de los resultados. La

ausencia de un grupo control que no haya recibido tratamiento, la falta de asignación aleatoria de los sujetos a los grupos de tratamiento, el no realizar controles estadísticos de las diferencias existentes entre los grupos antes de iniciarse el tratamiento, la ausencia de pruebas de significación estadística y las diferentes formas de operacionalizar la abstinencia o la recaída, son algunos de los problemas con los que se encuentran los estudios de evaluación de resultados, que hacen difícil la comparación de los mismos.

En general la conclusión que parece desprenderse de las revisiones de estudios de evaluación de programas (Catalano y cols. 1990-91) es que, a pesar de que los problemas metodológicos de los estudios son importantes y de que las tasas de recaídas son altas, los tratamientos funcionan y el pronóstico es mejor para aquellos casos que finalizan algún tratamiento que para los que lo abandonan antes de acabarlo o los que no se someten a ninguno. La investigación sobre programas de tratamiento de drogodependencias, sobre todo con población adulta, apoya la hipótesis de que los individuos sometidos a tratamiento experimentan con mayor probabilidad una reducción en el consumo que si no estuvieran sometidos al mismo.

No existen sin embargo conclusiones sobre la superioridad de una modalidad de tratamiento sobre otra, debido a los problemas metodológicos de los estudios, que hacen difícil la comparación de resultados. El control y análisis de las variables anteriores al tratamiento, la especificación de los tratamientos y la clarificación en las variables de resultados parecen aspectos necesarios para abordar esta cuestión. Cuando se comparan dos modalidades de tratamiento en estudios bien controlados aparecen pocas diferencias en los resultados sobre el consumo. Del estudio del programa DARP se desprende, también, la necesidad de examinar el impacto diferencial de los programas sobre diferentes tipos de drogas y la necesidad de considerar no sólo los efectos del programa sobre las llamadas drogas duras, sino también sobre el consumo de alcohol y marihuana, especialmente en la población adolescente. Asimismo, parece necesario tener en cuenta los datos sobre la evolución de consumo de las distintas sustancias en un determinado contexto, para no atribuir a los efectos del tratamiento, el descenso en un tipo de consumo

producido por los efectos causados por variables ambientales dentro de una determinada población.

Parece evidente la necesidad de contar con de estudios bien controlados sobre resultados de los tratamientos, para poder llegar a establecer conclusiones sobre la eficacia de los programas. Litman, Eiser y Taylor (1979) critican la metodología para realizar los estudios de evaluación y las inferencias que se llevan a cabo acerca de la evaluación de los tratamientos, a causa del concepto de recaída que se maneja en los mismos. La recaída es un proceso individual que no puede ser descrito adecuadamente a partir del tipo de datos que se han empleado en los estudios. Existen diferencias en el momento temporal en que los individuos empiezan a consumir y en los patrones de consumo que le sigue a esa caída inicial. Según estos autores, parece necesario identificar los factores que contribuyen a esas diferencias individuales en el proceso de recaída.

Mientras en la década de los 60 y 70 los trabajos de evaluación de programas de tratamiento del abuso de drogas se centraban en analizar las tasas de recaída y los efectos que los diferentes programas tienen sobre el consumo, en las dos últimas décadas los estudios se han preocupado, por analizar sistemáticamente el proceso de recaída y poner de manifiesto los factores que se encuentran asociados con este fenómeno. Frente a las concepciones biologicistas predominantes en la época, que hacían hincapié en factores endógenos, ligados a la dependencia física y a los síntomas de abstinencia, se comienza a estudiar determinantes ambientales, cognitivos y emocionales. Explícitamente, se empieza a reconocer que existe una gran variabilidad en el riesgo de recaer y se elaboran modelos teóricos que identifican factores de riesgo y factores de protección, aspectos sobre los cuales se puede intervenir a fin de optimizar el tratamiento.

La información sobre factores que precipitan el proceso de recaídas es útil, al sugerir aproximaciones de tratamiento que busquen neutralizar o amortiguar el efecto de estos factores y así reducir las tasas de recaídas post-tratamiento. Sin embargo, un problema con el que se enfrentan los estudios sobre los antecedentes de la recaída es la falta de consenso sobre la definición de la recaída. Los predictores de la recaída pueden diferir sustancialmente si la

recaída, por ejemplo, en el campo de consumo de alcohol (una de las áreas mas investigadas) se identifica como la primera bebida en un determinado periodo de tiempo o como beber hasta llegar a la pérdida de control.

Asimismo, diferentes características individuales pueden ser predictoras de diferentes tipos de resultados de tratamiento tales como: la abstinencia completa, el beber asintomático, o reducir el consumo aunque el beber siga ocasionando problemas (Miller y col., 1992). Parece necesario para evaluar la eficacia de los programas, definir el concepto de recaída y considerar la intensidad, la duración y las consecuencias del consumo después de un tratamiento.

2.2. El concepto de recaída

Uno de los primeros problemas con los que se enfrenta este campo de investigación es la propia delimitación del concepto de recaída. Catalano y col., (1996) han señalado que antes de empezar a hablar de recaída, es preciso que se produzca la abstinencia y los criterios empleados en los diferentes estudios han sido muy variados a la hora de determinar el periodo de tiempo mínimo necesario sin consumo para empezar a hablar de abstinencia. Mientras que en algunos casos (Ossip-Klein y col. 1986) este periodo se tasa en 24 horas, en otros (Surgeon General, 1988) se establece sólo cuando finaliza el tratamiento.

Definir la abstinencia por algún periodo de tiempo puede ser útil, al permitir distinguir entre aquellos consumidores continuos y aquellos que son capaces de dejar la droga por un breve espacio de tiempo. En este sentido parece necesario llegar a un acuerdo sobre cuál debe ser ese periodo mínimo sin consumo para que el comenzar a hablar de recaídas sea significativo. En la mayor parte de estudios no se da información sobre los periodos de abstinencia de los sujetos antes de la recaída. De esta forma se asume que todos los sujetos que están en tratamiento son susceptibles de recaer, sin tener en cuenta el periodo de abstinencia.

La complejidad para definir el concepto de recaída parece evidente, si tenemos en cuenta los múltiples significados que se le han otorgado a este

término. Según Donovan (1996a) en los diferentes trabajos se presentan distintas definiciones de recaída, entre las que se considera a ésta como:

- a) Un *proceso* que gradualmente e insidiosamente lleva a la iniciación del consumo de sustancia.
- b) Un *evento discreto* que se define por una caída o una vuelta al consumo de la sustancia.
- c) La vuelta al consumo de la sustancia con la *misma intensidad* que en los niveles anteriores al tratamiento.
- d) El *consumo diario* de la sustancia durante un determinado periodo temporal y
- e) Una *consecuencia* que lleva a la necesidad de iniciar de nuevo el tratamiento.

Marlatt (1985, 1996a) ha establecido una distinción conceptual aceptada por otros muchos autores (Catalano y col. 1996; Miller, 1996). Distingue el autor entre el consumo puntual de una sustancia ("*lapso*", "*desliz*" o "*caída temporal*") entendida como el primer consumo después de un periodo de abstinencia y la "*recaída*", que supondría el retorno a la conducta dependiente que se había intentado cambiar, recuperando o no los niveles de la línea base anterior al tratamiento.

Los "lapsos" pueden ser consumos esporádicos de una sustancia o episodios de consumo intenso durante algunos días. En palabras de Marlatt (1985) un "lapso" se definiría como un obstáculo o retroceso en el intento que una persona hace para cambiar o modificar una conducta concreta. La recaída supondría desde esta perspectiva el uso continuado de la sustancia después de ese desliz inicial y se entendería como el resultado de una dinámica que se va desarrollando a lo largo del tiempo, de un modo gradual. La transición entre un consumo puntual y el retorno a la adicción dependerá de una serie de procesos en los que intervienen múltiples variables.

Considerar la recaída como un fenómeno discreto que ocurre cuando se produce cualquier consumo de droga desde que se ha finalizado el tratamiento o considerarla como un proceso que se desarrolla a lo largo del tiempo tiene;

bien como señala Donovan (1996a), claras implicaciones para la investigación. Por una parte, se pueden estimar diferentes tasas de recaídas en los estudios de evaluación, dependiendo de la definición que se tome. Por otra, esto también tiene implicaciones en las aproximaciones metodológicas y conceptuales que se utilicen para analizar los factores que predicen la recaída.

Cuando se considera la recaída como un consumo puntual se puede establecer una distinción entre el consumo de la droga primaria de abuso o el primer consumo de cualquier otro agente psicoactivo. En algunos estudios (Hubbard y Marsden, 1986; Catalano y col., 1996) se ha comprobado que el consumo de la droga primaria es un fuerte predictor del abuso posterior. Sin embargo, si el primer consumo acontece con una droga sustitutiva, no está claramente establecido que esté relacionado con un consumo compulsivo de la droga primaria.

De la misma manera, se ha encontrado que los “lapsos” no necesariamente conducen a un uso compulsivo e incontrolado (Heather y Robertson, 1981; Waldorf, 1983). Algunos autores han considerado que los lapsos pueden constituir experiencias de aprendizaje positivas (Marlatt y Gordon, 1985a). Desde esta perspectiva dicotómica, el análisis de los factores de riesgo y de protección se realiza a partir de estudios retrospectivos en los que la información se recoge después de que se ha producido la recaída y se analizan los predictores (sociales, demográficos o psicológicos) que llevan a un individuo a recaer.

Cuando la recaída se considera como un proceso (el resultado de una serie de eventos que se van desarrollando a lo largo del tiempo) los indicadores para definirla, podrían ser:

- a) el consumo diario de una sustancia en un periodo de tiempo especificado;
- b) la vuelta a un nivel de consumo similar o superior que la línea base anterior al tratamiento;
- c) la pérdida de control que lleva a la necesidad de readmisión en el tratamiento.

En cualquier caso, este consumo debe ser evaluado en términos de cantidad y/o duración, a partir de instrumentos o registros específicos.

Cuando se considera la recaída como un proceso dinámico que se desarrolla a lo largo del tiempo, para analizar los factores que predicen la recaída, centrarse en los precipitantes inmediatos es más apropiado que recurrir a la información histórica en un momento determinado, y parece necesario la utilización de estudios prospectivos para evaluar las variaciones temporales en y entre los elementos importantes del proceso. Las evaluaciones deben ser realizadas periódicamente, con algún grado de regularidad a lo largo del tiempo, para captar el proceso por el que se vuelve a un consumo regular de la sustancia.

La asunción de un modelo de enfermedad (Miller y Hester,1986), para explicar las adicciones y la creencia de que cualquier consumo de droga después del tratamiento puede ser perjudicial para el individuo adicto, llevó en un principio adoptar una definición dicotómica de la recaída (el individuo abstemio o recaído) y se considera que la recaída está determinada por un impulso, “un deseo todopoderoso” enraizado en la dependencia física y en la presencia de los síntomas de abstinencia. Este deseo intenso a consumir lleva a una pérdida de control y por ello un único consumo lleva a la recaída de forma inevitable. De acuerdo con ese modelo de enfermedad que considera la dependencia física y los síntomas de abstinencia como los determinantes principales de la recaída, se olvidan importantes variables post-tratamiento, relacionadas con el contexto externo, ambiental o situacional que pueden jugar un papel importante en el proceso de recaer. En los últimos años, desde diferentes modelos teóricos y adoptando el concepto de recaída como proceso, se ha subrayado la existencia de factores situacionales y personales que interactúan para precipitar la aparición de la recaída.

2.3. Modelos teóricos de recaídas

Los primeros modelos que subyacen al tratamiento de las conductas adictivas se enmarcan dentro del modelo de enfermedad y dan importancia a

los parámetros biológicos de la adicción, centrándose en las sustancias y en sus efectos farmacológicos. Estas aproximaciones parten del supuesto de que el “adicto” no puede controlar voluntariamente su conducta de consumo debido a las poderosas influencias de fuerzas fisiológicas internas, tales como compulsiones, deseos e impulsos irresistibles. El excesivo consumo de cualquier sustancia psicoactiva o la realización de cualquier actividad que lleve a la gratificación inmediata (conducta de adicción), se percibe como un problema de control de impulsos.

De acuerdo con este modelo, las conductas adictivas están basadas en la dependencia física subyacente y la atención se centra en los factores fisiológicos, que pueden transmitirse genéticamente y que predisponen a la adicción. Esta línea de pensamiento viene a sustituir al “modelo moral” de la adicción que consideraba al adicto como una persona a la que le falta “fuerza moral” para resistir la tentación. En el caso del alcoholismo se etiquetaba al bebedor como una persona que carecía de fuerza de voluntad o carácter moral y, por tanto, se condenaba moralmente las conductas adictivas, siendo considerada por algunos como una conducta pecaminosa.

Frente a la concepción moral del problema, el concepto de enfermedad del alcoholismo ofrece una serie de ventajas para la intervención. Cambiar el estigma moral asociado con los problemas de la bebida a la consideración del alcoholismo como enfermedad, incrementa el número de personas que buscan ayuda o asistencia para su problema. Quizás, como señala Marlatt (1985), una de las principales razones para este cambio es que, desde el modelo de enfermedad, se absuelve al alcohólico de aceptar la responsabilidad personal o la culpa moral de su condición. El proceso de enfermedad se asume como latente, incluso antes de que el alcohólico tome la primera bebida (debido a la predisposición genética) y permanece activo (aunque temporalmente en remisión), incluso aunque después de un tratamiento pase años sin tomar una bebida.

Dentro de este modelo el concepto de control juega un papel fundamental. Por una parte, se asume que el alcohólico es incapaz de ejercer control sobre su conducta a causa de la influencia de factores fisiológicos internos que subyacen a la adicción. Por otra parte, se mantiene que la única

forma de solucionar el problema (de evitar la conducta adictiva) es mantenerse alejado de la sustancia. La recaída se produciría por una pérdida de control que se desencadenaría con un simple consumo. De esta forma, el rango posible para la evaluación de resultados de tratamiento se reduce a una solución dicotómica: o bien uno es abstemio (se ejerce control) o bien recae (pierde el control). Un único consumo es un fracaso en el tratamiento, ya que supone una pérdida de control que lleva al consumo compulsivo.

Como indica Marlatt (1985) parece paradójico en este modelo que aunque la etiología de la drogodependencia se describe como un proceso de enfermedad que esta más allá del control o la responsabilidad del consumidor, el tratamiento defiende la abstinencia total del consumo, y propugna el control personal como elemento fundamental en el proceso de recuperación. El movimiento de Alcohólicos Anónimos, integrando el modelo de enfermedad del alcoholismo y el modelo moral, aboga por la entrega de ese control personal a un “poder más alto” ,como el primer paso en el proceso de recuperación.

Frente a las concepciones biologicistas, emerge hacia los años 70 el modelo conductual de la adicción como alternativa al modelo de enfermedad y al modelo moral. Teniendo en cuenta los principios de la teoría del aprendizaje social, la psicología cognitiva y la psicología social experimental, desde este modelo se consideran las conductas adictivas como patrones de hábitos adquiridos que pueden ser analizados y modificados de la misma manera que otros hábitos conductuales. Las conductas adictivas tienen que ser definidas en términos de frecuencia de ocurrencia a lo largo de un continuo, en lugar de ser definidas en términos de categorías discretas o fijas tales como el consumo excesivo (pérdida de control) o la abstinencia. Se asume que todos los puntos de ese continuo, desde muy infrecuente hasta el consumo excesivo, están gobernados por procesos similares de aprendizaje.

Esta postura reconoce que un uso continuado e intenso de las sustancias puede tener manifestaciones físicas y llevar a la enfermedad. Sin embargo, no se presupone que la conducta en sí misma sea una enfermedad o que esté causada por un trastorno fisiológico subyacente, sino que ésta es el resultado de un ciclo de conductas adictivas que se desarrolla durante un periodo de tiempo determinado.

Las conductas adictivas se caracterizan por ser patrones de hábitos desadaptativos, a los que generalmente les sigue una forma de gratificación inmediata, bien por proporcionar un determinado estado placentero, o bien, por reducir el grado de tensión o activación. Las conductas de consumo se realizan en muchas ocasiones en situaciones percibidas por el sujeto como estresantes. Así, se bebe para reducir la ansiedad social; se fuma para calmar los nervios, o se consumen otras drogas en situaciones de aburrimiento. En palabras de Marlatt (1985), las conductas de consumo serían medios desadaptativos de enfrentarse a las situaciones. En sí mismas, estas conductas no son desadaptadas; se transforman en tales cuando, bien por la frecuencia con la que se realizan, o bien por el uso repetitivo de las mismas, por la escasa conciencia de la actividad que realice, lleva a consecuencias negativas en términos de pérdida de salud, estatus social o autoestima.

Otros tipos de conductas, que se incluyen en la categoría de conductas impulsivas tales como: el juego compulsivo, el trabajo compulsivo y ciertos problemas sexuales (exhibicionismo, paidofilia, etc.), desde esta perspectiva, también pueden ser consideradas como conductas adictivas. Todas ellas se caracterizan por la gratificación inmediata y las consecuencias negativas a largo plazo, siendo específico del consumo de drogas el hecho de que la fuente de la compulsión está enraizada en factores fisiológicos. El modelo médico pone un excesivo énfasis en los factores fisiológicos de la adicción, olvidando en gran parte que estas conductas también están fuertemente influidas por las expectativas o los efectos deseados derivados de la realización de la actividad.

Diferentes investigaciones (Marlatt y Rohsenov, 1980) sugieren que los factores cognitivos y ambientales ejercen mayor influencia en la determinación de los efectos de las drogas que los efectos farmacológicos o físicos de la droga en sí misma. Los procesos cognitivos, tales como las expectativas y las atribuciones, se aprenden y están más abiertos a la modificación y al cambio que los procesos fisiológicos que son relativamente fijos.

Aceptar el hecho de que las conductas adictivas son aprendidas, podría representar, según algunos autores, una vuelta al modelo moral de la adicción, en el sentido de que se mantendría que la persona tiene toda la responsabilidad de su adicción y que ésta podría deberse a alguna debilidad

moral. Sin embargo, los teóricos conductuales, en palabras de Marlatt (1985), definen la adicción como un poderoso patrón de hábitos, un ciclo adquirido de conducta auto-destructiva, que surge por efectos del condicionamiento clásico (tolerancia adquirida por los efectos de la sustancia) y el condicionamiento operante, tanto positivo (por la fuerte demanda de la sustancia), como negativo (forma de escapar o evitar estados físicos o mentales negativos).

Además de estos factores relacionados con los procesos de condicionamiento clásico y operante, el consumo de drogas está determinado por expectativas y creencias adquiridas sobre los efectos de la drogas, como un antídoto en situaciones de estrés y ansiedad. Así mismo, el modelado (aprendizaje observacional) en el contexto de la familia, los amigos o los medios de comunicación también ejercen su influencia. Describir el problema de las adicciones, en términos de patrones de hábitos aprendidos, no supone que la persona sea responsable de la adquisición de esos hábitos ni que el individuo sea capaz de ejercer un control voluntario sobre su conducta.

Desde el modelo del aprendizaje social, los sujetos con problemas de consumo de alcohol y otras drogas son sujetos que han adquirido y consolidado, a partir de experiencias de refuerzo diferencial y modelado, la conducta de consumo como una respuesta dominante y generalizada en su repertorio conductual, especialmente en condiciones y situaciones consideradas negativas para los individuos.

Sin embargo, según este modelo, a pesar de que las conductas de adicción surgen como consecuencia de experiencias pasadas de aprendizaje, que se escapan al control voluntario, éstas son modificables, bien eliminando estas conductas directamente (condicionamiento) o bien generando modos alternativos de responder ante las situaciones que las provocan. En este proceso de cambio de hábitos, la participación activa del individuo y que éste asuma la responsabilidad para el cambio, parecen elementos necesarios.

Teniendo en cuenta este modelo y considerando el consumo de drogas y las recaídas como un proceso, a finales de los años 70, se comienzan a estudiar determinantes ambientales, cognitivos y emocionales que subyacen al proceso de recaída. Connors y col. (1996), realizan una revisión de los modelos

psicológicos y psicobiológicos que se han desarrollado en los últimos años. Cada modelo difiere en la importancia asignada a las variables de la persona, a la situación o a su interacción y en las variables específicas más relevantes. Pero, para todos ellos, las variables cognitivas (atribuciones, expectativas, racionalizaciones, autoeficacia), a través de las cuales el individuo define y categoriza situaciones, desempeñan un papel central en el análisis de la recaída.

Sánchez-Craig (1976), en su modelo de evaluación cognitiva, señala que la percepción y la interpretación que un individuo hace de la situación es el determinante más importante en la conducta de consumo. Los individuos pueden evaluar una situación como positiva, negativa o neutra. Estas evaluaciones de la situación pueden verse afectadas por la información disponible y por la valoración de estrategias de afrontamiento adecuadas para enfrentarse a esa situación. Para este modelo, las valoraciones inapropiadas de una situación, (por ej. centrarse en los beneficios inmediatos de beber e ignorar las consecuencias a largo plazo), las situaciones negativas, la ausencia de habilidades de afrontamiento adecuadas y la valoración del consumo de alcohol como un recurso para afrontar esas situaciones, serían los principales determinantes de las recaídas.

De una forma similar, el modelo de interacción persona-situación de Litman (1986) considera que la recaída es un proceso que tiene lugar en el individuo y que incluye un proceso de interacción entre:

- a) una situación percibida como amenazante o de alto riesgo,
- b) las habilidades de afrontamiento disponibles para el individuo y
- c) la percepción de la eficacia y del grado de adecuación de estas habilidades para enfrentarse a esa situación.

La recaída es más probable que ocurra cuando el individuo siente que no tiene estrategias suficientes para manejar esa situación. En sus estudios sobre consumo de alcohol se han identificado cuatro categorías primarias de situaciones de alto riesgo:

- a) estados emocionales negativos, como depresión y ansiedad,

- b) situaciones previas relacionadas con la bebida,
- c) ansiedad social-interpersonal y
- d) disminución de la vigilancia cognitiva y racionalización para realizar el primer consumo.

Otros autores (Wilson, 1978; Rollnick y Heather, 1982; Annis, 1986) partiendo del modelo cognitivo-conductual de Bandura, han destacado la importancia de las expectativas de resultados y autoeficacia para analizar las recaídas. Desde este modelo, la estimación que una persona realiza de los resultados asociados con una conducta determinada (expectativas de resultados) y la estimación de la persona de que ella es capaz de realizar esa conducta (autoeficacia), son los determinantes fundamentales de la acción. En el caso de la recaída, la forma en que una persona interpreta sus estados físicos y emocionales, la autoeficacia percibida para enfrentarse con situaciones en las que es posible consumir alcohol u otras drogas y las expectativas que se tienen sobre los efectos, tanto del consumo como del tratamiento, serán los determinantes principales. En concreto, las bajas percepciones de su propia capacidad para enfrentarse con los problemas del alcohol y las drogas, la creencia de que se es incapaz de consumir de una manera controlada después de un consumo inicial y las expectativas negativas de los resultados del tratamiento que se dan ante ese consumo, serán los precipitantes más inmediatos de la recaída. El repertorio de habilidades de afrontamiento y la disponibilidad de los apoyos del entorno, son también factores que afectan la probabilidad de recaer.

Se han realizado también aportaciones importantes para la comprensión de la recaída, por parte de aquellos investigadores que trabajan desde una perspectiva psicobiológica y desde los que se analizan fundamentalmente los procesos de activación emocional relacionados con el deseo y la urgencia de consumir que llevan a la recaída. La urgencia subjetiva se incluye en estos modelos como el aspecto apetitivo de la sustancia relacionado con los efectos de la abstinencia, tanto fisiológica como psicológica. Para una revisión de los mismos puede verse Donovan y Chaney (1985) y Connors y col. (1996). Desde estos modelos, de carácter psico-biológico, las recaídas han sido atribuidas al

agente (la droga en sí misma), las características personales del consumidor y los antecedentes ambientales.

A pesar de las diferencias entre los diversos modelos, en relación con la importancia que le dan a algunas variables frente a otras, en todos estos modelos contemporáneos se presta atención a conjuntos de variables de naturaleza dinámica que suponen la interacción de variables de la persona y del ambiente. Como señalan Miller, Westerberg, Harris y Tonigan (1996), las situaciones de vida que generan estrés, los estados emocionales negativos, las expectativas acerca de los efectos de las drogas, las expectativas de autoeficacia, las conductas de afrontamiento y el apoyo social, son notas comunes en la mayor parte de teorías que tratan de analizar el consumo de drogas y el proceso de recaída. Para otros modelos (Prochaska y DiClemente, 1982; Miller, 1985), los estados motivacionales que incluyen el balance en la toma de decisiones y los estadios de receptividad al cambio también son considerados elementos importantes para la prevención de recaídas.

Uno de los modelos de mayor influencia, que intenta integrar los factores que se han recogido desde diferentes teorías y que ha guiado un gran número de investigaciones, es el modelo de recaídas desarrollado por Marlatt y colaboradores (Cummings, Gordon y Marlatt, 1980; Marlatt y Gordon, 1985a, Marlatt, 1996a). Este modelo ha proporcionado un importante esquema para describir, comprender, predecir y prevenir las recaídas, ha contribuido ,significativamente a la práctica clínica y ha estimulado la investigación sobre estrategias de prevención de recaídas. Por ello, vamos a prestarle alguna atención.

2.4. El modelo de prevención de recaídas de Marlatt

En este modelo (Marlatt y Gordon, 1985a), se considera la recaída como un proceso determinado por factores cognitivos y situacionales y se presta especial atención a los determinantes inmediatos (factores precipitantes) y a

las reacciones subsecuentes a la primera caída, que sigue a un periodo de abstinencia o un consumo controlado. Un componente importante de este modelo es la evaluación de aquellas características del individuo o del contexto situacional que permiten la apropiada clasificación de una recaída después de un periodo de abstinencia.

Este modelo, desde una perspectiva biopsicosocial, asume que múltiples determinantes pueden estar implicados en el desarrollo y mantenimiento de los patrones de consumo. La vulnerabilidad biológica o genética, factores situacionales y ambientales, historia familiar de abuso de sustancia, consumo de iguales, experiencias tempranas con las sustancias y creencias sobre los efectos de las sustancias, son factores que pueden jugar un papel en el desarrollo de las conductas adictivas. Sin embargo, se asume que los factores que están implicados en el desarrollo de las conductas adictivas no tienen que ser necesariamente los mismos implicados en su mantenimiento.

El mantenimiento del consumo de la sustancia puede deberse en un primer momento a los efectos reforzantes y gratificantes a corto plazo de la droga. La creencia de que la droga proporciona un alivio, aunque sea temporalmente, al individuo que no ha desarrollado formas alternativas de manejar situaciones o emociones desagradables, puede promover la dependencia del consumo de droga. La falta percibida de estrategias para hacer frente a las situaciones, combinada con bajas expectativas de autoeficacia o baja confianza en su habilidad para llevar a cabo estas estrategias de afrontamiento, puede servir para mantener un patrón desadaptativo de consumo de sustancias.

Como señala Marlatt (1996a) la elaboración de este modelo supone incorporar los principios de la psicología al análisis del proceso de recaída de las conductas adictivas. En él, se integran las contribuciones de la teoría del aprendizaje (condicionamiento clásico y operante), la psicología cognitivo-social (expectativas de resultados, autoeficacia y teoría de la atribución) y la investigación sobre estrategias de enfrentamiento al estrés (habilidades sociales y entrenamiento en estrategias de afrontamiento). También se intenta con este modelo aplicar los principios de la psicología conductual cognitiva al tratamiento de las adicciones y las recaídas.

No todas las conductas adictivas pueden considerarse respuestas desadaptadas de manejo de las situaciones. El consumo de sustancias psicoactivas, especialmente el alcohol, puede ser una práctica socialmente aceptada entre los adultos en muchas sociedades. El problema surge cuando la conducta de consumo forma parte del estilo de vida del individuo, sin tener en cuenta los riesgos o las consecuencias negativas a largo plazo. Algunas consecuencias negativas a corto plazo pueden aceptarse como el precio que hay que pagar por los beneficios inmediatos que se logran con el consumo. Hasta que las consecuencias negativas se acumulan u ocurren consecuencias más serias, los individuos pueden no estar motivados a examinar y cambiar su conducta.

2.4.1. Los orígenes del modelo

La formulación de este modelo se deriva, como indica Marlatt (1996a), de la evaluación de la eficacia de diferentes formas de procedimientos de condicionamiento aversivo en el tratamiento del alcoholismo y del análisis de los patrones de recaída que presentaban estos pacientes. La terapia aversiva, siguiendo los principios de la teoría del aprendizaje, se basa en la premisa de que asociar el alcohol con un estímulo incondicionado aversivo (un shock eléctrico o la inducción de náuseas), produciría una aversión condicionada al alcohol. Para evaluar el impacto de la intervención (Marlatt, 1978a, 1979) se llevaron a cabo estudios en los que se realizaban evaluaciones de seguimiento a los tres meses y al año de finalizar el tratamiento. Los resultados mostraron que la condición de terapia aversiva producía una reducción significativa en el consumo de alcohol y en la tasa de recaídas en el periodo de tres meses, cuando se comparaba con un grupo control (sujetos que habían estado ingresados, pero que no habían recibido el tratamiento). Sin embargo, un alto porcentaje de sujetos (alrededor del 75%) habían experimentado uno o más episodios de bebida en ese periodo. Un año más tarde, a los quince meses de haber aplicado el tratamiento, no existía ninguna diferencia significativa entre el grupo de tratamiento y el de control.

Estos resultados parecen concordantes con la literatura sobre el entrenamiento aversivo que indica que aunque el castigo produce una supresión temporal de la respuesta, el efecto está limitado en el tiempo y a la situación estimular en la que se produjo el condicionamiento; es decir, a los estímulos discriminativos en los que se presentaron las señales de castigo, cuando se emitía la respuesta.

Teniendo en cuenta estas consideraciones, la solución que Marlatt y su equipo intentaron dar a los resultados de su tratamiento fue la de realizar sesiones de apoyo, después del tratamiento inicial para prevenir la extinción. Otra posible solución, sugerida desde los estudios sobre condicionamiento, podría ser la de entrenar al paciente en una conducta alternativa al consumo, cuando se presentan situaciones previamente asociadas con la bebida. Entrenar y reforzar la emisión de respuestas alternativas a los estímulos discriminativos facilita la estabilidad en el cambio de conducta.

Mantener la abstinencia parece más probable si el paciente es capaz de dar una respuesta incompatible con el consumo en las situaciones asociadas con el mismo. Por ejemplo, si un paciente alcohólico recae en respuesta a un contexto asociado con estados emocionales negativos, como la ansiedad, proporcionar al individuo respuestas que tengan un mismo valor funcional (meditación, entrenamiento en relajación, etc.), puede prevenir la recaída.

Para llevar esto a cabo, parecía importante evaluar cuidadosamente las señales asociadas con la vuelta a la bebida, haciendo un análisis detallado de los acontecimientos que precedían y coincidían con la recaída en los sujetos tratados. Se esperaba así, identificar los indicios contextuales que señalaran la elección entre la respuesta consumatoria de beber (recaída) y una respuesta alternativa (no beber, evitación, escape o realización de alguna otra respuesta incompatible con la bebida). En suma, se trataba de realizar un análisis detallado del lapso inicial con el fin último de evaluar la generalización y el mantenimiento de la terapia aversiva.

Con este objetivo, Marlatt (1996a) analizó los factores emocionales y situacionales que están presentes en el momento en que el individuo tomaba su primera bebida. Para ello, se pidió a los pacientes que habían estado

sometidos al tratamiento y que habían realizado un primer consumo en los tres meses posteriores al mismo (48 de los 65 que recibieron el tratamiento), que llevasen a cabo una descripción detallada de ese consumo inicial. Esta descripción incluía las respuestas a cuatro cuestiones:

- a) describir las características de las situaciones en las que se había realizado el primer consumo,
- b) señalar las principales razones que habían tenido para hacerlo,
- c) describir los pensamientos y las emociones que habían desencadenado la necesidad o deseo de tomar la primera bebida, y
- d) describir cualquier conjunto de circunstancias que hubiesen sucedido a su alrededor y que le impulsasen a ese consumo.

A partir del análisis de contenido y de la categorización de respuestas de 48 pacientes que realizaron la entrevista de los 65 que finalizaron el tratamiento, se estableció la primera categorización de situaciones precipitantes de las recaídas. Los resultados de este análisis se presentan en la tabla 1.

Tabla 1. Análisis de las situaciones de recaída en el estudio de tratamiento aversivo.
(Marlatt, 1978; Marlatt, 1985, p.74; Marlatt, 1996a, p.40).

Categoría situacional	Ejemplo	n	%
Frustración y enfado	El sujeto llama a su mujer (están separados), ella le cuelga; él se enfada y se pone a beber.	14	29
Presión Social	El sujeto va con sus amigos al bar después de trabajar, ellos lo presionan para que beba con ellos y él no puede resistirse.	11	23
Tentaciones intrapersonales	El sujeto pasea cerca de un bar e inconscientemente entra sin razón alguna; no puede resistir la tentación y se pone a beber.	10	21
Estado emocional negativo	El sujeto vive sólo, no trabaja, se aburre y se siente inútil; no encuentra motivos por los que no debería beber.	5	10
Otras situaciones	El sujeto dice que todo le va bien y que quiere celebrarlo tomando una copa.	5	10
Ninguna situación dada o imposibilidad de recordarla		3	7

Al observar estos resultados, se constata que en un número limitado de categorías se pueden incluir las respuestas de la mayor parte de los pacientes. La fiabilidad del sistema de categorización se estableció, pidiendo a dos evaluadores independientes que asignaran las descripciones en la categoría apropiada, el acuerdo entre evaluadores fue de 0.95. Las cuatro primeras categorías informan alrededor del 80% de los episodios iniciales de beber y emergen como los determinantes principales de la recaída. Las dos primeras categorías, en las que se incluyen la mitad de los casos, implican encuentros interpersonales. La primera categoría, con el 29% de los casos se refiere a situaciones en las que el paciente se ve frustrado en alguna actividad dirigida hacia una meta (una persona que le critica) y que refleja sentimientos de frustración e ira contenida que no se expresa de una manera constructiva. En la segunda categoría (23%) los pacientes se sienten incapaces de resistir las presiones sociales a beber. Las otras dos categorías, en las que se incluyen algo más de un tercio de los casos, son de naturaleza intrapsíquica, sentir fuertes deseos de beber y no resistir la tentación (21%) y enfrentarse a estados emocionales negativos, tales como la ansiedad, la depresión, la soledad y el aburrimiento (10%).

Estas categorías representan situaciones de alto riesgo que facilitan la vuelta a un consumo inicial, después de un periodo de abstinencia (un lapso), y supondría, según Marlatt (1996a), que ante el fracaso en dar respuestas alternativas adaptadas a las demandas ambientales después del tratamiento, el individuo vuelve al consumo de alcohol como respuesta dominante. Al mismo tiempo, suponen un apoyo a las teorías del aprendizaje social-cognitivo, que plantean que el consumo de alcohol y otras drogas es una forma desadaptiva de enfrentarse a las demandas ambientales.

A partir de este primer sistema de categorización de los precipitantes de la recaídas, se desarrolló un programa de investigación que llevó a formular el modelo cognitivo-conductual de las recaídas. Tres tipos de estudios contribuyeron a la formulación del modelo.

Por una parte, se realizaron estudios experimentales con análogos clínicos, bebedores sociales, a los que se les exponía a diferentes situaciones de alto riesgo para evaluar su conducta de consumo. Marlatt, Kosturn y Lang

(1975), en un estudio en el que se manipulaba la ira como estado emocional negativo a través de situaciones en las que el experimentador provocaba, a los sujetos, se demostraron que los individuos expuestos a esta situación bebían significativamente más que el grupo control y también que aquellos, a los que se les daba oportunidad de replicar al experimentador y expresar sus opiniones, tenían menor consumo que aquellos, que no podían expresar sus sentimientos. En otros estudios de este tipo, se ha comprobado que situaciones, que provocan ansiedad social (Higgins y Marlatt, 1975) y presión de grupo y modelado (Caudill y Marlatt, 1975), afectan el consumo de alcohol en los bebedores sociales.

Un segundo grupo de investigaciones se concretan en estudios clínicos controlados y diseñados para analizar la eficacia de entrenamiento en habilidades de afrontamiento de situaciones de riesgo de recaída. Chaney, O' Leary y Marlatt (1978) demostraron, tras un seguimiento de un año después de finalizar el tratamiento, que el grupo que recibió entrenamiento en habilidades mostraba diferencias significativas, con respecto al grupo control, en variables tales como el número de bebidas consumidas, los días de consumo antes de volver a la abstinencia y el número de días en estado de embriaguez.

El tercer grupo de estudios estaba dirigido a elaborar y refinar la taxonomía de precipitantes de la recaída que se elaboró, a partir del estudio con alcohólicos y ampliarla a otras conductas adictivas. Marlatt y Gordon (1980) analizaron 137 episodios de recaída de tres grupos de sujetos: alcohólicos, adictos a la heroína y consumidores de tabaco que habían seguido programas de tratamiento dirigidos a la abstinencia. En otro estudio se amplió esta muestra con 174 casos de recaída (un total de 311 casos), entre los que se incluyeron también un grupo de juego patológico y un grupo de mujeres sometidas a un programa de pérdida de peso (Cummimns, Gordon y Marlatt, 1980). A cada muestra se le pidió que identificase las situaciones externas y los estados internos que ellos sentían como precipitantes de sus recaídas recientes, siguiendo el mismo procedimiento que se había utilizado en el estudio preliminar sobre alcoholismo.

A partir de estas entrevistas surge un sistema taxonómico para clasificar los antecedentes de la recaída (Miller y Marlatt, 1984) y una conceptualización

secuencial de como la recaída ocurre (Cummings y cols. 1980; Marlatt y Gordon, 1985a).

2.4.2. Sistema de identificación y clasificación de los precipitantes de las recaídas

La taxonomía preliminar que había sido establecida, a partir de sus primeros estudios con alcohólicos, fue revisada y ampliada a un sistema de ocho categorías. Este sistema de codificación revisado, clasifica, a su vez, los factores determinantes de la recaída en dos grandes grupos: intrapersonales e interpersonales.

En el primer grupo, denominado *determinantes ambientales-intrapersonales*, se clasifican aquellos episodios de recaída que surgen como respuesta a fuerzas fundamentalmente intrapersonales (dentro del individuo), bien de naturaleza psicológica o física (por ej. enfrentarse con estados emocionales negativos, imposibilidad de resistir la tentación, etc.), o bien reacciones a acontecimientos ambientales que han sucedido en un pasado relativamente distante y en los que el factor precipitante no son otras personas (por ej. mala suerte, accidente, pérdida financiera etc.).

En el segundo grupo, *determinantes ambientales*, se integrarían aquellos episodios de recaída cuyos determinantes son de naturaleza interpersonal y la presencia o influencia de otros individuos forma parte del evento precipitante de la recaída. Los conflictos interpersonales (relacionados con el matrimonio los amigos, la familia, el trabajo...) y la presión social (directa o indirecta) que induce al consumo de drogas podría incluirse en este grupo.

Las ocho principales categorías (cinco en el grupo de determinantes intrapersonales y tres en el grupo de interpersonal) y las subcategorías que se establecen para cada una de ellas tal como aparece en los trabajos de Marlatt y Gordon (1985a) y Marlatt (1996a), se presentan en la tabla 2. El porcentaje de episodios de recaída que se pueden clasificar en cada categoría para los distintos grupos y la muestra total se recoge en la tabla 3 (Marlatt y Gordon, 1985a, pp.39).

Tabla 2. Categorías para la clasificación de los determinantes de la recaída
Adaptado de Marlatt, 1985 pp- 80-81 y Marlatt, 1996 pp. 44-45

I. DETERMINANTES AMBIENTALES-INTRAPERSONALES
A. Enfrentarse a estados emocionales negativos.
1. Enfrentarse a la frustración y/o la ira.
2. Enfrentarse a otros estados emocionales negativos.
B. Enfrentarse a estados físicos o fisiológicos negativos.
1. Enfrentarse a estados físicos asociados con el consumo anterior.
2. Enfrentarse a otros estados físicos negativos.
C. Potenciar estados emocionales positivos.
D. Poner a prueba el control personal.
E. Ceder a la tentación o el impulso de consumir la sustancia.
1. En presencia de claves asociadas a las drogas.
2. En ausencia de claves asociadas a las drogas.
II. DETERMINANTES INTERPERSONALES
A. Enfrentarse a conflictos interpersonales.
1. Frustración/ira.
2. Otros conflictos interpersonales.
B. Presión social.
1. Presión social directa.
2. Presión social indirecta.
C. Potenciar estados emocionales positivos.

Dentro del grupo de determinantes ambientales-intrapersonales se incluyen cinco categorías. La primera de ellas, *Enfrentamiento con estados emocionales negativos* y en la que se pueden incluir un 35% de los casos (tabla 3), integraría todos los episodios de recaída que ocurren cuando el individuo se encuentra en un estado emocional desagradable o tiene sentimientos negativos. Dentro de esta categoría se establece una diferenciación entre los sentimientos de frustración y furia y otros estados emocionales negativos. Como señalan Marlatt y Gordon (1985a), esta distinción se hizo por la alta tasa de recaídas que en el primer estudio con

alcohólicos se debían a situaciones de frustración en los que los sujetos ven bloqueada una actividad dirigida a meta, seguidos de sentimientos de culpa, hostilidad o agresión que pueden llevar al enfado. En el sistema revisado esta subcategoría aparece dentro de los determinantes intrapersonales y también dentro de los conflictos interpersonales. En la subcategoría de otros estados emocionales negativos se incluirían sentimientos de miedo, ansiedad, tensión, depresión, aburrimiento, soledad, tristeza, etc.. Dentro de esta subcategoría también se incluirían reacciones a situaciones de evaluación (exámenes, hablar en público, etc), dificultades con el empleo o de carácter financiero, infortunios personales y accidentes.

En la segunda categoría, *Estados físicos o fisiológicos negativos*, se incluyen todos aquellos casos en los que la recaída está determinada por reacciones físicas y fisiológicas desagradables y dolorosas. En ella se incluyen dos subcategorías, una de ellas relacionada con el consumo anterior de la sustancia y que incluiría las reacciones físicas asociadas al síndrome de abstinencia y otra relacionada con estados físicos negativos que no están relacionados con el consumo anterior, tales como dolores, heridas, fatiga etc. Los datos de la tabla 3 nos indican que pocas recaídas (3%) se pueden asignar a los estados físicos negativos y son los adictos a la heroína, el grupo para el que este determinante es más significativo (9%).

La tercera categoría, *Potenciar estados emocionales positivos*, incluiría aquellos casos en los que se vuelve al consumo de la sustancia para aumentar sentimientos de placer, alegría, libertad.etc. Pocos casos (un 4% del total) se incluyen en esta categoría. De ellos, ninguno se produce en el grupo de alcohólicos ni el de jugadores, encontrándose el porcentaje más alto (10%) en los adictos a la heroína.

La cuarta categoría, *Poner a prueba el control personal*, incluiría aquellos casos en los que se prueba de nuevo la sustancia para comprobar que se puede hacer un uso moderado o controlado de la misma después del programa de tratamiento. El 5% de episodios de recaída se incluye en esta categoría y son los alcohólicos (9%) y los jugadores patológicos (16%) los grupos para los que este determinante tiene especial importancia. En estos

casos se intenta comprobar la propia capacidad para intentarlo de nuevo sin perder el control.

