

Estrategias para la prevención de recaídas en el tratamiento de las adicciones: El uso de los instrumentos de evaluación y la terapia Cognitiva-Conductual.

Autores:

Jorge Valverdi

Lic. en Terapia Ocupacional. Jefe de Actuaciones internas de la Dirección General de Auditoría Médica del Ministerio de Salud. Santa Fe – Republica Argentina.

Integrante del equipo terapéutico para la atención de personas con adicciones de la Red de Clínicas Crecer. Santa Fe – Republica Argentina.

Magíster en Salud Mental y Adicciones (Atlantic International University). USA.

Doctorando en Salud Mental y Adicciones (Atlantic International University). USA.

valverdi.jorge@yahoo.com.ar, valverdi.jorge@hotmail.com

Maria Celeste Alvarez

Médico de planta del Ministerio de Desarrollo Social – Dirección General de Políticas Sociales en Adicciones de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires- Republica Argentina.

Médico de planta del Ministerio de Salud – Subsecretaría de Atención a las Adicciones – Provincia de Buenos Aires- Republica Argentina.

Integrante del equipo terapéutico para la atención de personas con adicciones de la Red de Clínicas Crecer. Santa Fe – Republica Argentina.

Magíster en Salud Mental y Adicciones (Atlantic International University). USA.

Doctorando en Salud Mental y Adicciones (Atlantic International University). USA.

mceleste32@hotmail.com

Resumen:

En esta publicación, se intentará dar una somera explicación a lo concerniente con las estrategias e instrumentos de evaluación para la prevención de recaídas en diferentes tipos de sustancias, su aplicabilidad clínica, y la utilidad clínica de los diferentes instrumentos, sino que además se hará un desarrollo de los aspectos relacionados con la terapia cognitivo-conductual y su importancia en el tratamiento de las adicciones.

Summary:

In this paper, we will try to give a brief explanation regarding the strategies and assessment tools for relapse prevention in different types of substances, their clinical applicability, and clinical utility of the different instruments, but also will become a development aspects of cognitive behavioral therapy and its importance in the treatment of addictions.

Introducción

En la actualidad, la intervención en la prevención de recaídas (PR) es una de las áreas de mayor desarrollo en el campo de las adicciones a las drogas. Es por eso que una cuestión esencial a tener en cuenta es la evaluación individual de los procesos vinculados a las recaídas, estas son: las situaciones de alto riesgo, las habilidades para reconocer situaciones y las estrategias de afrontamiento de los sujetos en esas situaciones.

Un programa de tratamiento que este relacionado con la prevención de recaídas debe focalizar mas en los aspectos positivos y menos en las áreas deficitarias del paciente, cuya finalidad sea definir los aspectos prioritarios del proceso terapéutico y planificar así el programa de entrenamiento en habilidades específicas. De este modo los problemas que se detecten en un individuo, no siempre pueden relacionarse analógicamente con otro paciente adicto, dado que por un lado pueden referirse a la incapacidad para resistir la presión social, mientras que por otro el problema fundamental puede ser su dificultad para afrontar las situaciones de soledad, entre otros problemas que puedan llegar a presentarse.

En esta publicación no solo se revisaran las estrategias e instrumentos de evaluación para la prevención de recaídas en diferentes tipos de sustancias, su aplicabilidad clínica, y la utilidad clínica de los diferentes instrumentos, sino que además se hará un desarrollo de los aspectos relacionados con la terapia cognitivo-conductual y su importancia en el tratamiento de las adicciones.

Estas más que claro que este tipo de terapia debe usarse luego de la aplicación de los instrumentos de evaluación, debido a que estos aportan cierta información y es el terapeuta quien debe interpretar y aplicarlo de la manera que crea conveniente.

Estrategias de evaluación en prevención de recaídas

Hoy día teniendo en cuenta los grandes avances tecnológicos y científicos en lo referido a las adicciones, se disponen de varias estrategias e instrumentos de valoración de habilidades de afrontamiento y/o situaciones de riesgo, elaborados fundamentalmente para desarrollar procedimientos específicos de intervención en la prevención de recaídas. Para esto se propone una clasificación en cinco tipos de procedimientos: 1) autorregistros, 2) informes autobiográficos de recaídas, es decir descripción de recaídas pasadas, 3) fantasías de recaída, 4) observación directa y 5) cuestionarios o autoinformes. A continuación, estas clasificaciones serán desarrolladas y se mencionaran distintos autores, valores, porcentajes y escalas de medición.

Utilidad de los Autorregistros

Autores tales como Boudin, (1972)¹; Callahan, Price y Dahlkoetter, (1980)²; Marlatt, (1979)³; Sobell y Sobell, (1973)⁴, sostienen que el uso de los autorregistros son procedimientos habituales en el campo de la adicción a las drogas, y su fiabilidad como método objetivo de valoración de la conducta de consumo de drogas ha sido estudiada en varios trabajos^{5, 6}. Sin embargo es conveniente utilizar medidas complementarias

o información facilitadas por familiares o terceros que puedan servir como fuente de datos. En cuanto al uso del autorregistro, el individuo consigna en ese formulario lo más significativamente posible al momento del consumo, información relevante para poder intervenir acerca de distintos aspectos tales como el tipo de droga y la cantidad, el día, la hora, el lugar, la compañía, el estado de ánimo, los antecedentes y las consecuencias de la conducta de consumo. Suele ocurrir que si bien la información puede ser muy valiosa para el terapeuta, esta puede estar un poco distorsionada por errores de memoria, este instrumento brinda para sí mismo información que a su vez sirve como retroalimentación inmediata, y es una gran ayuda para poder centrarse en un posterior cambio de comportamiento.

Los autorregistros, se utilizan generalmente en el inicio de la intervención terapéutica, es decir cuando el paciente aún no ha abandonado el consumo de la sustancia, jugando un rol fundamental cuando el objetivo del tratamiento no es la abstinencia total, como por ejemplo en los programas de consumo de alcohol controlada cuyo objetivo es lograr una reducción paulatina de la ingesta, o en los programas de reducción gradual de consumo de cigarrillos.

Una cuestión para destacar y que es de gran utilidad clínica es el “autorregistro de deseo” (García, 1994)⁷. Mediante este instrumento, el sujeto que ya se encuentra en situación de abstinencia, registra las situaciones de riesgo (internas y externas), el grado de deseo y la estrategia que utiliza para controlarlo, cuando experimenta el deseo o la urgencia de consumir.

Con respecto al “deseo de consumo”, existe un procedimiento alternativo que fue ensayado en un trabajo de Callahan et al. (1980), en el cual los pacientes debían telefonar a los terapeutas varias veces al día para comunicar las situaciones externas e internas vinculadas al deseo de consumir drogas.

Hay que destacar que uno de los problemas que siempre se suele plantear en este tipo de procedimientos es el seguimiento de las instrucciones, es por ello que mencionaremos que en un estudio de Wilkinson y Le Breton (1988)⁸ con jóvenes politoxicómanos, se encontró que el 30% de los pacientes no cubría el registro diario. Por lo que el incumplimiento de los mismos suele significar un mal pronóstico, dado que aparenta indicar una baja motivación del paciente⁹.

Como un hecho que hay que resaltar, es que uno de los riesgos para el propósito de la evaluación es la reactividad o reticencia que se produce en los pacientes, la cual se ve acentuada por tratarse de una conducta que el sujeto desea eliminar. En este contexto, el autorregistro puede ser considerado un componente activo del tratamiento. Una recomendación para este tipo de evaluación, es que esta reactividad que mencionamos puede verse reforzada si el registro se realiza antes del consumo de la sustancia y consensuado con el paciente que consume tabaco o alcohol, entre otros. Por otra parte, la cumplimentación de los autorregistros posibilita la elaboración de “gráficas de consumo” reforzando la abstinencia del sujeto, al proporcionar un feedback visual de los progresos individuales, situación que debe hacer notar el terapeuta.