La última categoría dentro de los determinantes intrapsíquicos, *ceder a la tentación o el impulso de consumir la sustancia*, integra aquellas recaídas en la que el principal precipitante es un deseo imperioso de realizar la conducta adictiva en ausencia de factores interpersonales relacionados con la presión social y que tampoco responde a reacciones físicas asociadas al síndrome de abstinencia. Este deseo o imposibilidad de resistir las tentaciones de consumir puede darse en situaciones en las que están presentes señales relacionadas con el consumo anterior (por ej. encontrar una botella o un paquete de cigarrillos que se había escondido anteriormente, pasar por un bar etc.) o cuando no existen estas señales y el deseo o el estado de activación es tan intenso que el individuo inicia la búsqueda de la sustancia.

Dentro de los determinantes interpersonales se incluyen tres categorías. La primera de ellas, *Enfrentarse a conflictos interpersonales*, en la que se integran el 16% de los casos, se refiere a un conflicto relativamente reciente asociado a una relación interpersonal tal como el matrimonio, una amistad, la familia o las relaciones en el contexto de trabajo. Estos conflictos interpersonales se pueden dividir en dos subcategorías, según provoquen sentimientos de frustración o enfado (ej. desacuerdos, peleas, celos, disputas) u otros sentimientos, tales como, ansiedad, miedo, tensión, preocupación, o, aprensión. Cuando se analizan los conflictos interpersonales como determinantes de la recaída, se ha observado que aquellos que causan frustración o enfado son más importantes para la tasa de recaídas que aquellos que generan otros estados emocionales negativos (Marlatt y Gordon. 1985a). Por el contrario, cuando no existe una situación interpersonal, son los estados emocionales negativos diferentes de la frustración o la ira los que más contribuyen como determinantes de las recaídas iniciales.

Otra categoría, dentro de los determinantes interpersonales, es la *presión social*, al consumo de la sustancia. En ella se incluyen alrededor del 20% de los casos de recaída y es especialmente importante para el grupo de fumadores (32%) y para el de adictos a la heroína (36%). Esta categoría, junto con el conflicto interpersonal (16%) y los estados emocionales negativos (35%)

aparece como uno de los determinantes más importantes de las recaídas. En el estudio que dió origen a esta clasificación (Cummings y col., 1980) el 70% de los episodios de recaída analizados se podrían integrar en estas tres categorías.

La presión social al consumo puede ejercerse tanto de forma directa como indirecta. En el primer caso, es una persona o grupo a través del contacto directo y generalmente con persuasión verbal la que presiona al individuo a consumir o le ofrece la sustancia. En la presión social indirecta, el individuo inicia el consumo en respuesta a la observación de una persona o grupo que está usando la sustancia y que le sirve de facilitador para el propio consumo.

La última categoría, *Incremento de estados emocionales positivos*, recoge aquellas situaciones en las que el primer consumo se realiza en situaciones interpersonales de celebración en las que se pretende aumentar los sentimientos de alegría, activación sexual, libertad, etc.

Tabla 3 Analisis de situaciones de recaída en las diferentes muestras

Situación de recaída	Alcohólicos (n=70)	Fumadores (n=64)	Adictos Heroína (n= 129)	Jugadores (n = 19)	Adictos Comida (n=29)	Total (n=131)
DETERMINANTES INTRAPERSONALES						
Estados emocionales negativos	38%	37%	19%	47%	33%	35%
Estados físicos negativos	3%	2%	9%	-	-	3%
Estados emocionales positivos	-	6%	10%	-	3%	4%
Poner a prueba el control personal	9%	-	2%	16%	-	5%
Impulsos y tentaciones	11%	5%	5%	16%	10%	9%
TOTAL	61%	50%	45%	79%	46%	56%
DETERMINANTES INTERPERSONALES						
Conflicto interpersonal	18%	15%	14%	16%	14%	16%
Presión social	18%	32%	36%	5%	10%	20%
Estados emocionales positivos	3%	3%	5%	-	28%	8%
TOTAL	39%	50%	55%	21%	52%	44%

La utilidad clínica de esta taxonomía de recaídas es, como el propio autor señala (Marlatt, 1996), proporcionar un esquema para comprender las situaciones y las características; que sirven como determinantes próximos de la recaída, con ello podemos conocer mejor este proceso y planificar mejor su tratamiento.

Para la clasificación de los episodios de recaída Marlatt y Gordon (1985a) proponen que cada uno de ellos debe puntuarse en una única categoría. Cuando hay dudas entre categorías o un episodio se puede asignar a más de una categoría, se recomienda la elección del evento precipitante de la recaída más significativo y más reciente. Asimismo, se recomienda que se dé prioridad a los determinantes intrapersonales frente a los interpersonales, así como, al orden de las categorías dentro de la clasificación propuesta.

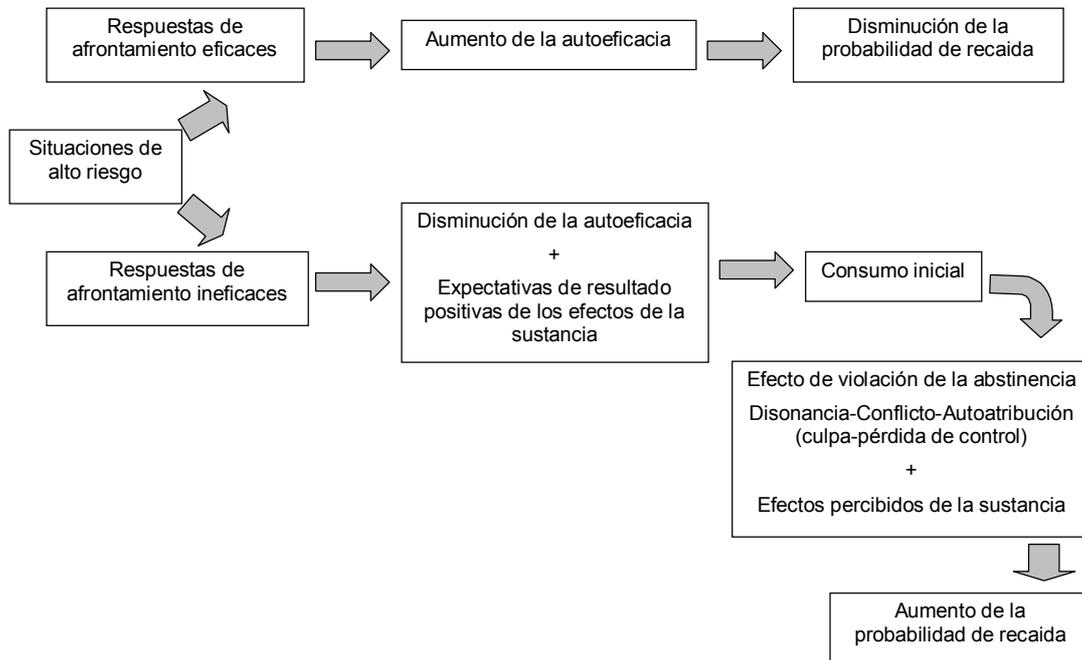
Estas categorías situacionales representan situaciones de alto riesgo que facilitan la vuelta al consumo inicial después de un periodo de abstinencia. Otros componentes conductuales y cognitivos pueden incrementar el riesgo que se experimenta en tales situaciones y llevar a que este consumo inicial se mantenga.

2.4.3. Modelo cognitivo-conductual de recaídas

Este modelo se centra en los determinantes inmediatos (circunstancias precipitantes) y en las reacciones que siguen a la primera caída en el consumo (lapso) después de un periodo de abstinencia o un consumo estrictamente controlado. Una limitación importante del modelo es que se aplica sólo a aquellos casos en los que la persona ha realizado una elección voluntaria o ha decidido iniciar un cambio respecto a sus patrones de consumo.

En la figura nº1 se presenta el modelo cognitivo-conductual de recaídas propuesto por Marlatt.

**Figura 1. Modelo Cognitivo-Conductual del proceso de recaída.
(Marlatt, 1996a, pp.46)**



Desde este modelo se plantea que un consumidor que está en proceso de recuperación, después de un tratamiento, mantiene expectativas de control personal (autoeficacia) mientras se mantiene abstinentes. Cuanto mayor sea el periodo de éxito en la abstinencia mayor será la percepción individual de autoeficacia. Este control percibido se mantendrá y se incrementará hasta que la persona se encuentra con situaciones de alto riesgo.

La situación de alto riesgo se define como una situación que amenaza el sentido de control del individuo y que incrementa el riesgo de una recaída. El análisis taxonómico de los determinantes de las recaídas (Marlatt y Gordon, 1980; Cummings, Gordon y Marlatt, 1980) sirve para identificar estas situaciones de alto riesgo y, según los datos presentados en la tabla 3, tres categorías de situaciones (estados emocionales negativos, conflicto interpersonal y presión social) son las que están asociadas a un mayor porcentaje de episodios de recaída y esto sucede así para los distintos grupos analizados. El patrón de resultados encontrados nos indica que pueden existir unos mecanismos comunes que subyacen al proceso de recaída a través de las diferentes conductas adictivas.

En diferentes estudios se ha encontrado que los alcohólicos y los consumidores de otras sustancias se caracterizan por déficit en habilidades sociales (Chaney, 1976; Chaney, O'Leary y Marlatt, 1978). Otros autores han encontrado que los alcohólicos, comparados con los bebedores sociales, tienen dificultades en el área de las habilidades asertivas, especialmente para la expresión de sentimientos negativos (Miller y Eisler, 1977). De forma similar, Chaney (1976); Chaney y col. (1978) encontraron que la incapacidad para tratar de forma efectiva con estados emocionales negativos, expresar la ira o el resentimiento y resistir las presiones de otras personas en situaciones de alto riesgo predice la recaída después del tratamiento.

Cuando un individuo se encuentra en una situación de riesgo, éste puede ser capaz de ejecutar respuestas cognitivas o conductuales efectivas para enfrentarse a esta situación (por ej. ser asertivo en una situación de presión social). En este caso, la probabilidad de recaer decrece significativamente. El individuo que se enfrenta a esa situación con éxito incrementa su percepción de control y sus expectativas de autoeficacia, es decir, sus creencias de que será capaz de enfrentarse con éxito en el futuro a situaciones similares. A medida que la duración de la abstinencia se prolonga y el individuo es capaz de enfrentarse con más situaciones de riesgo, la probabilidad de la recaída disminuye.

Por el contrario, cuando el individuo no es capaz de enfrentarse con esta situación de riesgo, bien porque nunca ha adquirido las habilidades necesarias para afrontar la situación, bien porque el miedo o ansiedad que le produce la situación inhibe o bloquea la respuesta apropiada o porque el individuo no es capaz de reconocer el riesgo hasta que es demasiado tarde, es probable que la persona experimente una disminución de sus percepciones de autoeficacia y un sentimiento de no ser capaz de controlar su conducta de consumo de la sustancia.

La probabilidad del "lapso" o la caída en el consumo es mayor en la medida que estas expectativas de control y autoeficacia disminuidas, se combinan con expectativas de resultados positivos derivados de los efectos iniciales del consumo de la sustancia. Si un individuo, de acuerdo con su experiencia pasada, anticipa los efectos positivos inmediatos del consumo y al

mismo tiempo, no tiene en cuenta las consecuencias negativas a más largo plazo, el deseo de gratificación inmediata le atrae al consumo de la sustancia y se incrementa la probabilidad de que ocurra una caída en el consumo. La probabilidad de consumo inicial de una sustancia, en respuesta a situaciones de alto riesgo, se ve afectada por las expectativas sobre las consecuencias asociadas con el consumo de las drogas.

La probabilidad de volver al consumo es una función interactiva de:

- a) las demandas situacionales o el estrés que experimenta el individuo,
- b) la disponibilidad y la puesta en práctica de habilidades sociales y estrategias de afrontamiento,
- c) el nivel consiguiente de control percibido,
- d) la autoeficacia y los efectos positivos anticipados de la sustancia.

Cuando el individuo se encuentra con una situación para la que no dispone de recursos de afrontamiento adecuados, disminuye su percepción de control y su autoeficacia. Estas condiciones, junto con la creencia de que el consumo de sustancias le puede llevar a estados gratificantes, incrementan la probabilidad de tener una recaída.

La transición del consumo inicial de una sustancia (lapso), a un consumo más intenso (recaída) dependerá de las reacciones y de las atribuciones que el individuo realice en relación con ese lapso inicial. Marlatt y Gordon (1985) han denominado al conjunto de reacciones y atribuciones que ocurre después de un lapso "Efecto de Violación de la Abstinencia" ("Abstinence Violation Effect" - AVE). El impacto relativo de la violación de un periodo voluntario de abstinencia dependerá del nivel de compromiso que tenga el individuo para mantener la abstinencia y del tiempo que la haya mantenido; cuanto mayor sea el compromiso y la duración, mayor será el efecto de la violación. La magnitud de este efecto incrementa la probabilidad de que esa transgresión inicial precipite una recaída.

El AVE constituiría un patrón de pensamientos y cogniciones que promueven la recaída, entendiendo ésta como la vuelta a los niveles de consumo anteriores al tratamiento y se conceptualizaría en el modelo como el

interjuego del efecto de la disonancia cognitiva y el efecto de la auto-atribución negativa que contribuyen aditivamente a la reacción del individuo y a la probabilidad de que el individuo siga consumiendo después de esa caída inicial.

La disonancia cognitiva, tal como ha sido conceptualizada por Festinger (1964), surge cuando la conducta de una persona no es congruente con la autoimagen o las creencias que uno tiene de sí mismo. Cuando un individuo se ha puesto como meta la abstinencia, el consumo de la sustancia puede generar disonancia ya que es incongruente con la nueva autoimagen que el individuo se ha formado de abstinentes. La disonancia cognitiva se experimenta como un estado de activación negativo que incluye sentimientos de culpa, depresión y baja autoestima. Desde la teoría de la disonancia se postula que este estado lleva al individuo a una sensación de malestar que lo impulsa a actuar para minimizar esa disonancia, lo cual puede conseguir bien a través de la racionalización (por ej. he sido arrastrado por la situación y no soy responsable de mi conducta) o bien, utilizando la sustancia, como ya lo había hecho en el pasado, para reducir el estado de malestar que le produce la disonancia y cambiar su autoimagen para que sea congruente con su conducta (por ej. soy un adicto y no tengo remedio).

El segundo proceso implicado en el efecto de violación de la abstinencia son las atribuciones personales que se realicen sobre ese primer consumo. La teoría de la atribución (Weiner, 1974; Abramson, Garber y Seligman, 1980) han identificado tres componentes principales de las atribuciones que, como señalan Walton, Castro y Barrington (1994), tienen gran importancia en el análisis de los lapsos y las recaídas. Estos componentes que están presentes en cualquier proceso atribucional son: el lugar de la causalidad (interno/externo), la estabilidad (estable / inestable) y la especificidad situacional (global /específico). La recaída es más probable que ocurra si el sujeto percibe la causa del lapso como originado por sí mismo (atribución interna), si percibe que esto mismo puede ocurrir en situaciones similares en el futuro (atribución estable) y si percibe que el lapso se puede generalizar a otras sustancias o situaciones (atribución global). Por el contrario, después de un lapso la probabilidad de recaída será menor para aquellos sujetos que perciban que la

caída ha sido provocada por otras personas o por circunstancias externas, que la caída es un hecho aislado, que no ocurrirá en situaciones similares en el futuro y que ha ocurrido en relación con un contexto específico.

Aunque en la formulación original no se habla de los patrones atribucionales que llevan a mantener la abstinencia, según Walton, Castro y Barrington (1994) se podría deducir que aquellos que inicialmente tienen éxito para evitar una caída puntual podrían mantener la abstinencia si realizan atribuciones internas, estables y globales. Es decir, si perciben su abstinencia como un éxito personal, piensan que su abstinencia será persistente a lo largo del tiempo y creen que la abstinencia es generalizable a otras sustancias.

La literatura que ha estudiado los patrones atribucionales de los de fumadores tiende a apoyar el perfil atribucional propuesto por el Efecto de la Violación de la Abstinencia. Estudios con fumadores en los que se ha distinguido entre lapso y recaída, tal como el de Curry, Marlatt y Gordon (1987), encontraron que los fumadores que recaían hacían más atribuciones internas, estables y globales que aquellos que tenían una caída puntual. De forma similar, O'Connell y Martín (1987) encontraron que los fumadores que tenían una caída hacían atribuciones más externas al consumo de tabaco, mientras los que recaían hacían más atribuciones internas. En ambos estudios parece apoyarse los principios del AVE. Cuando se analiza la vuelta al consumo ésta se ve asociada con atribuciones internas, estables y globales (Goldstein, Gordon y Marlatt, 1984).

Por su parte, los datos de estudios con alcohólicos y consumidores de drogas ilegales son menos concluyentes, aunque esta investigación aparece afectada por la utilización de medidas genéricas de la atribución y por un fallo al distinguir claramente entre lapso y recaída.

Bradley, Gossop, Brewin, Phillips y Green (1992) evaluaron las atribuciones que adictos a opiáceos hacían de hipotéticos resultados negativos y seis meses más tarde, midieron la ocurrencia de lapsos y recaídas. El lapso fue definido como algún consumo en el periodo de seguimiento y la recaída como el consumo diario. Contrario a las expectativas, se encontró que no aparecían diferencias entre ambos grupos en las dimensiones de estabilidad y

globalidad y, de forma inconsistente con las predicciones del AVE, los que tenían caídas puntuales realizaban atribuciones más internas que los que recaían.

Birke, Edelman y Davis (1990) por su parte no encontraron diferencias en ninguno de los componentes de las atribuciones para los que se abstenían y los que volvían al consumo de drogas ilegales. Estos autores concluyen que el AVE no puede aplicarse a los consumidores de drogas ilegales debido a los estilos de vida diferentes y a las consecuencias que acompañan el consumo de drogas ilegales frente al consumo de tabaco.

Walton, Castro y Barrington (1994) llevaron a cabo un estudio en el que se examinó el papel de las atribuciones con una muestra de sujetos policonsumidores en los que la droga primaria de consumo había sido la cocaína y las metaanfetaminas. En este estudio, se consideró como criterio para establecer la diferenciación entre lapso y recaída, el consumo de más de una droga a la semana y se establecieron comparaciones entre aquellos sujetos que tienen un lapso, los que recaen y los que se abstienen. El papel de las atribuciones sugerida por el Efecto de Violación de la Abstinencia se confirmó parcialmente para las dimensiones de estabilidad y globalidad. Tanto los que se abstenían como los que recaían hacían atribuciones más estables. Los primeros, creían que su habilidad para abstenerse se mantendría en el futuro y los que habían vuelto al consumo creían que esto ocurriría en situaciones similares. Por el contrario, los que habían tenido una caída puntual consideraban menos probable que esto se volviera a producir.

También se confirmó la dimensión de especificidad. Aquellos que se abstenían y los recaídos, consideraban que sucedería lo mismo para todas las sustancias mientras los que tuvieron una primera caída indicaban que ésta había sido un hecho aislado y que no era probable que se transfiriera al consumo de otras sustancias.

En relación con la dimensión del lugar de la causalidad, no se confirmaron las predicciones de la teoría. Todos puntuaban en la dirección de internalidad, y no aparecían diferencias entre los que recaían y los que tenían un consumo puntual. Quizás esto sea debido a los efectos de los programas de

tratamiento, en muchos de los cuales se subrayaba la responsabilidad personal del individuo.

Los resultados de estos estudios proporcionan un apoyo parcial a las predicciones teóricas. El éxito para evitar la tentación de volver al consumo de sustancias (abstinencia completa) está relacionado con atribuciones internas, estables y globales. Estos sujetos perciben su abstinencia “causada” por sus propias habilidades y capacidades para resistir a la tentación. Asimismo, perciben que estas habilidades se mantienen a lo largo del tiempo y de las situaciones. Los recaídos perciben su fracaso para abstenerse como causado internamente, consideran que es probable que ocurra en otras situaciones y que se transfiera a otras sustancias. Por el contrario los que consumen puntualmente, atribuyen su consumo a factores situacionales y que esto está limitado a una sustancia determinada. Aunque los datos de algunos estudios no encuentran que los que recaen puntualmente hagan atribuciones externas, esto puede ser debido a los efectos del tratamiento, o a atribuir ese lapso a una falta de esfuerzo. Otra explicación alternativa y que no ha sido considerada en los estudios, es que para estos sujetos el lapso que, en muchas ocasiones, se produce con el alcohol como droga sustituta (Walton y col.1994) no constituya un fracaso.

Los procesos de atribución personal pueden llevar a una disminución de la autoeficacia percibida, reforzando la creencia de que el individuo no es capaz de enfrentarse adecuadamente con la situación y a un estado de desamparo o pérdida de control que constituye en sí misma una situación de riesgo para el consumo, sobre todo si el individuo no tiene las habilidades necesarias para manejar esa situación.

Un último factor que debe ser considerado en el proceso de recaída es el efecto subjetivo de la sustancia o la activación experimentada por el consumidor después del primer lapso. Aunque estos efectos difieren según el tipo de droga, todas ellas producen un estado inicial de activación que puede ser interpretado por el individuo como de euforia o de incremento de la sensación de poder. Cuando el individuo ha consumido y se encuentra en una situación de pérdida de control y desamparo, esto puede ser altamente reforzante y servir para mantener el uso continuado de la sustancia.

Las expectativas de autoeficacia, las expectativas de resultados y las atribuciones de causalidad actúan como mediadores cognitivos y son los determinantes interactivos del proceso de recaídas y del mantenimiento del consumo después de una caída inicial.

Desde este modelo, la recaída se ve como un proceso en dos etapas. Una serie de situaciones y acontecimientos llevan al individuo a una caída o “un lapso”, pero esto no significa que el individuo reanude su consumo. Serán las reacciones cognitivas, afectivas y conductuales que el individuo tenga ante ese consumo inicial (efecto de violación de la abstinencia) las que determinen la probabilidad de la recaída.

Teniendo en cuenta este modelo, se ha elaborado una estrategia de intervención para la prevención de recaídas que tiene dos objetivos principales: la prevención del consumo inicial que sigue a un tratamiento y el manejo y control de ese lapso o caída inicial para minimizar el daño cuando éste ocurra y evitar así la recaída o la vuelta a los niveles de consumo anteriores al tratamiento.

La prevención del consumo incluye la identificación de situaciones que presentan un alto riesgo para el inicio del consumo y el entrenamiento de habilidades y estrategias para enfrentarse a esas situaciones. Así mismo, la adquisición de un estilo de vida en el que exista un balance entre las situaciones negativas que pueden llevar al consumo, los recursos que el individuo pueda tener para enfrentarse a esas situaciones y las gratificaciones que se puedan obtener por realizar conductas alternativas al consumo llevará consigo que los futuros lapsos y las recaídas sean menos probables.

2.4.4. Evaluación del modelo de Marlatt

El modelo de Marlatt ha tenido un fuerte impacto sobre la investigación y la práctica clínica en el tratamiento de las adicciones. Los estudios sobre evaluación de tratamientos, aunque con muchas dificultades metodológicas, han demostrado que una gran parte de los tratamientos que se centran en conseguir la abstinencia, son útiles para conseguir este objetivo a corto plazo.

Sin embargo, también en todos ellos se ha constatado la aparición de una alta tasa de recaídas a medida que se prolonga el tiempo desde que finalizó el tratamiento. Por ello, la investigación sobre como prevenir las recaídas se ha transformado en una cuestión prioritaria para la investigación clínica y el modelo de Marlatt nos proporciona un importante esquema para describir, comprender y predecir las recaídas. Su investigación sobre los precipitantes de la recaída ha sido muy influyente en este campo, ha estimulado los principales trabajos de investigación y sirve de marco de referencia tanto para investigadores como clínicos que intentan comprender y reducir la probabilidad de recaídas. Pero a pesar de su amplia influencia, la fiabilidad y validez de su sistema de clasificación ha sido cuestionada.

Uno de los estudios más importantes en este campo, impulsado desde el Instituto Nacional de Abuso de alcohol y Alcoholismo de Estados Unidos (NIAAA) fue un estudio multicéntrico, el *Proyecto de Replicación y Extensión sobre las Recaídas (RREP)*, en el que participaron tres equipos de investigación independientes de diferentes centros (Universidad de Brown en Providencia; Instituto de Investigación de Adicciones de Bufalo y la Universidad de Nuevo Mejiro en Albuquerque). La descripción de este proyecto y los estudios que se desarrollaron en el marco del mismo puede encontrarse en Lowman, Allen, Stout y the Relapse Research Group (1996) y en el número especial del año 1996 que la revista *Addiction* ha dedicado a "*Perspectivas sobre los determinantes de las recaídas*".

Los objetivos y los requisitos que se pidieron a los estudios para incorporarse a este proyecto fueron:

- ❖ Replicar la metodología de Marlatt en poblaciones y tipos de tratamiento más heterogéneos
- ❖ Evaluar la fiabilidad y validez de la taxonomía original de Marlatt sobre los precipitantes de las recaídas
- ❖ Ampliar el diseño de investigación para examinar la recurrencia de la recaída a un periodo de seguimiento de doce meses con evaluaciones continuadas de seguimiento cada dos meses.

- ❖ Usar diseños prospectivos y variables predictoras adicionales para identificar los factores que afectan los patrones longitudinales de recaída y su remisión.

Diferentes cuestiones surgen de la revisión de estos trabajos. En el estudio de Longabaugh y col. (1996), se cuestiona la fiabilidad del sistema de clasificación propuesto por Marlatt. Estos autores, utilizando los códigos de categorización para el análisis de los precipitantes de las recaídas, analizaron la fiabilidad del sistema taxonómico a partir de los porcentajes de acuerdos entre pares de evaluadores en los equipos de cada centro de investigación y en los diferentes centros.

Los resultados indican que el acuerdo entre-jueces (fiabilidad) es más bajo del que se esperaba y que varía para las distintas categorías, tanto cuando se analizan los resultados de cada equipo, como cuando se analizan los resultados de los diferentes equipos. Mientras existe una alta fiabilidad entre todos los grupos para los estados emocionales negativos en el ámbito intrapersonal, en las otras categorías, los índices de fiabilidad son muy variables. Así mismo, se demostró que cuanto más específico era el nivel de clasificación, menor era la fiabilidad.

El acuerdo entre-jueces mejora con el entrenamiento y la experiencia; sin embargo, la variabilidad en el acuerdo es la nota dominante en los diferentes análisis. Esto lleva a los autores a concluir que este sistema de clasificación no es suficientemente fiable.

Como señala Donovan (1996) el examen de las fuentes de desacuerdo en la clasificación de las situaciones de recaídas es útil para identificar aquellas categorías que tienen un considerable solapamiento al asignar los episodios de recaída y que contribuyen a disminuir los niveles de fiabilidad.

Heather, Stallard y Tebbutt (1991) y Longabaugh y cols (1996) identificaron diferentes problemas en el sistema de codificación de la taxonomía de Marlatt. El primero de ellos tiene que ver con el carácter excluyente de la clasificación de las categorías. Al no permitir que un lapso pueda ser incluido en más de una única categoría, se excluye la evaluación de otros factores que pueden también contribuir a la recaída. Por otra parte, la

norma de priorizar en la asignación a la categoría que está más alta en la jerarquía favorece a algunas categorías sobre otras. De acuerdo a esa regla si existe alguna duda entre dos categorías que parecen que contribuyen por igual, siempre se da prioridad a la que aparezca primero en el sistema de categorías. Así, las categorías más altas en la jerarquía salen favorecidas (por ej. estados emocionales negativos sobre potenciar efectos positivos). Finalmente, la categoría “ceder a tentaciones e impulsos” se ve muy poco representada, ya que sólo se usa, cuando la descripción del lapso no encaja en otras categorías. Estas características del proceso de clasificación hacen que los estados emocionales negativos estén sobrerrepresentados y por el contrario, ceder a tentaciones e impulsos aparezcan como determinantes de un número limitado de casos de recaída.

Debido a estos problemas del sistema de clasificación, algunos autores han llamado la atención sobre la necesidad de cambiar la evaluación de los precipitantes de la recaída de un sistema categórico a un sistema de evaluación multidimensional y se han elaborado cuestionarios con formato de respuesta tipo Likert, para analizar los determinantes de las recaídas. Litman y col. (1983) utilizando las respuesta de alcohólicos a una entrevista y a un cuestionario de frases incompletas, construyó el *RPI (Relapse Precipitants Inventory)*. Utilizando este instrumento, los sujetos identificaban en qué medida una variedad de situaciones representaban amenazas a su sobriedad. Annis (1982b), a partir de las 8 categorías del sistema de Marlatt, desarrolló el *IDS (Inventory of Drinking Situations)*, para identificar situaciones en las que los individuos bebían fuertemente en el pasado.

Heather y cols. (1991) por su parte, pidió a heroinómanos que caracterizaran su último lapso en una serie de ítems que resumían cada una de las 13 categorías establecidas por Marlatt. Comparando los resultados con el sistema original encontraron diferencias entre el sistema de evaluación categorial y multidimensional. Cuando se usó el sistema categorial, de forma consistente con otros trabajos, un 69% de los episodios de recaída fueron clasificados en dos categorías: emociones negativas y situaciones de presión social y las otras categorías estaban muy poco representadas. Por el contrario cuando los precipitantes de la recaída se evaluaron de forma multidimensional,

las puntuaciones en las 13 categorías estaban más uniformemente distribuidas, con puntuaciones medias que iban de 1.9 a 5.7 y era la categoría de *ceder a tentaciones e impulsos*, la que obtenía una puntuación media más alta. Este estudio sugiere que la evaluación multidimensional es una forma más sensible de medir los precipitantes de los lapsos que el sistema categórico que ha usado Marlatt y su equipo.

Zywiak y cols. (1996) en un estudio similar, incluido en el proyecto RREP (Relapse Replication and Extension Project), realizaron una comparación entre los sistemas de evaluación categórico y dimensional de los precipitantes de las recaídas con evaluaciones bimensuales durante el periodo de un año. La muestra del estudio estuvo formada por 263 sujetos alcohólicos, de los que un 73% consumieron por lo menos una vez en los 12 meses. En este trabajo se pudo comprobar que el sistema de clasificación en categorías exagera la frecuencia de emociones negativas para los lapsos de alcohol. Con el sistema de evaluación a través de cuestionarios, la disparidad en la importancia de las categorías disminuye y aunque, enfrentarse a estados emocionales negativos sigue teniendo las puntuaciones medias más altas, las categorías de potenciar estados emocionales positivos y ceder a los impulsos y tentaciones cobran una mayor importancia.

El análisis factorial de las puntuaciones en las 13 situaciones propuestas, que coincidían con los determinantes propuestos por Marlatt, dió una solución de tres factores. El primero de ellos agrupaba las categorías de emociones negativas tanto en el contexto intrapersonal como interpersonal y estados físicos negativos no asociados al síndrome de abstinencia. El segundo agrupaba las categorías de presión social y potenciación de emociones positivas y el tercero tenía una mayor heterogeneidad e incluía los estados físicos negativos asociados al síndrome de abstinencia, poner a prueba el control personal y ceder a impulsos y tentaciones. Ninguno de los ítems cargaba en más de un factor.

Se llevaron a cabo análisis de correlación y regresión entre las puntuaciones en cada uno de estos factores y los indicadores de recaídas: número de días de abstinencia, intensidad de consumo (medido por concentración de alcohol en sangre) y número de días que permaneció el

lapso. Los resultados obtenidos mostraron que las puntuaciones elevadas en el primer factor, emociones negativas, estaban relacionados y constituían el mejor predictor de la intensidad de consumo el primer día del lapso y de la duración del mismo, así como de la ocurrencia de un mayor número de lapsos en el periodo de seguimiento. Por su parte, el tercer factor (estados físicos negativos asociados a la abstinencia y ceder a los impulsos), se asociaba de forma inversa al número de días abstinentes antes del primer consumo. Los tres factores predecían las puntuaciones en los mismos determinantes como antecedentes de un lapso posterior.

Estos análisis apoyan el modelo de Marlatt, cuando se evalúa desde una aproximación multidimensional. Las emociones negativas, el conflicto interpersonal y estados fisiológicos negativos no asociados a la abstinencia, tienden a ocurrir juntos como precipitantes de la recaída y aparecen como los determinantes más importantes del primer lapso, de la duración del mismo y de la mayor ocurrencia de otras caídas. Este conjunto de precipitantes puede facilitar la continuación en el consumo a partir del efecto de violación de la abstinencia (Marlatt, 1985) que a su vez genera estados emocionales negativos.

Teniendo en cuenta estos estudios y los resultados de su análisis de la fiabilidad del sistema de clasificación, Longabaugh y col. (1996) proponen una serie de recomendaciones para mejorar la fiabilidad del sistema. En concreto proponen las siguientes:

- ❖ *La entrevista para evaluar los precipitantes de las recaídas debería ser más estructurada.* Aumentar el grado de estructuración de la entrevista, está asociado con el aumento de la fiabilidad. Asimismo, se ha comprobado que la utilización de preguntas con respuestas tipo Likert para la evaluación de los determinantes de la recaída, tal como se propuso en el estudio de Heather y col. (1991), incrementa la fiabilidad.
- ❖ Los datos sugieren que la fiabilidad se incrementaría si *algunas categorías fueran reagrupadas y otras reformuladas.* En concreto parece necesario eliminar o redefinir la distinción entre precipitantes interpersonales e intrapersonales. Esta diferenciación contribuye a la escasa fiabilidad que se

ha encontrado cuando se trata de categorizar tanto los estados emocionales negativos como la potenciación de estados emocionales positivos en una u otra categoría. Estudios como el de Zywiak y Cols (1996) han demostrado que estos determinantes actúan conjuntamente

- ❖ Se debería dar más importancia en la taxonomía a la categoría de *ceder ante las tentaciones o impulsos*. Una de las causas que según los datos de Longabaugh y col. (1996) contribuye a la disminución del acuerdo entre jueces es la confusión que se establece al clasificar los episodios de recaída en esta categoría, ya que los fuertes deseos de consumo están también presentes e implícitos en las otras categorías. Por otra parte, Heather y col. (1991) señalaron el fuerte desacuerdo existente entre las categorizaciones de los evaluadores y de los propios pacientes al evaluar la importancia que tenía el ceder ante los impulsos y tentaciones como precipitantes de la recaída. En este sentido parece necesario dar más importancia dentro de la taxonomía a esta categoría o bien permitir que sea una categoría independiente de los otros determinantes de la recaída.
- ❖ Parece necesario *modificar la jerarquía explícita para la clasificación de los determinantes de las recaídas*. Al priorizar los determinantes que están más altos en la jerarquía y los determinantes intrapersonales frente a los interpersonales se está limitando la utilidad de la taxonomía y la mayor importancia que se le da a unos determinantes sobre otros es posible que esté determinada por el sistema de codificación.
- ❖ Debería *eliminarse la restricción de seleccionar una única categoría para clasificar cada episodio de recaída*. Deberían considerarse todas las categorías que tengan alguna relevancia en un determinado episodio de recaída y, se debería asumir que cuantos más estímulos precipitantes estén presentes en una situación, mayor será la probabilidad de que ocurra la recaída.

Otros estudios (Maisto y col.,1996; Stout y col.,1996) han cuestionado la validez predictiva del sistema de clasificación. En estos trabajos se encontró, utilizando una metodología prospectiva, que los precipitantes de la última

recaída antes de la admisión en el tratamiento no predicen los precipitantes de los episodios de recaída post-tratamiento ni el consumo posterior.

Posiblemente esto pueda deberse a que un único episodio de recaída anterior al tratamiento puede no ser representativo de las recaídas del sujeto. Los individuos tienen múltiples recaídas, muchas de las cuales pueden tener diferentes precipitantes y sería necesario establecer una jerarquía de “riesgo”. Es probable que la evaluación de múltiples episodios de recaída en el pasado, más que atenerse al último episodio, permita poder establecer perfiles de riesgo y que esto tenga una mayor utilidad predictiva.

El examen de múltiples episodios de recaídas es consistente con las recomendaciones de Sobelly cols (1994) de que se pida a los sujetos que describan las tres situaciones de más alto riesgo para el consumo de alcohol en el pasado año. También Litman (1986), evaluando los precipitantes de la recaída a través de autoinformes, en lugar de un sistema de clasificación categórico, encontró que el número total de precipitantes de la recaída incluidos en el Relapse Precipitans Inventory (RPI), independientemente de la categoría, tenía un mayor poder predictivo. Estos resultados sugieren que la frecuencia de exposición a situaciones de alto riesgo, en un periodo de tiempo dado, sin atender a su contenido específico, puede ser un factor crítico para predecir la probabilidad de una futura recaída.

Sutton (1993) también ha señalado el problema que conlleva interpretar una situación de alto riesgo sin tener presente la frecuencia con que el individuo se encuentra en esta situación. Aunque situaciones como estados emocionales negativos y situaciones de presión social, se ha visto que son las que nos pueden informar de las mayores tasas de recaídas, éstas pueden deberse más, a la frecuencia con la que los individuos se encuentran en esas situaciones, que a la situación en sí misma. Este autor señala la necesidad de recoger datos sobre la frecuencia, el patrón y la duración de la exposición a la variedad de situaciones en las que puede ocurrir la recaída. No tener en cuenta este aspecto, tal como se hace desde el modelo de Marlatt, puede estar causando los bajos niveles de validez predictiva.

La recaída es probable que sea el resultado de la interacción entre múltiples factores. Los estados emocionales tanto intraindividuales como interpersonales, los factores situacionales, la disponibilidad y puesta en práctica de recursos de afrontamiento, la autoeficacia percibida etc. se postulan, desde el propio modelo, como determinantes de la recaída. Dada la naturaleza interactiva y múltiple de todos estos elementos y su fluctuación desde los momentos más distantes a los más próximos a la recaída, la posibilidad de predecir una recaída a partir de una única categoría parece inapropiado.

Probablemente, como señala Donovan (1996), será necesario asumir que el sistema de clasificación de recaídas de Marlatt es un sistema descriptivo más que predictivo. Desde una perspectiva clínica, como el propio Marlatt (1996a) indica, la utilidad del sistema de clasificación y de análisis de los precipitantes de la recaída es la de identificar aquellos aspectos en los que debe centrarse la intervención, más que la predicción de posibles recaídas.

A pesar de estas cuestiones sobre la fiabilidad y la validez predictiva, parece existir una convergencia entre los diferentes estudios a la hora de sugerir la importancia que los estados emocionales negativos, tanto de carácter intrapersonal como interpersonal y las situaciones de presión social, tienen en el proceso de recaída. Esto se ha encontrado consistentemente en los estudios que han utilizado su sistema de clasificación como en aquellos otros (Zywiak y cols. 1996) en los que se han analizado los precipitantes de las recaídas desde una perspectiva multidimensional. Estos datos, son consistentes con las conclusiones de Marlatt (1985, 1996).

Por otra parte, independientemente de sus características psicométricas, la taxonomía puede cumplir importantes funciones en el ámbito clínico. La naturaleza abierta de las preguntas permite al entrevistador recoger detalles sobre las experiencias concretas de recaída de cada paciente. Así mismo, permite que ellos expresen cual consideran que es la causa principal de su recaída y analizar nuevas clases de precipitantes situacionales que pueden emerger en diferentes tipos de pacientes.

2.5. Mas allá del modelo de Marlatt

Un supuesto del que se parte en la teoría y que ha sido cuestionado por Longabaugh y cols (1996) es la relación de causalidad que se establece entre la recaída y sus antecedentes más inmediatos estudiados como precipitantes de las recaídas. Sin embargo, las explicaciones causales no pueden ser simplemente reducidas al aislamiento de regularidades observadas entre antecedentes y consecuentes. La noción de causalidad es problemática en la investigación y en el análisis de los fenómenos. El que se puedan establecer unas relaciones funcionales entre una secuencia de acontecimientos, de forma que podamos establecer que la presencia del antecedente lleva al consecuente, hace olvidar que ambos pueden ser el resultado de otro conjunto de variables.

Uno de los resultados más consistentes en los estudios derivados del modelo de Marlatt es la evidencia del papel de los estados emocionales negativos como antecedentes de la recaída. Sin embargo, es posible que las emociones negativas en sí mismas no sean la causa de los episodios de consumo sino sólo los marcadores de otras variables o antecedentes que pueden tener un carácter más estable.

El modelo de Marlatt se preocupa fundamentalmente por los determinantes más inmediatos del primer lapso o de la recaída. Sin embargo, parece necesario también abordar la cuestión de los determinantes a más largo plazo e identificar las variables que predicen la recaída en un periodo temporal más amplio. Las mismas variables pueden tener diferentes funciones, asociaciones y nivel predictivo cuando se consideran diferentes periodos temporales. Stout y col. (1988) demostraron que las variables asociadas con las recaídas anteriores al tratamiento y después del tratamiento tienen características diferentes.

La taxonomía de precipitantes de recaída representa sólo un componente de su más comprensiva teoría cognitivo conductual. Pero es posible, como señalan Longabaugh y cols (1996), que la teoría necesite ser revisada para incluir o dar mayor importancia a otros factores en la predicción de la recaída. Estos factores pueden incluir variables tales como disposiciones

personales y características del entorno que trascienden la experiencia subjetiva.

Los episodios de recaída suponen una intersección entre lo que el individuo trae a la situación y lo que la situación aporta al individuo. Es posible que para algunos individuos la recaída sea más probable independientemente de la situación en que esta aparezca (Annis y Davis, 1989). Por otra parte, existen situaciones sociales que provocan una recaída independientemente de las características de la persona. Por ejemplo, una persona con depresión clínica es más probable que tenga sentimientos negativos en una determinada situación y recaiga que una persona no deprimida aunque tenga los mismos sentimientos negativos en esa situación. Los determinantes de la estructura social más amplia pueden actuar y mediar el efecto de los precipitantes situacionales. Por ejemplo, una persona que gasta mucho tiempo en interacción con otros es más probable que recaiga en una situación de presión social para el consumo que una persona que le importen menos las situaciones de interacción social.

Para incrementar la comprensión y la predicción de las recaídas, parece necesario medir de forma independiente tanto las predisposiciones personales y sociales como los precipitantes situacionales. Los precipitantes más inmediatos de la recaída deben estar incluidos en una teoría más general en la que se identifiquen los factores situacionales y personales que independientemente o de forma interactiva contribuyen a la recaída.

El análisis de determinantes a corto plazo son esenciales para guiar la intervención clínica y enseñar a los consumidores las respuestas apropiadas para las situaciones de alto riesgo (Marlatt, 1996b). El análisis a más largo plazo y de otros factores más distales, puede ayudar a comprender mejor los procesos de mantenimiento en el consumo y su recuperación y pueden ser útiles para guiar y planificar el tipo o la duración de las intervenciones.

2.6. Hacia una perspectiva integradora de los predictores de la recaída.

La taxonomía de Marlatt y su modelo de recaída ha servido de fuente heurística para numerosas aproximaciones al fenómeno de recaídas. Este modelo ha hecho una de las principales contribuciones a la comprensión de la recaída, centrándose en los precipitantes situacionales e inmediatos a la recaída. Sin embargo, en los últimos años diferentes autores (Shiffman, 1989; Catalano y col., 1991; Donovan, 1996; Longabaugh y col., 1996; Conors y col. 1996) ponen de relieve las limitaciones del modelo que atiende únicamente a los determinantes temporalmente más próximos y sugieren la necesidad de tomar en consideración diferentes niveles de predictores que varían en su proximidad respecto a la recaída, pero que deben ser tomados en consideración al analizar este proceso y al valorar los resultados de los programas de tratamiento.

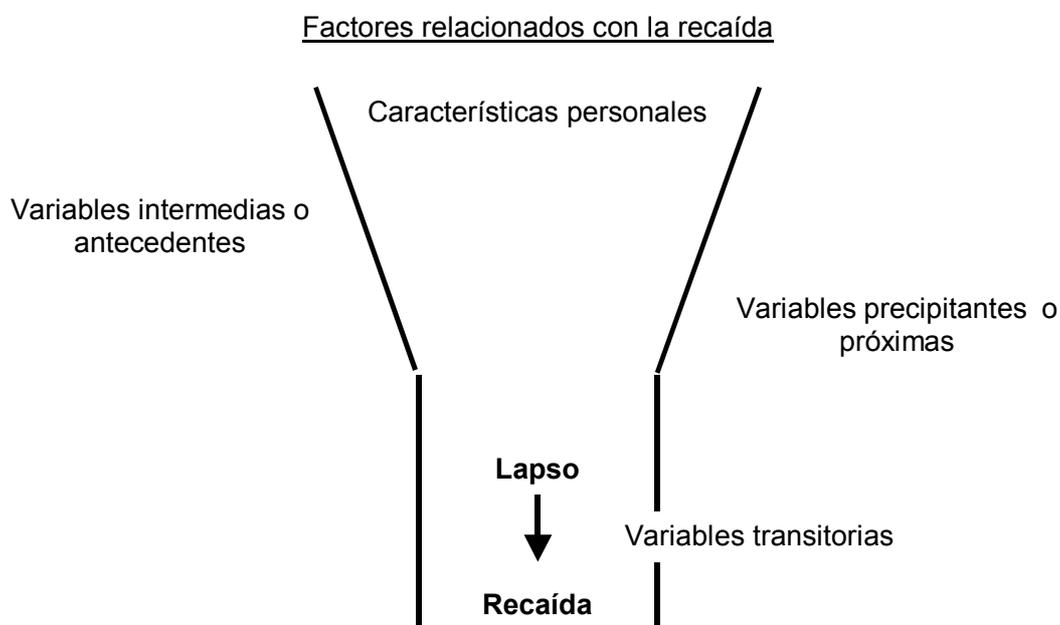
Shiffman (1989) ha presentado un modelo heurístico, desde una aproximación multivariada y multi-nivel para analizar los posibles predictores de la recaída. Este autor considera necesario prestar atención a tres niveles de evaluación para describir y predecir adecuadamente la probabilidad de la recaída. Estos incluyen:

- ❖ características personales más distales que están presentes desde hace tiempo, que son relativamente permanentes, estables e inalterables,
- ❖ variables intermedias o antecedentes que fluctúan a lo largo del tiempo de forma gradual y que pueden incrementar la probabilidad de la recaída y
- ❖ los precipitantes muy próximos que ocurren inmediatamente antes de un lapso son relativamente efímeras y se dan en el contexto de una situación de alto riesgo.

Además de estas tres categorías, Donovan(1996a) propone un cuarto grupo de variables transitorias que se producen después del consumo inicial de una sustancia y que median el proceso que se produce entre el lapso y la recaída.

La representación gráfica del modelo se presenta en la figura 2.

Fig. 2. Esquema heurístico para la conceptualización de los niveles de evaluación relacionado con el modelo de predicción de recaídas de Shiffman. (Donovan, 1996a, p.32)



Este modelo se representa a través de un embudo para reflejar el supuesto de cómo uno se mueve desde los factores más distales a través de los factores intermedios y próximos hasta llegar a la primera caída en la que los factores de cada uno de los niveles se hacen menos difusos, más centralizados e intensos y se estrechan o canalizan en un contexto situacional emergente que produce la recaída.

Los *factores personales más distales*, serían todas aquellas características personales y competencias conductuales del individuo de carácter más estructural y escasamente modificables que hacen a un individuo especialmente vulnerable a la recaída. Características de la historia familiar, edad de inicio en el consumo, características de personalidad como la impulsividad y la búsqueda de sensaciones, escasas habilidades de solución de problemas, presencia o severidad de otros trastornos psicológicos concurrentes con el consumo, grado de dependencia y reactividad

condicionada a las señales relacionadas con la sustancia son las variables que se podrían incluir en este grupo. Según Shiffman (1989), un modelo que se centre en este grupo de variables puede ser capaz de predecir *qué* individuos tienen más probabilidad de recaer, pero no *cuándo* se producirá la recaída. Todas estas características pueden considerarse factores de riesgo que aumentan la vulnerabilidad del individuo a la recaída, pero no desencadenan el proceso a menos que se produzcan otros acontecimientos.

Los *factores intermedios* son aquellas variables de carácter más dinámico que varían en su intensidad e influencia en relación con determinados contextos y que actúan durante el periodo de mantenimiento de la abstinencia, de forma conjunta con los factores más distales, para situar al individuo en un estado de predisposición a la recaída o para protegerle de la misma. Las variables que se incluyen en esta categoría son: eventos de vida relativamente infrecuentes, pero que requieren una reacción inmediata; estresores y problemas cotidianos; apoyos sociales y del entorno próximo; sentimientos de auto-eficacia y control personal; capacidades para anticipar, evitar o enfrentarse con las situaciones que le producen estrés; expectativas sobre los efectos de la sustancia y motivación para el cambio y la autosuperación.

Estas variables son de naturaleza dinámica, no son independientes unas de otras y están en un proceso de continua interacción. Es probable que las situaciones problemáticas afecten más al individuo que tenga escasas habilidades para anticiparlas y afrontarlas, una menor percepción de control personal o menores apoyos sociales. En estas situaciones, las expectativas acerca de los efectos de la sustancia y la motivación para el cambio o para la auto-superación pueden afectar a que el individuo se mantenga abstinentemente o tenga más probabilidad de recaer.

Allsop y Saunders (1989) han puesto de manifiesto la interacción entre la motivación para mantenerse abstinentemente o motivación de autosuperación y las habilidades de afrontamiento. Incrementar las capacidades de afrontamiento puede no prevenir la recaída si la motivación para mantener la abstinencia es débil. Así mismo, tener mucha motivación puede ser insuficiente si no se poseen habilidades para manejar las situaciones que inducen a la recaída.

Litman (1986) ha identificado un conjunto de estrategia cognitivas y conductuales que actúan como factores de protección contra la recaída y que operan de forma secuencial desde el inicio hasta el mantenimiento de la abstinencia. En el primer momento de abandono del consumo, parecen más eficaces las estrategias de evitación conductual de situaciones de alto riesgo, y, en caso de que se encuentren en estas situaciones, la búsqueda de apoyo social. Cuando el individuo ya ha conseguido mantener la abstinencia durante algún tiempo parece darse una transición desde las estrategias conductuales a estrategias cognitivas. Éstas incluyen tanto pensamientos sobre las consecuencias negativas del consumo en el pasado como sobre los beneficios que se han obtenido por haber logrado mantener su abstinencia.

Los resultados del estudio de Litman (1986) sugieren que los individuos que disponen de una mayor diversidad de habilidades de afrontamiento y que las utilizan de forma flexible para adaptarse a las situaciones, es más probable que mantengan la abstinencia. Así mismo, se encontró que mientras los que recaen y los que no lo hacen no se diferencian en sus habilidades de afrontamiento, cuando comienzan el tratamiento, aquellos que no recaen muestran un mayor incremento en el uso de pensamiento positivo y una disminución en la utilización de la evitación conductual en el periodo que están sometidos al tratamiento.

Los factores *próximos o precipitantes* de la recaída son las variables derivadas del modelo de Marlatt. Entre éstas se encuentran: situaciones de alto riesgo, estados emocionales, impulsos, tentaciones, habilidades para enfrentarse a las situaciones, eficacia situacional, expectativas sobre los efectos de la sustancia e implicación con la abstinencia.

Shiffman (1989) señala que centrarse exclusivamente, como hace Marlatt, en los determinantes aislados de la situación inmediata representa un modelo episódico que implica que la recaída es impredecible y que se hace necesaria la utilización de un modelo dimensional que evalúe el riesgo asociado con un determinado número de situaciones, el grado de tensión experimentado en cada una de ellas y la eficacia de las estrategias utilizadas para tratar con cada situación.

Por último, dentro del esquema propuesto para analizar los determinantes de la recaída, Donovan (1996) señala los *factores transitorios*, que serían aquellos que contribuyen a que un primer consumo o lapso se transforme en un consumo más intenso y prolongado.

Como se deriva del modelo de Marlatt, el efecto de violación de la abstinencia que se centra en la tendencia a personalizar la responsabilidad de la recaída, realizando atribuciones internas y las emociones negativas, que acompañan a estas atribuciones tales como la culpa, el remordimiento, la depresión o la ira, incrementan la probabilidad de mantener el consumo. Otros factores como las habilidades para minimizar las consecuencias negativas y las emociones que surgen del efecto de violación de la abstinencia, las reacciones la familia, amigos o aquellos que configuran el sistema de apoyo del sujeto y la motivación de sujeto para volver a la abstinencia también deben considerarse en este grupo.

De una forma similar al trabajo de Shiffman (1989), estudios de revisión de factores que predicen los resultados de los tratamientos, tales como los Catalano y col. (1990-91); Alemi, Stephens y Llorens (1995) y Brewer y col.(1998), señalan la necesidad tomar en consideración diferentes “niveles” de predictores, que varían en su proximidad respecto a la recaída.

Los estudios que se han llevado para evaluar la eficacia de los tratamientos aconsejan agrupar los factores asociados a la recaída en tres dominios: 1) *Factores antecedentes previos al tratamiento*, que serían aquellos factores más distales en el tiempo y que hacen al individuo más vulnerable a la recaída. Las características demográficas, la historia de consumo, la historia delictiva, la salud mental y otras características de su personalidad o su historia personal pueden incluirse en este grupo. 2) *Factores relacionados con el tratamiento* serían aquellos que afectan a la eficacia del tratamiento y en los que se incluyen: duración del tratamiento, componentes del programa y grado de satisfacción o ajuste al tratamiento. 3) *Factores post-tratamiento* asociados con las circunstancias de vida, la conducta o los estados internos después del tratamiento. La integración sociolaboral, las situaciones de riesgo, el apoyo social, las habilidades de afrontamiento, la autoeficacia, los estados

emocionales son algunos de los factores posteriores al tratamiento que se han estudiado en relación con las recaídas.

Brevemente pasamos a comentar los resultados de los estudios que han analizado cada uno de estos tipos de factores.

2.6.1. Factores antecedentes previos al tratamiento

En muchas ocasiones los estudios que analizan las variables anteriores al tratamiento se han realizado y parecen útiles para identificar aquellos grupos de sujetos que tienen más riesgo de fracasar en el tratamiento o para identificar a los sujetos para los que un determinado tipo de tratamiento puede ser más beneficioso.

Muchos de estos estudios difieren en relación con los tipos de consumidores y en las medidas de resultados utilizadas. En algunos de ellos se analizan las variables que predicen que un individuo se mantenga y complete el tratamiento mientras en otros se analizan los efectos de estas variables sobre el consumo posterior de la sustancia. Otras variables como la conducta delictiva posterior, el empleo o medidas compuestas también han sido considerados indicadores de resultados al analizar su relación con los factores antecedentes. Por otra parte ,mientras algunos estudios se realizan sobre variables aisladas para ver las relaciones que éstas tienen con determinados resultados, otros analizan diferentes grupos de factores para ver la importancia relativa de cada uno de ellos.

Debido a la variabilidad que presentan estos estudios, los resultados no son muy concluyentes y en algunos casos son contradictorios. Sin embargo, la consideración de los factores anteriores al tratamiento pueden servirnos para identificar aquellos sujetos que necesitan más atención o para orientar el tratamiento a aquellos aspectos específicos en los que los sujetos parecen ser más vulnerables.

Brewer y col.(1998) realizan un meta-análisis de los resultados de 69 estudios en los se que analizan los predictores del consumo de drogas durante y después del tratamiento de adicción a opiáceos e identifican diferentes

grupos de variables anteriores al tratamiento que sirven para predecir el consumo posterior.

Un primer grupo de variables que han sido bien estudiadas en relación con el consumo continuado de sustancias hacen referencia a las *características sociodemográficas*, tales como: edad, género, estado civil, características familiares, nivel educativo y, status ocupacional.

La edad ha sido uno de los factores más comúnmente analizados en los estudios sobre resultados de tratamientos. Sin embargo, los resultados no son del todo consistentes. Con poblaciones adolescentes (Catalano y col. 1990-91) se ha visto que la edad no aparece relacionada con los resultados del tratamiento y aparecen resultados inconsistentes en relación con la retención y finalización del tratamiento. Feigelman (1987), en un programa de tratamiento de día, encontró que era más probable que finalizaran el programa los adolescentes que entraron en el tratamiento con mayor edad. Por el contrario, Friedman, Glikman y Morrisey (1986) encontraron que la menor edad de inicio del tratamiento era un predictor significativo de su finalización.

Hubbard y col (1985), comparando programas residenciales con tratamientos ambulatorios, encontró una interacción significativa entre la edad la modalidad de tratamiento. En los programas residenciales los adolescentes más jóvenes permanecían más tiempo en el programa y cambiaban sus hábitos de consumo en mayor grado. Sin embargo, en los programas ambulatorios eran aquellos que tenían más edad los que obtenían mejores resultados.

Con muestras de adultos (Alemi y col.1995) se ha visto que cuanto mayor es la edad de entrada más probabilidad existe de que se obtengan mejores resultados. Los hallazgos del DARP (Drug Abuse Reporting Program) sugieren que aquellos que tienen una edad inferior de 28 años en el momento de la admisión tienen más probabilidad de recaer (Simpson y Sells, 1990). De cualquier forma, los efectos de la edad de inicio en el tratamiento parece que está mediatizada por otros factores tales como las redes de apoyo estables relacionadas con la familia o el empleo que es más probable que se establezcan en los sujetos de mayor edad.

En los estudios revisados en el análisis de Brewer y col.(1998), el efecto de edad muestra una débil asociación con el consumo de drogas después del tratamiento. De las otras variables demográficas analizadas (que hemos mencionado anteriormente) sólo el estatus ocupacional tiene un efecto significativo sobre los resultados. Los más jóvenes y si además están solteros es más probable que continúen utilizando droga tanto durante como después del tratamiento. El género o el nivel educativo, sin embargo, no parecen tener efectos sobre el consumo posterior.

El estatus ocupacional parece ser un predictor significativo. Cuanto mayor sea el estatus de los pacientes en el inicio del tratamiento, es menos probable que recaigan en el consumo. De la revisión de Alemi y col. (1995) también se concluye que aquellos sujetos que tienen problemas con el trabajo cuando entran en el tratamiento tienden a tener peores resultados que aquellos que tienen un trabajo estable.

Otro grupo de las variables anteriores, que afectan al tratamiento y que se han analizado en relación con los resultados, ha sido *la historia de consumo*. Los resultados son bastante consistentes en los estudios revisados. Según el estudio de Brewer y col (1998), los sujetos que tienen una larga historia de consumo o adicción a opiáceos y aquellos que comienzan a una edad más temprana es más probable que continúen consumiendo tanto durante como después del tratamiento. Así mismo el nivel de consumo, evaluado por las cantidades consumidas o por la frecuencia de consumo y haber participado en otros tratamientos anteriormente, incrementa la probabilidad de continuar consumiendo y afecta significativamente a los resultados post-tratamiento. Por el contrario, los periodos anteriores de abstinencia a opiáceos que se han conseguido en los intentos previos de abandonar las drogas están relacionados con el éxito en el tratamiento.

El consumo de otras drogas está relacionado de forma moderada y positiva con el consumo de opiáceos después del tratamiento. El alcohol muestra ligeras asociaciones, la marihuana muestra asociaciones más fuertes y la cocaína, los tranquilizantes y las anfetaminas una asociación moderada. En algunos estudios se ha comprobado que el consumo de alcohol tiene una correlación inversa con el consumo de opiáceos después del tratamiento. Los

sujetos que han consumido alcohol de forma intensa en algún periodo de su vida anterior al tratamiento, es menos probable que recaigan en el consumo de opiáceos después del tratamiento que aquellos cuyo consumo de alcohol ha sido moderado.

El policonsumo, la frecuencia e intensidad en el consumo, el inicio del consumo a una edad temprana y el tiempo que se haya estado consumiendo, son variables relacionadas con peores resultados en el tratamiento (Alemi y col.1995). Además, cuantos menos días de abstinencia se hayan logrado en el periodo inmediatamente anterior al tratamiento más probabilidad existe de volver al consumo de droga después del tratamiento (Ornstein y Cherepon, 1985). En diferentes estudios (Hubbard y col, 1989; Mclellan y col. 1983) se ha encontrado que los individuos que han tenido un mayor número de tratamientos previos tienen peores resultados post-tratamiento y más readmisiones.

En muestras de adolescentes (Catalano y col 1990-91) se han encontrado resultados similares, utilizando como indicadores de éxito tanto el consumo como la retención en el programa. En concreto, se encontró que la edad de inicio del consumo de drogas está relacionada con la finalización del programa. Aquellos que se han iniciado en el consumo con mayor edad es más probable que finalicen el tratamiento (Figelman, 1987). Asimismo, se encontró que el policonsumo estaba relacionado negativamente con la finalización del tratamiento (Rush, 1979).

Otros estudios con adolescentes, sobre la importancia de la droga prioritaria de consumo cuando se ingresa en el tratamiento, arrojan resultados contradictorios. Friedman y col. (1986) encontró que cuando la droga de entrada era la marihuana comparada con otras drogas, parece existir mayor porcentaje de éxito. DeLeon (1984) analizó los factores de éxito en los adolescentes en programas de comunidad terapéutica y encontró que los consumidores de opiáceos tenían índices de éxito más altos en un periodo de seguimiento de dos años que los consumidores de otras drogas. Como señalan Catalano y col. (1990-91), es posible que la droga prioritaria de consumo tenga diferentes implicaciones en los resultados durante el tratamiento y el post-tratamiento. El consumo de drogas no opiáceas, como primera sustancia de consumo parece estar relacionado positivamente con el éxito durante el

tratamiento (mayor índice de retención y menor consumo), mientras el consumo de opiáceos como droga primera está relacionada con el éxito en el post-tratamiento.

En conjunto, los datos aportados en los estudios con adolescentes apoyan la idea de que la edad de inicio más temprana, la gravedad del consumo y el policonsumo parecen ser factores asociados con la menor retención en el tratamiento y con el consumo posterior.

La *salud física y mental* son otro grupo de factores que se han analizado. La revisión de estudios que hace Brewer y col. (1998) indica que los problemas de salud física tienen una ligera y positiva relación con el consumo continuado de drogas. Parece más probable que los sujetos con una enfermedad crónica (problemas de corazón, artritis, asma..) vuelvan al consumo después del tratamiento. Según Alemi y col. (1995), estos individuos tienen dificultades para enfrentarse a su enfermedad y pueden buscar la droga o el alcohol como una forma de superar sus sentimientos de temor o ansiedad.

Otros problemas de salud mental evaluados por indicadores como dificultades psicológicas, psicopatología y estados emocionales negativos tienen una asociación a lo largo del tiempo con la continuación en el consumo. Alemi y Cols. (1995) señalan, a partir de la revisión que realizan, que la presencia de problemas psiquiátricos está asociada con resultados de tratamiento menos favorables. McLellan y col. (1983) encontraron que los pacientes con algún tipo de trastorno psiquiátrico severo muestran poca mejoría en los tratamientos para el consumo de drogas.

La depresión ha mostrado en diferentes estudios, correlaciones positivas con el consumo de droga, tanto durante como después del tratamiento. Rousanville y col. (1982) señalaron que iniciar el tratamiento durante un episodio depresivo es predictivo de pobres resultados.

La conducta delictiva y los problemas legales es otro de los ámbitos que consistentemente se ha relacionado con peores resultados en los tratamientos. Los resultados del estudio de meta-análisis, llevado a cabo por Brewer y cols. (1998), han demostrado que el número de arrestos y condenas anteriores, la conducta delictiva y su situación legal muestra un patrón similar

para los diferentes tipos de consumidores y tienen asociaciones positivas entre medias y moderadas con el consumo de drogas en un momento determinado; sin embargo, son poco útiles para poder predecir a más largo plazo el consumo y la recaída después del tratamiento.

Con adolescentes, DeLeon (1984) demostró que el grado de implicación en la conducta delictiva está relacionado negativamente a los resultados post-tratamiento. Otros estudios (Rush, 1979; Friedman, Glickman y Morrisey, 1987a; Friedman y Glickman 1986) señalan resultados similares al relacionar el número de arrestos anteriores al tratamiento y la finalización o retención en el tratamiento. Cuanto mayor es el número de arrestos es menos probable que los sujetos completen de forma exitosa el tratamiento.

Otro grupo de variables que se han visto relacionadas con los resultados del tratamiento, han sido características asociadas al *entorno familiar*. Los sujetos que tiene responsabilidades en el entorno familiar, casados y con hijos, y que tienen buenas relaciones con los miembros de la familia es más probable que se mantengan abstinentes después del tratamiento (Joe y col., 1990a; Vaillant, 1966). En otros trabajos (Booth y col. 1992; Smith y Frawley, 1993) se ha encontrado que el conflicto y el estrés familiar incrementan el riesgo de la recaída. Así mismo, el consumo de alcohol y otras drogas por parte de otros miembros de la familia también parece asociado a mayor consumo en el post-tratamiento (Anglin, Brecht y Maddahian, 1989).

Existe un amplio número de factores anteriores al tratamiento que se han visto relacionados con el éxito o el fracaso de los programas. Del análisis cuantitativo de los resultados de los estudios en los que se analizan estos factores, ofrecido por Brewer y col. (1998) se podría deducir que las variables demográficas, excepto el estatus ocupacional, tienen una débil asociación con el consumo continuado de droga y que son las variables relacionadas con la historia de consumo las que parecen tener los efectos más significativos. La intensidad del consumo antes del tratamiento, los periodos de abstinencia antes del inicio del tratamiento y el número de tratamientos previos son variables que sirven para predecir longitudinalmente, sin tener en cuenta el tipo de tratamiento que se esté evaluando, el consumo posterior al tratamiento y las

recaídas. Dentro de la categoría de salud física y mental, la depresión parece ser también un predictor del mantenimiento en el consumo. La historia delictiva tiene fuertes asociaciones con el consumo, pero cuando se utiliza como predictor longitudinal de las recaídas su importancia disminuye. Este resultado podría indicar que la implicación en actividades ilegales constituye una manifestación de los problemas de conducta de los sujetos adictos y debería ser utilizado más como variable de resultado para evaluar la eficacia de los programas que como variable predictora.

A pesar de que existen variables anteriores asociadas al mantenimiento del consumo, el poder predictivo de estas variables para analizar las recaídas, cuando se analizan conjuntamente con otros factores del tratamiento o posteriores al tratamiento, no está claramente determinado. No obstante, examinar estas variables pueden servirnos de guía para identificar aquellos sujetos que necesitan más atención durante el tratamiento para obtener resultados favorables.

2.6.2. Factores relacionados con el tratamiento

Entre los factores relacionados con el tratamiento, uno de los que han recibido más atención en los estudios de evaluación de resultados ha sido el *tiempo de tratamiento*. Dos variables se han considerado en estos estudios: por una parte, la duración del tratamiento; por otra, el tiempo que el individuo ha permanecido en el tratamiento y si ha completado o no, el programa.

Diferentes estudios han indicado que la duración del tratamiento es un importante predictor de los resultados y de la recaída. Específicamente, se ha encontrado que un tiempo más breve en el tratamiento, sin tener en cuenta el tipo de programa, lleva a peores resultados. Joe y col (1982-83) encontraron que aquellos pacientes que están en el tratamiento menos de tres meses tienen más altas tasas de recaídas que los que permanecen por más tiempo. Hubbard y col. (1989) encontraron que el tiempo en el tratamiento necesario para producir resultados positivos para todos los tipos de drogas es de seis a doce meses.

A partir de la revisión de Brewer y col. (1998), y teniendo en cuenta tanto estudios retrospectivos como longitudinales, se ha encontrado que la duración del tratamiento y la finalización del mismo está consistentemente relacionada de forma negativa con la continuación en el consumo de drogas. Los sujetos que permanecen más tiempo en el tratamiento y que finalizan el mismo es menos probable que recaigan que aquellos que están menos tiempo o abandonan el tratamiento. De una forma similar, Messina, Wish y Nemes (2000) analizando los predictores de resultados de tratamiento en una comunidad terapéutica en función del género, encontraron que tanto para hombres como para mujeres, haber finalizado el tratamiento y haber permanecido en el mismo durante un periodo por lo menos de 12 meses, era el mejor predictor en los indicadores tomados para la evaluación de resultados después del tratamiento. Estos indicadores eran: el consumo de drogas, el número de arrestos y la estabilidad en el empleo.

Con muestras de adolescentes (Catalano y col., 1990-91), la duración del tratamiento ha estado relacionada con los resultados, pero no siempre en la dirección esperada. Hubbard y col.(1985) encontraron que la duración del tratamiento estaba más fuertemente relacionada con el éxito en el tratamiento para los sujetos que estaban en programas residenciales que para aquellos que estaban en tratamiento ambulatorio. Para algunos de los sujetos que estaban en este tipo de programas, se observó que la duración del tratamiento estaba negativamente asociada con el éxito. Entre los sujetos más jóvenes, aquellos que habían permanecido en el tratamiento más de tres meses tenían un mayor incremento de consumo de marihuana en el periodo post-tratamiento que aquellos que habían abandonado antes el programa. Rush (1979) encontró una diferencia similar en los efectos de tiempo dependiendo de la modalidad de tratamiento. Para los adolescentes en comunidad terapéutica, el tiempo en el tratamiento era el mejor predictor de índices de adaptación escolar y laboral en el post-tratamiento, sin embargo para los sujetos en programas ambulatorios el tiempo en el programa tenía relaciones negativas con la adaptación posterior.

Otros estudios encontraron resultados positivos. De Leon (1984) encontró que el tiempo de tratamiento en comunidad terapéutica estaba relacionada negativamente con el consumo y la criminalidad en un periodo de

seguimiento de dos años. Estos mismos resultados se obtuvieron en los estudios de Friedman y col. (1986, 1987) con adolescentes en programas de tratamiento ambulatorio. Sin embargo, el tiempo en el tratamiento explicaba un porcentaje muy reducido de la varianza (entre el 1% o 2%) en la predicción del consumo después del tratamiento cuando se introducían otros predictores.

El tiempo de permanencia en el tratamiento parece un importante predictor de las recaídas, tanto en los estudios con adultos como en adolescentes, sobre todo en aquellos sometidos a tratamiento en comunidad terapéutica. Sin embargo, como señalan Catalano y col. (1990-91), todos los estudios han sido de naturaleza correlacional y es probable que la permanencia en el programa sea debido a la mayor motivación de los sujetos en su intento de abandonar el consumo y sea ésta la variable que está afectando los resultados.

Otras variables del tratamiento se han visto relacionadas con los resultados.

La *aceptación voluntaria* del tratamiento y la *motivación* para su ingreso aparecen como variables importantes para predecir el progreso en el tratamiento y resultados positivos en el post-tratamiento. Diferentes estudios (DeLeon, 1984; Bastien y Adelman, 1984) han comprobado que la entrada voluntaria en el tratamiento está relacionada con actitudes positivas hacia el mismo y con la reducción de tasas de consumo y recaídas después del tratamiento. Los factores motivacionales han sido analizados por Cronkite y Moos (1980) y Miller (1985) y se ha demostrado que aquellos sujetos que tienen una alta motivación para recuperarse tienen mejores resultados en el post-tratamiento. Los individuos que aceptan su problema y deciden buscar ayuda es más probable que mantengan su abstinencia. El Modelo Transteórico de Cambio de Prochaska y DiClemente (1982) propone los estadios de receptividad al cambio y subraya la importancia de los factores motivacionales, tanto para la implicación en el tratamiento como para el mantenimiento de la abstinencia.

Las *características del equipo de tratamiento* también han sido analizadas. Aunque los resultados se basan en estudios aislados y no pueden

considerarse concluyentes, algunos de ellos han señalado que el respeto y la percepción positiva del paciente de las opiniones de los miembros del equipo, la utilización por parte de estos de recompensas apropiadas y las reacciones negativas ante el consumo por parte de los miembros del equipo, parecen estar relacionadas con los resultados sobre el consumo (Braukmann y col., 1985)

Friedman, Glickman y Morrissey (1987) analizaron dos muestras de pacientes pertenecientes a 22 programas de tratamiento de carácter residencial durante dos años consecutivos. Encontraron que entre las 65 variables del programa evaluadas como predictores del éxito en el tratamiento sólo tres eran significativas. Las variables del equipo de tratamiento que tenían correlaciones positivas con el éxito en el tratamiento fueron: el número de años que los miembros del equipo llevaban trabajando en el programa, el número de contactos directos que se mantenían con el paciente y la utilización de asesoramiento y prácticas en solución de problemas. Así mismo, en este estudio se pudo observar que el entrenamiento en relajación y la participación en servicios educativos, vocacionales y recreativos eran las variables más importantes para la reducción del consumo.

La *participación de la familia* en los programas de tratamiento también se ha visto relacionada tanto con la finalización del tratamiento como con los resultados positivos (Feigelman, 1987).

En el estudio de Braukmann y col. (1985) las variables relacionadas con el tratamiento junto con las variables antecedentes informaban de un porcentaje relativamente bajo de la varianza (entre el 20 y el 40%) de los resultados de los efectos del tratamiento. Esto nos indica que, aunque pueden ser variables importantes a tener en cuenta como predictores de la recaída, es necesario recurrir a otros factores más próximos (factores post-tratamiento) para poder explicar la abstinencia o el consumo después del tratamiento..

2.6.3. Factores post-tratamiento

En este grupo de factores se incluyen todas aquellas variables relacionadas con la vida posterior al tratamiento que hacen que se mantengan

los logros alcanzados durante el tratamiento y que por tanto están influyendo de una forma más directa en la recaída.

Las variables relacionadas con los precipitantes de la recaída que se han analizado desde el modelo de Marlatt se incluirían en este grupo. Desde este modelo, como ya hemos analizado, las situaciones de riesgo, las respuestas de afrontamiento ante esas situaciones, la capacidad para resistir las tentaciones, las expectativas de autoeficacia, las atribuciones, los estados emocionales negativos y las expectativas sobre los efectos de las sustancias constituyen los principales factores determinantes de las recaídas.

Otros factores que tienen que ver con el ambiente social más amplio, en el que se desarrolla el sujeto después de finalizar la intervención, también aparecen en diferentes estudios como importantes predictores de la recaída.

En concreto, *la asociación con amigos consumidores* evaluada por el número de amigos que consumen y el grado de contacto que mantienen con ellos es uno de los predictores más importantes. Los estudios de Cronkite y Moos (1980) y Joe y col. (1990a) han subrayado que aquellos sujetos que después del tratamiento continúan relacionándose con amigos consumidores y entran en contacto con la “cultura de la droga” tienen una mayor probabilidad de recaer.

En un trabajo reciente Mcinstosh y Mckeganey (2000) describen un estudio llevado a cabo en el Reino Unido en el que se analizan las diferentes tácticas empleadas por un grupo de 70 drogodependientes en proceso de recuperación para no recaer en el consumo de drogas. Según la información recogida a partir de entrevistas semi-estructuradas, las dos estrategias más utilizadas por estos pacientes para evitar la recaída son la evitación de los anteriores ámbitos y redes sociales de consumo y el desarrollo de una serie de actividades y relaciones sociales libres de drogas.

El *apoyo social*, especialmente el ofrecido dentro del contexto familiar y por amigos no consumidores, se ha visto relacionado con la mayor tasa de abstinencia después del tratamiento. En un estudio realizado por Joe, Chastain y Simpson (1990) se encontró que la presión por miembros de su familia y la presión de sus amigos íntimos eran las razones principales para abandonar el

consumo de opiáceos. Cuando un individuo recibe apoyo emocional por parte de su familia o de su grupo de amigos en su proceso de recuperación es más probable que se evite la recaída (Ludwig, 1972; Simpson y cols. 1986). Por el contrario, los problemas en las relaciones familiares y en las relaciones sociales que causan conflicto interpersonal precipitan la recaída (Weiner, Walen y Zankowski, 1990).

En la revisión de estudios de Brewer y col. (1998) estos factores (la asociación con amigos consumidores y el apoyo social) se agrupan en la categoría de variables psicosociales y se ha visto, tanto en los estudios transversales como longitudinales, que son las que tienen mayores efectos sobre el consumo de las sustancias después de finalizar el tratamiento.

La integración laboral y el nivel de ocupación, ha sido otro grupo de factores a los que se ha prestado gran atención y en los diferentes estudios aparece consistentemente asociado con el éxito en el tratamiento. El nivel de empleo ya ha sido considerado como uno de los factores anteriores al tratamiento que tenía relaciones significativas con el consumo tanto durante como después del tratamiento (Brewer y col, 1998). La integración laboral después de finalizar el tratamiento se ha considerado en muchas ocasiones como un indicador del éxito del tratamiento y presenta unas asociaciones muy claras con la abstinencia y un número menor de recaídas .

En el estudio de McIntosh y McKeganey (2000), que hemos comentado anteriormente, los sujetos señalaron la importancia de mantenerse ocupados como estrategia para mantener su recuperación. Esta ocupación del tiempo se materializaba en algunos casos en volver a estudiar o en realizar trabajo voluntario como colaboradores en programas de rehabilitación de drogodependientes. Sin embargo, la solución ideal manifestada por todos los entrevistados fue el desempeño de un trabajo remunerado. Según estos autores, el disfrutar de un puesto de trabajo juega un importante papel en el proceso de recuperación en cuanto que: a) proporciona una salida del mundo de la droga y la integración en un círculo alternativo de no consumidores, b) refuerza los lazos con la sociedad convencional y c) favorece sentimientos positivos de competencia y autoeficacia. Por el contrario, la falta de empleo o problemas interpersonales en el ámbito laboral incrementa sentimientos y

estados emocionales negativos y aparece como un importante predictor de las recaídas (Joe y col. 1994; Slater y Linn, 1982-83).

El establecer nuevas relaciones sociales y la integración en el mundo laboral supone para el sujeto que ha dejado su adicción a las drogas una nueva forma de vida. Este cambio en su estilo de vida supone un mayor interés por su situación actual que va a intentar mantener, un interés por el futuro que no quiere hipotecar, volviendo a su anterior dependencia y la confirmación de su propia identidad como miembro útil a la sociedad. Estos factores parecen actuar como revulsivo ante el consumo y no pueden dejar de tomarse en consideración cuando se analiza el proceso de recaídas.

Un estudio, realizado con adolescentes (DeJong y Henrich, 1980), en el que se analizan los factores posteriores al tratamiento relacionados con la recaída, encontraron tres áreas que se relacionaban significativamente con las tasas de consumo en dos años siguientes después de finalizar el tratamiento. La primera se relacionaba con los pensamientos y deseos sobre las drogas. Los que recaían, tenían más frecuentemente pensamientos y sentimientos sobre las drogas y deseos intensos de consumir. La segunda tenía que ver con la implicación en actividades productivas en las que se incluían actividades escolares y laborales. Los que recaían tenían más dificultades para superar los problemas que se encontraban y para establecer contactos sociales en estos ámbitos y la tercera estaba relacionada con actividades de ocio más insatisfactorias.

Los diferentes estudios que hemos revisado dejan constancia de que el proceso de recaída está determinado por múltiples factores. Existen sin embargo pocos estudios en los que se hayan intentado integrar diferentes grupos de factores para analizar cual es el peso específico de cada uno de ellos en la determinación de la recaída.

Dos estudios, (Miller, Westerberg, Harris y Tonigan, 1996; Connors, Maisto y Zywiack, 1996) enmarcados dentro del *Proyecto de Replicación y Extensión sobre las Recaídas* (RREP) han analizado los predictores de las recaídas, incluyendo diferentes grupos de variables. Aunque estos estudios surgen para replicar el modelo de Marlatt, se considera que los determinantes

situacionales de la recaída son sólo uno de los componentes del modelo y se exploran otros predictores, recogiendo datos a lo largo de un periodo de 12 meses, con evaluaciones cada dos meses desde el inicio del tratamiento.

En concreto en el estudio que Miller y col. (1996), se tomaron en consideración las características anteriores al tratamiento en las que se incluían variables sociodemográficas, historia de consumo y variables familiares y cinco dominios de variables, considerados determinantes o precipitantes de las recaídas:

1. Eventos negativos de vida.
2. Valoraciones cognitivas, que incluían autoeficacia. Expectativas sobre el alcohol y motivación para el cambio.
3. Recursos de afrontamiento.
4. Deseos e impulsos.
5. Estados emocionales.

Las variables pre-tratamiento representaban las variables más dístales y carácter relativamente estático. Por el contrario, los cinco dominios postratamiento representaban las características más inmediatas y por lo tanto más sujetas al cambio y susceptibles de intervención.

Los resultados muestran que mientras algunas variables predicen los resultados de consumo, otras no. Los eventos negativos, los estresores, la autoeficacia y las expectativas de resultado no predicen los resultados a largo plazo. Estas variables aparecen como precipitantes inmediatos o más próximos de las recaídas, mientras las estrategias de afrontamiento aparecen como los predictores más importantes a largo plazo. Las creencias en el modelo de enfermedad, una característica anterior al tratamiento, actuaban como el mejor predictor de la conducta de consumo y la recaída, a los seis meses. Los resultados de este estudio apoyan el efecto de violación de la abstinencia, el proceso por el cual según el modelo de Marlatt un lapso se transforma en una recaída. En este estudio se sugiere que la creencia en el modelo de enfermedad se mantiene de una forma fija desde el inicio del tratamiento y es un importante predictor de la recaída.

Connors, Maisto y Zywiack (1996) desarrollaron y operacionalizaron un modelo formal del funcionamiento post-tratamiento de alcohólicos. El modelo considera la recaída como el resultado de un grupo de variables independientes que representan tanto variables de la persona como del entorno. Mas allá de los precipitantes más inmediatos de la recaída, este modelo explora el poder de “bloques” compuestos de variables, entre los que se encuentran: características antecedentes, grado de consumo anterior, características del tratamiento, respuestas y habilidades de afrontamiento y situaciones de estrés. Estas variables fueron evaluadas en el inicio del tratamiento y seis meses después, para predecir los resultados a los 12 meses.

Se tuvieron en cuenta en la realización de los análisis cuatro medidas de resultados: porcentaje de días abstinentes, número de bebidas por día que se consumía, consecuencias de beber y experiencias de deseos intensos de beber.

En este estudio se encontró que las características anteriores al tratamiento, la sintomatología del alcohol y los recursos de afrontamiento fueron predictores de las variables de funcionamiento post-tratamiento, mientras el tratamiento y los estresores no. Los efectos directos del tratamiento fueron significativos sólo en el porcentaje de días abstinencia, mientras los efectos indirectos a través de cambios en las habilidades de afrontamiento parecían mejorar la predicción de las cuatro variables dependientes. También se encontró que el poder predictivo de los conjuntos de variables variaba de acuerdo con la variable dependiente utilizada. Por ejemplo, la puntuación de depresión de Beck fue la característica predominante de las variables pre-tratamiento en la predicción de tentaciones y bebidas consumidas por día.

En ambos trabajos se evidencia el poder predictivo de las estrategias de afrontamiento, que aparece también como un componente central del modelo de Marlatt. Este tipo de trabajos, aunque, como señala Lowman y col.(1996), no siempre proporcionan suficientes detalles para predecir una recaída, permiten perfilar los patrones longitudinales de la conducta de consumo, sus correlatos y antecedentes y los cambios en estos patrones a lo largo del tiempo.

2.7. Conclusiones

La recaída es un proceso complejo. Los modelos que se centran exclusivamente en factores distales, intermedios o próximos son inadecuados para predecir la recaída. Más bien la recaída debe entenderse como un proceso que tiene determinantes múltiples e interactivos que varían en su proximidad temporal y en su influencia relativa. Un modelo adecuado para predecir las recaídas debe incluir variables teóricamente relevantes de cada uno de los múltiples dominios y de los diferentes niveles de predictores potenciales.

La taxonomía de recaídas de Marlatt debe ser modificada para reflejar una determinación múltiple, más que seguir centrándose en los precipitantes temporalmente más próximos de una forma mutuamente exclusiva.

La taxonomía original de situaciones de alto riesgo ha mostrado en diferentes estudios poca validez predictiva. Aunque existen antecedentes específicos que se encuentran relacionados a la conducta de consumo cuando se evalúan en un determinado momento temporal, éstos no aparecen relacionados en momentos posteriores con la conducta de consumo. Parece más fiable y con mayor poder predictivo, evaluar los múltiples determinantes de la recaída desde un punto de vista dimensional que centrarse exclusivamente en el determinante más próximo como se desprende del modelo categórico empleado por Marlatt.

De acuerdo con las investigaciones que se han realizado, Connors y col. (1996b) recomiendan a los investigadores y a los clínicos la utilización de una aproximación psicométrica, además de la categórica, al aplicar las ideas que subyacen a la clasificación original de Marlatt de situaciones de alto riesgo. Los autoinformes y las escalas continuas parecen proporcionar información más fiable, válida y detallada sobre los antecedentes de la recaída que el método taxonómico original. Los antecedentes de las recaídas pueden ser medidos de forma más fiable por escalas continuas y estas medidas tienen mayor utilidad predictiva.

También parece necesario al analizar los factores relacionados con la recaída no realizar exclusivamente estudios retrospectivos, sino utilizar estudios prospectivos, antes de que la recaída ocurra. Un supuesto del que se

partía es que el análisis retrospectivo de los antecedentes revela aquellos funcionalmente más relacionados con la conducta de consumo. Sin embargo, cuando se comparan estos informes retrospectivos con informes prospectivos se ha encontrado que los antecedentes medidos de forma prospectiva son predictores más fiables de la recaída que los registros retrospectivos. Esto puede deberse, según algunos autores, al hecho de que cuando se les pide a los sujetos que piensen en su recaída ellos están sometidos a sesgos en su recuerdo y en sus atribuciones y pueden no ser capaces de recordar los diferentes factores que provocaron su recaída. Las aproximaciones prospectivas pueden proporcionarnos métodos más fiables para el análisis de los antecedentes de las conductas adictivas. Desde este punto de vista parece que la recaída y sus precipitantes más inmediatos deben ser analizados en el contexto más amplio del individuo que se mantiene abstinente.

Estos problemas en la taxonomía no deben ser vistos como detractores de la utilidad del modelo o de los métodos de tratamiento que de él se han derivado. Consistentemente con el trabajo de Marlatt, se ha encontrado evidencia de la importancia de los estados emocionales negativos como antecedentes de las recaídas. Los afectos negativos emergen como el principal componente tanto en los estudios retrospectivos utilizando el sistema de categorización de Marlatt, como en estudios prospectivos que utilizan escalas continuas para analizar los antecedentes de las recaídas.

Cuando se analizan otras variables posteriores al tratamiento, los estados afectivos negativos, junto con escasos sistemas de apoyo social para mantenerse abstinentes y los factores familiares, aparecen consistentemente en los diferentes estudios relacionados con las recaídas. Estos resultados podrían indicar la necesidad de que los programas de tratamiento presten atención a la ansiedad y al control de los estados emocionales negativos.