En consecuencia, la utilización de estos autorregistros aportan varias ventajas: a) es de gran utilidad para

identificar situaciones de riesgo, b) ofrece información continua al paciente sobre el consumo de drogas, desde el pretratamiento y a través de todas las fases de la intervención y c) proporciona feedback al terapeuta sobre la efectividad del tratamiento.

Informes autobiográficos de recaídas

(Descripción de recaídas pasadas)

La descripción de recaídas pasadas también puede ser un buen elemento para proporcionar información útil al profesional acerca de futuras situaciones de riesgo, dado que tiene en sus manos un elemento estadístico que permite hacer una comparación con situaciones actuales. El procedimiento consiste en que el paciente relate de manera escrita o de forma verbal, una o varias experiencias de recaídas que le han ocurrido en el pasado. Esta descripción suele contener información acerca de los tipos de sustancias que ha consumido, durante cierto tiempo, con quién, cuándo, en qué situación, entre otros factores. Por lo general, el relato incluye un período aproximado de tiempo antes del consumo, en el cual la finalidad es buscar posibles señales de advertencia tanto internas como externas, es decir las relacionadas con el deseo de consumo o las relacionadas con el medio ambiente. Como un valor agregado, el relato debe incluir la reacción del paciente ante el consumo inicial de la sustancia, como también la de la familia y otras personas significativas.

Fantasías de recaída

Marlatt y Gordon (1985)¹⁰, han propuesto el concepto de la fantasía de recaída, esta es una de las estrategias específicas para la evaluación de situaciones de alto riesgo. La misma consiste en que el sujeto debe imaginar por motus proprio y sin ninguna ayuda, cómo cree que podría ocurrir su vuelta al anterior hábito de consumo de drogas. Esta información es de gran utilidad dado que al terapeuta le permite evaluar las situaciones de riesgo potenciales a través de cómo el paciente percibe la posibilidad de una recaída y cómo cree que se sentiría y se comportaría en esa situación.

Observación directa

Otra estrategia a tener en cuenta, y que no se da en la mayoría de las ocasiones, es la observación directa en la situación real, a pesar de que es difícil de llevar a cabo y resulta un método costoso, esta no tiene una utilización sistemática en los estudios de la conducta de consumo de drogas. Este procedimiento se ha empleado sobre todo con pacientes alcohólicos^{11, 12}, y con fumadores^{13, 14}, ya que su utilización con otro tipo de pacientes (por ejemplo, cocainómanos o heroínómanos) ofrece mayores costos e inconvenientes, teniendo en cuenta que no todos los pacientes consienten que una persona lo este observando durante un determinado tiempo.

En efecto, las observaciones en el ambiente real tienen utilidad práctica sólo con una parte muy limitada de la población consumidora de drogas. Lamentablemente hay que hacer notar que los trabajos que describen la observación directa del consumo de heroína son muy escasos. Wikler (1952)¹⁵, fue el primero en publicar estos trabajos, basándose sobre un caso clínico de un adicto de 33 años. Aunque, estas observaciones no se centraron en la descripción objetiva de los cambios conductuales, sino que se trataban de interpretaciones

desde una perspectiva mas bien psicoanalítica. Posteriormente y entre los años 1969 y 1976, han ido apareciendo diferentes estudios sobre observaciones directas de consumo de heroína^{16, 17, 18}. No obstante esto, estos trabajos que describen básicamente, el patrón de los efectos de la heroína, fueron retomados posteriormente por Solomon (1980)¹⁹ para la elaboración de la teoría del proceso oponente.

Con respecto a la adicción al tabaco, se han realizado numerosos estudios de este tipo para conocer la topografía del consumo de cigarrillos de los fumadores (consideremos que la topografía hace referencia a una representación gráfica con sus formas y detalles, tanto naturales como artificiales), analizando parámetros como la frecuencia, es decir la cantidad de cigarrillos consumidos por día o número de chupadas por cigarrillo, duración del cigarrillo o de la chupada, intervalo en termino de minutos o cantidad de horas entre cigarrillos o entre chupadas y volumen de la inhalación de la conducta de fumar²⁰.

Una estrategia alternativa a la observación natural y que puede tener significados positivos, es la observación en situaciones simuladas, esta puede ser de utilidad tanto en la fase de inicial de evaluación como, posteriormente en el tratamiento, debemos resaltar aquí que su utilización en grupo, (fundamentalmente cuando son grupos terapéuticos), es especialmente efectiva, debido a que facilita una excelente oportunidad para explorar diferentes aspectos y problemas comunes relacionados con el afrontamiento de situaciones de riesgo, hay que destacar que cuando se trata de grupos, estos son un excelente elemento de medición, teniendo en cuenta que cuando confrontan entre si, comienzan paulatinamente a surgir soluciones a problemas que parten de los propios sujetos y estos al ver que tienen un significado positivo, los alienta a seguir. Esta estrategia, es una técnica complementaria a los informes verbales que el sujeto ha ofrecido sobre sus estrategias de afrontamiento. Donde el paciente debe hacer un ensayo de conducta ante una situación de riesgo simulada, como si realmente estuviera ocurriendo, es por eso que los aportes de sus propios compañeros son de gran utilidad, mas aun cuando son comentarios positivos, pero si los comentarios son negativos también son un aporte, dado que sirve para hacer correcciones y para hacerle tomar conciencia de que puede seguir sin bajar los brazos. Este tipo de simulaciones permite obtener una idea más aproximada de la ejecución real en el futuro.

Como destacáramos anteriormente, la evaluación de las respuestas de afrontamiento en ambientes simulados, principalmente si es apoyado por sus compañeros, ofrece ciertas ventajas frente a otros procedimientos. Por un lado no plantea los problemas que pudieran llegar a surgir de la observación natural y, por otra parte, el entorno de evaluación se aproxima más a los ambientes reales de consumo que otras estrategias. Aun así, no está claro en qué medida las observaciones en situaciones de consumo simuladas, pueden llegar a ser representativas del ambiente natural²¹.

Cuestionarios o Autoinformes

Varias investigaciones realizadas por distintos autores han considerado que la utilización de los autoinformes de aquellas personas que presentan problemas con las drogas, son generalmente precisos y correctos siempre

y cuando la evaluación se lleve a cabo en una situación clínica adecuada y una vez que el paciente ya no se encuentre bajo los efectos de las drogas y cuando exista garantía de confidencialidad^{22, 23, 24}.

Dentro del contexto de la prevención de recaídas, en los últimos años se han desarrollado diferentes inventarios estructurados de evaluación individual. Estos inventarios hacen valoraciones de los diferentes procesos involucrados en la recaída en el consumo de drogas. Para poder hacer una mejor valoración, estos procesos se podrían clasificar en: a) situaciones de consumo o de recaída anteriores, b) estrategias de afrontamiento en las situaciones de riesgo y c) expectativas de autoeficacia del sujeto.

Para una mejor comprensión de lo anteriormente expuesto, haremos una revisión somera de algunos de los autoinformes más utilizados en la actualidad, y que se han podido recabar a lo largo de este proceso de ensayo bibliográfico.

A) evaluación de situaciones de riesgo para el consumo

Marlatt (1993)²⁵ define la situación de alto riesgo como cualquier situación, incluyendo las reacciones emocionales a la situación, que representa una amenaza para la sensación de control del individuo y aumenta el riesgo de recaída. Si partimos del supuesto de que la conducta pasada es el mejor indicador para mejorar la conducta futura, se puede esperar que las situaciones tanto externas como internas que han precipitado una recaída en el pasado, provoquen actos tentativos de consumo en el futuro.

La evaluación de las situaciones de riesgo y la delimitación y caracterización del patrón del consumo del paciente, deberían de constituir una de las etapas previas al diseño de una intervención conductual en la prevención de recaídas.