A pesar de la importancia de los estados emocionales puede ser que las emociones negativas no sean la causa de los episodios de consumo sino solo los marcadores de antecedentes más permanentes.

En los modelos predictivos en los que se han considerado múltiples factores, las habilidades de afrontamiento emergen como los predictores más potentes de los resultados del tratamiento. Las habilidades de afrontamiento positivas están asociadas con menor consumo. Cuando en los estudios se

toman en consideración conjuntamente diferentes grupos de variables los estados emocionales, las expectativas, la autoeficacia y las tentaciones pierden significado y los recursos que el individuo utiliza para hacer frente a las situaciones adquieren mayor relevancia. Una explicación posible de estos hallazgos es que los estados afectivos y cognitivos representen sólo reflejos pasivos y efímeros de las contingencias sociales y de la disponibilidad de recursos de afrontamiento eficaces. Las modalidades de tratamiento que incluyen cambios en las habilidades de afrontamiento (entrenamiento en habilidades) y cambios en las relaciones sociales (intervención sobre la familia y la comunidad) son las más eficaces.

Otro resultado consistente en los estudios es que la exposición a situaciones de alto riesgo y a los estresores no incrementa por sí misma la recaída. La exposición a situaciones adversas es común en las muestras de consumidores. Son fundamentalmente las habilidades que los sujetos tengan para tratar con el entorno y no la mera exposición al riesgo y al estrés lo que determina la recaída. La valoración de la amenaza de la situación, es siempre relativa y es necesario prestarle más atención a la disponibilidad, la eficacia y la accesibilidad de las estrategias de afrontamiento tanto de carácter emocional como conductual para tratar con esas situaciones de forma que le lleven al individuo a un sentimiento de controlabilidad y de eficacia personal.

Las situaciones estresantes y las emociones negativas no son en sí mismas las causas de la recaída, sino más bien parecen reflejar un estilo de vida al que debe prestarse atención. La carencia de habilidades poco eficaces para enfrentarse a la situación y el estilo de vida que llevan los consumidores hacen que la persona sea más vulnerable al consumo. El hecho de que los determinantes principales en la prevención de las recaídas sean las estrategias para enfrentarse a las situaciones, más que las situaciones en sí mismas, lleva a un optimismo en la intervención ya que esto puede ser más susceptible de modificación. En este sentido la prevención y el tratamiento, deberían ayudar a los individuos a desarrollar habilidades de forma que sean capaces de obtener gratificaciones sin recurrir al consumo de las sustancias. Las intervenciones tendrían que estar enclavadas en el contexto más amplio de la educación, las relaciones sociales y los recursos de la comunidad de forma que la adquisición de un nuevo estilo de vida sea el objetivo final de las mismas. Desde este

punto de vista, la adaptación social y el bienestar conseguido por el individuo después del tratamiento deberían ser aspectos fundamentales para la evaluación de las intervenciones.

3. Trabajo empírico

3.1. PLANTEAMIENTO Y OBJETIVOS DEL ESTUDIO

Como se ha mostrado en la primera parte de este libro, la recaída continúa siendo uno de los problemas más desafiantes con que se encuentra el tratamiento de las adicciones. Conocer cuáles son sus dimensiones, sus determinantes y sus factores de protección es una vía necesaria para optimizar la intervención; la literatura científica de las últimas décadas nos hace constantes llamadas de atención sobre la necesidad de estudiar exhaustivamente las condiciones que facilitan o que aíslan a un individuo del riesgo de recaer, con el fin de desarrollar las llamadas estrategias de “prevención de recaídas”. Identificar los determinantes de la recaída permitirá detectar aquellos sujetos con mayor vulnerabilidad, y, ante todo, permitirá conocer sobre qué factores deben centrarse los tratamientos, a fin de maximizar su eficacia.

Hemos visto también en páginas anteriores que uno de los modelos más desarrollados sobre la recaída en las drogodependencias y en otros procesos adictivos es el elaborado por Marlatt. Este modelo, como otros modelos de inspiración cognitivo-conductual surgidos a partir de los años 70, pone su acento en los antecedentes más inmediatos del consumo y ha servido de plataforma para interesantes líneas de intervención. No obstante, en los últimos años, diversos autores proponen la necesidad de avanzar hacia perspectivas más amplias, en las que se contemplen tanto los desencadenantes más próximos al consumo como otros factores más distales que pueden adquirir gran relevancia en la determinación de la recaída.

Se ha acumulado ya un buen número de trabajos sobre posibles factores asociados a la recaída (véase, por ejemplo, la revisión de Brewer et al., 1998), aunque el panorama de resultados no siempre es clarificador. Con frecuencia, los hallazgos muestran tonos contradictorios y, además, la investigación se ha ido desarrollando de un modo un tanto desvertebrado. Una de las demandas más frecuentes de los estudiosos de las adicciones es realizar trabajos

integradores (Connors et al., 1996; Donovan, 1996a; Shiffman, 1989), en los que se analicen diferentes tipos de factores; esto permitirá conocer su importancia relativa y permitirá avanzar hacia modelos unificadores, en los que poder definir qué papel desempeña cada uno de esos determinantes en el proceso que lleva a la recaída.

Bajo esta perspectiva, se planteó el presente estudio. En él tratamos de analizar el fenómeno de la recaída en sujetos que alcanzaron el alta terapéutica dentro del programa educativo-terapéutico Proyecto Hombre-Galicia. Los objetivos específicos de este trabajo fueron los siguientes:

- a) Examinar índices de ajuste psicosocial y de consumo de drogas en altas terapéuticas de Proyecto Hombre-Galicia.
- b) Identificar qué factores se asocian al riesgo de recaer. Se analizaron muy diferentes tipos de factores:
 - ❖ Características pre-tratamiento (datos sociodemográficos, historia familiar y laboral, historia de consumo y delictiva, etc.).
 - ❖ Características asociadas al desarrollo del tratamiento (duración, interrupciones, expectativas, relaciones interpersonales establecidas en el programa, satisfacción con el programa, etc.).
 - ❖ Características de la vida post-tratamiento (integración familiar, laboral, redes de apoyo social, estados emocionales, etc.). Dentro de las características post-tratamiento, nos propusimos analizar el escenario en el que se produce el primer consumo tras el tratamiento, siguiendo la taxonomía de situaciones de alto riesgo planteada por Marlatt.

3.2. MUESTRA: SELECCIÓN Y CARACTERÍSTICAS DESCRIPTIVAS

Para la selección de la muestra, primeramente se eligió al azar un conjunto de 220 sujetos de entre las 560 personas que, en junio de 1999, habían alcanzado el alta terapéutica en Proyecto Hombre Galicia. Realizada esta selección, se solicitó la colaboración de los sujetos. En un primer

momento, la solicitud se realizó por escrito; en los casos en los que no se obtuvo respuesta ante la primera solicitud, se realizó un nuevo intento, esta vez por vía telefónica. En la solicitud de colaboración se explicaba que, en la Universidad de Santiago se estaba realizando un estudio sobre la situación de las altas terapéuticas del programa y que, para ello, era necesaria su participación; se reseñaba que los datos serían confidenciales y que era importante la colaboración de todos, tanto de aquellos que se encontraban satisfechos con el programa como de aquellos que habían recaído.

De los sujetos seleccionados para el trabajo, 159 accedieron a participar en el estudio. Las razones por las cuales no se obtuvo el consentimiento de 61 personas fueron variadas (cambios de residencia, problemas de salud, el deseo de no tener más contactos con lo que sonase a “drogas”, encarcelamientos...), aunque, en más de un 35% de las negativas, los sujetos apelaron a motivos laborales: en muchos casos, eran personas que manifestaban desempeñar trabajos en contacto con el público y que, por ello, deseaban preservar al máximo sus datos.

De los 159 sujetos que sí mostraron su consentimiento, 14 fueron “pérdidas” que tuvieron lugar en la fase de aplicación de los instrumentos de evaluación. Aunque se realizaron repetidos contactos para concertar el lugar y el momento de la entrevista, no se consiguió su participación. En la mayor parte de estos casos, los sujetos manifestaron la imposibilidad de asistir a la sesión de evaluación por razones de trabajo; en otros casos, fue imposible establecer el contacto para concertar la entrevista y, en un caso, la entrevista fue concertada pero la persona no acudió a ella.

La pérdida de sujetos en los seguimientos es una característica muy común en la evaluación de tratamientos en drogodependencias (en muchos estudios se supera el 40%) y, como señalan Fernández Hermida et al. (1999), su significación es difícil de valorar. Mientras que, por una parte, los sujetos recaídos pueden ser más reacios a participar o más difíciles de localizar, también es cierto (y esto lo hemos podido constatar en nuestros contactos con los sujetos) que en muchas ocasiones las negativas provienen de personas que, precisamente por estar rehabilitadas, rehúsan participar en trabajos que tengan que ver con su historia previa. Es posible que estas dos tendencias se contrarresten; en el trabajo de Fernández Hermida et al. (1999) sobre una

población semejante a la que aquí analizamos (ex–usuarios de Proyecto Hombre-Asturias), se compararon los sujetos participantes y los sujetos “perdidos” y no se encontraron diferencias significativas en variables que pudieran estar relacionadas con la respuesta al tratamiento (por ejemplo, años de dependencia de las drogas; situación legal; convivencia familiar), de forma que probablemente los sujetos entrevistados en este tipo de trabajos (garantizando la confidencialidad, creando condiciones no amenazantes) y sobre este tipo de poblaciones muestren un grado aceptable de representatividad.

En nuestro trabajo, la muestra final estuvo integrada por 145 personas, de las cuales 110 (un 75.9%) eran varones y 35 (un 24.1%), mujeres. Las edades, en el momento de la evaluación, estaban comprendidas entre los 22 y los 41 años (con una media de 30.78 y una mediana de 30).

En la Tabla 4 se presentan los datos relativos al tiempo transcurrido entre la finalización del tratamiento y la realización del estudio.

Tabla 4. Tiempo entre el fin del tratamiento y la realización del estudio

	Porcentaje
Menos de 1 año	10.34%
Entre 1 y 2 años	6.21%
Entre 2 y 3 años	37.24%
Entre 3 y 4 años	20.69%
Entre 4 y 5 años	16.55%
Entre 5 y 6 años	5.52%
Entre 6 y 7 años	0.69%
Entre 7 y 8 años	2.76%

Como se observa en la tabla, entre 2 y 3 años es el período de tiempo en que se sitúa un más amplio porcentaje de sujetos. En general, y aunque participaron sujetos con un rango muy variable de tiempo post-tratamiento, para una amplia mayoría (casi un 75%) transcurrieron entre 2 y 5 años desde la finalización del programa en Proyecto Hombre-Galicia. El valor medio de tiempo post-tratamiento es 3.26 años.

Por lo que se refiere a datos sociodemográficos que ayuden a construir el perfil básico de la muestra, podemos destacar que la categoría de estado civil más frecuente antes de incorporarse a Proyecto Hombre era “soltero/a” (un

68.3%) y un 21.3% de los sujetos tenía hijos. En casi la mitad de los casos, antes de la entrada en Proyecto Hombre los sujetos convivían con sus padres; en un 17.9% convivían con su pareja; el resto de los individuos de la muestra se distribuyen, con porcentajes mucho más reducidos, entre las otras categorías (vivir solo, vivir con la pareja y los padres; vivir con otros familiares, con amigos, vivir en la cárcel y convivencia variable). En cuanto al nivel de estudios, en la Tabla 5 se muestran los datos fundamentales. El nivel de estudios más frecuente es un nivel básico (con EGB finalizada) o bajo (EGB sin finalizar), si bien más de un 10% habían finalizado el ciclo educativo del Bachillerato y superado el Curso de Orientación Universitaria.

Tabla 5. Nivel de estudios de los sujetos de la muestra

	Porcentaje
EGB sin finalizar	15.17%
EGB finalizada	23.45%
FPI sin finalizar	7.59%
FPI finalizada	11.72%
FPII sin finalizar	2.76%
FPII finalizada	4.83%
BUP sin finalizar	6.21%
BUP finalizado	8.28%
COU	10.34%
Estudios Universitarios	4.14%

En la Tabla 6 se presenta la información sobre la situación ocupacional en el momento de llegar a Proyecto Hombre. En total, un 34.7% de la muestra presentaba una vida laboral activa (con diferentes condiciones) y un 30.4% estaba en situación de paro. El tercio restante de la muestra se distribuye en categorías diversas (excedencia, baja médica, estudios y otras condiciones). Las categorías profesionales eran diversas; entre las más frecuentes se encuentran obreros cualificados (un 21.4%) y sin cualificar (un 19.3%), así como profesionales y técnicos medios (11.1%).

Tabla 6. Situación ocupacional al llegar a Proyecto Hombre

	Porcentaje
Fijo con contrato	9.7%
Temporal con contrato	9.7%
Trabajo sin contrato	10.4%
Trabajo negocio familiar	4.9%
Excedencia	0.7%
Autónomo	3.4%
Baja médica	6.2%
Paro con subsidio	13.7%
Paro sin subsidio	16.7%
Estudiando	12.4%
Otros	11.7%

Atendiendo a datos sociodemográficos sobre la familia de origen, el nivel de estudios del padre es, mayoritariamente “escolarización básica sin finalizar” (un 35.9%) o “escolarización básica finalizada” (un 29.7%); en el resto de las categorías (“sin escolarizar”, “bachiller superior”, “estudios medios”, “estudios superiores”), los porcentajes son sustancialmente más bajos. Un patrón semejante nos encontramos si atendemos al nivel de estudios de la madre: un 44.1% en “escolarización básica sin finalizar” y un 27.6% en “escolarización básica finalizada”.

En cuanto a la historia de consumo, en la Tabla 7 se presentan los datos sobre el período de tiempo en que los sujetos habían estado implicados en un consumo habitual de drogas.

Tabla 7. Tiempo de consumo habitual de sustancias

	Porcentaje
Menos de 1 año	2.07%
Entre 1 y 3 años	32.41%
Entre 4 y 6 años	28.97%
Entre 7 y 9 años	16.55%
Entre 10 y 12 años	12.41%
Entre 13 y 15 años	4.14%
Más de 15 años	2.07%

La tabla nos indica que el tiempo de consumo habitual antes del tratamiento había sido muy variable, si bien más de un 60% de la muestra se encuentra en un período de entre 1 y 6 años. El tiempo medio de consumo habitual fue de 5.76 años.

Por lo que se refiere a la droga más consumida antes del programa ésta era, en una gran mayoría de sujetos (un 78.6%) la heroína, seguida, muy de lejos, por la cocaína (un 11.7%) y el cannabis (un 7.6%). Con todo, el policonsumo era muy frecuente: un 83.4% consumía entre 2 y 5 sustancias diferentes.

En más de un 60% de los casos, los sujetos habían sido sometidos a tratamientos previos. El número de tratamientos previos osciló entre 1 y 15; más de un 43% había pasado por programas de tratamiento en 1 ó 2 ocasiones. El tipo de centros de tratamiento más frecuente estaba representado por los centros de día (un 41.38%); otros tipos de tratamientos relativamente frecuentes fueron los efectuados en consultas particulares (17.2%) y en comunidades terapéuticas diferentes a Proyecto Hombre (11%); en un 7.6% de los casos los sujetos habían realizado ya intentos previos de tratamiento en Proyecto Hombre.

La edad media de comienzo de los problemas con las drogas había sido de 17.12 (en un rango entre 11 y 28 años), y, en la mayoría de los casos, los sujetos de la muestra habían experimentado, a causa de las drogas y en diferentes grados, problemas económicos (un 88.10%), rupturas familiares (un 92.37%), rupturas con la pareja (un 77%), con los amigos (un 86.8%), con el trabajo o estudios (un 87.4%) y algún tipo de problemas con la ley (un 64.8%); un 53.8% había sido conducido en una o más ocasiones a comisaría, aunque sólo un 16.6% había estado en prisión. En cuanto a problemas de salud, aunque más de un 80% afirmó haberlos experimentado en algún grado como consecuencia de las drogas, las tasas de afectados por trastornos que con frecuencia se asocian a secuelas de drogodependencias fueron los siguientes: VIH, un 5.5%; hepatitis B, un 22.8%; hepatitis C, un 39.3% y tuberculosis un 9.7%. En relación con el estado de salud, cabe destacar que un 13.8% de los sujetos habían sido sometidos previamente a tratamientos psicológicos/psiquiátricos por problemas no relacionados con las drogas; este dato puede aproximarnos, en cierta medida, a las tasas de coocurrencia psicopatológica, un tema de gran actualidad en el tratamiento de las adicciones.

Por otro lado, y en lo que respecta a la historia de consumo en la familia, en un 34.5% de los sujetos, existían en la familia problemas relacionados con

el consumo de alcohol; en un 43.3%, existían problemas de adicción a otras drogas.

Por lo que respecta al paso por Proyecto Hombre, en la mayoría de los individuos de la muestra, el ingreso se produjo a petición de familiares (un 65.5%); en un 19.3% de los casos, la incorporación al programa fue a iniciativa propia y en un 4.8%, a petición de la pareja. En un porcentaje relativamente amplio de sujetos (un 36.6%), existían personas próximas al individuo que habían sido usuarios del programa o que lo estaban siendo en ese momento. La mayoría de los sujetos admiten que la adaptación a las normas y tareas del programa resultó “muy difícil” (un 56.6%) o “bastante difícil” (un 25.5%), si bien la satisfacción final con el programa fue “muy alta” (69%) o “bastante alta” (24.8%). Así mismo, una gran mayoría (un 83.4%) manifestó haber recibido un “muy alto” apoyo por parte de la familia durante el programa. Las relaciones con el personal del programa fueron juzgadas positivamente por un 68.3% de los sujetos; un 29.7% las califica como “regulares/indiferentes” y un 2.1% les otorga el calificativo de “malas”.

La mayor parte de los sujetos de la muestra fueron incorporados a la comunidad terapéutica tras la fase inicial de acogida; sin embargo, un 26.9% desarrolló la segunda fase en la vía alternativa del “programa de apoyo”. El tiempo de estancia en el programa fue, como promedio de 33.44 meses.

Un 89% de los sujetos de la muestra había tenido algún tipo de contacto con Proyecto Hombre tras la finalización del programa, aun cuando en muchos casos (67.6%), se trató de un contacto más bien ocasional (“algunas veces al año”). Fiestas y actos sociales, visitas e interacciones telefónicas fueron las vías de contacto más frecuentes.

3.3. VARIABLES E INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

3.3.1. Variables

Ya se señaló en páginas anteriores que, en este trabajo, pretendíamos no sólo examinar la situación de las altas terapéuticas de Proyecto Hombre-Galicia, sino también realizar una exploración amplia de los factores que se asocian al riesgo de la recaída, por lo que el número de variables consideradas y evaluadas fue elevado.

Para dar cuenta del primer objetivo del estudio (examinar índices de ajuste psicosocial y consumo de drogas en la muestra), se evaluaron diversos aspectos de la integración familiar (convivencia, relaciones, apoyo recibido), laboral (situación laboral, satisfacción, relaciones personales), relaciones en otros ámbitos (amigos, pareja, problemas de contacto social) y bienestar subjetivo (satisfacción consigo mismo, satisfacción con la vida, emociones positivas y negativas). Además, se examinaron los patrones de consumo de drogas tras el tratamiento (frecuencia, cantidad, orden de implicación, contextos de consumo).

Para dar respuesta al segundo de nuestros objetivos (examinar factores asociados a la recaída), y de acuerdo con la perspectiva integradora que guía este trabajo, fueron evaluadas tanto características de la vida previa al tratamiento, características del desarrollo del tratamiento y características de la vida post-tratamiento. Se seleccionó un amplio rango de variables, en función de las sugerencias y de los hallazgos de estudios previos.

Los ámbitos explorados de la vida pre-tratamiento incluyen:

- ❖ Características sociodemográficas (p.ej., sexo, edad, estado civil, número de hijos, estrato socioeconómico, nivel educativo, lugar de residencia).
- ❖ Características de la historia familiar (p.ej., convivencia, relaciones, consumo de alcohol y de otras drogas en la familia).
- ❖ Historia escolar y laboral (p.ej., integración escolar, edad de abandono de los estudios, estabilidad profesional, alteraciones en el desempeño laboral como consecuencias de las drogas).

- ❖ Historia de consumo (p.ej., sustancias consumidas, años de dependencia, cantidades consumidas, intentos previos para abandonar las drogas, problemas derivados del consumo de drogas).
- ❖ Historia jurídico-penal (p.ej., edad de los primeros problemas con la ley, relación con la Junta de Menores o con el Tribunal Tutelar, internamiento en centros de reforma, ingresos en prisión).

En cuanto a características relacionadas con el tratamiento, fueron evaluados los siguiente ámbitos:

- ❖ Tiempo transcurrido en el tratamiento.
- ❖ Interrupciones.
- ❖ Apoyo recibido durante el tratamiento (familia, pareja, amigos).
- ❖ Dificultades de adaptación.
- ❖ Conocimiento previo y expectativas.
- ❖ Relaciones establecidas durante el programa.
- ❖ Satisfacción al finalizar el tratamiento.
- ❖ Contactos posteriores con Proyecto Hombre.

Finalmente, los campos analizados en relación con la vida posterior al tratamiento fueron los siguientes:

- ❖ Integración familiar.
- ❖ Integración laboral.
- ❖ Relaciones interpersonales más allá de la familia y el trabajo.
- ❖ Redes de apoyo social.
- ❖ Contacto con consumidores.
- ❖ Ocupación del tiempo de ocio.
- ❖ Afectividad, estados emocionales.
- ❖ Estrategias de afrontamiento y autoeficacia.
- ❖ Valores.

3.3.2. Instrumentos de evaluación

Para la evaluación de estas variables se utilizaron diferentes tipos de instrumentos.

3.3.2.1 *Datos de archivo*

Por una parte, se utilizaron datos de archivo registrados por Proyecto Hombre en la entrada y durante el desarrollo del tratamiento. Estos historiales proporcionaron una amplia base de información sobre muchas de las variables pre-tratamiento y sobre el desarrollo del tratamiento. Muchos aspectos relativos a historia laboral, escolar, familiar, historia de consumo, características sociodemográficas, implicación en el tratamiento, interrupciones durante la intervención, etc., fueron evaluadas a partir de este tipo de documentos.

3.3.2.2 *Entrevista*

En segundo lugar, se elaboró una amplia entrevista estructurada (o semiestructurada, en algunas de sus secciones), en la que se recogía información sobre muy diversas variables.

En esta entrevista, se incluyeron preguntas que ayudaban a matizar o completar la información de archivo acerca de la vida previa al tratamiento (p.ej., historia de consumo en la familia, tiempo de abstinencia en tratamientos previos) o acerca del desarrollo del tratamiento (p.ej., apoyo percibido, motivaciones, conocimiento previo del programa).

Pero, sobre todo, en la entrevista se recogía información sobre la vida posterior al tratamiento. Por una parte, se examinaba el consumo de alcohol y de otras drogas (tiempo de abstinencia, frecuencia de consumo, cantidad, orden de consumo, nuevas experiencias de tratamiento, etc.). Y, por otra parte, la entrevista examinó numerosos aspectos de la integración psicosocial tras el programa, como la situación familiar, implicación con amigos consumidores, experiencias formativas o laborales, redes de relación interpersonal, ocupación del tiempo de ocio, satisfacción vital, etc.

3.3.2.2.1 *La Entrevista de Recaídas de Miller y Marlatt (1996)*

Como parte de esta entrevista, se adaptó la Entrevista de Recaídas (*Relapse Interview*) de Miller y Marlatt (1996); esta entrevista fue aplicada a aquellos sujetos que habían consumido alcohol u otras drogas tras el tratamiento. De acuerdo con las premisas del modelo de Marlatt, este instrumento permite analizar qué factores personales, ambientales o sociales

son los precipitantes más inmediatos del consumo. En ella, se anima al sujeto a recordar y describir la situación en la que se produjo el primer consumo; el sujeto debe describir qué características internas (pensamientos y sentimientos) “desataron” el deseo de tener ese primer consumo, así como las circunstancias externas que influyeron en ese momento. Además, se describe el lugar, las personas presentes en la situación y las emociones dominantes durante las horas anteriores al consumo. Así pues, la entrevista permite reconstruir el escenario del primer consumo, ayudando a identificar cuáles son las situaciones de alto riesgo que pueden precipitar la ruptura con la abstinencia y proporciona valiosa información para desarrollar estrategias de prevención de recaídas.

La información recopilada en la Entrevista de Recaídas ha de ser codificada de acuerdo con las instrucciones proporcionadas por los autores, de modo que cada episodio pueda ser asignado a una de las categorías situacionales identificadas en los trabajos de Marlatt. Concretamente, la taxonomía utilizada fue la versión reformulada que resultó del proyecto RREP (Proyecto de Replicación y Extensión sobre las Recaídas), comentado en apartados anteriores. Las categorías que establece esta versión son las siguientes (Miller y Marlatt, 1996):

- I) **Determinantes intrapersonales-ambientales.** En esta categoría se incluyen tanto los precipitantes internos como las reacciones al ambiente no personal. Dentro de esta gran categoría se distinguen los siguientes tipos:
 - A) **Enfrentarse a estados emocionales negativos**
 - 1. Enfrentarse a la frustración o a la ira.
 - 2. Enfrentarse a la depresión.
 - 3. Enfrentarse a la ansiedad.
 - 4. Enfrentarse a otros estados de ánimo negativos (aburrimiento, confusión, desesperanza, humillación, soledad, disgusto...).
 - B) **Enfrentarse a estados físicos negativos**
 - 1. Enfrentarse a estados físicos asociados al consumo anterior (e.g., síndrome de abstinencia).
 - 2. Enfrentarse a otros estados físicos (dolor, cansancio...) que no necesariamente se asocian a un consumo anterior.

- C) **Potenciar estados emocionales positivos.** Utilizar la droga para incrementar sentimientos de placer, disfrute, libertad, celebración (por ejemplo, cuando se va de viaje o se está de vacaciones)
 - D) **Poner a prueba el control personal.** Utilizar la droga para comprobar la capacidad de implicarse en un consumo moderado o controlado; intentar probar “sólo una vez”.
 - E) **Ceder a tentaciones o impulsos.** El consumo aparece como respuesta a deseos internos, urgencias, tentaciones o impulsos, en ausencia de factores interpersonales. Estas tentaciones pueden aparecer:
 - 1. En presencia de claves asociadas con las drogas (por ejemplo, pasar al lado de un bar o de un lugar donde antes se consumía, ver la droga...).
 - 2. En ausencia de claves. Aquí la tentación aparece sin que estén presentes indicios relacionados con las drogas. Es el propio sujeto quien, ante el impulso, busca la sustancia.
- II) **Determinantes interpersonales.** Episodios en los que otras personas desempeñan un papel crucial. Son episodios en los que el contacto con otras personas ejerce un efecto sobre el consumo.
- A) **Enfrentarse al conflicto interpersonal.** El consumo se asocia a conflictos recientes en las relaciones interpersonales (discusiones, peleas, celos), que dan lugar, a su vez, a estados de ánimo negativos:
 - 1. Enfrentarse a la frustración o la ira.
 - 2. Enfrentarse a la depresión.
 - 3. Enfrentare a la ansiedad.
 - 4. Enfrentarse a otros estados de ánimo negativos.
 - B) **Presión social.** El consumo surge como respuesta a la influencia de otro individuo o grupo de individuos que presionan al individuo, de un modo directo o indirecto, para consumir:
 - 1. Presión social directa. En este caso existe un contacto directo con otra persona o con un grupo que presiona al consumidor o que le proporciona la droga.
 - 2. Presión social indirecta. El sujeto responde a la observación de otra persona que sirve de modelo para el consumo. Se incluyen en esta

categoría aquellas situaciones en las que el sujeto informa de “vergüenza” por no consumir en un contexto en el que todos consumen.

- C) **Potenciar estados de ánimo positivos.** Utilizar la droga en una situación interpersonal para aumentar sentimientos de placer, celebración, libertad, excitación sexual, etc.

De acuerdo con el sistema de codificación de Marlatt, las categorías son excluyentes. A la hora de clasificar un episodio de consumo, el codificador ha de atender a la descripción del sujeto y, a partir de ahí, determinar si se trata de una situación intrapersonal o interpersonal (I vs II). A continuación se ha de asignar a una de las categorías más específicas, teniendo en cuenta que, en caso de duda, la ordenación de las categorías (I antes que II; A antes que B; 1 antes que 2, etc) indica qué categoría se ha de priorizar.

3.3.2.3 *Cuestionarios, inventarios y escalas*

Para evaluar algunas de las variables objeto de estudio, se utilizaron diversos cuestionarios, inventarios y escalas que, o bien son de uso frecuente en la investigación psicológica general o bien han sido ampliamente utilizados en trabajos sobre adicciones con fines semejantes al nuestro. En algunos casos, y dada la amplia extensión de la sesión de evaluación, se utilizaron versiones abreviadas de estos instrumentos. En todos los casos los cuestionarios fueron aplicados oralmente, en el contexto de la entrevista. Los cuestionarios utilizados se describen a continuación.

3.3.2.3.1 *Índice de Participación Social de Havassy, Hall y Wasser (1991).*

Este instrumento fue desarrollado en el marco de trabajos específicos para identificar predictores de la recaída en diferentes tipos de adicciones (alcohol, opiáceos y tabaco). El apoyo social ha sido relacionado con muy diferentes problemas de salud, incluyendo enfermedades físicas y síntomas psicológicos; en el campo de las adicciones, diferentes investigadores han sugerido también que el éxito del tratamiento estará condicionado por el apoyo social recibido por el sujeto. Dentro de los tipos de apoyo social que, a menudo, se distinguen en la literatura (véase, por ejemplo, Cohen y Wills, 1985), el

Índice de Participación Social evalúa apoyo social estructural y permite conocer en qué medida el sujeto se integra en una red social relativamente amplia o, por el contrario, vive situaciones de aislamiento y falta de contacto social. Concretamente, el instrumento utiliza seis indicadores para obtener una puntuación total en apoyo social estructural: a) tener pareja; b) tener al menos un amigo íntimo; c) tener otros amigos; d) ver a los amigos al menos una vez al mes; e) ver, al menos una vez al mes, a familiares que se perciben como cercanos; y f) tener una participación activa en grupos sociales organizados (deportivos, culturales, religiosos, etc.). Cada uno de estos indicadores se valoran dicotómicamente (con la puntuación de 0 si el indicador está ausente y 1 si está presente), proporcionando un índice global de entre 0 y 6 puntos.

3.3.2.3.2 Cuestionario de Apoyo Social de Sarason, Levine, Bashman y Sarason (1983)

Si con el Índice de Participación Social se evaluaba apoyo social estructural, el apoyo social “funcional” (recibir conductas de ayuda, apoyo emocional, etc. por parte de otros significativos) fue evaluado a través de un instrumento ampliamente utilizado en diversas áreas de la psicología: el Cuestionario de Apoyo Social de Sarason et al. (1983). Este instrumento nos proporciona dos indicadores de apoyo social percibido: el número de personas que el sujeto percibe como proveedoras de apoyo y la satisfacción sentida con ese apoyo. El cuestionario va presentando diferentes situaciones (necesitar ayuda, necesitar hablar, disgusto, situaciones de crisis...); ante cada una de ellas, el sujeto debe indicar a) con quiénes puede contar para superar esa situación y b) en qué medida está satisfecho con el apoyo recibido. Así pues, se obtienen dos puntuaciones: una de ellas será la media del número de personas con los que el sujeto manifiesta “poder contar” en las diferentes situaciones y otra será la media de las puntuaciones de satisfacción. En nuestro trabajo, utilizamos una versión abreviada de 6 ítems, elegidos en función de la no redundancia y la especificidad de las situaciones planteadas. Además, la escala de satisfacción se presentó con 4 puntos (de 0 –Nada- a 3 – Mucho-), a diferencia del formato original de 6 puntos, para ajustarla a la escala

de respuesta dominante en la entrevista. Su consistencia interna (alpha de Cronbach) fue de .83.

3.3.2.3.3 Cuestionarios de Apoyo Social Percibido en la Familia y los Amigos (Procidano y Heller, 1983)

Si bien el cuestionario de Sarason nos proporcionaba un buen índice del apoyo social general recibido con el individuo, en este estudio se incluyeron medidas adicionales que permitieran evaluar apoyo social en contextos específicos. Concretamente, se seleccionaron ítems de los Cuestionarios de Apoyo Social Percibido en la Familia y los Amigos de Procidano y Heller, (1983). Los ítems elegidos hacen referencia al apoyo moral recibido (“Mi familia me da el apoyo moral que necesito”), la sensibilidad a las necesidades del sujeto (“Mi familia es sensible a mis necesidades”), el deseo de que la familia sea diferente (ítem puntuado en sentido inverso: “Me gustaría que mi familia fuese diferente”), la percepción de que a la familia le gusta escuchar las opiniones del sujeto (“A mi familia le gusta oír lo que pienso sobre las cosas”) y la percepción de que a la familia le agrada la compañía del sujeto (“A los miembros de mi familia les gusta estar conmigo”). Los ítems se presentaron con un formato de respuesta de cuatro puntos (de “Nada” a “Mucho”). Estos mismos elementos fueron seleccionados de la escala de apoyo percibido de los amigos. Además, se creó una versión adaptada de estos ítems para evaluar también el apoyo social percibido en el contexto de las relaciones de pareja. Los índices de consistencia interna fueron de .84 (familia), .78 (amigos) y .87 (pareja).

3.3.2.3.4 Escalas PANAS de Afecto Positivo y Negativo (Watson, Clark y Tellegen, 1988)

Las escalas PANAS fueron utilizadas para evaluar el afecto positivo (estados emocionales positivos, como el entusiasmo, la actividad, la animación, etc.) y el afecto negativo (estados emocionales aversivos como el disgusto, la ira, la culpa, el nerviosismo) experimentados en el período posterior al tratamiento. Estas escalas surgen en el marco de los estudios sobre la estructura dimensional del afecto; concretamente, diversos trabajos (véase

Watson y Tellegen, 1985) han encontrado que el afecto se estructura en dos dimensiones: afecto positivo y afecto negativo; ambos factores, a pesar de lo que a primera vista pudiera parecer, no están altamente correlacionados: por ejemplo, es posible mostrar un bajo afecto positivo sin que coexista un alto afecto negativo. Las escalas PANAS son escalas breves (10 ítems para positivo y 10 para afecto negativo), utilizadas en múltiples trabajos previos, que constan de adjetivos como elementos ante los que el sujeto debe responder. Ejemplos de ítems son los adjetivos “tenso”, “disgustado”, “culpable” (para la escala de afecto negativo) y “enérgico”, “inspirado”, “entusiasmado” (para la escala de afecto positivo). El sujeto debe indicar en qué medida ha sentido cada una de esas emociones durante un determinado período de referencia. Concretamente, en este trabajo se utilizó una escala de cuatro puntos (de “Nada” a “Mucho”). Las escalas PANAS han mostrado unas aceptables propiedades psicométricas en nuestro país (véase Sandín et al., 1999) y fueron utilizadas en este estudio con el fin de obtener una medición sencilla y económica de los estados afectivos experimentados por el sujeto una vez abandonado el programa. Los índices de consistencia interna fueron .89 para afecto positivo y .81 para afecto negativo.

3.3.2.3.5 Inventario de Ansiedad de Beck (Beck, Brown, Epstein y Steer, 1988)

Con el fin de obtener una medida de síntomas específicos de ansiedad, se seleccionaron cuatro ítems del Inventario de Ansiedad de Beck. Este instrumento fue desarrollado por Beck et al. (1988) con el objetivo de cubrir la necesidad de un inventario capaz de discriminar de manera fiable entre ansiedad y depresión. Los ítems seleccionados hacen referencia a síntomas comúnmente incorporados en cuestionarios de ansiedad y presentes en las definiciones clínicas de los trastornos de ansiedad. Concretamente, eran ítems relativos a incapacidad para relajarse, temor a que suceda lo peor, miedo a perder el control y sensaciones de ahogo, palpitaciones o taquicardias. La consistencia interna de este conjunto de ítems fue de .75.

3.3.2.3.6 *Escala de Autocalificación de la Depresión (Zung, 1965)*

Si los ítems del inventario de Beck nos proporcionaban una medida de síntomas de ansiedad, la Escala de Autocalificación de Zung nos permitió evaluar síntomas de depresión. La escala de Zung es una de las más conocidas para la evaluación de la depresión; un amplio cuerpo de evidencia se ha acumulado sobre su fiabilidad y su validez. En este trabajo se tomaron concretamente cinco ítems de la escala, referidos, respectivamente, a tristeza y desánimo, problemas para conciliar el sueño, cansancio inmotivado, irritabilidad y anhedonia. La consistencia interna fue de .77.

3.3.2.3.7 *Inventario de Salud Mental (Veit y Ware, 1983)*

Este inventario sirvió para proporcionar información complementaria sobre el bienestar/malestar subjetivo de los sujetos entrevistados. El instrumento original consta de 37 ítems que se estructuran en 5 factores: Ansiedad, Depresión, Control Conductual/Emocional, Emocionalidad Positiva y Vínculos Emocionales. El Inventario de Salud Mental, por tanto, nos da nuevos datos sobre la vida emocional de los sujetos, de su capacidad para controlar las emociones y de los sentimientos en el ámbito de las relaciones. Además, el período de referencia utilizado en la presentación de este instrumento difirió respecto de los anteriores; como se explicará más abajo, con la mayoría de los instrumentos utilizados intentamos obtener una retrospectiva de cómo había transcurrido, en general, la vida tras el tratamiento; el Inventario de Salud Mental fue aplicado, sin embargo, tomando como período de referencia el mes anterior a la entrevista; de esta forma, intentamos conocer cuál es la situación más actual del sujeto en lo que respecta a bienestar/malestar psicológico. Del instrumento original se seleccionaron un total de 15 ítems (tres de ellos pertenecientes a cada uno de los cinco factores); concretamente, se seleccionaron los tres ítems con una saturación más alta en cada una de las dimensiones. Los ítems hacen referencia a nerviosismo y tensión (en la dimensión de Ansiedad), tristeza y abatimiento (Depresión), incapacidad para controlar la conducta, los pensamientos o los sentimientos (Control), sentimientos de felicidad y satisfacción vital (Emocionalidad positiva) y percepción de sentirse querido y de tener relaciones plenas y satisfactorias

(Vínculos Emocionales). Los índices de consistencia interna oscilaron entre .63 para Control y .87 para Depresión.

3.3.2.3.8 *Inventario de Conductas de Afrontamiento (Litman, Stapleton, Oppenheim y Peleg, 1983)*

Las conductas de afrontamiento que los individuos utilizan ante situaciones de riesgo constituye uno de los campos de estudio más interesantes en la prevención de las recaídas. Los modelos cognitivo-conductuales han hecho un énfasis muy especial en los recursos que los individuos despliegan cuando se encuentran ante una situación que invita a consumir; concretamente, Litman es una de las autoras que más se ha ocupado de especificar cuáles son las estrategias que los ex-adictos ponen en práctica en esas situaciones, y cuáles pueden diferenciar entre personas que recaen y personas que consiguen “vencer” la situación. El Inventario de Conductas de Afrontamiento fue elaborado a partir de entrevistas con alcohólicos, a quienes se les instaba a describir con detalle las técnicas que ponían en práctica para evitar recaer. Los análisis factoriales realizados sobre la escala definieron una estructura de cuatro factores, referidos a cuatro tipos de estrategias de afrontamiento. El inventario original (que ha sido traducido y adaptado en España por García González, 1991 consta de 36 ítems; cada uno de ellos describe una conducta de afrontamiento y el sujeto debe indicar con qué frecuencia pone en práctica cada una de ellas. En este trabajo se seleccionaron un total de 16 ítems; concretamente, se eligieron los cuatro ítems que presentaban las saturaciones más altas en cada uno de los factores. La redacción de los ítems fue ligeramente modificada respecto al original, con el fin de poder ser aplicada no sólo a (ex)alcohólicos, sino a (ex)consumidores de otros tipos de drogas (por ejemplo, “estar en compañía de no bebedores” fue reemplazado por “estar en compañía de no consumidores”). En el Cuadro 1 se presenta una muestra de los ítems que definen cada uno de los tipos de afrontamiento: Pensamiento Positivo; Pensamiento Negativo, Evitación/Distracción y Búsqueda de Apoyo Social. Los índices de consistencia interna se situaron entre .58 (Evitación/Distracción) y .79 (Pensamiento Negativo).

Cuadro 1. Muestra de ítems incluidos en el Inventario de Estrategias de Afrontamiento

Pensamiento positivo.

- ❖ “Pensar que tengo que dejar de jugar conmigo mismo”.
- ❖ “Afrontar mis malos sentimientos en vez de dejarme ahogar en ellos.”

Pensamiento negativo.

- ❖ “Recordar cómo mi problema con las drogas ha afectado a mi familia”.
- ❖ “Recordar cómo en el pasado he traicionado a mis amigos y a mi familia”.

Evitación/Distracción.

- ❖ “Esperar a que las cosas se vayan poniendo mejor”.
- ❖ “Salir a dar un paseo”.

Búsqueda de Apoyo Social.

- ❖ “Telefonar a un amigo”.
 - ❖ “Estar en compañía de no consumidores”.
-

3.3.2.3.9 Cuestionario de Confianza Situacional (Barber, Cooper y Heather, 1991)

Otro de los campos de estudio que adquiere gran relieve dentro de los modelos cognitivo-conductuales de la recaída es la autoeficacia en situaciones de alto riesgo, es decir, la creencia de que uno puede manejar con éxito la situación. Desde los modelos de prevención de recaídas, se procura que los individuos adquieran habilidades (por ejemplo, estrategias de afrontamiento), que les permitan sentirse “autoeficaces” cuando se presente un contexto de riesgo; para Annis y Davis (1986), las intervenciones sólo tendrán éxito en la medida en que logren hacer que el sujeto tenga unas altas expectativas de autoeficacia; esta sería la “clave” para conseguir que los efectos de los tratamientos perduren. Precisamente, Annis (1982a) desarrolló un instrumento destinado a medir la autoeficacia de (ex)alcohólicos ante un amplio rango de situaciones. Se presentan a los sujetos ejemplos de situaciones de riesgo, agrupadas de acuerdo con la taxonomía de Marlatt; el sujeto debe indicar en qué medida tiene confianza en superar esa situación sin recurrir al consumo de alcohol. Este instrumento fue adaptado por Barber et al. (1991) para la utilización con adictos y ex-adictos a la heroína. De este Inventario de Confianza Situacional, seleccionamos los ítems para evaluar, en nuestro trabajo, la autoeficacia de los sujetos a la hora de enfrentarse con diversos tipos de situaciones de riesgo; esto nos permitirá identificar cuáles son las

situaciones en las cuales los sujetos muestran menos confianza, una información que resulta de gran utilidad para prevenir las recaídas. Se seleccionaron dos ítems para cada uno de los tipos de situaciones contempladas en el inventario; en el Cuadro 2 se presentan algunos ítems que ilustran el contenido del instrumento. Los índices de consistencia interna oscilaron entre .57 (Presión Social) y .85 (Estados Interpersonales Positivos).