Inventory of Drug-Taking Situations (IDTS)

El Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas, elaborado por H. Annis (1985)²⁶ de la Addiction Research Foundation de Toronto, está compuesto por 50 ítems. A pesar de ser extenso, el objetivo de la prueba es que el paciente identifique las situaciones en las que consumía drogas durante el año anterior. Para ello, debe utilizar una escala con cuatro alternativas en cada una de las 50 situaciones: 1="nunca"; 2="raramente"; 3="frecuentemente"; 4="casi siempre".

Estos 50 ítems se encuadran dentro de las 8 clases de situaciones de riesgo propuestas por el grupo de Marlatt^{27, 28}, que a su vez, se dividen en 2 categorías generales: determinantes interpersonales e intrapersonales.

La idea básica del inventario es que las situaciones de consumo ocurridas en el pasado reciente, pueden representar situaciones de riesgo probables en el futuro. Este dispone de una plantilla de respuestas para ayudar al terapeuta a elaborar un perfil individualizado de las áreas de mayor riesgo para el consumo de heroína de cada paciente.

Tejero, Trujols y Avellanas (1991)²⁹ realizaron un trabajo con una muestra de 124 pacientes adictos a la

heroína, de este trabajo se desprende que el IDTS parece poseer una consistencia y validez interna satisfactoria. Estos autores constatan la existencia de cuatro subgrupos diferenciados de respuestas: 1) consumo de heroína para modificar estados afectivos negativos, 2) presión social externa, 3) evitar un malestar físico y 4) patrón de consumo indiferenciado, hay que hacer notar que altamente reactivo a todas las situaciones.

Self-Statement Record (SSR)

En tanto, Beck y Emery (1977)³⁰ elaboraron este Registro de Auto-Informe vinculado con la terapia cognitiva para drogodependientes, su finalidad es ayudar a los pacientes a superar las creencias negativas y a autodefenderse de los pensamientos conectados con la recaída. El SSR tiene una particularidad, que es la forma de valorar los estados no adaptativos cuando la persona consume drogas o está a punto de hacerlo. El procedimiento es el siguiente: en primer lugar, en cada situación de riesgo, el paciente elabora un informe de “auto-derrota” en el registro y selecciona el tipo de pensamiento negativo que lo caracteriza entre los que mencionaremos: 1) incapacidad, “no tengo fuerza de voluntad”, 2) excusas, “mis amigos me obligaron”, 3) necesidad, “necesito consumir” y 4) auto-culpabilidad, “¿qué es lo que me pasa?, ¿por qué no puedo cambiar?”. Posteriormente, el paciente registra el “grado de creencia” en ese informe en una escala desde 0 (no lo creo del todo) a 5 (lo creo completamente). Luego, el sujeto escribe sobre el registro un argumento para contrarrestar su creencia negativa (auto-derrotista) y su grado de creencia acerca de este argumento.

The Phases and Warning Signs of Relapse

A pesar de que este instrumento no es precisamente un cuestionario, de igual modo los hemos incluido en esta revisión dado que el procedimiento denominado “Fases y Señales de Advertencia de Recaída” elaborado por Gorski y Miller (1986)³¹ dentro de su modelo de prevención de recaídas. El “Modelo de Deterioro Neurológico” esta fundamentado en que el paciente debe conocer y familiarizarse con los indicios de antecedentes de sus recaídas anteriores, con el fin de poder desarrollar un plan para interrumpir la posible ideación de recaída futura. Esta estrategia esta ubicada en la cuarta fase de las nueve de las cuales consta el proceso de intervención global que desarrollan estos autores, y consiste en que el paciente elabore una lista personal de señales de aviso de vuelta al consumo, debiendo hacerlo con exactitud, eligiendo entre 3 y 5 situaciones que se le presentan por escrito por medio de un formulario que consigna una revisión de 37 señales de advertencia o aviso de recaída.

Esta descripción de la “recaída personal” que ha consignado el paciente, debe ser relatada a familiares, amigos y a otros miembros del grupo de autoayuda, su finalidad es que estas personas hagan en cierto aspecto un trabajo de co-terapeutas y puedan detectar alguno de estos indicios en el comportamiento diario del paciente, dado que son las mas indicados para hacer las observaciones.

Inventory of Drinking Situations (IDS)

El Inventario de Situaciones de Bebida propuesto por Annis, (1982a)³² tiene una concepción similar al

Inventory of Drug-Taking Situations, pero contiene 100 ítems en lugar de 50, y todos ellos están referidos a situaciones en las cuales el sujeto consumía alcohol de forma excesiva durante el último año. No obstante lo demás, el procedimiento que se sigue es el mismo. Hay que destacar que esta autora en el año 1984³³ ha desarrollado además una forma abreviada compuesta por 42 ítems.

Relapse Precipitants Inventory (RPI)

Autores tales como Litman, Stapleton, Oppenheim, Peleg y Jackson (1983)³⁴, han desarrollado en el Addiction Research Unit de Londres, este Inventario de Situaciones Precipitantes de Recaída. El mismo consta de 25 ítems que identifican diferentes situaciones en las cuales el alcohólico se siente más vulnerable para consumir. La particularidad es que el paciente tiene que determinar el grado de peligrosidad en cada una de ellas en una escala de tipo Likert. Estos 25 ítems se enmarcan dentro de cuatro categorías más generales: 1) estados de humor negativos, 2) situaciones externas y estados internos eufóricos, 3) estados de reducción de la vigilancia cognitiva y 4) ansiedad social. Para su interpretación, el riesgo de recaída es menor cuanto más bajo es el grado de peligrosidad percibido por el paciente.

Estos autores hacen una recomendación que es utilizar el inventario en la fase inicial del tratamiento para proporcionar al profesional indicadores medibles para intervenciones específicas.

El Relapse Precipitants Inventory también puede utilizarse en fases posteriores de la intervención, su finalidad es tratar de revelar cambios en las situaciones externas o en el estado de ánimo de los pacientes que los hagan más vulnerables a una recaída.

Hay que destacar que el Relapse Precipitants Inventory ha sido traducido y adaptado a la población española por García (1991).

Relapse Debriefing Form

El Formulario de Situaciones de Recaída se trata de un autoinforme elaborado por Shiffman, Read, Maltese, Rapkin y Jarvik (1985)³⁵ el objetivo es para obtener información sobre las probables crisis de recaída en las que los sujetos sufren tentaciones para fumar. Estas probables situaciones de recaída se clasifican en cuatro categorías: a) situaciones sociales, b) situaciones relajantes, c) situaciones de tensión (normalmente relacionadas con el trabajo) y d) situaciones emocionales desconcertantes. En cada una de estas situaciones se le hace al paciente preguntas acerca de dónde se encontraba, con quién, qué estaba haciendo, cómo se sentía antes y después de fumar, entre otras preguntas.

The Shiffman-Jarvik Withdrawal Scale

El Shiffman-Jarvik Withdrawal Scale fue elaborado debido a la relación encontrada entre los síntomas de abstinencia y la recaída en la conducta de fumar, en función de esto se han elaborado varias escalas para evaluar dichos síntomas y las situaciones que los incitan al consumo. Estas escalas pueden ser un instrumento interesante en la intervención en prevención de recaídas.

Esta escala³⁶ presenta 25 ítems de abstinencia de ex fumadores, agrupados en cinco categorías de síntomas: deseo, síntomas psicológicos, síntomas físicos, cambios de activación y aumento del apetito. Posteriormente surgió una más breve propuesta por Hughes y Hatsukami (1986)³⁷ que evalúa los síntomas de abstinencia a la nicotina.

B) evaluación de estrategias de afrontamiento en situaciones de riesgo

Según el modelo de prevención de recaídas en los pacientes consumidores, la ausencia de habilidades de afrontamiento ante situaciones de riesgo de consumo es un factor que puede conducir a la reaparición de la conducta adictiva. Por consiguiente, dichas habilidades juegan un papel crucial en el mantenimiento de la abstinencia y es por este motivo que se han elaborado varios procedimientos de evaluación de estrategias de afrontamiento en situaciones de riesgo para el consumo de drogas.