Cuadro 2. Muestra de ítems incluidos en el Inventario de Confianza Situacional

Estados emocionales negativos.
❖ “Si sintieses que la vida no tiene salida”.
Estados físicos negativos.
❖ “Si tuvieses dolor físico”.
Estados emocionales positivos.
❖ “Si ocurriese algo bueno y tuvieses ganas de celebrarlo”.
Probar el control personal.
❖ “Si te entrasen ganas de probar tu control, demostrándote que realmente puedes parar después de consumir una o dos veces”.
Tentaciones e impulsos.
❖ “Si alguien te regalase algo de droga o te la diese en pago por algo”.
Conflicto interpersonal.
❖ “Si te sintieses bajo mucha tensión en tu familia”.
Presión social.
❖ “Si fueses invitado a casa de alguien y te ofreciesen droga”..
Estados interpersonales positivos.
❖ “Si salieses de juerga con tus amigos y quisieras pasarlo a tope”.

3.3.2.3.10 Escala de Autoeficacia de la Batería de Escalas de Expectativas Generalizadas de Control (BEEGC) (Palenzuela et al., 1994)

Además de evaluar la autoeficacia ante situaciones de riesgo, introducimos una escala de expectativas generalizadas de autoeficacia: la Escala de Autoeficacia de Palenzuela et al. (1994). Se trata de una escala breve (cuatro ítems), incluida en la Batería de Expectativas Generalizadas de Control; esta escala nos permite conocer el grado en que el sujeto se siente capaz y seguro ante las situaciones difíciles, no necesariamente ligadas al consumo de drogas (p.ej. “Son pocas las ocasiones en las que dudo de mis capacidades”, “Me veo con capacidad suficiente para enfrentarme a los problemas de la vida”). Los ítems se presentan con un formato de respuesta de

9 puntos (de “Totalmente en desacuerdo a “Totalmente de acuerdo”. El coeficiente de consistencia interna fue de .72.

3.3.2.3.11 *Escala de Valores (Luengo, Otero, Mirón y Romero, 1995)*

Como se señaló anteriormente, otro de los ámbitos explorados fue el de los valores. Los valores actúan como guías cognitivo-motivacionales, como creencias interiorizadas que regulan el pensamiento y la acción, orientando las decisiones conductuales del sujeto. Los valores se han visto relacionados con numerosos aspectos del comportamiento social y de los estilos de vida; nuestros propios estudios previos han mostrado que se relacionan con el consumo de drogas en muestras de jóvenes (Romero, 1996; Romero, Sobral y Luengo, 1999). Con el fin de examinar si los valores aparecen asociados a la recaída tras el tratamiento, se utilizó un instrumento elaborado en nuestras investigaciones previas sobre consumo de drogas. El instrumento consta de 16 ítems; en cada uno de ellos se pregunta al sujeto en qué medida concede importancia a un valor; la solidaridad social, la justicia, la amistad, el amor son algunos de los elementos incluidos en la escala. Esta escala fue complementada con algunos valores recogidos de la escala de Schwartz (1992); los valores seleccionados de este instrumento fueron valores de naturaleza instrumental, que aparecen poco representados en la escala previamente descrita (p.ej., “ser tolerante”, “ser ambicioso”, “ser competente”, “ser responsable”). Todos los ítems se presentaron con un formato de respuesta de cuatro puntos: los sujetos deberían indicar si concedían “Ninguna”, “Alguna”, “Bastante” o “Mucha” importancia a cada uno de los valores presentados.

3.3.2.3.12 *Escalas de hostilidad (N2) e impulsividad (N5) del NEO-PI-R (Costa y McCrae, 1992)*

Aunque las limitaciones de tiempo y el amplio número de variables a medir imposibilitaron la aplicación de un instrumento general para la evaluación de rasgos de personalidad, decidimos incluir escalas breves de hostilidad e impulsividad, dos dimensiones que, en la literatura previa, se han asociado a los comportamientos adictivos. Para ello, se utilizaron las facetas N2 y N5 de

un cuestionario de personalidad ampliamente difundido en la investigación psicológica: el cuestionario NEO-PI-R. Este cuestionario evalúa cinco “grandes” factores de personalidad que, en las últimas décadas, han sido consideradas por muchos como las dimensiones básicas de la personalidad: Neuroticismo, Extraversión, Cordialidad, Responsabilidad y Apertura a la Experiencia. El NEO-PI-R permite evaluar además seis facetas por cada uno de los cinco factores; la hostilidad y la impulsividad se incluyen en la dimensión de Neuroticismo. Cada una de estas facetas consta de 8 ítems a los que se responde en un formato de respuesta de cinco puntos (de “Totalmente en desacuerdo” a “Totalmente de acuerdo”); la escala de hostilidad incluye ítems referidos a irritabilidad, resentimiento, y propensión a explosiones de ira; los contenidos de la escala de impulsividad hacen referencia a dificultades para resistir “tentaciones” y deseos, y poner en práctica conductas comedidas y sin excesos. Los índices de consistencia interna fueron .81 para hostilidad y .63 para impulsividad.

Como se avanzó en líneas anteriores, al evaluar las variables post-tratamiento, se le pedía al sujeto que tomase como período de referencia el lapso de tiempo que transcurrió entre la finalización del programa y la entrevista (es decir, debían indicar, cómo se habían desarrollado en este lapso de tiempo las relaciones familiares, la vida laboral, sus hábitos de ocio, sus vida emocional, qué estrategias de afrontamiento habían utilizado, qué apoyo habían recibido, etc.). Sin embargo, para poder identificar qué factores precedían a la recaída, a los sujetos que habían consumido drogas tras el tratamiento, se les pidió que tomaran como referencia el período entre el tratamiento y el primer consumo. Como excepción a esta forma de proceder, hemos hecho referencia ya al Inventario de Salud Mental, que pretendió evaluar, en todos los sujetos, el tono emocional del último mes. Otras excepciones vienen dadas por las escalas de personalidad, valores y autoeficacia, en las cuales la evaluación no fue retrospectiva, sino que el sujeto debía contestar de acuerdo con sus actitudes, pensamientos y conductas actuales.

3.4. PROCEDIMIENTO

En un apartado anterior se señaló ya que uno de los primeros pasos del trabajo consistió en la selección de los sujetos de habrían de configurar la muestra. También se indicó que un primer momento, se solicitó la colaboración a través de una carta en la que se indicaban los objetivos del estudio y se garantizaba la confidencialidad de los resultados. En los casos en los que no hubo respuesta al primer llamamiento, se realizó un contacto telefónico con el fin de motivar la participación en el trabajo.

Una vez obtenido el asentimiento para colaborar en el estudio, se procedió a recopilar la información de archivo. Gran parte de los datos documentales de interés para nuestro trabajo estaban almacenados ya en soporte informático. Otros datos, sin embargo (particularmente aquellos referidos al desarrollo del tratamiento) estaban únicamente disponibles en formato narrativo; por ello, se consultó el historial de cada uno de los sujetos participantes y se codificó la información de interés. Esta fase del trabajo se realizó durante los meses de julio a septiembre de 1999.

Previamente a la realización de las entrevistas, se realizó un “pase piloto”, con individuos que habían recaído tras otros programas de tratamiento. Esto permitió la puesta a punto de los instrumentos seleccionados para la evaluación y permitió estimar la duración aproximada de la sesión de evaluación (en torno a una hora y media).

Una vez que los instrumentos estuvieron preparados, se empezaron a realizar los contactos telefónicos con los sujetos para precisar el lugar y la hora en que se iba a realizar la entrevista. En la elección de los espacios para realizar la evaluación, se procuró buscar locales “neutros” respecto al programa, para reforzar las garantías a la confidencialidad, y evitar incomodidad o distorsiones en la participación de los sujetos. Las entrevistas fueron realizadas por personal especializado, previamente entrenado y, como norma general, tuvieron lugar en la Facultad de Psicología de la Universidad de Santiago de Compostela, la Facultad de Humanidades del Campus de Ourense (Universidad de Vigo) y un local de Cáritas en Vigo. Los horarios para la realización de las entrevistas fueron, necesariamente, muy flexibles, dado que así lo exigían las responsabilidades laborales, familiares y la situación personal

de muchos sujetos. Así mismo, algunas de las entrevistas requirieron el desplazamiento a las localidades de residencia de los sujetos, dada la imposibilidad de algunos individuos para acudir a los lugares preestablecidos. Esta fase de la recogida de información tuvo lugar en los meses de septiembre a diciembre de 1999.

Paralelamente a la realización de las entrevistas, se fue realizando la codificación e informatización de los datos. Los análisis de los resultados fue efectuado a través del programa estadístico SPSS para Windows 8.0.1. Para dar cuenta del primer objetivo del estudio se realizaron análisis descriptivos; en cuanto al segundo objetivo, para identificar factores asociados a la recaída se compararon los grupos de sujetos recaídos y no recaídos en las variables pre-tratamiento, asociadas al tratamiento y post-tratamiento. Para ello, en el caso de datos categóricos, se utilizó el estadístico de contraste chi-cuadrado. Para la comparación de medias, en los casos de variables continuas, el análisis de varianza fue la prueba efectuada.

3.5. RESULTADOS

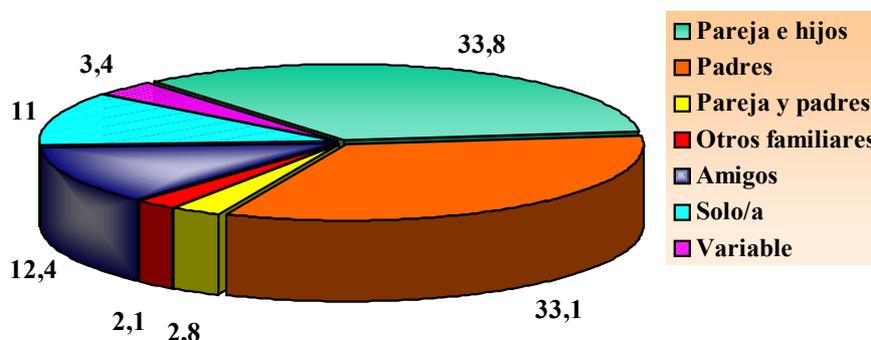
A la hora de presentar los resultados, nos referiremos en primer lugar a la situación psicosocial de los sujetos de la muestra; se examinarán algunas características de su vida familiar, laboral, interpersonal, así como aspectos de su bienestar subjetivo. En un segundo momento, examinaremos las tasas de consumo post-tratamiento y los tipos de sustancias consumidas. En tercer lugar, analizaremos qué factores, de entre los evaluados, se asocian a la recaída. Finalmente, nos detendremos en los detonantes más inmediatos del consumo post-tratamiento; analizaremos qué tipos de situaciones, de acuerdo con la taxonomía de Marlatt son los precipitantes más frecuentes, las motivaciones subjetivas para consumir, los lugares y personas asociados a la situación de consumo y las emociones que acompañan al consumo. Ello nos permitirá delimitar las situaciones en las cuales los individuos pueden mostrar una mayor vulnerabilidad; esta información es de crucial importancia para proporcionar a los individuos recursos de detección y de afrontamiento a los escenarios de alto riesgo.

3.5.1. AJUSTE PSICOSOCIAL

3.5.1.1 EL ÁMBITO FAMILIAR

Una de las primeras preguntas que podemos formularnos es con quién conviven o han convivido los sujetos una vez finalizado el tratamiento. En la Gráfica 1 se presentan los resultados.

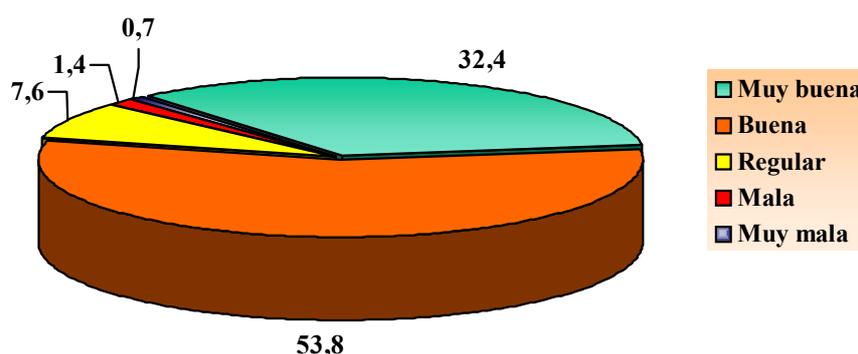
Gráfica 1. ¿Con quién conviven los sujetos una vez finalizado el tratamiento?



La gráfica nos muestra que, en torno a un tercio de la muestra ha vivido con sus padres y, en torno a otro tercio, con su propia familia nuclear (pareja e hijos); el resto de los sujetos de la muestra se distribuyen en diferentes categorías, con porcentajes sustancialmente más bajos: un 12.4% vive con amigos, un 11% vive solo/a, un 3.4% afirma tener una convivencia variable, un 2.8% vive con otros familiares y un 2.1% convive con su pareja y sus padres.

Aunque estos primeros datos nos proporcionan algunos indicios sobre la situación familiar, se trata de información de carácter más bien estructural; un segundo paso será preguntarnos por los aspectos más funcionales del clima familiar. En la Gráfica 2 se muestra cómo califican los sujetos la relación con su familia en el período post-tratamiento.

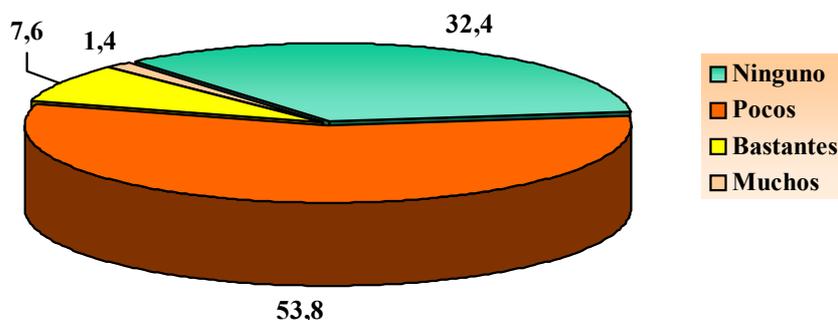
Gráfica 2. Relación con la familia de origen



Como se observa en la gráfica, la mayoría los sujetos entrevistados parecen haber mostrado unas relaciones satisfactorias con la familia de origen. La categoría de respuesta que aglutina el porcentaje más amplio de individuos es “buena” (un 53.8%) y un porcentaje destacable (un 32.4%) califica su relación con la familia como “muy buena”. Los porcentajes de sujetos que informan de unas relaciones familiares de signo negativo son, como vemos, notablemente más bajos.

Otro de los ítems incluidos en el cuestionario preguntaba sobre la vivencia de problemas interpersonales en el ámbito familiar. Las respuestas a este ítem (Gráfica 3) nos corroboran un perfil de relaciones familiares en general satisfactorias.

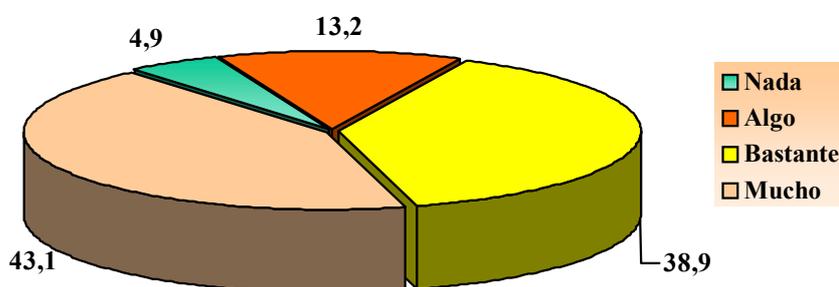
Gráfica 3. Problemas interpersonales en el ámbito familiar



Más de la mitad de los sujetos afirma haber experimentado “pocos” problemas en el contexto de la familia y casi un tercio afirma haber experimentado “ningún” problema en este ámbito. Son mucho más bajos los porcentajes de sujetos que informan de una problemática familiar más severa: un 7.6 % se sitúa en la categoría “bastantes” y sólo un 1.4% en la categoría “muchos”.

Otro aspecto de interés al analizar la relación del sujeto con su familia en el período post-tratamiento, es el apoyo que los sujetos sienten haber recibido por parte de este entorno psicosocial. Como indicadores de este apoyo podemos tomar algunos ítems representativos del cuestionario de apoyo social percibido de Procidano y Heller (1983). En la Gráfica 4 se muestran las respuestas al ítem “¿Te dio tu familia el apoyo moral que necesitaste?”.

Gráfica 4. Apoyo moral recibido de la familia

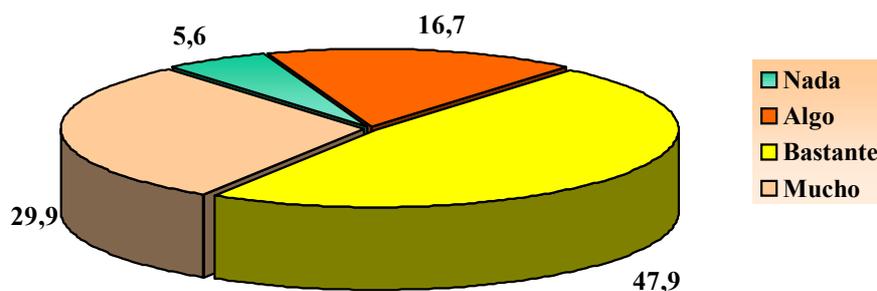


En general, la gráfica nos muestra datos indicadores de un alto apoyo percibido. Más de un 43.1% responde con la categoría más alta (“mucho”) y casi un 39% afirma haber recibido “bastante” apoyo. El porcentaje de sujetos que percibe haber carecido de apoyo moral es, como vemos, bajo (cerca de un 5%).

Otro de los ítems del cuestionario de Procidano y Heller pregunta al sujeto en qué medida la familia ha sido “sensible” a sus necesidades. Las respuestas a esta pregunta aparecen recogidas en la Gráfica 5. “Bastante” es la respuesta que nos proporciona casi un 48% de la muestra y casi un 30% ha

percibido una “alta” sensibilidad por parte de su familia. De nuevo nos encontramos con un bajo porcentaje de sujetos con respuestas que indican un nulo apoyo.

Gráfica 5. ¿Familia sensible a tus necesidades?

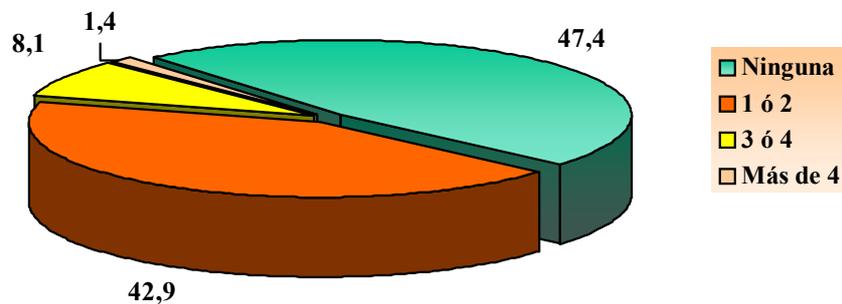


Un aspecto del apoyo social que algunos autores consideran importante en el ámbito de las adicciones es el apoyo social recibido en relación con la abstinencia. Havassy et al. (1991), por ejemplo, señalan que, además de proporcionar apoyo social general, las personas que rodean a los ex – adictos han de ser sensibles a los problemas inherentes al abandono de las drogas y a su mantenimiento. De acuerdo con las sugerencias de estos autores, en nuestra entrevista incluimos items sobre el llamado “apoyo específico estructural”. Con este rótulo se refieren Havassy et al. (1991) al uso de sustancias en los espacios psicosociales de los sujetos; cuando las personas próximas al individuo son consumidores, los sujetos probablemente no están siendo muy “apoyados” en su intento por mantenerse alejados de las drogas. Además, incluimos también ítems de lo que estos autores denominan “apoyo específico funcional”; en estos ítems se pregunta al sujeto directamente si se ha sentido apoyado en sus intentos por mantener la abstinencia. En la Gráfica 6 se presentan datos sobre el número de personas que, en el entorno de convivencia del sujeto, consumen alcohol.

La gráfica nos muestra que el consumo de alcohol es relativamente frecuente en el medio de convivencia de los sujetos: más de la mitad convive con alguien que consume alcohol. Cuando, en otro ítem, preguntamos por la

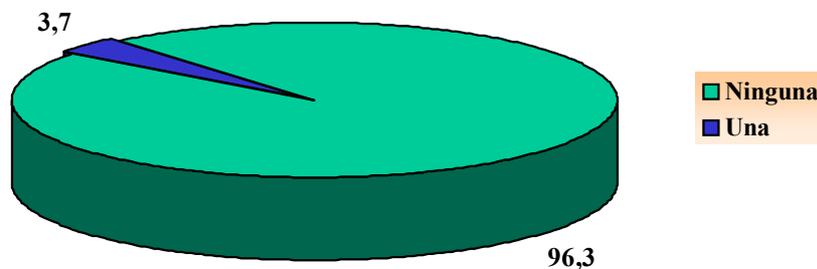
frecuencia con que se produce ese consumo, los resultados indicaron que, en un 35.7% de los casos, es un consumo diario; en aproximadamente un 25% de los sujetos, es un consumo de “varias veces al mes”; en un 17.1% el consumo es de “varias veces a la semana” y en un 21.4% el consumo es esporádico (“menos de 1 vez al mes”).

Gráfica 6. Número de personas que, en el entorno de convivencia, consumen alcohol



Cuando preguntamos por el número de personas que, en el entorno de convivencia, consumen drogas ilegales, se obtienen los resultados de la Gráfica 7.

Gráfica 7. Número de personas que, en el entorno de convivencia, consumen drogas ilegales

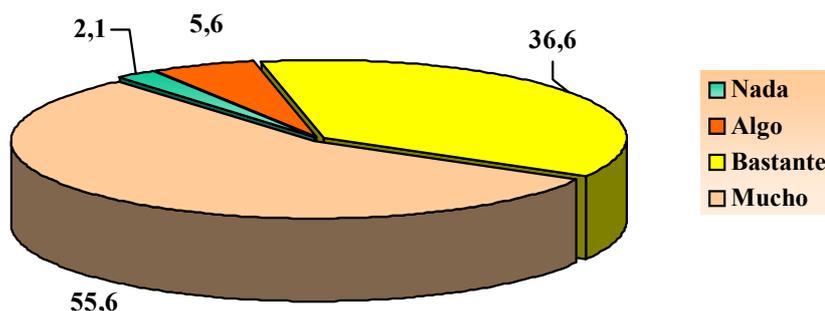


El consumo de drogas ilegales es, como nos muestra la gráfica, mucho menos frecuente. Este consumo se produce en 5 casos (un 3.7%) y la frecuencia de consumo es variable, aunque la categoría más frecuente es “Algunas veces al mes” (2 sujetos).

Cuando preguntamos concretamente cuántas personas consumen la droga que había sido más problemática para el sujeto, los porcentajes bajan aun más: en 2 casos (un 1.5%) los sujetos conviven con un consumidor de esta droga.

Las respuestas al ítem de “apoyo específico funcional” (“¿Te ayudó tu familia en tu intento por abstenerte?”) se presentan en la Gráfica 8.

Gráfica 8. Apoyo de la familia en el intento por mantener la abstinencia



El apoyo percibido en relación con la abstinencia es, como vemos, alto. Más de la mitad de la muestra se ha sentido “muy” apoyada y más de un 36% ha recibido “bastante” apoyo. Los porcentajes de sujetos que informan de un apoyo escaso o inexistente no superan, en conjunto, el 8%.

En definitiva, y para resumir los datos relativos al ámbito familiar, se encuentra que los sujetos muestran, en general, unas relaciones positivas con su familia de origen, con escaso conflicto interpersonal; en la mayoría de los casos, los sujetos parecen haberse sentido apoyados por su familia, tanto en un sentido general como en los intentos específicos por mantener distancias respecto a las drogas. Finalmente, el consumo de alcohol es relativamente

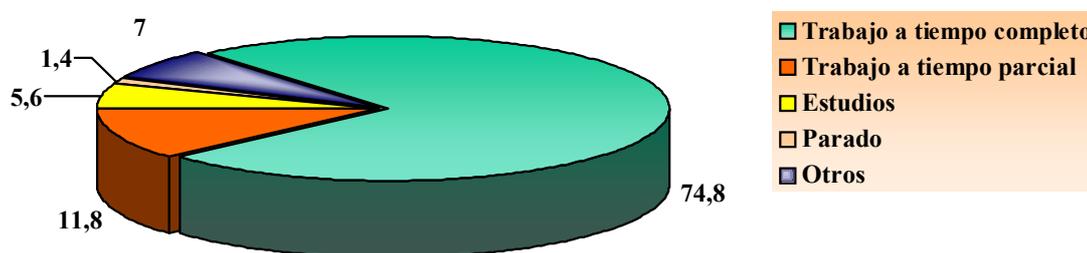
frecuente en el hogar de los encuestados; el consumo de drogas ilegales, sin embargo, es muy inusual.

3.5.1.2 EL ÁMBITO LABORAL

Otro espacio al que necesariamente debemos atender si queremos examinar el grado de integración social de los sujetos de la muestra, es el laboral. Como se señaló en un apartado anterior, varios ítems fueron formulados en la entrevista con el fin de captar el grado de implicación y ajuste del individuo al mundo del trabajo. Algunos de los resultados más representativos se presentan a continuación.

En primer lugar, se presentan los datos sobre la situación laboral de los entrevistados (Gráfica 9).

Gráfica 9. Situación laboral de los sujetos de la muestra

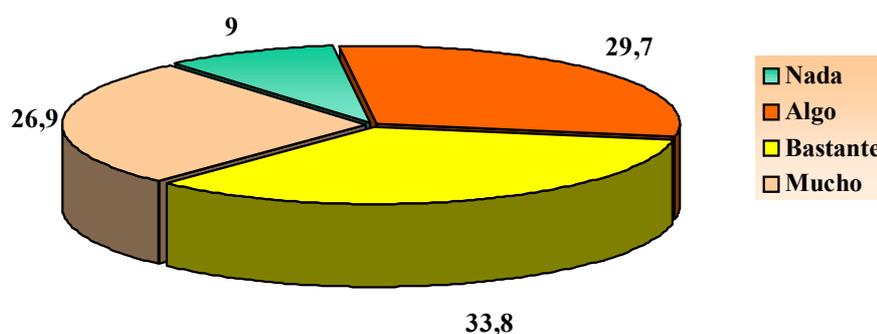


La gráfica nos indica que, en casi tres cuartas partes de una muestra (concretamente, un 74.8%) desempeña o ha desempeñado un trabajo a tiempo completo la mayor parte del tiempo tras el tratamiento; un 11.8% realiza trabajo a tiempo parcial; un 5,6% estudia y un 1.4% está en paro. Un 7% abarca otras condiciones (amas de casa, pensionista/incapacidad, etc.).

Aunque el hecho de que una amplia mayoría haya desempeñado una vida laboral activa durante el post-tratamiento es un buen indicio del ajuste psicosocial de los entrevistados, debemos preguntarnos por la vivencia subjetiva del mundo del trabajo (por ejemplo, satisfacción laboral) o de los

estudios. En la Gráfica 10 se presentan, concretamente, las respuestas al ítem planteado sobre el grado de disfrute con el trabajo/estudios.

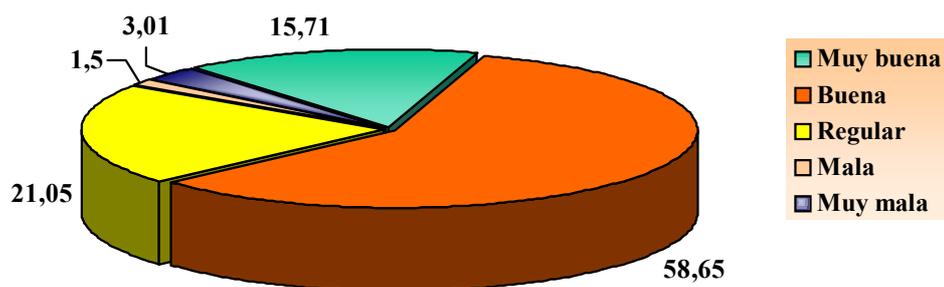
Gráfica 10. Satisfacción con el trabajo/estudios



La categoría de respuesta más frecuente ha sido “Bastante” (33.8%) y con porcentajes ligeramente más bajos se sitúan las respuestas “Algo” (29.7%) y “Mucho” (26.9%). Sólo un 9% de los sujetos manifiesta haberse sentido totalmente insatisfecho (es decir, no haber disfrutado “nada”) con su trabajo o sus estudios.

Otra dimensión de interés es la relacional. La calidad de las relaciones con las personas que circundan al sujeto en el medio laboral o académico es otro indicador del ajuste en este ámbito. En la Gráfica 11 presentamos la calificación que otorgan los sujetos a las relaciones con sus jefes o profesores.

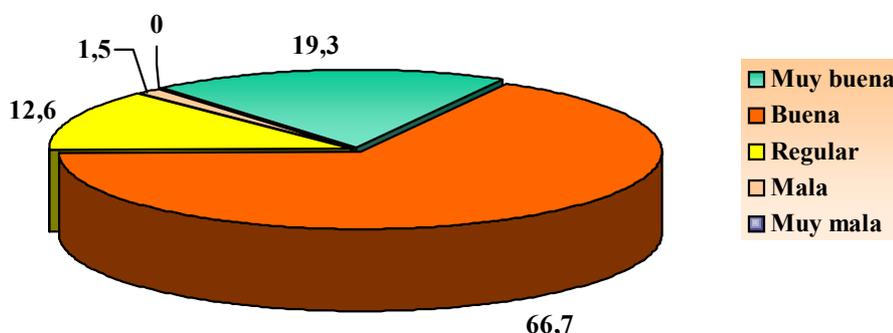
Gráfica 11. Relación con los jefes/profesores



Más de la mitad de los sujetos (un 58.65%) califica las relaciones con sus superiores como “Buenas”. Porcentajes notablemente más bajos obtienen las categorías “Regular” (un 21.05%) y “Muy buena” (un 15.71%). Menos de un 5% de la muestra califica de un modo claramente negativo (“mala” o “muy mala”) la relación con los jefes o profesores.

Los datos sobre la relación con los compañeros se presentan en la Gráfica 12.

Gráfica 12. Relación con los compañeros de trabajo/estudios



La gráfica nos muestra que las relaciones con los compañeros son, en la mayoría de los casos, satisfactorias. Para más de un 66% estas relaciones son “buenas” y, en conjunto, un 86% califica favorablemente tales relaciones. Sólo un porcentaje muy reducido de sujetos (un 1.5%) categoriza esas relaciones en el polo negativo de la escala de respuestas.

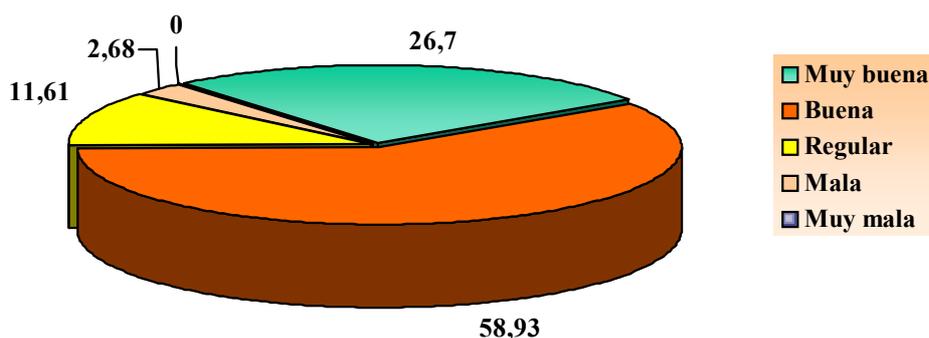
En resumen, y para finalizar este apartado, los datos indican que, tras el tratamiento, una amplia mayoría de sujetos han tenido una involucración activa en el mundo laboral. Además, en general, la integración psicosocial en ese ámbito parece haberse producido favorablemente: tanto los índices de satisfacción laboral como la percepción de relaciones sugieren un buen ajuste en la mayoría de los sujetos.

3.5.1.3 PAREJA, AMIGOS, OCIO, VIDA SOCIAL

Otros campos vitales que es necesario analizar si queremos obtener un retrato completo de la situación psicosocial de los entrevistados, son las relaciones de pareja, las relaciones de amistad, la ocupación del tiempo de ocio y, de un modo más general, las relaciones interpersonales más allá de la familia de origen y del trabajo.

En el plano de las relaciones de pareja, hay que señalar que más de un 65% la muestra manifestó haber tenido relaciones de pareja estables en el período post-tratamiento. La calidad de las relaciones con la pareja en se ilustra en la Gráfica 13.

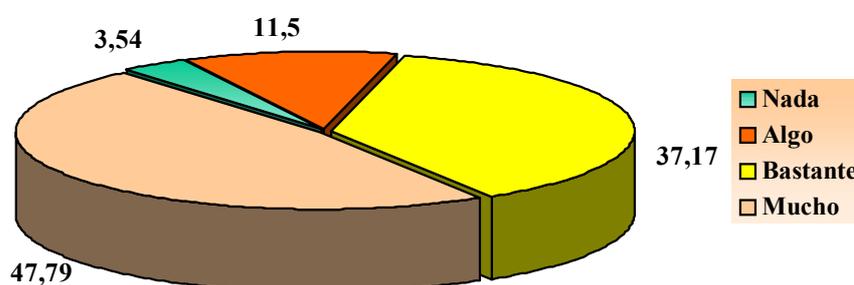
Gráfica 13. Relación con la pareja en el período post-tratamiento



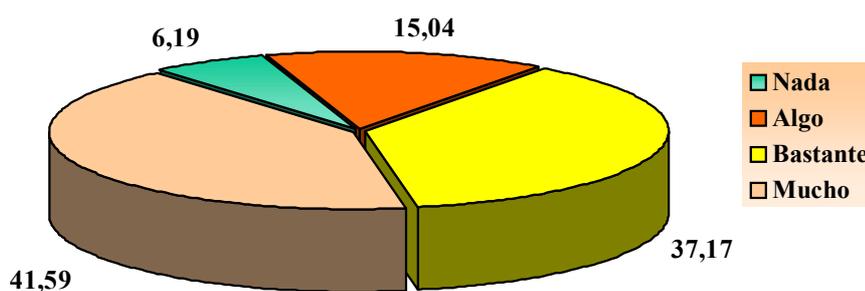
La gráfica nos indica que la calidad de la relación con la pareja es valorada positivamente por la mayor parte de los sujetos. Casi un 59% señalan que esta relación ha sido “buena” y más de un 26% le otorgan el calificativo de “muy buena”. Menos de un 3% ubica sus relaciones de pareja en categorías de valoración negativa (“malas” o “muy malas”).

Como índices del apoyo recibido por parte de la pareja, podemos tomar algunos de los ítems del cuestionario de apoyo social percibido. En las gráficas 14 y 15 se presentan, concretamente, las respuestas a los ítems “¿Te dio tu pareja el apoyo moral que necesitaste?” y “¿Fue tu pareja sensible a tus necesidades?”.

Gráfica 14. Apoyo moral recibido de la pareja



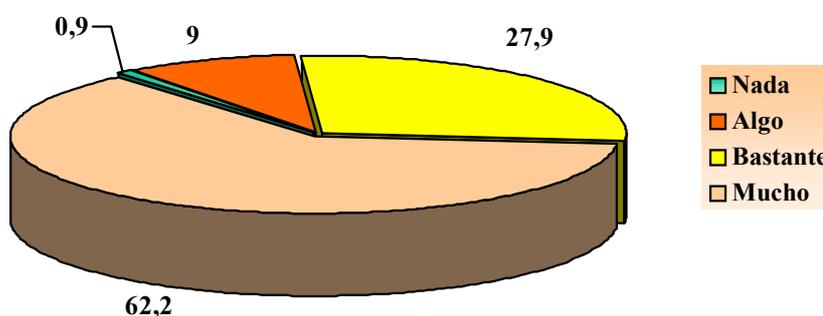
Gráfica 15. ¿Pareja sensible a tus necesidades?



Los resultados obtenidos en ambos ítems apuntan en la misma dirección. La mayoría de los sujetos que mantienen o han mantenido una relación de pareja estable, perciben un alto grado de apoyo por parte de ésta. Casi un 85% consideran haber recibido “bastante” o “mucho” apoyo moral y menos de un 4% sienten haber carecido totalmente de dicho apoyo. En cuanto al segundo de los ítems, más de un 78% han percibido en su pareja “bastante” o “mucho” sensibilidad ante sus necesidades, y menos de un 7% informa de “ninguna” sensibilidad por parte de su pareja.

Atendiendo al apoyo recibido en el intento de mantener la abstinencia (el llamado “apoyo específico funcional”), presentamos los resultados en la Gráfica 16.

Gráfica 16. Apoyo de la pareja en el intento por mantener la abstinencia



Como se observa en esta gráfica, en general los sujetos se han sentido apoyados por su pareja en los intentos por mantener la abstinencia. Más de la mitad de los sujetos afirman haber sentido “mucho” apoyo y más de una cuarta parte afirman haber sentido “bastante”. Menos de un 1% afirma haber carecido totalmente de apoyo por parte de su pareja en los esfuerzos por mantenerse al margen del consumo.

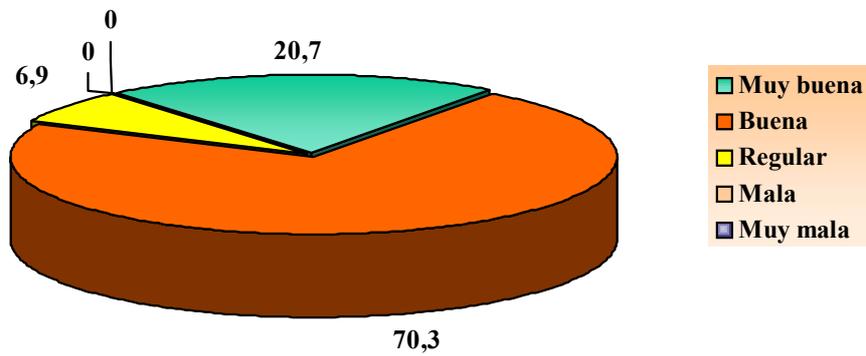
En suma, los sujetos han mantenido, durante el período post-tratamiento, relaciones de pareja que, en general, han resultado satisfactorias y se han sentido apoyados por su pareja, tanto en un sentido más general como en un sentido más específico (apoyo relacionado con la abstinencia de drogas).

En cuanto al ámbito de los amigos, el número de amigos que los sujetos afirman tener es muy variable (entre 0 y 20), si bien la mayoría (más de un 70%) apunta un número situado entre 3 y 10, con una media de 7.2. Un 85.4% manifiesta tener al menos un amigo íntimo.

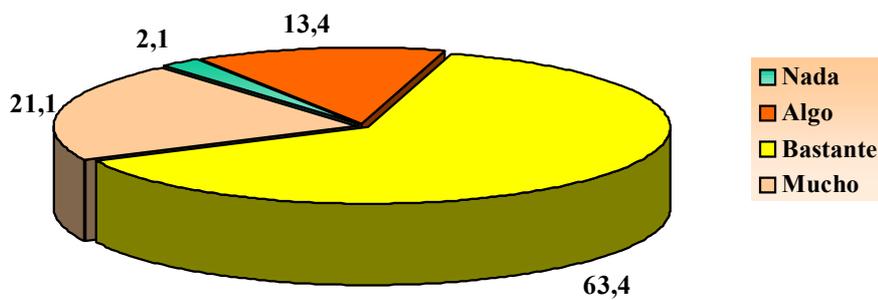
Los datos sobre la calidad de las relaciones con los amigos se presentan en la Gráfica 17. En ella se observa que ninguno de los sujetos entrevistados valora negativamente estas relaciones y que para más de un 90% las relaciones con los amigos pueden calificarse como “buenas” o “muy buenas”.

Si al igual que en análisis de las relaciones familiares y de las relaciones de pareja, prestamos atención a algunos indicadores de apoyo (apoyo moral, sensibilidad a las necesidades del sujeto), se obtienen los datos de las gráficas 18 y 19.

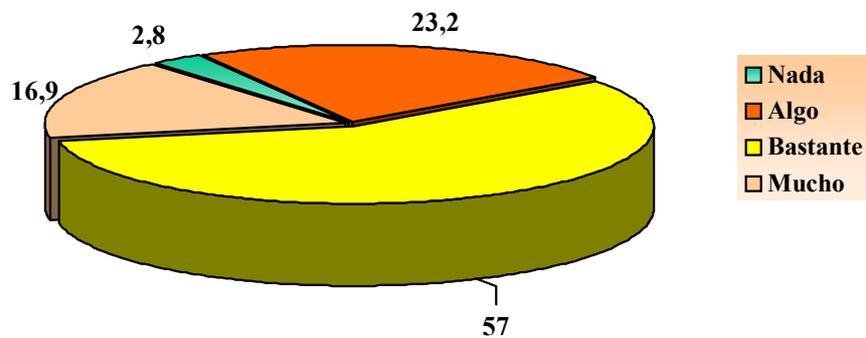
Gráfica 17. Relación con los amigos en el período post-tratamiento



Gráfica 18. Apoyo moral recibido de los amigos



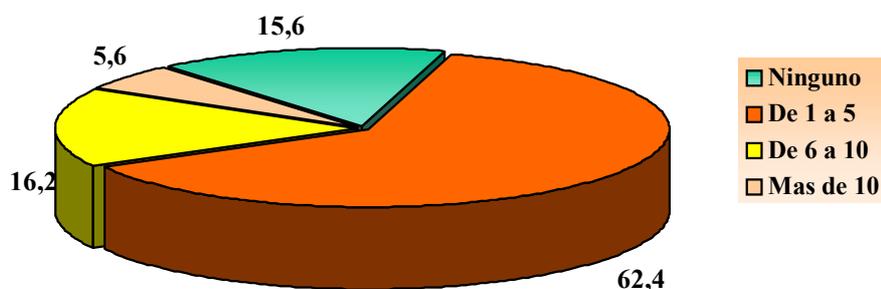
Gráfica 19. ¿Amigos sensibles a tus necesidades?



Los resultados nos muestran que, en líneas generales, los sujetos sienten haber recibido apoyo psicosocial por parte de sus amigos. “Bastante” es la categoría que, en ambos ítems, aglutina más de la mitad de la muestra. Menos de un 3% informa haber carecido totalmente de apoyo por parte de las amistades.

En cuanto al consumo de alcohol y otras drogas en el grupo de amigos, se presentamos a continuación los resultados. En primer lugar, en lo que respecta al consumo de alcohol, la Gráfica 20 nos muestra el número de amigos consumidores.

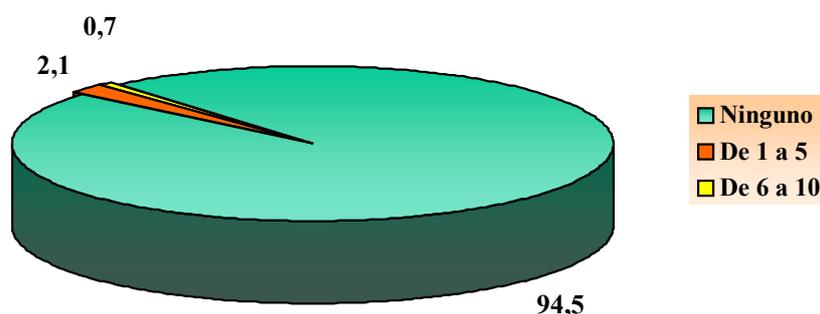
Gráfica 20. Número de amigos consumidores de alcohol



El contacto con amigos consumidores ha sido, como vemos, frecuente. Más de un 84% afirma tener, entre los amigos con los que mantiene un contacto habitual, una o más personas consumidoras de alcohol. El número de amigos consumidores, se sitúa, en una amplia proporción de casos, entre 1 y 5. En la mayoría de los casos, la frecuencia de consumo en los amigos es de “varias veces al mes” (53.8%); en un 27.7%, el consumo se produce “varias veces a la semana”.