Coping Behaviours Inventory (CBI)

El Inventario de Conductas de Afrontamiento ha sido elaborado por Litman y su equipo³⁸ para explorar las habilidades de afrontamiento de pacientes alcohólicos. En este inventario se le pide a los sujetos que describan los métodos que utilizaban para evitar la recaída en 36 situaciones de riesgo diferentes, y tienen también que indicar la frecuencia con la que habían utilizado estos métodos en el pasado, mediante una escala de tipo Likert. Las respuestas se distribuyen en cuatro categorías diferentes: pensamientos positivos sobre las ventajas de la abstinencia, pensamientos sobre las consecuencias negativas de la bebida, estrategias de evitación/distracción y búsqueda de apoyo social.

Este inventario también ha sido traducido y adaptado por García González (1991)³⁹.

Situational Competency Test (SCT)

El Situational Competency Test, ha sido elaborado por Chaney, O' Leary y Marlatt (1978)⁴⁰ para la intervención con personas alcohólicas. En este cuestionario se presentan 16 situaciones incluidas en las siguientes categorías: frustración e ira, estados emocionales negativos y situaciones de tentación, todas ellas relacionadas tanto con situaciones intrapersonales como interpersonales. En el Situational Competency Test, el paciente escucha cada una de las situaciones a través de una grabación mientras se imagina a sí mismo como si realmente se encontrara allí, luego de esto debe describir lo que haría o diría en cada una de ellas.

Los autores han propuesto la utilización de cuatro medidas para evaluar las respuestas de los sujetos: 1) latencia, 2) duración de la respuesta, 3) condescendencia y 4) descripción de la respuesta.

La primera de ellas es decir la latencia, debe entenderse como el tiempo transcurrido desde el final de la exposición de la situación hasta el comienzo de la respuesta del sujeto, en tanto la segunda medida denominada duración, se refiere al número de palabras que utiliza el paciente en su respuesta, mientras que la tercera medida llamada condescendencia, es un resultado dicotómico, indica si el sujeto se ha enfrentado eficazmente o no a la situación, pero esto es según la valoración del terapeuta, por último, es decir la cuarta

medida vinculada a la especificación de la nueva conducta o descripción de la respuesta de afrontamiento, se valora si la respuesta de afrontamiento fue suficientemente detallada, de modo tal que la descripción se pudiera utilizar como una “guía de actuación de conducta”.

Coping With Temptation Inventory (CWTI)

Por último, el Inventario de Afrontamiento a Tentaciones de Shiffman (1988)⁴¹ se compone de una exhaustiva lista de estrategias de afrontamiento para no fumar, divididas en dos grandes categorías: respuestas de afrontamiento conductuales y cognitivas, donde el paciente debe indicar la frecuencia con la que ha utilizado cada una de estas estrategias. El Coping With Temptation Inventory, está organizado en categorías de respuesta y resulta un instrumento útil para la intervención individualizada.

C) Evaluación de expectativas de autoeficacia

La autoeficacia ha sido, tal vez, la variable cognitiva más estudiada en el ámbito de las conductas adictivas^{42, 43}. Para este autor, las expectativas de autoeficacia determinan las conductas de los sujetos en relación a las decisiones que se toman, el esfuerzo y el tiempo para llevarlas a cabo y a los patrones de pensamiento y reacciones emocionales durante las interacciones con el ambiente. En el campo de las adicciones, la autoeficacia esta relacionada con la convicción de los individuos sobre su capacidad para ejecutar las respuestas de afrontamiento necesarias para no consumir drogas.

Se ha podido observar que en varios estudios, la autoeficacia se ha propuesto como un buen predictor de las conductas de abstinencia no-abstinencia de los sujetos^{44, 45, 46}. Es por eso que a continuación se hace un detalle de los distintos instrumentos de evaluación, no obstante la variabilidad de estos, el objetivo es el mismo.

Drug-Taking Confidence Questionnaire (DTCQ)

El *Drug-Taking Confidence Questionnaire* elaborado inicialmente por Annis y Martin (1985)⁴⁷ y luego adaptado por Tejero, Trujols y Roca (1993)⁴⁸, tiene el propósito de evaluar la autoeficacia o la seguridad de que los pacientes adictos no consuman opiáceos en diferentes situaciones de alto riesgo, categorizadas según los factores identificados por Marlatt y su equipo.

El paciente hace una revisión de una lista de 50 ítems que son los mismos que los del *Inventory of Drug-Taking Situations* y, para cada uno de ellos se le solicita que se imagine a sí mismo como si realmente estuviera en esa situación. También valoran su confianza o seguridad para mantener la abstinencia, para resistirse a consumir drogas en una escala que va desde el 0% (no estoy totalmente seguro) hasta el 100% (estoy muy seguro).

De este modo, el terapeuta dispone de una plantilla de respuestas para obtener el nivel de confianza del paciente en cada una de las ocho categorías de situaciones de recaída, prevista en esta valoración. Los

valores que se obtienen intentan ofrecer datos clínicos importantes para planificar los objetivos del tratamiento y las estrategias para la prevención de recaídas.

Los resultados del trabajo de Tejero, Trujols y Roca (1993) muestran que este instrumento posee una consistencia interna satisfactoria como también una elevada eficacia discriminativa, dado que en las ocho escalas del autoinforme se obtuvieron diferencias significativas entre una muestra de adictos a opiáceos que se hallaban en estadio de acción y otra de adictos situados en estadio de mantenimiento.

Situational Confidence Questionnaire for Heroin Users (SCQH)

El Cuestionario de Seguridad Situacional para Consumidores de Heroína fue elaborado por Barber, Cooper y Heather (1991)⁴⁹ su finalidad fue la de medir las expectativas de autoeficacia en este tipo de pacientes. Consta de 22 ítems y fundamentalmente, el proceder es similar a los cuestionarios de autoeficacia descritos anteriormente. Ha demostrado poseer una elevada consistencia interna del mismo modo que una adecuada fiabilidad test-retest. No obstante esto, debido al reducido número de sujetos y al origen de la muestra, (si tenemos en cuenta que se realizó en una población de reclusos australianos) se hace necesarios nuevos estudios que delimiten las propiedades psicométricas de este autoinforme.

Situational Confidence Questionnaire (SCQ)

Es un instrumento similar al Drug-Taking Confidence Questionnaire, pero varía porque se utiliza exclusivamente para la valoración de la autoeficacia en situaciones de riesgo de pacientes alcohólicos. Originalmente el Cuestionario de Seguridad Situacional contiene 100 ítems⁵⁰ y 42 para la forma abreviada que se hizo posteriormente⁵¹. Como en el *Drug-Taking Confidence Questionnaire*, la categorización de las situaciones de riesgo se deriva de la clasificación propuesta por Marlatt y su equipo. Los pacientes alcohólicos se tienen que imaginar a sí mismos en cada situación e indicar en una escala de seis puntos (0="muy poco seguro"; 20 "20% de seguridad"; 40 "40% de seguridad"; 60 "60% de seguridad"; 80 "80% de seguridad"; 100 "muy seguro"), este cuestionario permite determinar qué grado de seguridad tienen para ser capaces de resistirse al consumo en cada situación.

The Confidence Questionnaire

La Escala de Confianza en Situaciones de Fumar de Condiotte y Lichtenstein (1981)⁵², tal vez sea la escala de autoeficacia para el hábito de fumar que más atención ha recibido. En esta escala el fumador tiene que indicar la probabilidad de resistir la urgencia de fumar en una escala de 0 a 100 puntos, en 46 situaciones de riesgo de fumar que se le presenta.

Según Baer, Holt y Lichtenstein, (1986), la fiabilidad de esta escala ha sido satisfactoria encontrándose cinco factores diferentes: imagen social, dieta, influencia social, placer y afecto negativo. Debido a su gran cantidad de situaciones, Baer y Lichtenstein (1988)⁵³ han reducido la escala original a catorce (14) ítems, utilizando el análisis factorial.