En la Gráfica 21 se indica el número de amigos consumidores de drogas ilegales.

Gráfica 21. Número de amigos que consumen drogas ilegales

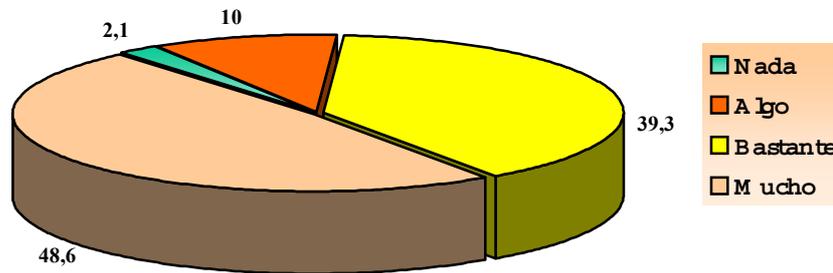


El contacto con amigos consumidores de drogas ilegales ha sido, como vemos, bastante menos usual. En cuanto a la frecuencia de consumo, ésta se reparte por igual en distintas categorías (“Algunas veces al año”, “Algunas veces al mes”, “Varias veces a la semana”).

En lo que respecta al consumo de la droga más problemática para el sujeto, sólo un 2% de los entrevistados afirman haber tenido amigos consumidores. Es importante recordar aquí que, en el caso de los sujetos que han consumido tras el tratamiento, el período de referencia es el período previo al consumo. Es probable que, una vez iniciado el uso de drogas, aumenten los contactos con consumidores.

El número de amigos consumidores, como se explicó más arriba, un indicador de “apoyo específico estructural”; la mayor o menor inserción en redes sociales de consumidores nos puede indicar hasta qué punto el sujeto está recibiendo apoyo para mantenerse abstemio. En cuanto al “apoyo específico funcional”, en la Gráfica 22 aparecen las respuestas al ítem “¿Te apoyaron tus amigos en el intento por mantener la abstinencia?”.

Gráfica 22. Apoyo de los amigos en el intento por mantener la abstinencia



Los resultados nos muestran, una vez más, que los sujetos se han sentido apoyados por las personas próximas en sus deseos y sus esfuerzos por no consumir. Como se observa en la tabla, casi la mitad de los sujetos indican haberse sentido “muy” apoyados, y más de un tercio indican haber recibido “bastante” apoyo.

En resumen, también las relaciones de amistad se han desarrollado, en la mayoría de los casos, de un modo que el sujeto percibe como satisfactorio. Los individuos parecen haberse implicado, tras el tratamiento, en redes de amistad relativamente amplias y gratificantes, que proporcionan apoyo emocional y satisfacen las necesidades del sujeto. El consumo de drogas ilegales no ha sido frecuente entre los amigos de los sujetos, aunque sí lo ha sido el consumo de alcohol. Con todo, los sujetos perciben haber sido apoyados por sus amigos en su objetivo de no consumir.

En cuanto a formas de ocupar el tiempo de ocio, en la entrevista se incluían preguntas sobre el número de horas semanales dedicadas a distintas actividades. En la tabla 8 se presenta la cantidad de horas que, como promedio, los sujetos han invertido en cada una de ellas.

Tabla 8. Promedio de horas semanales dedicadas a distintas actividades de tiempo libre

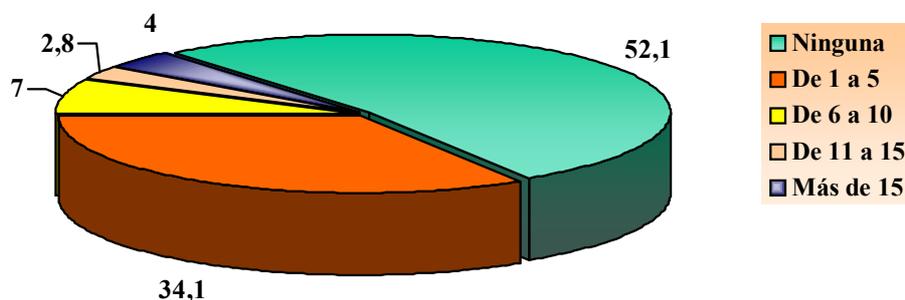
ACTIVIDAD	HORAS/SEMANALES
Actividades con la familia	9.37
Aficiones, manualidades...	3.46
Escuchar música	9.42
Ver la televisión	8.53
Deporte/actividades físicas	3.83
Salir a bares, discotecas	7
Andar por la calle con los amigos, sin rumbo fijo	3.14
Otras actividades (e.g., leer, ir al cine...)	4.18

Como vemos, las actividades con medias más altas son escuchar música y las actividades de tiempo libre compartido con la familia (más de 9 horas a la semana). Ver la televisión y salir a bares/discotecas son otras de las actividades en las que se ha invertido más tiempo.

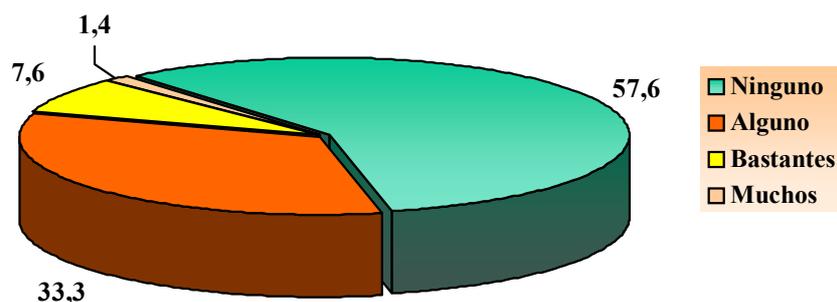
En otro de los ítems de la entrevista pedíamos a los sujetos que estimasen el número de horas semanales en las que experimentaban aburrimiento. Los resultados se presentan en la Gráfica 23. La gráfica nos muestra que, para más de la mitad de la muestra, el aburrimiento es una experiencia muy poco frecuente y que, para un tercio de los sujetos, se limita a pocas horas semanales (entre 1 y 5). Así pues, los datos sugieren que, en la mayoría de los sujetos, el tiempo de ocio es ocupado de un modo personalmente satisfactorio.

Para finalizar este apartado, dos indicadores adicionales revelan un alto grado de integración social en los entrevistados. Por una parte, tal y como señalamos en la sección de instrumentos, en uno de los ítems del Índice de Participación Social de Havassy et al. (1991) se pregunta a los sujetos si participan activamente en asociaciones o grupos organizados (culturales, religiosos, deportivos, etc.). El 40% manifestó participar al menos en uno de estos grupos. Por otra parte, en la Gráfica 24 se presentan las respuestas ante un ítem en el que se preguntaba en qué medida, después del tratamiento, habían experimentado problemas de contacto social (aislamiento, soledad, dificultades para establecer nuevas relaciones interpersonales, etc).

Gráfica 23. Número de horas semanales de aburrimiento



Gráfica 24. Problemas de contacto social en el período post-tratamiento



Tal y como se observa en la gráfica, la respuesta más frecuente es “ninguno” y un tercio indica haber experimentado “algún” problema de contacto social. Menos de un 10% informa de una problemática más intensa.

3.5.1.4 BIENESTAR EMOCIONAL

Una descripción del ajuste psicosocial de los entrevistados quedaría incompleta si no hiciésemos referencia al ámbito de las emociones, de los afectos y del bienestar subjetivo. En este apartado mostraremos resultados sobre el grado en que los sujetos se han visto afectados por bienestar o malestar emocional y en qué medida se han sentido satisfechos consigo mismos y con su situación vital.

En primer lugar, la Tabla 9 se presentan los adjetivos que han obtenido las medias más altas y las medias más bajas (rango de 0 a 3) en las escalas PANAS. Recordemos que, a través de este instrumento, evaluamos en qué medida los entrevistados han experimentado un total de 20 estados afectivos durante el período post-tratamiento.

Tabla 9. Adjetivos del PANAS con las medias más altas y las medias más bajas

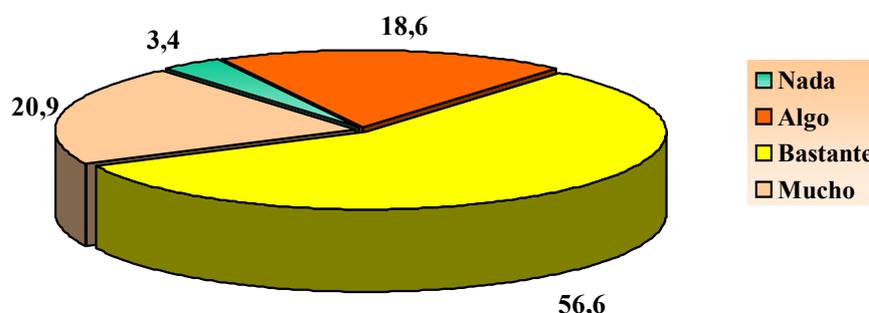
Adjetivos	Medias
Ilusionado	2.14
Activo	2.10
Orgullosa	2.05
Hostil	0.58
Avergonzado	0.65
Angustiado	0.81

La tabla nos presenta datos muy reveladores sobre la tonalidad emocional que los sujetos han vivido tras el tratamiento. Concretamente, se observa que la ilusión, la actividad y el orgullo son las emociones experimentadas en mayor medida por los sujetos de la muestra. Todas ellas pertenecen a la escala de “afecto positivo” del PANAS. Y, a la inversa, las emociones que han afectado en menor medida a los sujetos de la muestra son emociones negativas, como la hostilidad, la vergüenza y la angustia.

Otro indicador que a menudo se utiliza para la evaluación del bienestar subjetivo es la satisfacción con la vida. En este trabajo utilizamos un ítem en el que pedíamos a los sujetos que indicasen su grado de satisfacción con la vida en una escala de 1 a 5, donde 1 significase “insoportable” y 5 fuese un estado de “satisfacción máxima”. La respuesta más frecuente fue el punto central de la escala (un 3), donde se situó el 53% de la muestra; la respuesta siguiente en cuanto a frecuencia fue el valor 4, con el que contestó más de un tercio de los sujetos. La media de satisfacción vital para el conjunto de la muestra fue de 3.44.

En cuanto a satisfacción consigo mismo, los datos se presentan en la Gráfica 25.

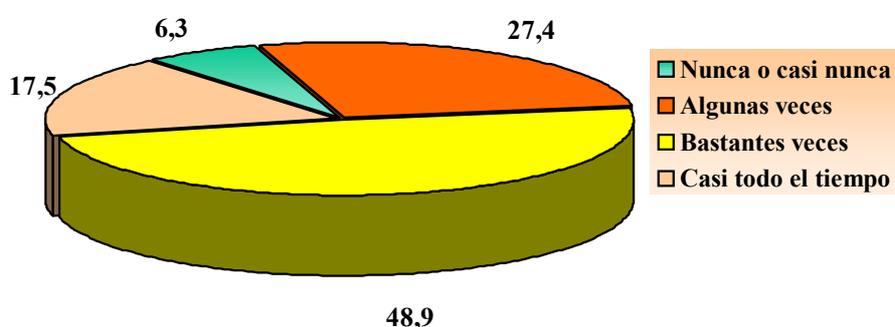
Gráfica 25. Satisfacción consigo mismo en el período post-tratamiento



El grado de satisfacción consigo mismo tras el tratamiento ha sido, en líneas generales, alto. En conjunto, más de tres cuartas partes de la muestra manifiestan haber sentido “bastante” o “mucho” satisfacción consigo mismos tras el tratamiento.

Finalmente, presentamos algunos datos procedentes del Inventario de Salud Mental, en el que preguntábamos sobre bienestar/malestar emocional sentido durante el mes anterior a la entrevista. Como se señaló en el apartado de variables e instrumentos, este inventario nos permite conocer cuál es el estado afectivo más actual de los sujetos de la muestra. En uno de los ítems se pregunta en qué medida la persona se ha sentido feliz. Las respuestas pueden valer como un índice general de la satisfacción personal y del sentimiento de plenitud emocional en el momento del seguimiento. Estas respuestas se presentan en la Gráfica 26.

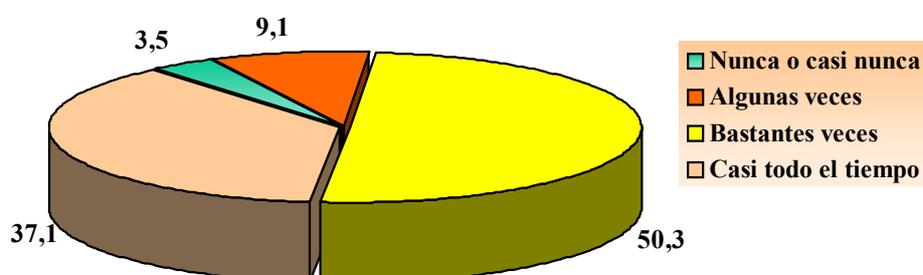
Gráfica 26. “Me he sentido una persona feliz”



Casi la mitad de los sujetos manifiestan haberse sentido felices “bastantes veces” y casi un 45% se reparte entre las respuestas “algunas veces” y “casi todo el tiempo”. El número de sujetos que, en el mes pasado, no han experimentado “nunca o casi nunca” la felicidad es notablemente más reducido.

Finalmente, se presentan las respuestas a uno de los ítems más representativos de la dimensión de Vínculos Emocionales del Inventario de Salud Mental, una dimensión que nos proporciona indicadores de las emociones experimentadas en el plano interpersonal. Concretamente, en la Gráfica 27 se representa la distribución de respuestas al ítem “Me he sentido querido”.

Gráfica 27. “Me he sentido querido”



Una gran mayoría de las respuestas se sitúa en categorías que indican vínculos emocionales estrechos. Un 84% de los sujetos se han sentido queridos “bastantes veces” o “casi todo el tiempo”.

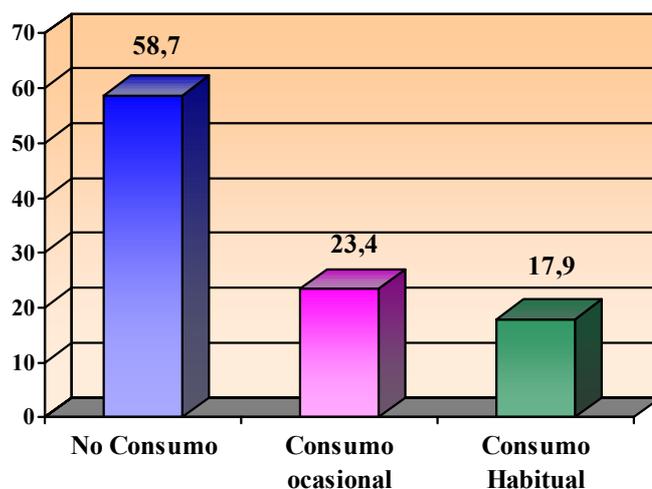
En definitiva, los índices de ajuste emocional sugieren que, en una gran parte de los sujetos, el bienestar subjetivo es alto. Estos datos complementan a los que en páginas anteriores han sido comentados sobre los espacios familiar, laboral e interpersonal y muestran que, en líneas generales, los sujetos entrevistados presentan altos índices de integración psicosocial.

3.5.2. CONSUMO DE DROGAS

Se presentan a continuación los datos sobre las tasas de consumo de drogas en el período post-tratamiento. Primeramente, examinaremos los índices de consumo de alcohol en los sujetos de la muestra; en segundo lugar, nos ocupamos del consumo de drogas ilegales.

La Gráfica 28 nos presenta los porcentajes de sujetos que no han consumido alcohol, que lo han consumido de forma ocasional o que lo han consumido de forma habitual. Se consideró un consumo habitual el que se producía con una frecuencia de, al menos, los fines de semana.

Gráfica 28. Consumo de alcohol en el período post-tratamiento

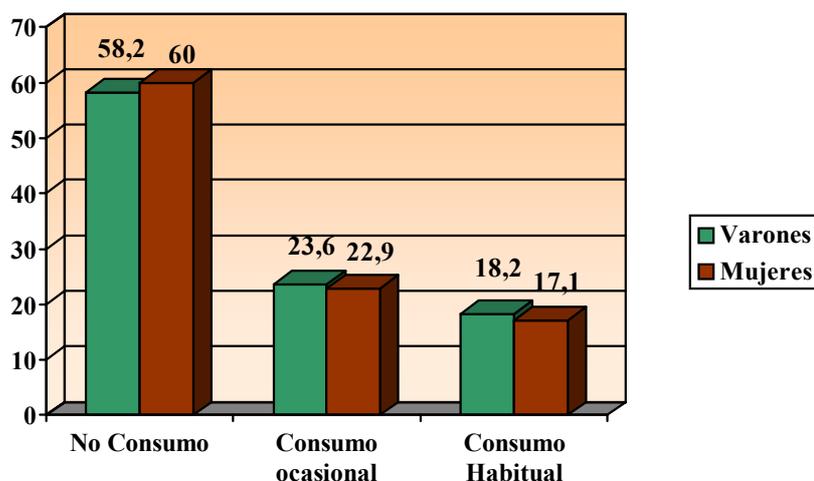


Las respuestas de los sujetos nos indican que un 58.7% ha mantenido una abstinencia absoluta respecto del consumo de alcohol. Un 23.4% lo ha consumido esporádicamente (algunos días al año, algunos días al mes) y casi un 18% lo ha consumido con regularidad (los fines de semana, varios días a la semana, diariamente). En los consumidores habituales, el promedio de unidades de bebida consumidas a la semana es de 5.25 (rango entre 1 y 30).

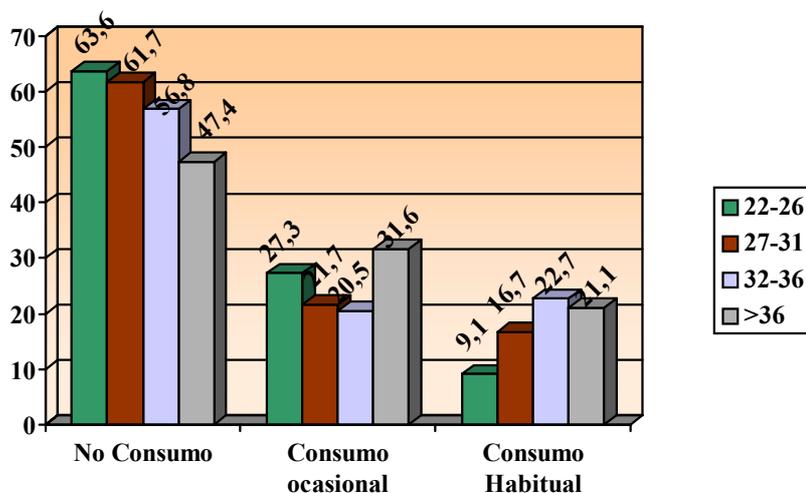
En la Gráfica 29 presentamos los porcentajes de consumo de alcohol en varones y en mujeres. Como vemos, las cifras son muy semejantes en los dos grupos. En las mujeres nos encontramos con tasas ligeramente inferiores de consumo (tanto ocasional como habitual), aunque las diferencias son menores a 2 puntos porcentuales.

La Gráfica 30 nos presenta las cifras de consumo en función de la edad.

Gráfica 29. Consumo de alcohol en función del género



Gráfica 30. Consumo de alcohol en función de la edad



La gráfica nos indica que, en términos globales, el consumo de alcohol aumenta con la edad. El mayor porcentaje de no consumidores aparece en el grupo de 22-26 años y desciende progresivamente. Además, la gráfica delinea un patrón de aumento del consumo habitual y descenso del ocasional a medida que la edad se incrementa. Esta pauta se altera en el grupo de edad más alta (más de 36 años), donde encontramos un aumento del consumo ocasional y un descenso del habitual.

En cuanto al período que media entre el tratamiento y el primer consumo de bebidas alcohólicas, los datos indicaron que el primer consumo tras un lapso de tiempo muy variable (entre 15 días y 5 años); el tiempo promedio que distó entre el fin del tratamiento y la ruptura con la abstinencia de alcohol fue de 20 meses; la mayoría de los primeros episodios de consumo tuvo lugar entre 1 año y 3 años después del tratamiento.

Otro aspecto a analizar es el tipo de contextos en los que se produce el consumo de alcohol. En la Tabla 10 se presentan datos sobre este aspecto. En ella se muestran los porcentajes de sujetos que, dentro de cada uno de los grupos de consumo, beben alcohol en diferentes tipos de contextos.

Tabla 10. Contextos de consumo de alcohol

	Consumidores ocasionales	Consumidores habituales
-Salir a divertirse	67.9%	95.1%
-Fiestas o celebraciones	78.6%	90.3%
-Reuniones de trabajo	14.3%	31%
-Comidas	10.7%	65.4%
-En cualquier momento, acompañado	10.7%	55.1%
-En cualquier momento, a solas	7.1%	29.4%

Los contextos de diversión y de celebración son, como vemos, los que presentan los porcentajes más altos. En estos ámbitos se produce gran parte de los consumos tanto ocasionales como habituales. Así pues y, en general, el consumo de alcohol parece ligarse sobre todo a situaciones interpersonales lúdicas. Es de destacar también que, en un 65% de los consumidores habituales, se produce consumo asociado a las comidas y que los menores porcentajes se corresponden, tanto en los ocasionales como en los habituales, a consumos en solitario, no vinculados a contextos específicos.

En cuanto a la autopercepción de un consumo problemático, es interesante señalar que, la gran mayoría de los consumidores de alcohol califican sus hábitos de consumo como “normalizados, no problemáticos”. Sólo un 7.3% de los consumidores de alcohol indica que su consumo es problemático. La validez de este tipo de medidas de autopercepción ha sido constatada por otros trabajos; se ha visto que tales medidas presentan una fuerte correlación con indicadores más objetivos de consumo problemático (véase Fernández Hermida et al., 1999).

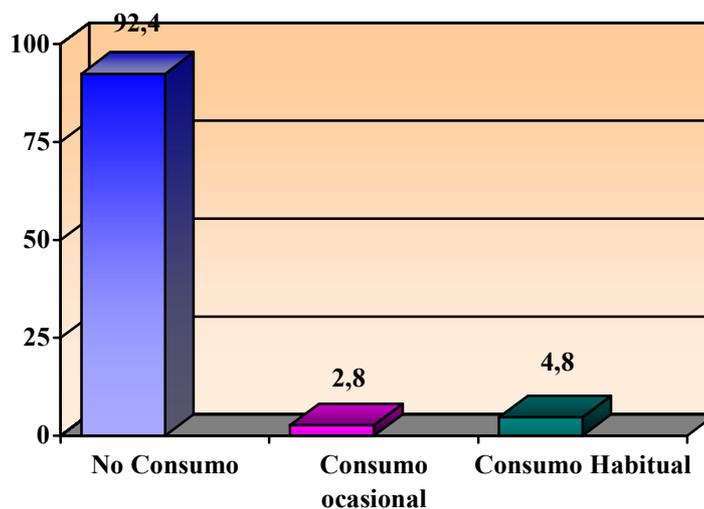
Los bajos índices de problematicidad se ven apoyados por las respuestas a ítems en los que preguntábamos en qué medida el consumo había generado distintos tipos de problemas en la vida del sujeto. Los porcentajes de consumidores de alcohol que indican que el consumo les ha acarreado problemas fueron los siguientes: 1.6%, problemas económicos; 4.2%, problemas familiares; 5.3%, problemas con la pareja; 2.6%, problemas de trabajo/estudios; 3.2%, problemas de salud. El porcentaje de consumidores de alcohol que juzga su consumo como “excesivo” es de un 8.4%.

Así pues, se ha producido consumo de alcohol en una amplia proporción de sujetos. Se trata de un consumo muy vinculado a situaciones sociales de

diversión y que, al menos en una amplia proporción, no parece ser un consumo arriesgado o problemático.

El consumo de drogas ilegales se representa en la Gráfica 29.

Gráfica 31. Consumo de drogas ilegales en el período post-tratamiento



El consumo de drogas ilegales ha sido mucho menos frecuente que el consumo de alcohol. En total, un 7.6% de los sujetos ha consumido alguna de ellas una vez finalizado el tratamiento. Las drogas consumidas y los porcentajes de la muestra total implicado en ese consumo se muestran en la Tabla 11.

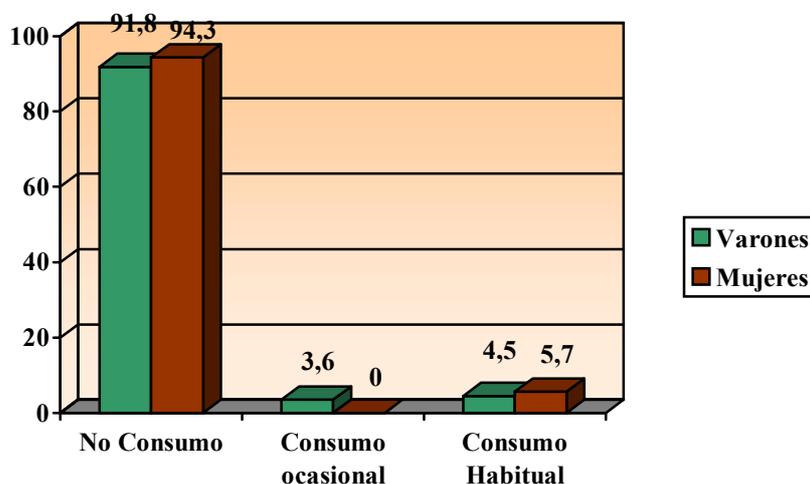
Tabla 11. Porcentajes de consumo de diferentes drogas ilegales

Heroína	5.52%
Haschís	3.45%
Cocaína	1.38%
Barbitúricos	1.38%
Anfetaminas	0.7%
Alucinógenos	0.7%

En los consumidores habituales, el número de unidades de consumo semanal osciló entre 2 y 15, con una media de 3.7. La cantidad de dinero que, como media, se gastó en cada día de consumo fue de 3.195 ptas. (con un rango entre 150 y 10.000).

En la Gráfica 32 aparecen las tasas de consumo de drogas ilegales deslindadas en función del género.

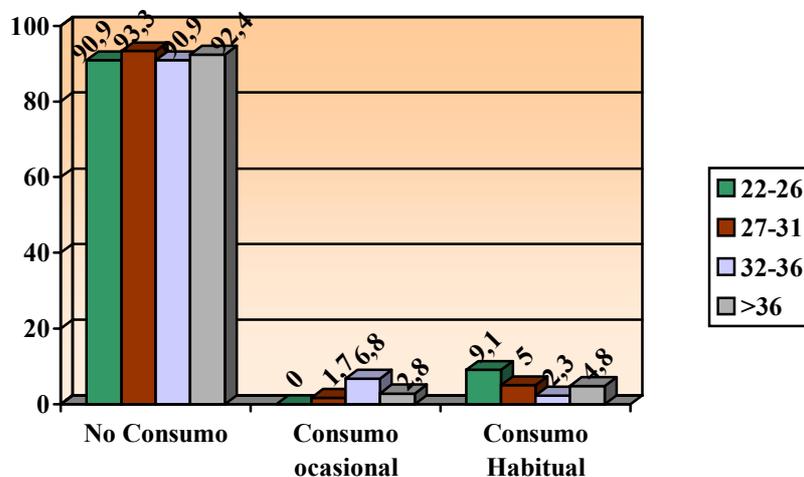
Gráfica 32. Consumo de drogas ilegales en función del género



Tal y como se observa en la gráfica, el porcentaje de no consumidores de drogas ilegales es levemente más alto en el grupo de mujeres (2.5 puntos porcentuales de diferencia). Sin embargo, en ellas, cuando se produce consumo, éste es habitual; de hecho, la cifra de consumo habitual es en las mujeres ligeramente superior a los hombres.

Los datos de consumo de drogas ilegales desgajados en función de la edad se presentan en la Gráfica 33.

Gráfica 33. Consumo de drogas ilegales en función de la edad



La asociación entre el consumo y la edad muestra un perfil irregular y, si atendemos a los porcentajes globales de consumo, ninguna tendencia aparece claramente definida. Los porcentajes más altos de consumo global son idénticos en el grupo de 22-26 años y de 32-36 años (9.10%); porcentajes algo menores se encuentran en los grupos de 27-31 y de más de 36 años. En cuanto a patrones específicos de consumo, el ocasional parece aumentar con la edad, aunque de nuevo la pauta se rompe en el grupo de más de 36 años; el porcentaje más alto se encuentra en las edades de 32-26 años (6.8%). El consumo habitual sigue la pauta inversa: la cifra más alta aparece en el grupo más joven (9.1%) y progresivamente descende, para elevarse en el grupo de más edad.

En cuanto a la primera droga de consumo, se encontró que, en los consumidores de drogas ilegales, la primera sustancia fue, en la mayoría de los casos (8 de los 11) una droga ilegal; sólo en 3 casos el primer episodio de consumo fue un consumo de alcohol.

El tiempo transcurrido entre el fin del tratamiento y el primer consumo varió entre 0 días (sujetos que consumieron desde el primer momento post-tratamiento) y 2 años, con una media de 15.27 meses. La moda (respuesta más frecuente) fue 2 años.

Prácticamente todos los consumidores de drogas ilegales (un 90.9%) intentaron abandonar el consumo durante el período post-tratamiento; el número de intentos se situó entre 1 y 7. En un 64% de estos consumidores, se produjeron intentos con ayuda profesional; los tipos de programas más frecuentes fueron programas de mantenimiento con metadona.

Con el fin de obtener un índice global de consumo problemático de drogas (recaída), se consideraron conjuntamente los sujetos consumidores de drogas ilegales con aquellos sujetos que, aun sin haber consumido drogas ilegales, presentaban un consumo "problemático" de alcohol; se consideró que existía un consumo problemático ante patrones de consumo habitual que los propios sujetos definían como "excesivos", "no normalizados" y/o que habían generado algún tipo de problemas (económicos, familiares, personales, laborales, de salud). El índice global resultante es de un 9.7%. Este valor es semejante al índice de recaídas en altas terapéuticas informado en el trabajo

de Fernández Hermida et al. (1999) sobre Proyecto Hombre-Asturias, si bien es necesario tener en cuenta que, en dicho trabajo, los criterios de recaída fueron más restrictivos: consumo de drogas ilegales con una frecuencia de tres veces durante un período máximo de dos meses. Por otra parte, es necesario destacar que estas cifras de recaída cercanas al 10% son muy semejantes a las encontradas, en otros países, en programas de comunidad terapéutica tras un período de seguimiento de dos años (DeLeon, 1984; DeLeon et al., 1982).

3.5.3. FACTORES ASOCIADOS A LA RECAÍDA

Además de realizar una descripción de las condiciones psicosociales y del consumo de drogas en las altas terapéuticas de Proyecto Hombre-Galicia, este trabajo se planteó con el objetivo de identificar qué características (sociodemográficas, personales, psicosociales...) se asocian al riesgo de recaer. Por ello, se compararon los sujetos recaídos y no recaídos en un amplio grupo de variables previas al tratamiento, relacionadas con el tratamiento y post-tratamiento (ver apartado de “variables e instrumentos”). Como se señaló más arriba, cuando las variables eran categóricas, la prueba utilizada para comparar recaídos y no recaídos fue chi-cuadrado; para comparar medias se utilizó el análisis de varianza. En esta sección presentamos aquellas variables que, en estos análisis, mostraron una asociación estadísticamente significativa con la recaída.

3.5.3.1 Características pre-tratamiento

De las variables pre-tratamiento evaluadas, sólo cinco presentaron una asociación estadísticamente con la recaída. Estas características, en las que recaídos y no recaídos difieren, se muestran en la Tabla 12. La tabla nos muestra o bien porcentajes de sujetos que, en cada grupo, presentan una determinada característica (por ejemplo, ser solteros), o bien, cuando las variables son continuas, las medias de uno y otro grupo (por ejemplo, número medio de hijos). Además, en la tabla se presentan los valores y la significación de los estadísticos de contraste.

Tabla 12. Características pre-tratamiento que se asocian a la recaída

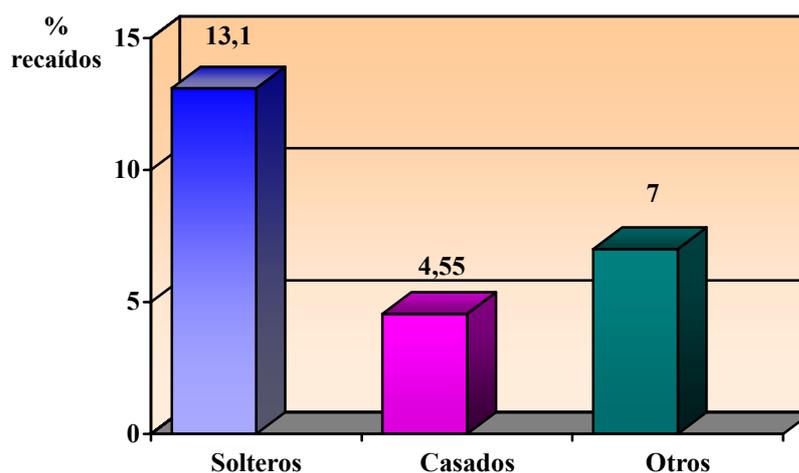
	No recaídos	Recaídos	
Estado civil (solteros)	65.6%	92.9%	$\chi^2=7.55^*$
Número de hijos antes del tratamiento	0.27	0.07	F=9.30**
Problemas de alcohol en el padre	3.1%	14.3%	$\chi^2=6.01^*$
Rupturas con amigos importantes debido a drogas (0-3)	2.03	2.8	F=6.1*
Relación con la Junta de Menores o con el Tribunal Tutelar	3.8%	35.7%	$\chi^2=28.32^{***}$

* p<.05 **p<.01 ***p<.001

Como vemos, entre los factores predictores de recaída se encuentran tanto características sociodemográficas como características de la historia familiar, de la historia de consumo y de la jurídico-penal.

La primera de las características asociadas a la recaída es el estado civil. En la tabla se indica que la proporción de solteros es mayor en el grupo de recaídos (más de un 90% eran solteros) que en el grupo de no recaídos (sólo un 65.6%). Otra forma de analizar los datos, probablemente más intuitiva, es presentar qué porcentajes de sujetos solteros, casados o con otros estados civiles recaen. La Gráfica 34 nos muestra estos resultados.

Gráfica 34. Estado civil y recaída.

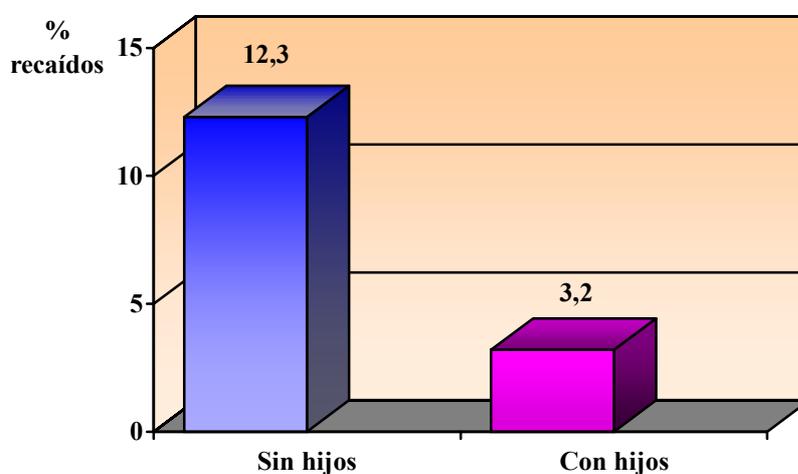


Como vemos, la tasa de recaída es superior en los sujetos que, en la entrada al tratamiento eran solteros; esta tasa asciende al 13.1%; en los

sujetos casados o viviendo en pareja esta cifra baja al 4.55%, un 7% es la tasa en individuos que se incorporaron al tratamiento con otros estados civiles (divorciado, separado, viudo).

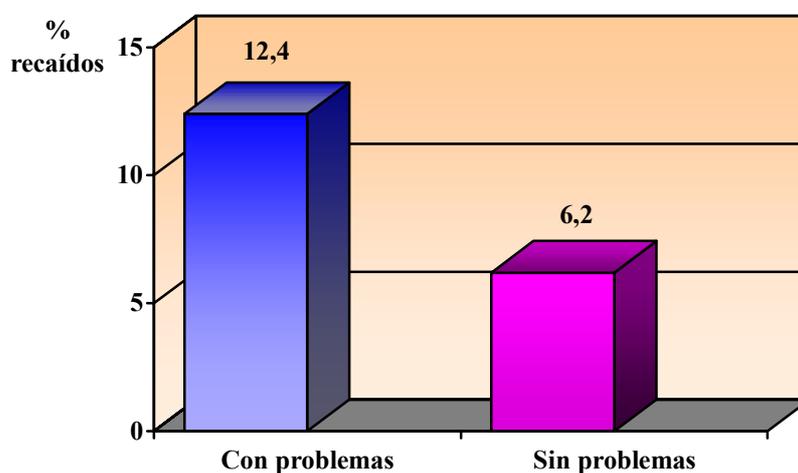
En cuanto al número de hijos antes del tratamiento, en la tabla se observa que la media de hijos es superior en el grupo de sujetos que luego no recaen. Otra forma de presentar los datos se muestra en la Gráfica 35. Aquí aparecen porcentajes de recaída en sujetos que no tenían hijos y que sí tenían hijos antes del tratamiento.

Gráfica 35. Hijos antes del tratamiento y recaída.



Otra de las variables que diferenciaron significativamente entre recaídos y no recaídos fue la existencia de problemas con el alcohol en el padre. En la Gráfica 36 aparecen tasas de recaída en sujetos con esta característica y sujetos no afectados por ella.

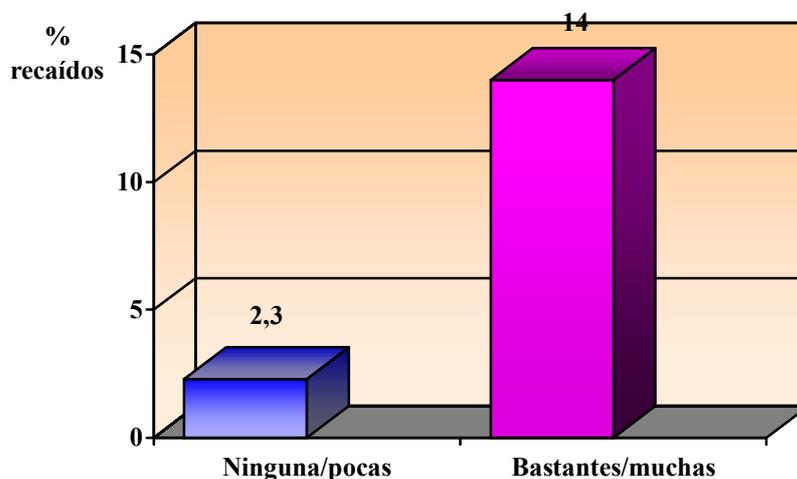
Gráfica 36. Problemas de alcohol en el padre y recaída.



Como vemos, los datos sugieren que la recaída es más frecuente en individuos que, entre sus datos familiares, presentan una historia de consumo problemático en el padre.

Entre las variables pre-tratamiento evaluadas en este estudio, se encuentran distintos tipos de consecuencias asociadas al consumo. Se evaluó, por ejemplo, en qué medida el consumo de drogas había producido daños de salud, económicos, laborales, etc. Una de estas variables se relacionó significativamente con la recaída: las rupturas con amigos importantes para el sujeto. La tabla nos señala que la puntuación media en este ítem (los sujetos debían contestar, en una escala de 0 a 3, en qué medida las drogas le habían producido tales problemas) es superior en los sujetos recaídos que en los no recaídos. En la Gráfica 37 se muestran los porcentajes de recaídas en sujetos que habían tenido “ninguna” o “pocas” rupturas con amigos importantes y sujetos que habían experimentado “bastantes” o “muchas”.

Gráfica 37. Rupturas con amigos y recaída.

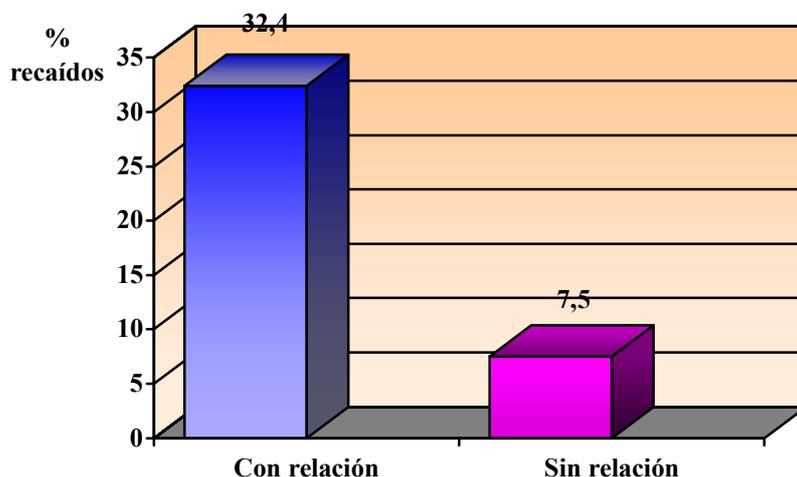


La gráfica nos muestra que, efectivamente, en los sujetos que han vivido una historia de más rupturas interpersonales importantes como consecuencia de las drogas la recaída es más frecuente.

Una última variable pre-tratamiento que se asocia con la recaída es el haber tenido relación con la Junta de Menores o con el Tribunal Tutelar. En la

Gráfica 38 se observa que la tasa de recaída aumenta considerablemente en los sujetos que sí han tenido relación con las instituciones de menores.

Gráfica 38. Relación con la Junta de Menores/Tribunal Tutelar y recaída



Para resumir, los datos sugieren que el perfil pre-tratamiento que parece incrementar el riesgo de recaer es el de sujetos con menos compromisos familiares (solteros, sin hijos), con una historia de conductas adictivas en la familia (padre con problemas de alcohol), con una historia de consumo acompañada de desarraigo y rupturas interpersonales, y con indicios de problemas tempranos de inadaptación (relación con la Junta de Menores o con el Tribunal Tutelar).

3.5.3.2 Características asociadas al tratamiento

De las características asociadas al tratamiento (duración, interrupciones, apoyo, relaciones, etc.), sólo tres diferenciaron significativamente entre recaídos y no recaídos. Estas tres variables hacen referencia a la vivencia subjetiva del tratamiento, tal y como se muestra en la Tabla 13.