No obstante esto, también es meritorio destacar que existen otras escalas de autoeficacia para el hábito de fumar como las de Coelho (1984)⁵⁴ Di Clemente (1981)⁵⁵, Di Clemente, Prochaska y Gibertini (1985)⁵⁶.

La Terapia Cognitivo Conductual

La Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) compone un modelo de intervención en la clínica psicológica cuyo fundamento está basado en la investigación científica, y representa la integración de los principios derivados de teorías tales como: teoría del comportamiento, la teoría del aprendizaje social y la terapia cognitiva. Esto hipotéticamente supone uno de los enfoques más comprensivos para tratar los problemas vinculados con el uso de sustancias, consiste en el desarrollo de estrategias destinadas a aumentar el control que la persona tiene sobre sí misma. En este tipo de terapia, los terapeutas focalizan sobre los problemas actuales, establecen objetivos realistas y a la vez consensuados con los pacientes, intentan recabar resultados rápidos para los problemas más urgentes de este modo, hacen uso de técnicas empíricamente contrastadas para aumentar la capacidad de los pacientes para manejar sus propios problemas^{57,58}. Se trata de un enfoque flexible que puede adaptarse a las necesidades de los pacientes, además es estructurado, lo que permite la evaluación de resultados.

Las estrategias de intervención cognitivo-conductuales, están basadas en la teoría de que los procesos de aprendizaje juegan un papel crítico en la construcción de patrones de conducta desadaptada, donde los individuos deben aprender a identificar y a corregir las conductas problemáticas mediante el uso de una serie de habilidades que pueden ser instrumentadas para detener el abuso de drogas, y para hacer frente a otros problemas que con frecuencia conviven con el abuso y/o la dependencia. Generalmente para los casos de abusos de consumo, la Terapia Cognitivo-Conductual consiste en un conjunto de estrategias destinadas a mejorar el autocontrol. Para destacar un elemento central de este tratamiento, es que el terapeuta intente ver la posibilidad de anticipar posibles problemas y ayudar a los pacientes a desarrollar eficaces estrategias de afrontamiento⁵⁹.

Este tipo de terapia es de corta duración y ha sido ampliamente estudiada en ensayos clínicos controlados. Diversos estudios han hecho notar que las habilidades aprendidas con los enfoques cognitivo-conductuales persisten aun después de la finalización del tratamiento y tienen efectos duraderos^{60,61}. En la actualidad, la investigación se focaliza en: a) cómo producir efectos más potentes a través de la combinación de la Terapia Cognitivo Conductual con fármacos específicos para el abuso de drogas⁶², b) en la forma de emplear el tratamiento de una forma más eficaz⁶³, c) en la combinación con otros tipos de terapias^{64,65}, d) o en la utilización de las nuevas tecnologías⁶⁶.

La Terapia Cognitivo-Conductual está propuesta por los profesionales como una intervención eficaz en el tratamiento de diversos desórdenes del comportamiento, los que incluyen problemas de ansiedad y estrés, depresión, problemas de salud, disfunciones sexuales, problemas de pareja, entre otros problemas. Nathan y

Gorman, (2000)⁶⁷; Chambless y Olendick, (2001)⁶⁸, también han demostrado que este tipo de terapia es altamente eficaz en el tratamiento de una serie de trastornos por consumo de sustancias^{69, 70}. Hay que mencionar que en el caso de los problemas relacionados con el consumo de drogas, el abordaje de esta terapia es recomendada como un tratamiento de elección por los más importantes organismos y agencias internacionales tales como la Asociación Psicoanalítica Argentina (APA, 2000)⁷¹; el Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (NIDA; 1999⁷², 2009)⁷³; la National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE; 2006)⁷⁴. Si tomamos en cuenta la diversidad de tipos de terapias utilizados en conductas adictivas, ha sido tal vez la Terapia de Prevención de Recaídas la más utilizada. Este modelo fue desarrollado inicialmente para el tratamiento de los problemas de bebida⁷⁵, la cual luego fue adaptada para el tratamiento de la adicción a la cocaína⁷⁶.

Prevención de recaídas en el paciente adicto

En el abordaje de las adicciones, un programa cognitivo-conductual sostiene que la conducta adictiva presenta dos particularidades: a) es una conducta aprendida y, b) es una conducta que comporta recaídas. Esta última se refiere a la ruptura o al fracaso en el intento de una persona para mantener el cambio en cualquier conjunto de comportamientos de tipo adictivo. Como una generalidad, las recaídas podrían considerarse como el denominador común de los resultados de los tratamientos, diseñados para abordar los problemas relacionados con la salud, principalmente los que están vinculados al alcohol y al uso indebido de las drogas⁷⁷. En este ámbito de las adicciones se podría aseverar que por lo general, las tasas de recaídas son significativamente altas, esto es citado habitualmente como un indicador tanto por la naturaleza patológica de los adictos como de la naturaleza irreversible de las conductas adictivas. Aunque estas conductas podrían considerarse atípicas o anormales, si no se observaran con frecuencia fracasos en el incumplimiento de propósitos previamente estipulados como una característica de la conducta humana, se podría decir que la reincidencia es probablemente un proceso normal, si suponemos que estas pueden llegar a ocurrir y aportan información del porque de las mismas, y que a la vez puede comprenderse mejor estudiando situaciones no patológicas en muestras normales más que en muestras clínicas⁷⁸.

Mas allá de cómo se defina una recaída, las investigaciones señalan que la mayoría de las personas que tratan de cambiar su comportamiento en una determinada dirección como por ejemplo, perder peso, reducir la hipertensión arterial, dejar de fumar, entre otros intentos, experimentarán lapsos (es decir caídas o errores) que frecuentemente conducirán a una recaída, lo que no quiere decir que tal vez no logren su objetivo⁷⁹. Esto es tal vez la problemática más difícil al que deben enfrentar los investigadores y los profesionales que trabajan en el ámbito de las conductas adictivas. La mayoría de estos clínicos reconoce que, si bien el hecho de abandonar un comportamiento problemático como el uso de las drogas puede llegar a ser difícil, mantenerse sin retornar a dicho comportamiento es aún más difícil.

La Terapia de Prevención de recaídas (Relapse Prevention Therapy; TPR), o simplemente Prevención de Recaídas (PR), es un programa cognitivo-conductual basado en el modelo de Prevención de Recaídas más

prestigioso, fue desarrollado originariamente por Marlatt y Gordon (1980, 1985), posteriormente mejorado por Brownell et al. (1986)⁸⁰ y actualizado por Witkiewitz y Marlatt (2004)⁸¹. El trabajo en Prevención de Recaídas, está relacionado con el aumento de la capacidad del individuo para resistir tentaciones. Las tentativas para incitar a mejorar las capacidades de afrontamiento, no tienen significancia si se permite que a la vez las situaciones amenazantes de la vida cotidiana, se vuelvan más duras y las tentaciones relacionadas con el consumo de las drogas sean cada vez más graves. En este modelo, la prevención de recaídas se considera un programa de autocontrol cuya finalidad es el de ayudar a los individuos para que puedan anticipar y afrontar los problemas de recaída, combinando procedimientos tales como el entrenamiento en las habilidades, el abordaje desde la terapia cognitiva y el reequilibrio en el estilo de vida.

En la Terapia de Prevención de recaídas, precisamente la recaída es percibida como un proceso transitorio, es decir una serie de sucesos que pueden o no estar seguidos por el retorno a niveles de línea base de conducta objetiva, percibidos antes del tratamiento⁸². Hay que resaltar que cuanto más largo es el período de abstinencia, mayor es la percepción de autocontrol que tiene el individuo. Este control continuará hasta que la persona se encuentre en una situación de alto riesgo, en otras palabras cualquier situación que represente una amenaza y aumente el riesgo de recaída. Cummings et al. (1980)⁸³ identificaron tres situaciones importantes de alto riesgo que se asociaban con casi tres cuartas partes de todas las recaídas: 1) estados emocionales, 2) conflictos interpersonales y 3) la presión social. Estas tres situaciones están casi habitualmente relacionadas a la recaída, mas allá del problema de cual se trate, es decir situaciones donde existen problemas con la bebida, el tabaco, la cocaína o el juego.

Para los pacientes que sufren problemas con las adicciones, el entrenamiento en habilidades de afrontamiento es quizás la piedra angular de la Terapia de Prevención de recaídas⁸⁴, incluye entre otras situaciones la enseñanza de: a) entender la recaída como un proceso, b) identificar y hacer frente eficazmente a las situaciones de alto riesgo, c) hacer frente a los impulsos y el deseo de consumo, d) implementar procedimientos de control de daños durante un consumo puntual (caída) para reducir al mínimo las consecuencias negativas, e) seguir participando en el tratamiento, incluso después de una recaída, y f) aprender a crear un estilo de vida más equilibrado.

Para quienes trabajan en el campo de las adicciones, el trabajo en la prevención de recaídas exige el compromiso activo del paciente, a quién se le adjudica la mayor parte de las responsabilidades que se precisan para que puedan lograr cambios necesarios. La recuperación entonces, se convierte en una tarea de aprendizaje programado que implica adquirir nuevas habilidades. Aunque este tipo de terapia es un procedimiento de intervención originariamente bien estructurado, con etapas y componentes específicamente diferenciados, en muchos de los estudios que aparecen en cierta literatura no se aplica de forma sistemática. Por lo que en la mayoría de las ocasiones, esta terapia se ha utilizado como un método general de afrontamiento de las recaídas en el consumo de drogas, es decir, como un tratamiento cimentado en el modelo de prevención de recaídas que habitualmente invoca explícitamente al modelo de Marlatt y

Gordon⁸⁵.

Del mismo modo que otras terapias cognitivo-conductuales, la TPR combina intervenciones conductuales y cognitivas en un trazado global que se empeña por una parte en la autogestión y por otra parte rechaza el rotulo de que los pacientes/presentan rasgos de tipo "alcohólico" o "adicto a las drogas". Aunque originariamente este modelo se desarrolló como un programa conductual de mantenimiento, para ser utilizado en el tratamiento de las conductas adictivas, en la práctica puede emplearse como un modo estratégico de mantenimiento para prevenir recaídas o bien, sobre la base de un enfoque más general, para cambiar el estilo de vida, que generalmente han perdido paulatinamente. Las técnicas que proporciona la TPR son usados para obtener distintos tipos de objetivos y para abordar distintos tipos de conductas problemáticas, en el que se incluyen además del uso y abuso de sustancias, los trastornos de la alimentación, síntomas psicopatológicos, trastorno de estrés postraumático, ansiedad y depresión, además de una amplia gama de poblaciones que pueden ser adolescentes con problemas médicos, grupos minoritarios y adultos mayores⁸⁶. En la actualidad se está desarrollando una nueva TPR basada en técnicas de meditación y/o mindfulness⁸⁷.

Según Vallejo (2006)⁸⁸, "*Mindfulness* es un término que no tiene una palabra que pueda traducirse al castellano, pero puede entenderse como atención y conciencia plena, presencia atenta y reflexiva. Estos términos: atención, conciencia y referencia al momento concreto están incluidos de lleno en su significado. Viene a plantear, por lo tanto, un empeño para centrarse en el momento presente de forma activa y reflexiva. Una opción por vivir lo que acontece en el momento actual, el aquí y el ahora, frente al vivir en la irrealidad, el soñar despierto".

Prevención de recaídas y práctica clínica

Podríamos decir que prácticamente casi todos los terapeutas vinculados al tratamiento de las adicciones, mas allá de la identificación con un modelo teórico, asienten que toda persona que presenta problemas adictivos cursa por diferentes estadios de cambio en una evolución no lineal, sino más bien helicoidal^{89, 90}. En este contexto, y con el fin de intentar mejorar los resultados del tratamiento con la posibilidad de reducir la probabilidad de recaída, se ha planteado el uso de tácticas de Terapia para la prevención de recaídas en relación a los estados motivacionales de los pacientes, consignados en los llamados "modelos de cambio"^{91, 92}. Estos últimos resaltan diferentes fases de cambio en la descripción, explicación y predicción del proceso de abandono de diferentes conductas adictivas, opuestamente a la visión tradicional del cambio como un suceso dicotómico es decir "abstinencia vs. Consumo". Es en este marco que se describe el cambio como un proceso a lo largo del tiempo, en lugar de enfatizar la abstinencia como el primer objetivo a alcanzar, cuando en realidad es todo lo contrario. El desarrollo y la incorporación en la práctica clínica de esta perspectiva junto a las estrategias del TPR, permite integrar las diferentes técnicas y tratamientos validados en un contexto más propicio que permita mejorar la efectividad de las intervenciones⁹³.

Siguiendo con la misma línea de pensamiento, Witkiewitz y Marlatt (2004), han reconceptualizado el modelo clásico de Prevención de Recaídas y han ampliado la naturaleza de las relaciones entre los procesos implicados en la recaída. Es en esta nueva perspectiva donde se aporta una comprensión multidimensional, dinámica y sistémica, para exponer la compleja interacción de los factores que intervienen en los procesos de recaída. En tanto el modelo original ofrecía una interpretación lineal (estática) del proceso, en este nuevo planteamiento se producen influencias recíprocas entre variables disposicionales, contextuales y las experiencias pasadas y actuales de los pacientes. Se plantea la importancia de diversos factores desencadenantes y en función de ello actuar en las potenciales situaciones de riesgo, influyendo en el funcionamiento general del individuo. Además se destaca la influencia de variables predisponentes, como la historia familiar, el apoyo social, la personalidad, la historia de consumo, entre otras tantas consideraciones.

Estas variables antes mencionadas influirían en los procesos cognitivos, afectivos y de afrontamiento que se producirían en una situación posible de riesgo, por lo tanto serían variables de vulnerabilidad a la recaída y en esta nueva conceptualización se les denominaría “factores distales”. Mientras que a las variables que actuarían como precipitantes tales como procesos cognitivos, estrategias de afrontamiento, el síndrome de abstinencia y los estados afectivos, entre otros, que intervendrían en una situación favoreciendo o evitando un consumo, se les denominaría “factores proximales”. Pero debemos destacar que la relativa falta de desarrollo de modelos no lineales y la escasa accesibilidad de los investigadores clínicos a este tipo de modelos, ha dificultado un mayor apoyo empírico a esta hipótesis. Actualmente y de acuerdo a estos autores antes mencionados, se plantea como una propuesta para ser revisada, empíricamente probada y replicada en todas las clases de drogas, y con una variedad de diferentes poblaciones.

Contextualmente podría decirse que los modelos explicativos de recaída se fundamentan en factores demográficos, psicológicos, conductuales y medioambientales; no obstante esto, gran parte de la variabilidad en estos modelos siguen sin explicación. Esto tal vez es debido a que puede reflejar la influencia de otro tipo de factores, como por ejemplo los neurobiológicos, en la vulnerabilidad a la recaída.

Prevención de recaídas y capacidades cognitivas

En la última década algunos autores han documentado diferentes alteraciones cognitivas y déficits neuropsicológicos asociados al uso crónico de alcohol y drogas^{94, 95}. Detectando que en usuarios de cocaína el consumo produce un cierto efecto sobre la atención y funciones ejecutivas como la toma de decisiones y la flexibilidad mental⁹⁶, asociado a esto también hay un peor rendimiento en aquellas tareas relacionadas con el procesamiento de la información e inhibición de respuestas⁹⁷. Mientras que en abusadores de distintas sustancias se ha sugerido una relación entre la gravedad del consumo y el rendimiento en pruebas de función ejecutiva⁹⁸, y se han encontrado tasas más altas de impulsividad y mayores dificultades en la toma de decisiones en usuarios de sustancias en comparación con personas no usuarias⁹⁹.