Tabla 13. Características relativas al tratamiento que se asocian a la recaída

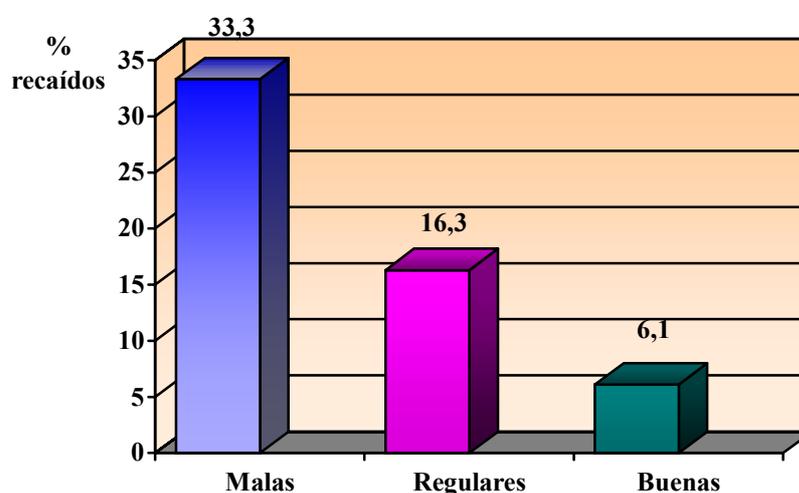
	No recaídos	Recaídos	
Relaciones con el personal del programa (0-4)	2.79	2.30	F=5.26*
Relaciones con los compañeros de programa (0-4)	2.90	2.31	F=3.96*
Satisfacción con el programa al finalizar el tratamiento (0-3)	2.68	2.21	F=12.35**

* p<.05 **p<.01

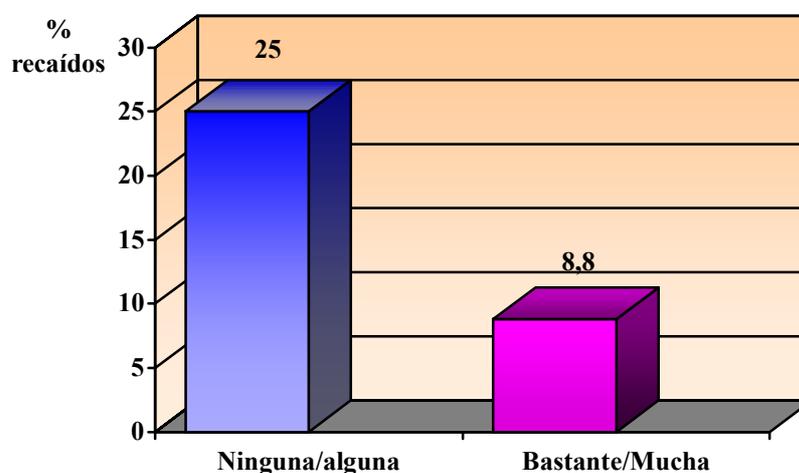
Dos de las variables son características del clima de relaciones percibido. Los recaídos califican peor sus relaciones con el personal del programa y con los compañeros del programa. Asimismo, la satisfacción con el programa, al finalizar el tratamiento, era más baja en el grupo de sujetos que recaen.

En las gráficas 39 y 40 se ilustran algunos de los resultados obtenidos con este grupo de variables. Por una parte (Gráfica 39) se presentan índices de recaídas en sujetos que califican sus relaciones con el personal del programa como negativas (“malas” o “muy malas”), regulares/indiferentes o positivas (“buenas” o “muy buenas”). En la gráfica 40 se muestran índices de recaída en sujetos con distinto grado de satisfacción al finalizar el programa. Las gráficas nos muestran cómo las cifras de recaída aumentan a medida que la relación con el personal del programa es más negativa; y cómo el porcentaje de recaídos también es muy superior en los sujetos que se han sentido menos satisfechos en el momento de finalizar el programa.

Gráfica 39. Relaciones con el personal del programa y recaída



Gráfica 40. Satisfacción al finalizar el programa y recaída



3.5.3.3 Características post-tratamiento

En el campo de la vida post-tratamiento es donde se encontró un mayor número de factores asociados al riesgo de recaer. Además, se trata de factores pertenecientes a diversas áreas de experiencia (familiar, laboral, emocional, etc.); a continuación se presentan los resultados fundamentales.

En primer lugar, y en lo que respecta a variables del medio familiar, se encontraron diferencias significativas entre recaídos y no recaídos en dos variables, que se muestran en la Tabla 14.

Tabla 14. Variables familiares y recaída

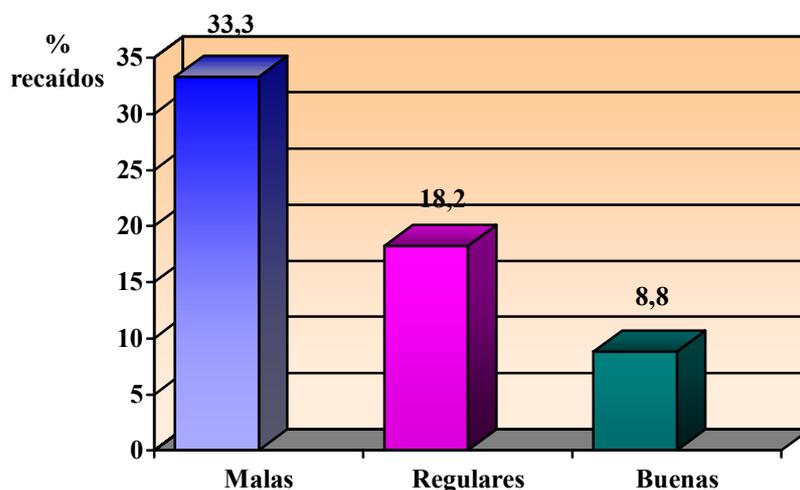
	No recaídos	Recaídos	
Relación con la familia de origen (0-4)	3.26	2.79	F=5.94*
Apoyo familiar (0-15)	10.94	8.79	F=5.75*

* p<.05

Los resultados indican que los recaídos se han sentido insertos en familias con un peor clima interpersonal. Aparecen diferencias tanto en la calificación que el sujeto hace de las relaciones con su familia de origen, como en la escala de apoyo familiar percibido de Procidano y Heller (1983). Para

ilustrar este patrón de resultados, en la Gráfica 41 mostramos cómo varían los índices de recaída en función de la relación con la familia de origen.

Gráfica 41. Relación con la familia de origen y recaída



Como vemos, los porcentajes de recaída covarían con la calidad de las relaciones con la familia de origen. A medida que estas relaciones son calificadas más favorablemente, la tasa de recaídas va reduciéndose.

Por lo que se refiere a las variables del ámbito laboral, la tabla 14 nos muestra las diferencias en el grupo de recaídos y de no recaídos en un índice global de integración y ajuste al trabajo, al que denominamos “integración laboral”. Para obtener este índice, se sumaron las respuestas a cinco ítems de la entrevista, que se presentan con un formato de respuesta Likert de cuatro puntos: “¿Disfrutabas con tu trabajo?”, “¿Faltabas al trabajo sin causa justificada?” (invertido), “¿Te costaba levantarte cada mañana para ir al trabajo?”(invertido), “¿Encontrabas en el ambiente de trabajo apoyo y afecto?” y “¿Te sentías discriminado en tu trabajo?” (invertido). La consistencia interna de esta escala fue de .64. Como se observa en la tabla 15, los recaídos han experimentado, en el período posterior al tratamiento y previo al consumo, una mayor alienación o falta de integración en el trabajo.

Tabla 15. Variables laborales y recaída

	No recaídos	Recaídos	
Integración laboral (0-15)	10.68	9.5	F=4.40*

* p<.05

En el ámbito de los amigos, también nos encontramos con diferencias significativas entre los recaídos y no recaídos, tal y como se muestra en la Tabla 16.

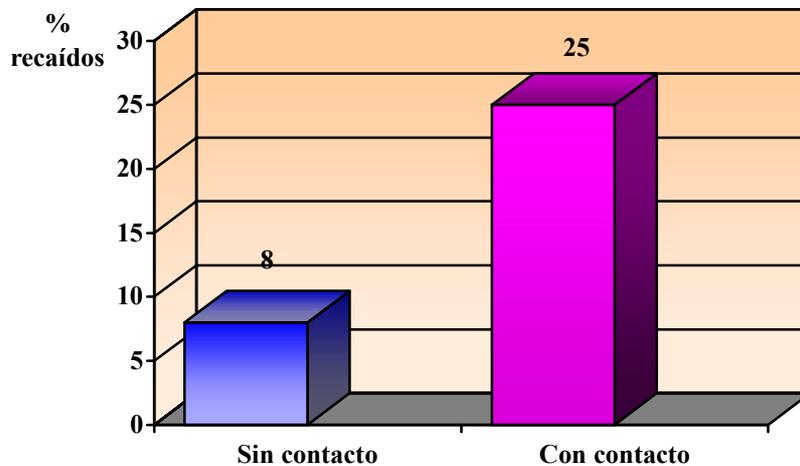
Tabla 16. Variables del grupo de amigos y recaída

	No recaídos	Recaídos	
Número de amigos	8.34	5.03	F=4.51*
Número de amigos consumidores de drogas ilegales	0.03	0.88	F=9.40**

* p<.05 ** p<.01

Se encuentran diferencias, como vemos, en dos aspectos importantes del ámbito de las amistades: por una parte, en el número de personas que el sujeto considera amigos y con los que mantiene una relación habitual y, por otra parte, el número de amigos consumidores de drogas ilegales con los que el sujeto se ha relacionado. En la tabla se observa que los recaídos han tenido, tras el tratamiento, una red de amistades menos amplia y, por otra parte, han tenido más contacto habitual con amigos implicados en el consumo de drogas. En la gráfica 42 se presentan, desde otra perspectiva, datos sobre la relación con amigos consumidores y la recaída. Como en gráficas anteriores, se muestran los índices de recaída en función del contacto con amigos que consumen drogas ilegales. La gráfica nos muestra cómo el porcentaje de recaídos es superior en 16.20 puntos porcentuales en aquellos sujetos que han tenido amigos consumidores, frente a los que afirman no haber tenido contactos con ellos.

Gráfica 42. Contacto con amigos consumidores de drogas ilegales y recaída



Otra de las parcelas analizadas, y en la cual también se encuentran diferencias entre recaídos y no recaídos, es la forma que se ha ocupado el tiempo de ocio. Los resultados sobre estas diferencias se muestran en la Tabla 17.

Tabla 17. Variables del tiempo de ocio y recaída

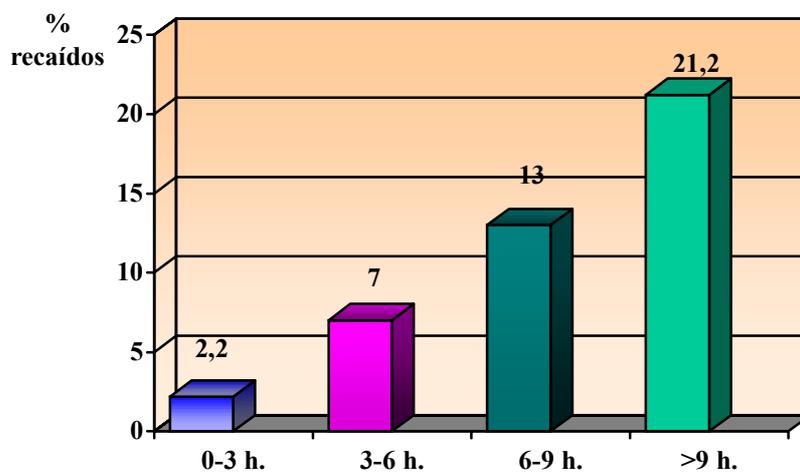
	No recaídos	Recaídos	
Horas/semana de tiempo libre compartido con la familia	9.97	3.29	F=4.58*
Horas/semana de tiempo libre dedicadas a ver la TV	8.30	11.42	F=3.94*
Horas/semana de tiempo libre en bares, discotecas	6.47	11.50	F=7.93**
Horas/semana de aburrimiento	2.79	9.85	F=7.61**

* p<.05 **p<.01

Durante el período post-tratamiento, los sujetos que no recaen han invertido más horas de su tiempo libre en actividades en compañía de su familia y han invertido menos horas en ver la televisión o en salir a bares y discotecas. Además, la tabla nos indica que la ocupación del tiempo de ocio parece haber sido menos satisfactoria para los sujetos que recaen: el número de horas semanales que los sujetos estiman haberse aburrido es mayor en los

recaídos que en los no recaídos. Así pues, nos encontramos con que la forma de ocupar el tiempo de ocio parece un espacio implicado en las probabilidades de recaer. Como ejemplo de índices de recaída diferenciales en función de la ocupación del ocio, se presentan en la gráfica 43 datos correspondientes a horas semanales de tiempo libre en bares y discotecas. En la gráfica observamos cómo el porcentaje de recaídos va aumentando a medida que, en el período post-tratamiento, los sujetos han invertido más tiempo libre en este tipo de locales.

Gráfica 43. Tiempo semanal en bares/discotecas y recaída.



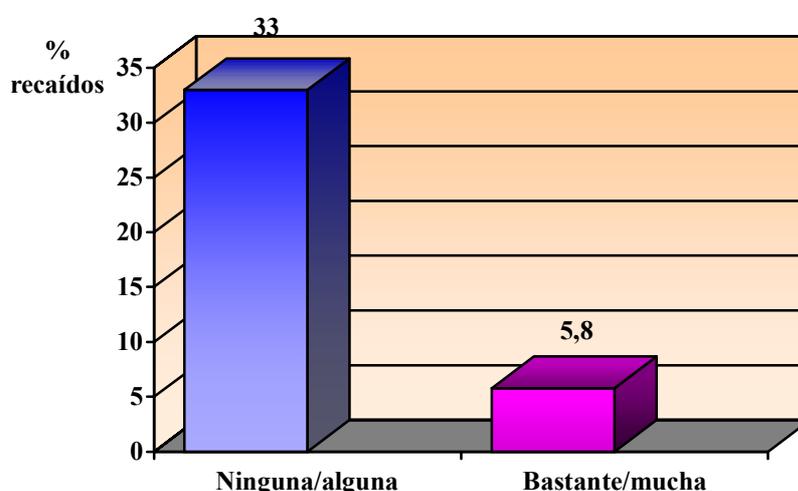
El apoyo social que, en general, recibe el sujeto mostró también su poder para diferenciar entre recaídos y no recaídos. Los resultados obtenidos con el cuestionario de Sarason (Tabla 18) revelan diferencias significativas en los dos parámetros que este instrumento proporciona.

Tabla 18. Apoyo social y recaída

	No recaídos	Recaídos	
Número de personas que proporcionan apoyo	3.77	2.63	F=5.10*
Satisfacción con el apoyo recibido (0-3)	2.43	1.84	F=19.98***
	* p<.05	*** p<.001	

En el período post-tratamiento, los sujetos que recaen han tenido (o, al menos así lo han percibido), un menor número de personas proporcionando apoyo. Y, además, la satisfacción con el apoyo recibido ha sido menor. En la gráfica 44 presentamos datos adicionales sobre cómo varía la tasa de recaída en función de la satisfacción con el apoyo social. De nuevo, se observa que el porcentaje de recaídos es muy superior entre aquellos individuos insatisfechos con el apoyo social recibido.

Gráfica 44. Satisfacción con el apoyo recibido y recaída



En el área de la vida emocional, se encuentran también variables asociadas a la recaída, tal y como se presenta en la Tabla 19.

Tabla 19. Variables del área emocional y recaída

	No recaídos	Recaídos	
Ansiedad (0-12)	2.38	4.86	F=13.83***
Depresión (0-15)	2.13	4.71	F=15.09***
Hostilidad (0-32)	19.77	22.78	F=5.45*
Afectividad positiva (0-30)	19.86	13.50	F=21.43***
Satisfacción consigo mismo (0-3)	2.03	1.50	F=6.89*
Satisfacción con la vida (1-5)	3.53	2.71	F=17.79***

* p<.05 **p<.01 ***p<.001

Si examinamos las medias de ambos grupos, vemos, en primer lugar, que los sujetos que recaen se han visto afectados, en mayor medida, por emociones y estados afectivos negativos (ansiedad, depresión); además, puntúan más alto en la escala de hostilidad del NEO-PI-R (son más irritables, se ven afectados con más frecuencia por la ira y el resentimiento, reaccionan fuertemente ante la frustración). Y, viceversa, en el polo de las emociones más positivas (la ilusión, el entusiasmo, etc), puntúan más bajo, tal y como se manifiesta en las medias de la escala PANAS de afectividad positiva. La satisfacción consigo mismos y la satisfacción con la vida han sido, asimismo, más bajas en los recaídos que en los no recaídos. En resumen, lo que estos resultados nos indican es que los sujetos que recaen han experimentado un menor bienestar subjetivo en el período post-tratamiento y que han atravesado con más frecuencia estados emocionales negativos.

Los resultados sobre otra de las áreas investigadas (autoeficacia y afrontamiento) se presentan en la Tabla 20.

Tabla 20. Autoeficacia, afrontamiento y recaída

	No recaídos	Recaídos	
Expectativas generalizadas de autoeficacia (1-36)	25.55	19.67	F=17.31***
Pensamiento positivo (0-12)	7.49	6.11	F=4.39*
* p<.05	**p<.01	***p<.001	

La recaída se asocia a expectativas más negativas de autoeficacia general; esto es, a una menor confianza en las propias capacidades para superar las situaciones problemáticas. Además, se obtienen diferencias en uno de los tipos de estrategias de afrontamiento del cuestionario de Litman: el pensamiento positivo, es decir, realizar un afrontamiento activo y esperanzado ante los obstáculos externos o internos (sentimientos negativos) que puedan desatar la tentación de consumir. Los recaídos utilizan con menos frecuencia esta forma de afrontamiento. Concretamente, el ítem que más diferencia a los no recaídos de los recaídos es: “Enfrentarme a mis malos sentimientos, en lugar de dejarme ahogar en ellos”. En trabajos realizados con ex – alcohólicos,

la propia Litman ha encontrado también que la escala de pensamiento positivo predice el riesgo de recaída (véase Litman et al., 1983).

Como datos complementarios sobre el uso de estrategias de afrontamiento, mostramos en la Tabla 21 cuáles han sido, entre las conductas de afrontamiento presentadas a los sujetos, las más utilizadas por sujetos que recaen y que no recaen.

Tabla 21. Estrategias de afrontamiento más utilizadas por recaídos y no recaídos

	Media
<u>Recaídos</u>	
Considerar el efecto que tendrá sobre mi familia (0-3)	2.29
Recordar cómo en el pasado he traicionado a mis amigos y a mi familia (0-3)	2.00
Estar en compañía de no consumidores (0-3)	1.93
<u>No recaídos</u>	
Estar en compañía de no consumidores (0-3)	2.37
Reconocer que la vida no es un camino de rosas, pero que las drogas no son la solución (0-3)	2.35
Afrontar mis malos sentimientos en vez de dejarme ahogar en ellos (0-3)	2.15

Una de las conductas más utilizadas por todos los sujetos (recaídos y no recaídos) es buscar la compañía de no consumidores, una conducta que pertenece a la escala de Búsqueda de Apoyo Social dentro del inventario de Litman. Recaídos y no recaídos difieren, sin embargo, en otras de las conductas más utilizadas: mientras que los no recaídos tienden a haber utilizado estrategias de “pensamiento positivo”, los recaídos han utilizado con mayor frecuencia estrategias de “pensamiento negativo” (es decir, considerar las consecuencias negativas de las drogas).

Tabla 22. Valores y recaída

	No recaídos	Recaídos	
Ayudar a los demás (0-3)	1.94	1.43	F=6.52*
Ser leal (0-3)	2.68	2.29	F=5.64*
Solidaridad social (0-3)	1.83	1.43	F=6.22*
Ser responsable (0-3)	2.48	2.14	F=4.98*
Ser ambicioso (0-3)	1.82	1.43	F=5.78*
Seguridad económica (0-3)	2.45	2.07	F=6.03*
Tiempo libre (0-3)	2.13	1.79	F=7.94**

* p<.05 **p<.01

Finalmente, presentamos los resultados obtenidos en el ámbito de los valores. Como indica la Tabla 22, se encontraron diferencias entre recaídos y no recaídos en siete de los valores evaluados. En esos siete valores, la media de los no recaídos fue significativamente superior a la de los no recaídos; los recaídos conceden menos importancia a algunos valores de corte interpersonal (“ayudar a los demás”, “ser leal”, “solidaridad social”), a valores relacionados con la responsabilidad y los logros personales (“ser responsable”, “ser ambicioso”, “seguridad económica”) y al tiempo libre.

3.5.3.4 El escenario del primer consumo post-tratamiento

Como ya se señaló, una de las líneas de trabajo más desarrolladas sobre la recaída es el análisis de las llamadas “situaciones de riesgo”: identificar cuáles son los contextos en los que el sujeto rompe con la abstinencia y se implica en un primer consumo que puede derivar en la recaída. Ya se indicó también que, en este trabajo, se utilizó la Entrevista de Recaídas de Marlatt, con el fin de obtener una descripción completa del primer episodio de consumo. Las respuestas a esta entrevista fueron categorizadas de acuerdo con las instrucciones de Marlatt, de forma que cada episodio fue asignado a uno de los tipos situacionales propuestos por este autor. Dos jueces independientes (miembros de nuestro equipo de investigación) realizaron esta categorización, con un acuerdo del 85.01%.

Los resultados obtenidos en el grupo de sujetos recaídos se presentan en la Tabla 23. En ella aparece qué porcentaje de episodios, dentro de este grupo, se asignó a cada uno de las categorías de situaciones.

Tabla 23. Contextos del primer consumo en los sujetos recaídos

I) DETERMINANTES INTRAPERSONALES	71.4%
A) Enfrentarse a estados emocionales negativos	50%
1) Enfrentarse a la frustración/ira	-
2) Enfrentarse a la depresión	35.7%
3) Enfrentarse a la ansiedad	-
4) Enfrentarse a otros estados de ánimo negativos	14.3%
B) Enfrentarse a estados físicos negativos	-
1) Enfrentarse a estados físicos asociados al consumo anterior	-
2) Enfrentarse a otros estados físicos	-
C) Potenciar estados emocionales positivos	7.1%
D) Poner a prueba el control personal	14.3%
E) Ceder a tentaciones o impulsos	-
1) En presencia de claves asociadas a las drogas	-
2) En ausencia de claves	-
<hr/>	
II) DETERMINANTES INTERPERSONALES	28.6%
A) Enfrentarse al conflicto interpersonal	14.2%
1) Enfrentarse a la frustración/ira	7.1%
2) Enfrentarse a la depresión	7.1%
3) Enfrentarse a la ansiedad	-
4) Enfrentarse a otros estados de ánimo negativos	-
B) Presión social	14.3%
1) Presión social directa	-
2) Presión social indirecta	14.3%
C) Potenciar estados de ánimo positivos	-

Como vemos, el primer consumo en los sujetos recaídos parece producirse, en la mayoría de los casos, como respuesta a factores intrapersonales (un 71.4%). Concretamente, en la mitad de los casos, el primer consumo tiene lugar en el contexto de estados emocionales negativos (especialmente, depresión). Otro determinante interpersonal que alcanza un porcentaje sustancial (un 14.3%) es “poner a prueba el control personal”: el intento del individuo por comprobar que puede consumir de un modo moderado. En los sujetos cuyo primer consumo se produjo con precipitantes interpersonales, los episodios se distribuyen por igual entre conflictos y presión social.

La importancia de los estados emocionales negativos queda corroborada si atendemos a las motivaciones subjetivas de los individuos. En la Tabla 24 se

presentan las respuestas de los sujetos cuando se les pide a ellos que categoricen el determinante de su primer consumo.

Tabla 24. Motivaciones autopercibidas para el primer consumo en los recaídos

Enfrentarse a estados emocionales negativos	35.7%
Frustración/ira	-
Otros estados: Depresión, ansiedad...	35.7%
<hr/>	
Enfrentarse a estados físicos negativos	-
<hr/>	
Potenciar estados emocionales positivos	14.3%
<hr/>	
Poner a prueba el control personal	28.6%
<hr/>	
Ceder a tentaciones o impulsos	7.1%
En presencia de claves relacionadas con las drogas	-
Sin claves relacionadas con las drogas	7.1%
<hr/>	
Enfrentarse al conflicto interpersonal	14.3%
<hr/>	
Presión social	-

La tabla nos muestra que más de un 35% de los recaídos creen que su consumo tuvo como detonante el deseo de enfrentarse a estados emocionales negativos y más de un 28% manifiesta que ese detonante fue el intento por poner a prueba el control personal. Los determinantes interpersonales presentan, como vemos, porcentajes notablemente más bajos. Si comparamos esta autocategorización con la clasificación que realizaron los jueces a partir de las instrucciones de Marlatt, se encuentran algunas diferencias destacables. Por ejemplo, vemos que “poner a prueba el control personal” es percibida como una causa más frecuente por los propios sujetos que por los jueces que analizan los episodios de consumo. Asimismo, los sujetos perciben con más frecuencia que su consumo respondió a “impulsos o deseos intensos” (lo que en la literatura anglosajona se ha denominado *craving*); esta es una tendencia que Heather et al. (1991) encuentran también (de un modo todavía más marcado) en su estudio con heroinómanos, y que nos remite a uno de los problemas atribuidos a la taxonomía de Marlatt, discutido en una sección

anterior: al priorizar los determinantes más altos en la jerarquía, la categorización de Marlatt limita la importancia de los “impulsos y tentaciones” (de hecho, acaba siendo una categoría residual), cuando para los propios sujetos este determinante parece tener cierta relevancia. Finalmente, hay que destacar también que la presión social es un determinante percibido más frecuentemente por los jueces que por los protagonistas del episodio; de hecho, ninguno de los sujetos considera que su consumo respondió a presión social, mientras que los jueces clasifican de este modo un 14.3% de los episodios. Parece que, de algún modo, los sujetos realizan atribuciones más “endógenas” a la hora de explicar su consumo, y son más reacios a admitir que se han visto influidos por el consumo de los otros.

Con el fin de conocer con más detalle la situación del primer consumo, se examinó cuáles son los lugares más frecuentes en los que éste tiene lugar, qué personas están presentes y cuál es el tono emocional que caracterizaba a ese día. Las respuestas más frecuentes de los sujetos recaídos se presentan en la Tabla 25.

Tabla 25. Características del escenario del primer consumo en los recaídos

LUGARES MÁS FRECUENTES	
• Bares, cafés...	28.6%
• En la calle	21.4%
• En casa	14.3%
¿CON QUIÉN?	
• A solas	35.7%
• Amigos	21.4%
• Pareja y amigos	14.3%
EMOCIÓN QUE DESCRIBE ESE DÍA	
• Inseguro	21.4%
• Deprimido	14.3%
• Encerrado en sí mismo	14.3%

El primer consumo de los recaídos tiene lugar en diferentes tipos de lugares: bares o cafés constituyen la respuesta más frecuente, pero es seguida de cerca por entornos más inespecíficos (“en la calle”). En cuanto a las personas presentes, lo más frecuente ha sido un primer consumo a solas; cuando hay personas implicadas en la situación, los amigos y la pareja son las

figuras más nombradas. En cuanto a las emociones que describen las 24 horas anteriores al consumo, los datos proporcionan nueva evidencia sobre el papel de las emociones negativas; como vemos, los estados más frecuentes han sido inseguridad, la depresión y el aislamiento.

Una vez analizado el perfil del primer consumo en los sujetos recaídos, podemos preguntarnos si este primer episodio tiene características diferenciales respecto al de aquellos sujetos que han consumido, pero que se han implicado en un consumo ocasional y/o moderado. Para dar respuesta a esta cuestión, examinamos el escenario del primer consumo en sujetos que, aun sin haber recaído, han realizado algún consumo esporádico o presentan un consumo normalizado de alcohol. La categorización de acuerdo con la taxonomía de Marlatt se presenta en la Tabla 26.

Tabla 26. Contextos del primer consumo en los no recaídos

I) DETERMINANTES INTRAPERSONALES	36.5%
A) Enfrentarse a estados emocionales negativos	7.7%
1) Enfrentarse a la frustración/ira	-
2) Enfrentarse a la depresión	1.9%
3) Enfrentarse a la ansiedad	-
4) Enfrentarse a otros estados de ánimo negativos	5.8%
B) Enfrentarse a estados físicos negativos	-
1) Enfrentarse a estados físicos asociados al consumo anterior	-
2) Enfrentarse a otros estados físicos	-
C) Potenciar estados emocionales positivos	9.6%
D) Poner a prueba el control personal	17.3%
E) Ceder a tentaciones o impulsos	1.9%
1) En presencia de claves asociadas a las drogas	1.9%
2) En ausencia de claves	-
II) DETERMINANTES INTERPERSONALES	63.5%
A) Enfrentarse al conflicto interpersonal	-
1) Enfrentarse a la frustración/ira	-
2) Enfrentarse a la depresión	-
3) Enfrentarse a la ansiedad	-
4) Enfrentarse a otros estados de ánimo negativos	-
B) Presión social	30.8%
1) Presión social directa	15.4%
2) Presión social indirecta	15.4%
C) Potenciar estados de ánimo positivos	32.7%

El patrón de resultados es diferente al que trazábamos en el grupo de recaídos. En los sujetos no recaídos, los determinantes más frecuentes son interpersonales. Concretamente, la categoría de “potenciar estados de ánimo positivos” (celebrar algo en un contexto interpersonal, por ejemplo) es la que aglutina un mayor número de casos. Le sigue de cerca la situación de “presión social”, en la que o bien el sujeto es invitado directamente a consumir, o bien se encuentra en una situación donde todos consumen. De los determinantes intrapersonales, el que presenta la proporción de sujetos más alta es la puesta a prueba del control personal, con un porcentaje semejante al que encontrábamos en los recaídos.

Si examinamos las motivaciones subjetivas para el primer consumo en este grupo de sujetos, se obtienen los resultados de la Tabla 27.

Tabla 27. Motivaciones autopercibidas para el primer consumo en los no recaídos

Enfrentarse a estados emocionales negativos	4%
Frustración/ira	2%
Otros estados: Depresión, ansiedad...	2%
Enfrentarse a estados físicos negativos	-
Potenciar estados emocionales positivos	43.1%
Poner a prueba el control personal	35.3%
Ceder a tentaciones o impulsos	5.9%
En presencia de claves relacionadas con las drogas	5.9%
Sin claves relacionadas con las drogas	-
Enfrentarse al conflicto interpersonal	2%
Presión social	5.9%

De nuevo en esta tabla se ponen de relieve las diferencias respecto de los episodios de recaída. Las razones que los sujetos manifiestan son, en una gran mayoría de casos, elevar un estado de ánimo positivo (por ejemplo, celebrar algo) o poner a prueba el control personal. Frente a lo que ocurría en los recaídos, sólo un porcentaje muy bajo de sujetos percibe que ese consumo

tuvo que ver con estados de ánimo negativos. Si comparamos esta autocategorización con la clasificación de los jueces, encontramos tendencia semejantes a las que comentamos anteriormente: probar el control personal y ceder a impulsos y tentaciones son percibidos como determinantes más frecuentes por los sujetos que por los jueces; por el contrario, los sujetos apelan menos a la presión social que los jueces.

Las características (lugar, personas, emociones) que definen el paisaje del primer consumo en este grupo se presentan en la Tabla 28.

Tabla 28. Características del escenario del primer consumo en los no recaídos

LUGARES MÁS FRECUENTES	
• Bares, cafés...	25%
• Restaurante	17.3%
• Actos sociales (bodas, fiestas...)	15.4%
¿CON QUIÉN?	
• Amigos	24.9%
• Pareja y familiares	19.2%
• Pareja y amigos	17.3%
EMOCIÓN QUE DESCRIBE ESE DÍA	
• Tranquilo	19.6%
• Feliz	13.7%
• Animado	13.7%

Como vemos, los lugares de consumo parecen vincularse a situaciones interpersonales (bares, restaurantes, actos sociales). En la inmensa mayoría de los casos, es un consumo que se produce en la compañía de otras personas (sólo un 2% señaló que el consumo se había producido en solitario). Además, las emociones dominantes son, a diferencia de lo que encontrábamos en los recaídos, emociones de carácter positivo (tranquilidad, felicidad, animación).

Todo esto nos muestra que la situación del primer consumo es diferente en los sujetos que recaen frente a aquellos que se implican en patrones de consumo moderado. Los estados de ánimo negativos y el aislamiento parecen notas características de la recaída; por el contrario, las situaciones interpersonales positivas parecen asociadas a consumos que no derivan en recaída. Resultados análogos a este han sido mostrados en otros estudios sobre conductas adictivas (Mermelstein y Lichstenstein, 1983): mientras los

“lapsos” (consumos puntuales) se han asociado a factores situacionales, las recaídas ocurren más frecuentemente en el contexto de estados emocionales negativos o sucesos estresantes. Estos resultados presentan implicaciones importantes a la hora de prevenir las recaídas: a la luz de los datos, parece especialmente importante prevenir el consumo cuando éste se asocie a estados de ánimo negativos; esta situación parece aumentar la probabilidad de que un “lapso” dé lugar al proceso de la recaída. De acuerdo con lo que hemos visto, no parece que la importancia de los estados emocionales negativos sea un mero artefacto del sistema de categorización de Marlatt, que prioriza a ciertos determinantes sobre otros (como ya se indicó, esta es una posibilidad apuntada por distintos autores); las emociones negativas aparecen ligadas a las recaídas no sólo cuando los jueces siguen las instrucciones de Marlatt, sino cuando los sujetos autocategorizan sus episodios de consumo, o cuando se analizan las emociones que definen el día del consumo. Por otra parte, si además de estos datos tenemos en cuenta los que ya hemos presentado sobre la vida post-tratamiento (concretamente, los resultados obtenidos en los cuestionarios de ansiedad, depresión o emocionalidad positiva), vemos que diferentes hallazgos apuntan en la misma dirección.

Si prestamos atención ahora a los sujetos que no han consumido tras el tratamiento, y nos preguntamos sobre qué situaciones creen que les sería más difícil afrontar, obtenemos nuevos indicios sobre la importancia de las emociones negativas. Como se señaló en una sección anterior, el llamado Cuestionario de Confianza Situacional nos permite conocer ante qué tipos de situaciones los sujetos tienen mayor o menor confianza en sus posibilidades de resistir la tentación de consumir. En la Tabla 29 se muestran las medias en autoeficacia (o “confianza situacional”) de los sujetos que no han consumido ni alcohol ni otras drogas tras el tratamiento. Se presentan las medias ordenadas de menor a mayor, de forma que las primeras filas de la tabla muestran las situaciones en las cuales la confianza de los sujetos es más baja.

Tabla 29. Medias en autoeficacia (Cuestionario de Confianza Situacional) de los no consumidores para diferentes tipos de situaciones

	Media
Estados emocionales negativos (0-10)	6.71
Conflicto interpersonal (0-10)	8.87
Presión social (0-10)	8.94
Probar el control personal (0-10)	9.23
Estados físicos negativos (0-10)	9.25
Deseos y tentaciones (0-10)	9.26
Estados emocionales positivos (0-10)	9.26
Estados emocionales positivos en el ámbito interpersonal (0-10)	9.36

En general, como vemos, los sujetos que no han consumido presentan altas puntuaciones en la mayoría escalas de autoeficacia, lo cual nos indica que confían en su capacidad para afrontar las situaciones de riesgo. No obstante, la media más baja (con una diferencia relativamente amplia respecto al resto) se obtiene precisamente en la dimensión de estados emocionales negativos. Situaciones como “empezarse a sentir cansado de la vida” o “sentir que la vida deja de tener sentido” parecen ser las situaciones más “difíciles” para los sujetos y las que les hacen sentir más vulnerables.

Así pues, de acuerdo con la red de datos que hemos comentado, desarrollar estrategias para el afrontamiento de los estados emocionales negativos parece una vía útil de intervención si queremos potenciar la eficacia de las intervenciones, mantener sus efectos y prevenir la recaída.

3.6. DISCUSIÓN, CONCLUSIONES E IMPLICACIONES

Como ya se señaló, este trabajo se planteó con dos objetivos. Por una parte, pretendíamos conocer la situación psicosocial y las tasas de consumo de drogas post-tratamiento en las altas terapéuticas de Proyecto Hombre-Galicia. Por otra parte, pretendíamos dar un paso más y explorar los factores que se asocian a la recaída.

En relación con el primer objetivo, a lo largo de la sección anterior hemos ido desgranando el perfil psicosocial de los individuos entrevistados.

Prestando atención a diversos indicadores de ajuste e integración social, hemos visto que, en general, los datos delinean un perfil favorable. En el espacio familiar, las relaciones con la familia de origen parecen haberse desarrollado de un modo satisfactorio para más de un 80% de los entrevistados y, en general, los sujetos se han sentido, en su familia, receptores de apoyo emocional y social. En el ámbito laboral, el ajuste y la integración también parecen haber sido características dominantes; casi un 75% ha desarrollado, durante la mayor parte del período post-tratamiento, un trabajo a tiempo completo y, si atendemos a la satisfacción laboral y al clima de relaciones descrito por los sujetos, obtenemos señales de una buena adaptación a ese medio. Por otra parte, cuando se sondean otros ámbitos interpersonales (pareja, amigos), vemos que, en la mayoría de los casos, los sujetos parecen formar parte de un tejido de relaciones rico y gratificante; y, cuando se analiza el “color” emocional de la vida post-tratamiento, se encuentran indicadores de ajuste y bienestar subjetivo.

En cuanto al consumo de drogas, hemos visto que el consumo de drogas ilegales presenta una tasa global que no alcanza el 7% y, como una estimación global de consumo problemático, incluyendo un consumo problemático de alcohol, se ha obtenido una cifra del 9.7%. Como ya se señaló, índices de recaídas que rondan el 10% han sido encontrados también en otros trabajos sobre “altas” de comunidades terapéuticas, tanto dentro como fuera de nuestras fronteras.

El consumo moderado de alcohol presenta, sin embargo, tasas más altas. La mayoría de los sujetos conviven con personas que consumen alcohol y se relacionan habitualmente con amigos consumidores de esta sustancia. El consumo de alcohol parece, pues, un hábito de amplio arraigo en el entorno psicosocial de los sujetos; un hábito que además está especialmente vinculado a los encuentros sociales, de forma que, utilizando los términos que hemos introducido en página anteriores, los individuos parecen no estar muy “apoyados” (recordemos el concepto de “apoyo estructural”) en lo que respecta a la abstinencia del alcohol. Más del 40% ha consumido bebidas alcohólicas, ya sea ocasionalmente o de un modo más regular; se trata, en la mayoría de los casos, de un consumo “social”, asociado particularmente a situaciones de celebración o de diversión.

En relación con el consumo, hemos visto como éste se produce, en la mayoría de los casos, tras un período superior a un año. Si comparamos este período con el encontrado en otros estudios, se trata de un período relativamente largo. Distintos trabajos informan de tiempos entre el tratamiento y la recaída que no superan los seis meses (véase, por ejemplo, Hunt et al., 1971; Brownell et al., 1986); en el trabajo de Fernández Hermida et al. (1999), con sujetos de Proyecto Hombre-Asturias se encuentra un tiempo medio entre el tratamiento y la recaída fue inferior a un año, y una proporción superior al 25% recauyó antes de un mes. A la luz de este patrón de resultados, algunos autores han sugerido que, tras un período de tiempo breve (se ha hablado de tres meses; véase Brownell et al., 1986) las tasas de recaída bajan, de forma que aquellos que se han abstenido durante ese tiempo es improbable que recaigan después. En nuestra muestra, sin embargo, el primer consumo parece demorarse más; muchos individuos se mantienen abstinentes durante más de un año y comienzan posteriormente a consumir. Este resultado muestra que, en poblaciones como la que nos ocupa, es necesario realizar estudios largos de seguimiento para tener una buena estimación del mantenimiento de los efectos del programa.

Por lo demás, en la entrevista hemos recogido algunos indicadores sobre cómo los ex – usuarios de Proyecto Hombre-Galicia valoran el programa. Se ha encontrado, por ejemplo, que, a pesar de que la adaptación a las normas del programa resultó difícil para la mayoría, más de un 90% se han sentido “muy” o “bastante” satisfechos con el programa y la relación con el personal del programa es valorada positivamente por más de un 68% de los sujetos.

En definitiva, los resultados muestran altos índices de éxito y satisfacción en las altas terapéuticas del programa. No obstante, es necesario tener en cuenta ciertas limitaciones a la hora de interpretar los resultados. En primer lugar, como es habitual en los estudios de seguimiento, no pudieron ser entrevistados todos los sujetos seleccionados para la muestra. Se indicó ya que estas “pérdidas” son difíciles de interpretar, dado que, por una parte, puede ocurrir que los sujetos recaídos sean con más frecuencia ilocalizables pero, por otra parte, en muchas ocasiones los sujetos se niegan a participar precisamente por estar rehabilitadas, querer “romper” totalmente con su historia previa o, simplemente, querer preservar al máximo los datos de su pasado

como drogodependiente; así, como indicamos anteriormente, en una proporción relativamente amplia de casos que se negaron a participar en nuestro estudio, los individuos apelaron a motivos relacionados con su posición laboral y con el deseo de preservar su información. Ya indicamos también que, en estudios sobre poblaciones semejantes a esta, no se han encontrado diferencias relevantes entre los que participan y los que no (Fernández Hermida et al., 1999), lo cual apoyaría la representatividad de estas muestras, aunque, en cualquier caso, es difícil realizar una valoración “segura” del sesgo muestral, y las pérdidas continúan siendo un gran problema en la evaluación de los tratamientos. En segundo lugar, estudios como este habrán de ser complementados con trabajos que incluyan uno o varios grupos de comparación (por ejemplo, grupos de sujetos que abandonan la intervención o grupos usuarios de otros tratamientos), que nos permitan contrastar la evolución de los sujetos en distintas condiciones y, de esta forma, obtener una valoración más precisa de la efectividad del programa; en esta línea se desarrolla actualmente nuestra investigación.

En cuanto al segundo objetivo del trabajo, este estudio nos ha permitido aislar muy diversos factores asociados con la recaída. Algunos de estos factores se sitúan en el nivel pre-tratamiento; hemos comprobado que la recaída es más frecuente en personas solteras, sin hijos, con un historial de problemas con el alcohol en el padre, con una historia más severa de rupturas interpersonales como consecuencia de las drogas y con indicadores de conducta inadaptada en la adolescencia. Entre estas variables, probablemente la que más apoyo ya recibido en estudios previos es el estado civil; en diversos estudios se ha constatado que los solteros tienen mayores índices de consumo de drogas tras el tratamiento (Brewer et al., 1998) y mayores tasas de readmisión (Moos, Mertens y Brennan, 1994).

En cuanto a las variables relacionadas con el tratamiento, las características asociadas a la recaída fueron variables que tienen que ver con la experiencia subjetiva de la intervención: la recaída se vincula a peores relaciones percibidas con el personal y con los compañeros, y una menor satisfacción al finalizar el programa. No se encontró relación entre la recaída y el tiempo de duración del tratamiento; sin embargo, un resultado frecuente en la literatura sobre la recaída es que ésta se relaciona con tratamientos más

cortos (Brewer et al., 1998). En nuestro trabajo nos encontramos con un tratamiento que, aunque puede variar en duración, en todos los sujetos es relativamente largo, incluso en los casos de menor longitud. Por una parte, la menor variabilidad en la duración de la intervención puede dar lugar a que sea más difícil encontrar efectos de esta característica; por otra parte, quizás exista un “efecto techo”, de forma que, aunque la mayor longitud del tratamiento da lugar a un menor riesgo de recaída, esta relación podría atenuarse cuando se superan ciertos límites de duración.

Aunque algunas variables pre-tratamiento y asociadas al tratamiento se relacionaron con la recaída, donde encontramos un número más amplio de diferencias significativas fue en las variables post-tratamiento. Este es un resultado que permite generar cierto optimismo respecto a las posibilidades de prevención de recaídas, dado que, a diferencia del “equipaje” pre-tratamiento, nos encontramos con características maleables y susceptibles de intervención.

Las áreas implicadas en la predicción de la recaída parecen diversas. La familia es un entorno que, ya en otros estudios, se ha sugerido como una fuente de influencia importante en la evolución post-tratamiento; diversos trabajos han encontrado que el conflicto y el estrés familiar aumentan el riesgo de recaída (Booth et al., 1992; Smith y Frawley, 1993). En nuestro trabajo se ratifica la importancia del clima de relaciones con la familia: la recaída se asocia a peores relaciones con la familia de origen y con la percepción de un menor apoyo por parte de ésta.

Respecto al área laboral, otros trabajos han encontrado también que la falta de empleo o la vivencia de problemas en el ámbito laboral se relaciona con peores resultados en la intervención en drogodependencias (Joe et al., 1994; Slater y Linn, 1982). En este estudio, hemos encontrado que la recaída se asocia con un peor ajuste e integración en el campo laboral; estos resultados apoyan la conveniencia de fomentar la integración laboral como una vía hacia la rehabilitación.

En cuanto al ámbito de los amigos, dos variables parecen relacionarse con la recaída. Por una parte, un menor número de amigos y, por otra, el contacto con amigos consumidores de drogas ilegales. Esta última variable es otra de las más citadas en la investigación sobre recaídas; a pesar de que la predicción de las recaídas es un campo repleto de resultados contradictorios, la

relación con amigos consumidores es una de las variables que, de un modo más consistente, emerge como factor de riesgo (Brewer et al., 1998).

Otro de los campos investigados, en el que se encontraron factores asociados a la recaída, fue el tiempo libre. Este es un tema mucho menos analizado en la investigación previa, y en los últimos años diversos autores han reclamado una mayor atención a este componente del estilo de vida (Odriozola, 1992; Brewer et al., 1998). El meta-análisis de Brewer et al. (1998), por ejemplo, concluye que la investigación futura habrá de analizar más en detalle el poder predictivo de variables como una ocupación pasiva del tiempo de ocio. Precisamente, en nuestro estudio, se ha comprobado la relación entre la recaída y un patrón de ocio más pasivo y más insatisfactorio; los recaídos dedican más tiempo a ver la televisión y a salir a bares y discotecas, y dedican menos tiempo a actividades compartidas con la familia; el aburrimiento es, asimismo, más frecuente en los sujetos que recaen. Resultados semejantes a estos han sido encontrados, en nuestro país, por Odriozola (1992): en un trabajo con grupos de recaídos y no recaídos, se encontró los recaídos tenían más tiempo libre, y pasaban más tiempo en bares y pubs; en dicho trabajo se encontró también que los no recaídos pasaban más tiempo en casa, durante la semana, y realizando actividades al aire libre durante el fin de semana. Por lo demás, la importancia del tiempo libre como elemento de riesgo/protección en el consumo de drogas ha sido comprobada en muestras de adolescentes; algunos autores han hablado de que un “patrón improductivo” de empleo del tiempo libre (personas con mucho tiempo libre, que se ocupa en bares y pubs) como un patrón de riesgo para implicarse en el consumo de drogas (Alonso y Del Barrio, 1994). En definitiva, de acuerdo con estos resultados, parece que educar para una ocupación satisfactoria del tiempo de ocio puede ser una útil estrategia no sólo para prevenir la iniciación en el consumo de los jóvenes, sino también para prevenir la recaída en ex – drogodependientes.

Otro de los aspectos investigados fue el apoyo social. Éste es un constructo que ha alcanzado gran popularidad en el ámbito de la psicología, y que se supone implicado en muy distintos fenómenos de relevancia clínica y social. Habitualmente se asume que sentirse “apoyado” (sentir que existen personas dispuestas a ayudarnos, a valorarnos y a proporcionarnos afecto) contribuye al ajuste del individuo y amortigua los efectos del estrés. En el

campo de las adicciones, se ha supuesto también que las personas con menor apoyo social tendrán más riesgo de desadaptación personal y, por tanto, de recaída. Nuestro trabajo (como otros realizados en este campo) sugiere que esa relación existe. Hemos comentado ya que los recaídos perciben un menor apoyo por parte de la familia y que tienen un menor número de amigos; pero, además, cuando se emplean medidas más generales, para evaluar hasta qué punto el individuo se ha sentido apoyado durante el período post-tratamiento, encontramos evidencia de que los recaídos han percibido a menos personas proporcionando apoyo y que el apoyo recibido ha sido menos satisfactorio.

El área de las emociones y de los estados de ánimo fue también un campo que nos reveló diferencias claras entre recaídos y no recaídos. Esta es una de las áreas más clásicas en la predicción de recaídas: frecuentemente se ha encontrado que la recaída se relaciona con estados de ánimo negativos; en particular, la depresión es una variable que numerosos estudios han identificado como factor de riesgo (Bobo, McIlvain y Leed, 1998; Slatter y Linn, 1983). En nuestro trabajo, la depresión, la ansiedad y la hostilidad fueron más altas en los sujetos que recaen. Además, se encuentra que no sólo las emociones negativas, sino también la falta de emociones positivas contribuye al riesgo de recaer. Si a esto añadimos que la recaída se relaciona con una más baja satisfacción con la vida, podemos concluir que, de acuerdo con la conceptualización de Diener sobre el constructo “bienestar subjetivo” (Diener et al., 1999), la recaída se vincula con diversos indicadores de un bajo bienestar (alto afecto negativo, bajo afecto positivo, baja satisfacción con la vida).

La recaída se asocia también con una baja autoeficacia generalizada; los sujetos que recaen parecen tener menor confianza en sus posibilidades de afrontar situaciones difíciles y dudan más sobre sus propias capacidades. En lo que se refiere a las formas de afrontar situaciones de riesgo para el consumo, se encuentra que el llamado “pensamiento positivo” (enfrentarse de un modo activo y positivo a las situaciones o sentimientos que desencadenan el deseo de consumir) puede ser más efectivo para prevenir recaídas que el “pensamiento negativo” (focalizar la atención en las consecuencias negativas de las drogas). La utilidad del pensamiento positivo como vía de afrontamiento ha sido sugerida también por trabajos previos (véase Litman et al., 1983).

El campo de los valores ha sido mucho menos investigado en relación con la recaída. Sí se ha realizado abundante investigación sobre la asociación entre valores e inicio en el consumo de drogas por parte de los jóvenes. Un resultado bien establecido es que los jóvenes que se inician o progresan en el consumo de drogas dan más importancia a valores hedonistas, relacionados con el placer, la estimulación y las gratificaciones inmediatas (véase Romero et al., 1999). A juzgar por los resultados de este trabajo, la recaída parece asociarse a un perfil valorativo diferente. Los valores implicados en la recaída tienen más que ver, por una parte, con la dimensión interpersonal (se da menos importancia a “ayudar”, “ser leal”, “solidaridad social”), y, por otra, con los logros personales (menos importancia a “ser ambicioso”, “ser responsable”, “seguridad económica”). Asimismo, el tiempo libre es menos valorado por los recaídos; probablemente esto se relacione con la ocupación insatisfactoria del tiempo de ocio, que en líneas anteriores hemos comentado.

Cuando, a través de la taxonomía de Marlatt, investigamos los precipitantes inmediatos de la recaída, y hacemos una reconstrucción del primer episodio de consumo, vemos que las emociones negativas vuelven a cobrar protagonismo. Enfrentarse a estados emocionales negativos (especialmente, la depresión) es la categoría que con más frecuencia desencadena el primer consumo en los recaídos. Además, los propios sujetos apelan a las emociones negativas cuando se les pide que analicen los motivos de su recaída; y cuando examinamos las circunstancias externas que rodean al consumo y las emociones que impregnan los momentos previos al consumo, se ratifica la misma idea: el primer consumo, en los recaídos, se ha producido en condiciones que evocan aislamiento y malestar personal. La importancia de las emociones negativas como detonantes de recaída ha sido sugerida ya en otros trabajos realizados desde el modelo de Marlatt (1996a). Nuestro trabajo mostró también que el consumo moderado de alcohol puede responder a otros determinantes, más asociados a situaciones interpersonales y al deseo de potenciar estados de ánimo positivos. Se debe destacar que, tanto en los recaídos como en los consumidores moderados de alcohol, el deseo de “poner a prueba el control personal” parece adquirir una importancia mayor que en las muestras americanas (en nuestro trabajo, el 14.3% de los primeros consumos en recaídos y el 17.3% en los no recaídos se encajan en esta categoría).

También debemos señalar que, de acuerdo con algunas críticas formuladas al modelo taxonómico de Marlatt (Heather et al., 1991; Longabaugh et al., 1996), probablemente hay algunas categorías que se ven perjudicadas por la norma de priorizar las categorías más altas en la jerarquía (recordemos que, para codificar los episodios de consumo de acuerdo con Marlatt, se priorizan los determinantes intrapersonales frente a los interpersonales, los estados negativos frente a los positivos, etc.). Concretamente, si atendemos a la percepción de los sujetos, el ceder ante tentaciones e impulsos urgentes (el llamado *craving*) puede ser algo más importante que lo que la taxonomía sugiere. Como han señalado otros autores (Heather et al., 1991), una evaluación multidimensional de los episodios (que permitiese contemplar diferentes determinantes, y no elegir solamente uno) podría darnos una imagen más flexible y matizada de los precipitantes de la recaída.

En definitiva, este trabajo proporciona un interesante cuerpo de información sobre factores vinculados a la recaída. Con todo, también esta parte del trabajo deberá ser completada en estudios posteriores. Hemos de tener en cuenta que estamos ante un trabajo en gran parte retrospectivo: los sujetos nos proporcionan información sobre eventos y situaciones que ocurrieron en momentos pasados. Aunque esta forma de proceder es muy habitual en los análisis de recaídas, cada vez se demandan con más fuerza estudios prospectivos; evaluando a los sujetos en distintos momentos del tiempo (antes y después de la recaída) se podrá confirmar si los factores aislados son auténticos predictores o si, por el contrario, la visión que nos dan los individuos sobre momentos pasados está "contaminada" por vivencias posteriores. Además, estudios prospectivos, en los que se evalúe a los sujetos ya desde las primeras fases del tratamiento nos permitirán dar respuesta a otros interrogantes, como qué factores predicen el abandono del programa y/o la recaída *durante* el tratamiento. También en esta línea se sitúan actualmente nuestras investigaciones.

Con todo, en el campo de las recaídas, tanto este como otros estudios (retrospectivos y prospectivos) van generando una plataforma de conocimientos cada vez más sólida, que nos da "pistas" para perfeccionar y enriquecer el tratamiento. A la luz de nuestros resultados, entre las vías útiles se encontrarían: desarrollar competencias de control personal para el manejo

de las emociones negativas y la potenciación de los estados emocionales positivos; favorecer la integración familiar y laboral, y el desarrollo de redes amplias de apoyo social; fomentar una ocupación activa y satisfactoria del tiempo libre y controlar la exposición a modelos consumidores; potenciar la autoconfianza y desarrollar estrategias de “pensamiento positivo” para afrontar las situaciones de riesgo. Todo ello supone, desde luego, una tarea ardua y ambiciosa; pero es bien conocido que el consumo de drogas es un fenómeno complejo y que en él se engarzan muy distintos componentes; actuar en múltiples niveles y espacios personales parece necesario para lograr efectos duraderos y prevenir la recaída.

REFERENCIAS

- Abramson, L.Y., Garber, J. y Seligman, M.E.P. (1980). Learned helplessness in humans: An attributional analysis. En J. Garber y M.E.P. Seligman (Eds.), **Human helplessness: Theory and application**. Nueva York: Academic press.
- Alemi, F., Stephens, R.C, Llorens, S. y Orris, B. (1995). A review of factors affecting treatment outcomes: Expected treatment outcome scale. **American Journal Drug Alcohol Abuse**, **21** (4), 483-509.
- Allsop, S. y Saunders, B. (1989). Relapse and alcohol problems. En M. Gossop (Ed.), **Relapse and Addictive** (pp.11-40) . London: Routledge.
- Alonso, C. y Del Barrio, V. (1994). Empleo del tiempo libre y consumo de drogas en los adolescentes: Un análisis longitudinal. **Revista de Psicología Social**, **10**, 19-159.
- Anglin, M.D., Brecht, B., y Maddahian, E. (1989). Pre-treatment characteristics and treatment performance of legally coerced versus voluntary methadone maintenance admissions. **Criminology**, **27**(3),537-557.
- Annis, H.M. (1982a). **Situational Confidence Questionnaire**. Toronto, Canada: Addiction Research Foundation of Ontario.
- Annis, H.M. (1982b). **Inventory of Drinking Situations**. Toronto, Canada: Addiction Research Foundation.
- Annis, H.M. (1986). A relapse prevention model for treatment of alcoholics. En W.R. Miller y N. Heather (Eds.), **Treating Addictive Behaviors** (pp.407-433). Nueva York: Plenum Press.
- Annis, H.M. y Davis, C.S. (1988). Self-efficacy and the prevention of alcoholic relapse: Initial findings from a treatment trial. En T.B. Baker y D. Cannon (Eds.), **Addictive disorders: Psychological research on assessment and treatment** (pp. 88-112). Nueva York: Praeger.

- Annis, H.M. y Davis, C.S. (1989). Relapse prevention. En R.K. Hester y W.R. Miller (Eds.), **Handbook of Alcoholism Treatment Approaches** (pp.170-182). Nueva York: Pergamon Press.
- Armor, D., Polich, J. y Stambul, H. (1978). **Alcoholism and Treatment**. Nueva York: Wiley.
- Barber, J.G., Cooper, B.K. y Heather, N. (1991). The Situational Confidence Questionnaire (Heroin). **The International Journal of the Addictions**, **26**, 565-575.
- Bastein, R.T. y Adelman, H.S. (1984). Noncompulsory versus legally mandated placement, perceived choice, and response to treatment among adolescents. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, **52**, 171-179.
- Beck, A.T., Brown, G., Epstein, N. y Steer, R.A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, **56**, 893-897.
- Birke, S.A., Edelman, R.J. y Davis, P.E. (1990). An analysis of the abstinence violation effect in a sample of illicit drug users. **British Journal of Addiction**, **85**, 1299-1307.
- Bobo, J.K., McIlvain, H.E. y Leed, K.A. (1998). Depression screening scores during residential drug treatment and risk of drug use after discharge. **Psychiatric Services**, **49**, 693-695.
- Booth, B.M., Russell, D.W., Soucek, S. y Laughlin, P.R. (1992). Social support and outcome of alcoholism treatment: An exploratory analysis. **American Journal of Drug and Alcohol Abuse**, **18**, 87-101.
- Bradley, B.P., Gossop, M., Brewin, C.R., Phillips, G. y Green, L. (1992). Attributions and relapse in opiate addicts. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, **60** (3), 470-472.

- Braukmann, C.J., Bedlington, M.M., Belden, B.D., Braukmann, B.P., Husted, J.J., Ramp, K.K., y Wolf, M.M. (1985). Effets of a community-based group-home treatment program on male juvenile offenders use and abuse of drugs an alcohol. **American Journal of Drug and Alcohol Abuse**, **11**, 249-278.
- Brewer, D.D., Catalano, R.F., Haggerty, K., Gainey, R.R. y Fleming, C.B. (1998). A meta-analysis of predictors of continued drug use during and after treatment for opiate addiction. **Addiction**, **93**, 73-92.
- Brownell, K.D., Marlatt, G.A., Lichtenstein, E. y Wilson ,GT. (1986). Understanding and preventing relapse. **American Psychologist**, **41**, 765-782.
- Catalano, R.F, Hawkins, J.D, Wells, E.A. y Miller, J. (1990-91). Evaluation of effectiveness of adolescent drug abuse treatment, assessment of risks for relapse and promising approaches for relapse prevention. **The International Journal of the Addictions**, **25**, 1085-1140.
- Caudill, B.D. y Marlatt G.A. (1975). Modelling influences in social drinking: An experimental analogue. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, **43**, 405-415.
- Chaney, T.F., O'leary, M. R y Marlatt, G.A. (1978). Skill training with alcoholics. **Journal of Consulting and clinical Psychology**, **46**, 1092-1104.
- Connors, G.J., Longabaugh, R. y Miller, W.R. (1996). Looking forwark and back to relapse: implications for research and practice. **Addiction**, **91** (Suplemento), 191-196.
- Connors, G.J., Maisto, S.A. y Zywiak, W.H. (1996). Understanding relapse in the broader context of post-treatment functioning. **Addiction**, **91** (Suplemento), 173-190.
- Connors, G.J., Maisto, S.A., Donovan, D.M. (1996). Conceptualizations of relapse: A summary of psychological and psychobiological models. **Addiction**, **91** (Suplemento), 5-14.

- Costa, P.T. y McCrae, R.R. (1992). **Manual for the NEO Personality Inventory-Revised**. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Cronkite, R.C., and Moos, R.H. (1980). Determinants of the post treatment functioning of alcoholic patients: A conceptual framework. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, **48**, 305-316.
- Cumings, C., Gordon, J.R. y Marlatt, G.A.(1980). Relapse: prevention and prediction. En W.R. Miller (Ed.), **The Addictive Behaviors: Treatment of Alcoholism, Drug Abuse, Smoking, and Obesity** (pp. 291-321). Elmsford, NY: Pergamon Press.
- Curry, S., Marlatt, G.A. y Gordon, J.R. (1987). Abstinence violation effect: Validation of an attributional construct with smoking cessation. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, **55**, 145-149.
- DeJong, R. y Henrich, G. (1980). Followup results of a behavior modification program for juvenile drug addicts. **Addictive Behaviors**, **5**, 49-57.
- DeLeon, G. (1984). **The therapeutic community: Study of effectiveness**. Rockville, MD: NIDA.
- DeLeon, G., Wexler, H.K. y Jainchill, N. (1982). The therapeutic community: Success and improvement rates 5 years after treatment. **International Journal of the Addictions**, **17**, 703-747.
- Diener, E., Suh, E.M., Lucas, R.E. y Smith, H.L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. **Psychological Bulletin**, **125** (2), 276-302.
- Donovan, D.M. (1996a). Assessment issues and domains in the prediction of relapse. **Addiction**, **91** (Suplemento), 29-37.
- Donovan, D.M. (1996b) Marlatt's classification of lapse precipitants: is the Emperor still wearing clothes?. **Addiction**, **91** (Suplemento), 131-138.
- Donovan, D.M. y Chaney, E.F. (1985). Alcoholic relapse prevention and intervention: models and methods. En G.A. Marlatt y J.R. Gordon (Eds.), **Relapse Prevention** (pp. 351-416). Nueva York: Guilford Press.

- Feigelman, W.(1987). Daycare treatment for multiple drug abusing adolescents: Social factors linked with completing treatment. **Journal of Psychoactive Drugs**, **19**, 335-344.
- Fernández Hermida, J.R., Secades, R., Benavente, M. y Riestra, C. (1999). **Evaluación de la eficacia del programa educativo-terapéutico para rehabilitación de toxicómanos de Proyecto Hombre en Asturias**. Oviedo: Consejería de Servicios Sociales.
- Festinger, L. (1964). **Conflict, decision and dissonance**. Stanford: Standford University Press.
- Friedman, A.S., Glickman, N.W y Morrisey, M.R. (1987). Prediction to successful treatment outcome by client characteristics and retention in treatment in adolescent drug treatment programs: A large-scale cross validation study. **Journal of Dug Education**, **16**, 149-165.
- Friedman, A.S., Glickman, N.W. (1986). Program characteristics for successful treatment of adolescent drug abuse. **Journal of Nervous and Mental Disease**, **174** (11), 669-679.
- García González, R. (1991). **La prevención de recaída en la dependencia del alcohol: Desarrollo y valoración de un programa experimental de intervención**. Tesis doctoral no publicada. Universidad Autónoma de Madrid.
- Goldstein, S., Gordon, J.R. y Marlatt, G.A. (1984). **Attributional processes and relapse following smoking cessation**. Comunicación presentada en la reunion anual de la American Psychological Association. Toronto, Canadá.
- Grenier, C. (1985). Treatment effectiveness in an adolescent chemical dependency treatment program: A quasi-experimental design. **The International Journal of the Addictions**, **20**, 381-391.

- Havassy, B.E.; Hall, S.M. y Wasserman, D.A. (1991). Social support and relapse: Commonalities among alcoholics, opiate users, and cigarette smokers. **Addictive Behaviors, 16**, 235-226.
- Heather, N. y Robertson, I. (1981). **Controlled drinking**. London: Methuen.
- Heather, N., Stallard, A. y Tebbutt, J. (1991). Importance of substance cues in relapse among heroin users: comparison of two methods of investigation. **Addictive Behaviors, 16**, 41-49.
- Higgins, R.L y Marlatt, G.A. (1973). Fear of interpersonal evaluation as a determinant of alcohol consumption in male social drinkers. **Journal of abnormal Psychology, 84**, 644-651.
- Hubbard, R.L. y Mardsen, M.E. (1986). Relapse to use of heroin, cocaine and other drugs in the first year after treatment. En NIDA (Eds.), **Adolescent Drug Abuse: Analyses of treatment research**. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
- Hubbard, R.L., Cavanaugh, E.R., Craddock, S.G. y Rachal, J.V. (1985). Characteristics, behaviours and outcomes for youth in the TOPS. En A.S. Friedman y G.M. Beschner (Eds.), **Treatment services for adolescent substance abusers**. National Institute on Drug Abuse, U. S. Department of Health and Human Services.
- Hubbard, R.L., Marsden, M.E., Rachal, J.V., Harwood, H.J., Cavanaugh, E.R., y Ginsburg, H.M. (1989). **Drug Abuse Treatment: A National Study of Effectiveness**. University of North Carolina Press: Chapel Hill, NC.
- Hunt, W.A., Barnett, L.W. y Branch, L.G. (1971). Relapse rates in addiction programs. **Journal of Clinical Psychology, 27**, 455-456.
- Joe, G. W., Chastain, R. L., Marsh, K. L., y Simpson, D. D. (1990a). Relapse. En D. D. Simpson and S. B. Sells (Eds.), **Opioid Addiction and Treatment: A 12-Year Follow-Up** (pp.121-136). Robert. E. Krieger Publishing Co., Matabar, FL.

- Joe, G.W., Chastain, R.L., y Simpson, D.D. (1990). Reasons for addiction stages. En D. D. Simpson and S. B. Sells (Eds.), **Opioid Addiction and Treatment: A 12-Year Follow-Up** (pp.73-99). Robert E. Krieger Publishing Co., Malabar, FL.
- Joe, G.W., Lloyd, M.R., Simpson, D.D., y Singh, B.K. (1982-83).,Recidivism among opioid addicts after drug treatment: An analysis of race and tenure in treatment. **American Journal Drug Alcohol Abuse**, **9**(4), 371-382.
- Joe, G.W., Simpson, D.D. y Sells, S.B. (1994). Treatment process and relapse to opioid use during methadone maintenance. **American Journal of Drug and Alcohol Abuse**, **20**, 173-197.
- Litman, G. K. (1986) Alcoholism survival: the prevention of relapse. En W.R. Miller y N. Heater (Eds.), **Training Addictive Behaviors: Processes of Change** (pp.391-405). Nueva York: Plenum Press.
- Litman, G.K., Eiser, J.R. y Taylor, C. (1979). Dependence, relapse and extinction: A Theoretical critique and a behavioral examination. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, **35** (1), 192-199.
- Litman, G.K., Stapleton, J., Oppenheim, A.N. y Peleg, M. (1983). An instrument for measuring coping behaviours in hospitalized alcoholics: Implications for relapse prevention treatment. **British Journal of Addiction**, **78**, 269-276.
- Longabaugh, R., Rubin, A., Stout, R.L., Zywiak, W.H. y Lowman, C. (1996). The reliability of Marlatt's taxonomy for classifying relapses. **Addiction**, **91** (Suplemento), 73-88.
- Lowman, C., Allen, J., Stout, R.L. y The relapse research Group. (1996). Replication and extension of Marlatt' s taxonomy of relapse precipitants: overview of procedures and results. **Addiction**, **91** (Suplemento), 51-72.
- Ludwig, A. M.(1972).On and off the wagon: Reasons for drinking and abstaining by alcoholics. **Quartely Journal Studies of Alcohol**, **33**, 91-96.

- Luengo, M.A., Otero, J.M., Mirón, L. y Romero, E. (1995). **Análisis psicosocial del consumo de drogas en los adolescentes gallegos**. Santiago: Xunta de Galicia.
- Maddux J. F. y Desmond, D.P. (1981). **Careers of Opioid Users**. New York. Praeger.
- Maisto, S.A., Connors, G.J. y Zywiak, W.H. (1996). Construct validation analyses on the Marlatt typology of relapse precipitants. **Addiction, 91** (Suplemento), 89-98.
- Marlatt, G.A. (1978). Craving for alcohol, loss of control and relapse: A cognitive-behavioral analysis. En P.E. Nathan, G.A. Marlatt y T. Loberg (Eds.), **Alcoholism: New directions in behavioral research and treatment**. Nueva York: Plenum.
- Marlatt, G.A. (1979). Alcohol use and problem drinking: A cognitive-behavioral analysis. En P.C. Kendall y S.D. Hollon (Eds.), **Cognitive-behavioral interventions: Theory, research and procedures**. Nueva York: Academic Press.
- Marlatt, G.A. (1985). **Relapse prevention** (pp. 3-200). Nueva York: The Guilford Press.
- Marlatt, G.A. (1996a). Taxonomy of high-risk situations for alcohol relapse: Evolution and development of a cognitive-behavioral model. **Addiction, 91** (Suplemento), 37-50.
- Marlatt, G.A. (1996b). Lest taxonomy become taxidermy: a comment on the relapse replication and extension project. **Addiction, 91** (Suplemento), 147-154.
- Marlatt, G.A. y Gordon, J.R. (1985a). Determinants of relapse: implications for the maintenance of behavior change. En P.O. Davidson y S.M. Davidson (Eds.), **Behavioral Medicine: Chancing Health Lifestyles** (pp.410-452). Nueva York: Brunner/Mazel.

- Marlatt, G.A. y Gordon, J.R. (Eds.) (1985b). **Relapse prevention: Maintenance strategies in addictive behavior change**. Nueva York: Guilford.
- Marlatt, G.A. y Rohsenow, D.J. (1980). Cognitive processes in alcohol use: Expectancy and the balanced placebo design. En N.K. Mello (Ed.), **Advances in substance abuse (Vol. 1)**. Greenwich, Conn: Jai Press.
- Mcintosh, J. y McKeganey, N. (2000). The recovery from dependent drug use: addicts' strategies for reducing the risk of relapse. **Drugs: education, prevention and policy, 7** (2), 179-192.
- McLellan, A.T., Luborsky, L., Woody, G.E., O'Brien, C.P. y Druley, K.A. (1983). Predicting response to alcohol and drug abuse treatments. **Archives of General Psychiatry, 40**, 620-625.
- Mermelstein, R., Cohen, S. y Lichtenstein, E. (1983). **Slips versus relapses in smoking cessation: A situational analysis**. Comunicación presentada en el encuentro de la Western Psychological Association, San Francisco.
- Messina, N., Wish, E. y Nemes, S. (2000). Predictors of treatment outcomes in men and woman admitted to a therapeutic community. **American Journal Drug Alcohol Abuse, 26** (2), 207-227.
- Miller, P.M. y Eisler, R.M. (1977). Assertive behavior of alcoholics: A descriptive analysis. **Behavior Therapy, 8**, 146-149.
- Miller, W.R. (1985). Motivation for treatment: a review with special emphasis on alcoholism. **Psychological Bulletin, 98**, 84-107.
- Miller, W.R. (1996). What is a relapse?. Fifty ways to leave the wagon. **Addiction, 91** (Suplemento), 15-28.
- Miller, W.R. y Hester, R.K. (1986). The effectiveness of alcoholism treatment: What research reveals. En W. R. Miller y N. Heather (Eds.), **Treating Addictive Behaviors: Processes of Change** (pp.121-174). Nueva York: Plenum.

- Miller, W.R. y Marlatt, G.A. (1984). Comprehensive Drinker Profile (Odessa, FL, Psychological Assessment Resources, Inc., 1984, address: PO Box 998, Odessa, FL 33556).
- Miller, W.R. y Marlatt, G.A. (1996). Relapse Interview: Intake and follow-up. **Addiction, 91** (Suplemento), 231-240.
- Miller, W.R., Leckman, A.L., Delaney, H.D. y Tinkcom, M. (1992). Long-term follow-up of behavioural self-control training. **Journal of studies on alcohol, 53**, 249-261.
- Miller, W.R., Westerberg, V.S., Harris, R.J. y Tonigan, J.S. (1996). What predicts relapse? Prospective testing of antecedent models. **Addiction, 91** (Suplemento), 155-172.
- Moos, R.H., Mertens, J.R. y Brennan, P.L. (1994). Rates and predictors of four-year readmission among late-middle-aged and older substance abuse patients. **Journal of Studies on Alcohol, 55**, 561-570.
- O'Connell, K.A. y Martin, E.J. (1987). Highly tempting situations associated with abstinence, temporary lapse and relapse among participants in smoking cessation programs. **Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55**, 367-371.
- Odriozola, A. (1992). **La utilización del tiempo libre y recaídas en drogodependientes abstinentes**. San Sebastián: Proyecto Hombre.
- Orford, J. y Edwards, G. (1977). **Alcoholism: A comparison of Treatment and Advice, with a study of Influence of Mariage**. Maudsley monographs Num. 26. Nueva York: Oxford University Press.
- Ornstein, P., y Cherepon, J.A. (1985). Demographic variables as predictors of alcoholism treatment outcome, **Journal Study of Alcohol, 46(5)**, 425-432.

- Ossip-Klein, D.J., Bigelow, G., Parker, S.R., Curry, S., Hell, S. e Irkland, S. (1986). Classification and assessment of smoking behavior. **Health Psychology, 5** (Suplemento), 3-11.
- Palenzuela, D.L., Almeida, L, Prieto, G. y Barros, A.M. (1994). **Validación transcultural hispano-portuguesa de una versión revisada de la batería de escalas de expectativas generalizadas de control (BEEGC)**. Informe técnico. Universidades de Salamanca y Minho. Salamanca y Braga.
- Prochaska, J.O. y DiClemente, C.C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. **Psychotherapy: Theory, research and practice, 19**, 276-288.
- Procidano, M.E. y Heller, K. (1983). Measures of perceived social support from friends and from family: Three validation studies. **American Journal of Community Psychology, 11**, 1-24.
- Rollnick, S. y Heather, N. (1982). The application of Bandura' s self-efficacy theory to abstinence-oriented alcoholism treatment. **Addictive Behaviors, 7**, 243-250.
- Romero, E. (1996). La predicción de la conducta antisocial: Un análisis de las variables de personalidad. Tesis doctoral. Universidad de Santiago de Compostela.
- Romero, E., Sobral, J. y Luengo, M.A. (1999). **Personalidad y delincuencia. Entre la biología y la sociedad**. Granada: GEU.
- Rounsaville, B.J., Weissman, M. M., Crits-Cristoph, K., Wilber, C., y Kleber, H., (1982).Diagnosis and symptoms of depression in opiate addicts. **Archives of General Psychiatry, 39**, 151-156.
- Rush, T.V. (1979). Predicting treatment outcomes for juvenile and young-adult clients in the Pennsylvania substance-abuse system. En G.M. Beschner (Ed.), **Youth**. Lexington, MA: Lexington Books.

- Sánchez-Carbonell, J., Brigós, B. y Camí, J. (1989). Evolución de una muestra de heroinómanos dos años después del inicio del tratamiento. **Revista de Medicina Clínica**, **92** (4),135-139.
- Sánchez-Carbonell, J., Camí, J. y Brigós, B. (1988). Follow-up of heroin addicts in Spain: results 1 year after treatment admission. **British Journal of Addictions**, **84**, 1439-1448.
- Sánchez-Craing, M. (1976). Cognitive and behavioral coping strategies in the reappraisal of stressful social situations. **Journal of Counseling Psychology** , **23**, 7-12.
- Sandín, B., Chorot, P., Lostao, L., Joiner, T.E., Santed, M.A. y Valiente, R.M. (1999). Escalas PANAS de afecto positivo y negativo: Validación factorial y convergencia transcultural. **Psicothema**, **11**, 37-51.
- Sarason, I.G., Levine, H.M., Basham, R.B. y Sarason, B.R. (1983). Assessing social support: The Social Support Questionnaire. **Journal of Personality and Social Psychology**, **44**, 127-139.
- Schwartz, S.H. (1992). **Universals in the content and structure of values. Theoretican advances and empirical tests in 20 countries**. San Diego: Academic Press.
- Sells, S.B. y Simpson, D.D. (1979). Evaluation of treatment outcome for youths in the Drug Abuse Reporting Program (DARP): A follow-up study. En G.M. Beschner (Ed.), **Youth Drug Abuse: Problems, Issues and Treatments** (pp. 571-628). Lexington, M. A: Lexington Books.
- Shiffman, S. (1989). Conceptual issues in the study of relapse. En M. Gossop (Ed.), **Relapse and addictive behaviour** (pp. 149-179). Londres: Routledge.
- Simpson, D.D., Joe, G.W., Lehman, W. E.K., y Sells, S.B. (1986). Addiction careers: Etiology, treatment, and 12-year follow-up outcomes. **Journal of Drug Issues**, **16** (1),107-121.

- Simpson, D.D., y Sells, S.B. (Eds.), 1990. **Opioid Addiction and Treatment: A Twelve Year Follow-up**. Malabar, FL: Robert E. Krieger Publishing Co.
- Slater, E.J. y Linn, M.W. (1982-83). Predictors of rehospitalization in a male alcoholic population. **American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 9**, 211-220.
- Smith, J.A. y Frawley, P.J. (1993). Treatment outcome of 600 chemically dependent patients treated in a multimodal inpatient program including aversion therapy and pentothal interviews. **Journal of Substance Abuse Treatment, 10**, 359-369.
- Sobell, L.C., Toneato, T. y Sobell, M.B. (1994). Behavioral assessment and treatment planning for alcohol, tobacco, and other drug problems: current status with an emphasis on clinical applications. **Behavior Therapy, 25**, 533-580.
- Stout, R.L., Longabauch, R., y Rubin, A (1996). Predictive validity of Marlatt's relapse taxonomy varsus a more general relapse code. **Addiction, 91** (Suplemento), 99-110.
- Stout, R.L., Longabauch, R., Noel, N.E. y Beattie, M.C. (1988). Life table analysis of alcohol treatment failure (Abstract). **Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 12**, 331.
- Surgeon General (1988). **The Health Consequences of Smoking: Nicotine Addiction**. A report of a Surgeon General, U.S. Department of Health and Human Services. Centers for Disease Control. Center for Health Promotion and Education.
- Sutton, S. (1993). Is wearing clothes a high risk situation for relapse?. The base rate problem in relapse research. **Addiction, 88**, 725-727.
- Vaillant, G. E. (1966). A twelve year follow-up of New York narcotic addicts: Some characteristics and determinants of abstinence. **American Journal of Psychiatry, 123**, 573-585.

- Vaillant, G.E. (1983). **Natural History of Alcoholism**. Cambridge, Ma, Harvard University Press.
- Veit, C.T. y Ware, J.E. Jr. (1983). The structure of psychological distress and well-being in general populations. **Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51**, 730-742.
- Waldorf, D. (1983). Natural recovery from opiate addiction: Some social-psychological processes of untreated recovery. **Journal of Drug Issues, 13**, 237-281.
- Walton, M.A., Castro, F.G. y Barrington, E.H. (1994). The role of attribution in abstinence, lapse, and relapse following substance abuse treatment. **Addictive Behaviors, 19** (3), 319-331.
- Watson, D. y Tellegen, A. (1985). Toward a consensual structure of mood. **Psychological Bulletin, 98**, 219-235.
- Watson, D., Clark, L.A. y Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. **Journal of Personality and Social Psychology, 54**, 1063-1070.
- Weiner, B. (1974). **Achievement motivation and attribution theory**. Morristown, N.J.: General Learning Press.
- Weiner, H.D., Wallen, M.C., y Zankowski, G.L. (1990). Culture and social class as intervening variables in relapse prevention with chemically dependent women. **Journal of Psychoactive Drugs, 22** (2), 239-248.
- Wilson, G.T. (1978). Booze, beliefs, and behavior: cognitive processes in alcohol use and abuse. En P.E. Nathan, G.A. Marlatt y T. Loberg (Eds.), **Alcoholism: New Directions in behavioral Research and Treatment** (pp. 315-339). Nueva York: Plenum Press.
- Zung, W.W.K. (1965). A self-rating depression scale. **Archives of General Psychiatry, 12**, 63-70.

Zywiak, W.H., Connors, G.J., Maisto, S.A. y Westerberg, V.S. (1996). Relapse research and the Reason for Drinking Questionnaire: A factor analysis of Marlatt's taxonomy. **Addiction**, **91** (Suplemento), 121-130.

Anexo 1: Lista de tablas, gráficas y cuadros

<i>Tabla 1. Análisis de las situaciones de recaída en el estudio de tratamiento aversivo.</i>	28
<i>(Marlatt, 1978; Marlatt, 1985, p.74; Marlatt, 1996a, p.40)</i>	28
<i>Tabla 2. Categorías para la clasificación de los determinantes de la recaída Adaptado de Marlatt, 1985</i> <i>pp- 80-81 y Marlatt, 1996 pp. 44-45</i>	32
<i>Tabla 3 Analisis de situaciones de recaída en las diferentes muestras</i>	35
<i>Figura 1. Modelo Cognitivo-Conductual del proceso de recaída.</i>	37
<i>(Marlatt, 1996a, pp.46)</i>	37
<i>Fig. 2. Esquema heurístico para la conceptualización de los niveles de evaluación relacionado con el</i> <i>modelo de predicción de recaídas de Shiffman. (Donovan, 1996a, p.32)</i>	56
<i>Tabla 4. Tiempo entre el fin del tratamiento y la realización del estudio</i>	83
<i>Tabla 5. Nivel de estudios de los sujetos de la muestra</i>	84
<i>Tabla 6. Situación ocupacional al llegar a Proyecto Hombre</i>	85
<i>Tabla 7. Tiempo de consumo habitual de sustancias</i>	85
<i>Cuadro 1. Muestra de ítems incluidos en el Inventario de Estrategias de Afrontamiento</i>	99
<i>Cuadro 2. Muestra de ítems incluidos en el Inventario de Confianza Situacional</i>	100
<i>Gráfica 1. ¿Con quién conviven los sujetos una vez finalizado el tratamiento?</i>	105
<i>Gráfica 2. Relación con la familia de origen</i>	106
<i>Gráfica 3. Problemas interpersonales en el ámbito familiar</i>	106
<i>Gráfica 4. Apoyo moral recibido de la familia</i>	107
<i>Gráfica 5. ¿Familia sensible a tus necesidades?</i>	108
<i>Gráfica 6. Número de personas que, en el entorno de convivencia, consumen alcohol</i>	109
<i>Gráfica 7. Número de personas que, en el entorno de convivencia, consumen drogas ilegales</i>	109
<i>Gráfica 8. Apoyo de la familia en el intento por mantener la abstinencia</i>	110
<i>Gráfica 9. Situación laboral de los sujetos de la muestra</i>	111
<i>Gráfica 10. Satisfacción con el trabajo/estudios</i>	112
<i>Gráfica 11. Relación con los jefes/profesores</i>	112
<i>Gráfica 12. Relación con los compañeros de trabajo/estudios</i>	113
<i>Gráfica 13. Relación con la pareja en el período post-tratamiento</i>	114
<i>Gráfica 14. Apoyo moral recibido de la pareja</i>	115
<i>Gráfica 15. ¿Pareja sensible a tus necesidades?</i>	115
<i>Gráfica 16. Apoyo de la pareja en el intento por mantener la abstinencia</i>	116
<i>Gráfica 17. Relación con los amigos en el período post-tratamiento</i>	117
<i>Gráfica 18. Apoyo moral recibido de los amigos</i>	117
<i>Gráfica 19. ¿Amigos sensibles a tus necesidades?</i>	117
<i>Gráfica 20. Número de amigos consumidores de alcohol</i>	118
<i>Gráfica 21. Número de amigos que consumen drogas ilegales</i>	119
<i>Gráfica 22. Apoyo de los amigos en el intento por mantener la abstinencia</i>	120
<i>Tabla 8. Promedio de horas semanales dedicadas a distintas actividades de tiempo libre</i>	121
<i>Gráfica 23. Número de horas semanales de aburrimiento</i>	122

Gráfica 24. Problemas de contacto social en el período post-tratamiento	122
Tabla 9. Adjetivos del PANAS con las medias más altas y las medias más bajas.....	123
Gráfica 25. Satisfacción consigo mismo en el período post-tratamiento	124
Gráfica 26. “Me he sentido una persona feliz”	125
Gráfica 27. “Me he sentido querido”	125
Gráfica 28. Consumo de alcohol en el período post-tratamiento	126
Gráfica 29. Consumo de alcohol en función del género	127
Gráfica 30. Consumo de alcohol en función de la edad.....	128
Tabla 10. Contextos de consumo de alcohol	129
Gráfica 31. Consumo de drogas ilegales en el período post-tratamiento	130
Tabla 11. Porcentajes de consumo de diferentes drogas ilegales.....	130
Gráfica 32. Consumo de drogas ilegales en función del género.....	131
Gráfica 33. Consumo de drogas ilegales en función de la edad.....	131
Tabla 12. Características pre-tratamiento que se asocian a la recaída	134
Gráfica 34. Estado civil y recaída.....	134
Gráfica 35. Hijos antes del tratamiento y recaída.....	135
Gráfica 36. Problemas de alcohol en el padre y recaída.....	135
Gráfica 37. Rupturas con amigos y recaída.....	136
Gráfica 38. Relación con la Junta de Menores/Tribunal Tutelar y recaída.....	137
Tabla 13. Características relativas al tratamiento que se asocian a la recaída	138
Gráfica 39. Relaciones con el personal del programa y recaída.....	138
Gráfica 40. Satisfacción al finalizar el programa y recaída.....	139
Tabla 14. Variables familiares y recaída	139
Gráfica 41. Relación con la familia de origen y recaída	140
Tabla 15. Variables laborales y recaída	141
Tabla 16. Variables del grupo de amigos y recaída.....	141
Gráfica 42. Contacto con amigos consumidores de drogas ilegales y recaída.....	142
Tabla 17. Variables del tiempo de ocio y recaída	142
Gráfica 43. Tiempo semanal en bares/discotecas y recaída	143
Tabla 18. Apoyo social y recaída	143
Gráfica 44. Satisfacción con el apoyo recibido y recaída.....	144
Tabla 19. Variables del área emocional y recaída.....	144
Tabla 20. Autoeficacia, afrontamiento y recaída	145
Tabla 21. Estrategias de afrontamiento más utilizadas por recaídos y no recaídos.....	146
Tabla 22. Valores y recaída	147
Tabla 23. Contextos del primer consumo en los sujetos recaídos.....	148
Tabla 24. Motivaciones autopercebidas para el primer consumo en los recaídos.....	149
Tabla 25. Características del escenario del primer consumo en los recaídos	150
Tabla 26. Contextos del primer consumo en los no recaídos.....	151
Tabla 27. Motivaciones autopercebidas para el primer consumo en los no recaídos	152

Tabla 28. Características del escenario del primer consumo en los no recaídos 153

Tabla 29. Medias en autoeficacia (Cuestionario de Confianza Situacional) de los no consumidores para diferentes tipos de situaciones..... 155

Anexo 2: Entrevista de Predicción de Recaídas (EPR)