A pesar de que hace tiempo que se piensa que los déficits cognitivos y neuropsicológicos afectan a los resultados del tratamiento de la adicción, no se ha establecido la evidencia empírica de una vinculación

directa entre las diversas habilidades cognitivas y los resultados del tratamiento. Pero algunos estudios han encontrado que la impulsividad¹⁰⁰, y el rendimiento en pruebas de toma de decisiones¹⁰¹, están firmemente vinculados con las tasas de abandono del tratamiento, y también que un peor funcionamiento cognitivo se asocia a peores tasas de retención¹⁰². En tanto otros autores han sugerido una cierta relación entre las capacidades cognitivas y los procesos y mecanismos de cambio, como la autoeficacia y el compromiso con la abstinencia¹⁰³, así como entre las capacidades cognitivas y la participación en un proceso de tratamiento de tipo cognitivo-conductual¹⁰⁴.

Como una generalidad, podríamos decir que una parte de las personas que comienzan un tratamiento para trastornos por consumo de sustancias mostrarán un cierto deterioro neuropsicológico (dependiendo de la cronicidad del consumo), fundamentalmente en aquellas tareas que requieren un nuevo aprendizaje, memoria y otras habilidades cognitivas. Estos datos refuerzan la idea de una posible existencia en la disminución de la eficacia de los tratamientos cuando se ponen en práctica, intervenciones fundadas en el aprendizaje y la retención de la información, como las utilizadas en los programas de tipo cognitivo-conductual, tales como la Terapia para la Prevención de Recaídas. A pesar de esto, pocos estudios han hecho una revisión acerca de cómo influyen los factores neurocognitivos en la capacidad de los individuos para adquirir técnicas efectivas de afrontamiento, aunque el aprendizaje de estas habilidades puede ser una tarea exigente a nivel cognitivo. Por lo tanto, y debido a que la mejora en las habilidades de afrontamiento se relaciona con una disminución en el consumo de sustancias, es importante también hacer una revisión de la relación entre el funcionamiento cognitivo-neuropsicológico, la adquisición de habilidades de afrontamiento, y los resultado del tratamiento.

Conclusiones

La revisión y la organización de los instrumentos de evaluación son de utilidad para su aplicación clínica, siendo estos los métodos más útiles para una evaluación conductual en lo relacionado con la Prevención de Recaídas. Además de obtener información relevante sobre los procesos de recaída de los pacientes drogodependientes.

Los innumerables estudios realizados se han orientados mas hacia la búsqueda de los determinantes de consumo generales en la población drogodependiente y han contribuido a facilitar la inclusión del toxicómano en una única categoría diagnóstica, la cual ha demostrado la posibilidad de instrumentación de un programa de tratamiento generalizado e independiente de las características del individuo adicto, hay que resaltar que existe la necesidad de un acercamiento individual y flexible para el desarrollo de un programa terapéutico, que debe estar muy presente durante el proceso de evaluación previo.

Creemos que la evaluación de las situaciones de riesgo y de las habilidades de afrontamiento, y la delimitación de los posibles procesos de recaída, debería constituir una de las etapas previas de una intervención dentro de un contexto de Prevención de Recaídas

Hay que resaltar la falta de autoinformes de evaluación de habilidades de afrontamiento para el uso específico en el campo de las adicciones a las drogas, como también la ausencia de instrumentos de evaluación en lo referido a la Prevención de Recaídas, elaborados específicamente para la población adicta, ya que casi la totalidad de los autoinformes que se utilizan en nuestro país son adaptaciones de cuestionarios elaborados para la población de habla inglesa.

De esta manera, estos instrumentos son tan importantes como la terapia cognitiva-conductual, dado que también hacen sus aportes estadísticos como analíticos, en cuanto a la terapia cognitiva-conductual, la investigación ha demostrado que si se incrementa la asistencia a esta población y si se tiene en cuenta las necesidades particulares de los pacientes, estos mejoran los resultados del tratamiento¹⁰⁵. Para esto, son necesarios modelos de abordaje que posibiliten evaluar las necesidades de los pacientes, y paralelamente permitan identificar qué tipo de técnicas y procedimientos de intervención puedan ser más adecuados para utilizar en cada caso.

La intervención puede plantearse como un programa general de prevención de recaídas, en el que considerando el estado y los recursos de los distintos individuos puedan incluir distintas técnicas psicoterapéuticas. El entrenamiento en el afrontamiento de situaciones de riesgo a través del aprendizaje de técnicas y el fomento de habilidades, puede mejorarse al considerar la predisposición del individuo hacia un cambio y sus capacidades para hacer efectivo dicho cambio.

En efecto, la falta de efectividad de un programa puede deberse, a que los pacientes no han logrado tomar decisiones firmes en relación al cambio, o a que no cuentan con los recursos intelectuales necesarios para adquirir nuevos aprendizajes. La investigación también ha mostrado que las personas adictas tienen más éxito en evitar las recaídas si poseen la suficiente capacidad para evaluar las situaciones de riesgo y para aplicar sus habilidades aprendidas.

En este sentido sería importante detectar aquellos déficits cognitivos que dificulten o impidan el aprendizaje efectivo, incorporando la evaluación neuropsicológica en los entornos de tratamiento y, oportunamente, el entrenamiento en la mejora de dichos déficits.

Las reconceptualizaciones más actuales admiten la complejidad, el dinamismo y la naturaleza impredecible de la conducta de consumo de sustancias tras el compromiso con la abstinencia o con la moderación en el uso. Asimismo, los recientes avances en las neurociencias han permitido la obtención de importantes aportes para la comprensión de la vulnerabilidad a las recaídas. Los resultados de las investigaciones recientes ofrecen cierto tipo de apoyo a la idea de que los factores cognitivos y neuropsicológicos pueden afectar indirectamente a los resultados de los tratamientos, debido a que esto produce un efecto sobre la capacidad de los pacientes adictos para adquirir habilidades de afrontamiento y beneficiarse con el uso de terapias entre las que podemos destacar a las Terapias de Prevención de Recaídas.

Bibliografía

-
- ¹ Boudin, H, M. (1972). *Contingency contracting as a therapeutic tool in the deceleration of amphetamine use*. Behavior Therapy, 3, 604- 605.
- ² Callahan, E, J., Price, K. y Dahlkoetter, J. A. (1980). *Drug abuse*. En R.G. Daitzman (ed.), Clinical behavior therapy and behavior modification: vol. 1. New York: Garland Press.
- ³ Marlatt, G, A. (1979). *Alcohol use and problem drinking: A cognitive behavioral analysis*. En P.C. Kendall y S.D. Hollon (eds.), Cognitivebehavioral interventions: Theory, research and procedures. New York: Academic Press.
- ⁴ Sobell, L, C. y Sobell, M, B. (1973). *A self-feedback technique to monitor drinking behavior in alcoholics*. Behaviour. Research and Therapy, 11, 237-238.
- ⁵ Callahan, E, J. (1980). *Alternative strategies in the treatment of narcotic addicts: A review*. En W.R. Miller (ed.), Addictive behaviors. New York: Pergamon Press.
- ⁶ Sobell, M, B., Bogardis, J., Schuller, R., Leo, G, I. y Sobell, L, C. (1989). *Is self-monitoring of alcohol consumption reactive?*. Behavioral Assessment, 11, 447-458.
- ⁷ García González, R. (1994). *Evaluación en los dependientes del alcohol*. En Graña, J, L. (ed.), Conductas adictivas. Madrid: Debate.
- ⁸ Wilkinson, D, A. y Le Breton, S. (1988). *Early indications of treatment outcome in multiple drug users*. En Miller, W, R. y Heather, N. (eds.), Treating addictive behaviors: Processes of change. New York: Plenum Press.
- ⁹ Pomerleau, O., Adkins, D. y Pertschuk, M. (1978). *Predictors of outcome and recidivism in smoking cessation treatment*. Addictive Behaviors, 3, 65-70.
- ¹⁰ Marlatt, G, A. y Gordon, J, R. (1985). *Relapse prevention. Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guildford Press.
- ¹¹ Marlatt, G, A. (1978). *Behavioral assessment of social drinking and alcoholics*. En Marlatt, G, A. y Nathan, P, E. (eds.), Behavioral approaches to alcoholism. New Brunswick: Rutgers Center of Alcohol Studies.
- ¹² Sobell, M, B. y Sobell, L, C. (1976). *Assessment of addictive behavior*. En Hersen, M. y Bellack, A, S. (eds.), Behavioral assessment: A practical handbook. New York: Pergamon Press.
- ¹³ Frederiksen, L, W., Martin., J, E. y Webster, J, S. (1979). *Assessment of smoking behavior*. Journal of

Applied Behavior Analysis, 12, 653-664.

¹⁴ Hatsukami, D. K., Pickens, R. W., Svikis, D. S. y Hughes, J. R. (1988). *Smoking topography and nicotine blood levels*. Addictive Behaviors, 13, 91-95.

¹⁵ Wikler, A. (1952). *A psychodynamic study of a patient during experimental self-regulated readdiction to morphine*. Psychiatric Quarterly, 26, 270-293.

¹⁶ Babor, T. F., Meyer, R. E., Mirin, S. M., McNamee, H. B. y Davies, M. (1976). *Behavioral and social effects of heroin self-administration and withdrawal*. Archives of General Psychiatry, 33, 363- 367.

¹⁷ Haertzen, C. A. y Hooks, N. T. (1969). *Changes in personality and subjective experience associated with the chronic administration and withdrawal of opiates*. Journal of Nervous and Mental Disease, 148, 606-613.

¹⁸ Mc Namee, H. B., Mirin, S. M., Kuehnie, J. C. y Meyer, R. E. (1976). *Affective changes in chronic opiate use*. British Journal of Addiction, 3, 275-280.

¹⁹ Solomon, R. L. (1980). *The opponent process theory of acquired motivation: The cost of pleasure and benefits of pain*. American Psychologist, 35,691-712.

²⁰ Pickens, R. W., Gust, S. W., Catchings, P. M. y Svikis, D. S. (1983). *Measurement of some topographical aspects of smoking in natural environment*. En J. Grabowsky y C.S. Bell (comps.). Measurement in the analysis and treatment of smoking behavior. Rockville: NIDA.

²¹ Foy, D. W., Rychtarik, R. G. y Prue, D. M. (1993). *Evaluación de los trastornos por uso de sustancias*. En Bellack, A. S. y Hersen, M. (eds.), Manual práctico de evaluación de conducta. Bilbao: DDB.

²² Babor, T. F., Brown, J. y Del Boca, F. K. (1990). *Validity of self-reports in applied research on addictive behaviors: Fact or fiction?*. Addictive Behaviors, 12, 5-32.

²³ Maisto, S. A., McKay, J. R. y Connors, G. J. (1990). *Self-report issues in substance abuse: State of the art and future directions*. Behavioral Assessment, 12, 117-134.

²⁴ Sobell, L. C., Toneatto, 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.

²⁵ Marlatt, G. A. (1993). *La prevención de recaídas en las conductas adictivas: Un enfoque de tratamiento cognitivo-conductual*. En M. Casas y M. Gossop (comps.), Recaída y prevención de recaídas. Sitges: Ediciones en Neurociencias.

²⁶ Annis, H. M. (1985). *Inventory of Drug-taking Situations*. Toronto: Addiction Research Foundation.

-
- ²⁷ Marlatt, G. A. y Gordon, J. R. (1980). *Determinants of relapse: Implications for the maintenance of behavior change*. En P.O. Davidson y S.M. Davidson (eds.), Behavioral medicine: Changing health lifestyles. New York: Brunner/Mazel.
- ²⁸ Marlatt, G. A. y Gordon, J. R. (1985). *Relapse Prevention: Theoretical rationale and overview model*. En Marlatt, G.A., Gordon, J.R. (eds), Relapse Prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviours, 93-116. New York: Guildorf Press.
- ²⁹ Tejero, A., Trujols, J. y Avellanas, L. (1991). *Abordaje cognitivo-conductual del tratamiento de la adicción a opiáceos: Presentación y estudio de seguimiento a un año del programa SANT PAU-CITRAN*. III Congreso de la Sociedad Española de Toxicomanías. Valencia.
- ³⁰ Beck, A. y Emery, G. (1977). *Cognitive therapy of substance abuse*. Philadelphia: A. Beck Ed.
- ³¹ Gorski, T. T. y Miller, M. (1986). *Staying sober: A guide for relapse prevention*. Missouri: Independence Press.
- ³² Annis, H. M. (1982a). *Inventory of Drinking Situations*. Toronto: Addiction Research Foundation.
- ³³ Annis, H. M. (1984a). *Inventory of Drinking Situations, short form*. Toronto: Addiction Research Foundation.
- ³⁴ Litman, G. K., Stapleton, J., Oppenheim, A. N., Peleg, M. y Jackson, P. (1983). *Situations related to alcoholism relapsed*. British Journal of Addictions, 78, 381-389.
- ³⁵ Shiffman, S., Read, L., Maltese, J., Rapkin, D. y Jarvik, M.E. (1985). *Preventing relapse in exsmokers: A self-management approach*. En G.A. Marlatt y J.R. Gordon (eds.), Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors. New York: Guildford Press.
- ³⁶ Shiffman, S. y Jarvik, M. E. (1976). *Trends in withdrawal symptoms in abstinence from cigarette smoking*. *Psychopharmacologia*, 50, 35-39.
- ³⁷ Hughes, J. R. y Hatsukami, D. K. (1986). *Sings and symptoms of tobacco withdrawal*. Archives of General Psychiatry, 43, 289-294.
- ³⁸ 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 Addictions, 78, 269-276.
- ³⁹ 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.

-
- ⁴⁰ Chaney, E. F., O'Leary, M. R. y Marlatt, G. A. (1978). *Skill training with alcoholics*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 46, 1092-1104.
- ⁴¹ Shiffman, S. (1988). *Behavioral Assessment*. En Donovan, D. M. y Marlatt, G. A. (Eds.), *Assessment of addictive behaviors*. New York: The Guilford Press.
- ⁴² Bandura, A. (1977). *Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change*. Psychological Review, 84, 191-215.
- ⁴³ Bandura, A. (1982). *Self-efficacy mechanism in human agency*. American Psychologist, 37, 122- 147.
- ⁴⁴ Annis, H. M. y Davis, C. S. (1989). *Relapse prevention training: A cognitive-behavioral approach based on self-efficacy theory*. Journal of Chemical Dependence Treatment, 2, 81-103.
- ⁴⁵ Baer, J. S., Holt, C. S. y Lichtenstein, E. (1986). *Self-efficacy and smoking reexamined: construct validity and clinical utility*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54, 846-852.
- ⁴⁶ Di Clemente, C. C. (1986). *Self-efficacy and the addictive behaviors. Special issue: Self-efficacy theory in contemporary psychology*. Journal of Social and Clinical Psychology, 4,302-315.
- ⁴⁷ Annis, H. M. y Martin, G (1985). *Drug-Taking Confidence Questionnaire*. Toronto: Addiction Research Foundation. USA.
- ⁴⁸ Tejero, A., Trujols, J. y Roca, X. (1993). *Motivación para el cambio y autoeficacia en adictos a opiáceos: Análisis de su interrelación y de las diferencias entre estadios de cambio*. II Congreso Nacional de Psicología Conductual. Mallorca. España.
- ⁴⁹ Barber, J. G., Cooper, B. K. y Heather, N. (1991). *The Situational Confidence Questionnaire (Heroin)*. The International Journal of the Addictions, 26, 565-475.
- ⁵⁰ Annis, H. M. (1982b). *Situational Confidence Questionnaire*. Toronto: Addiction Research Foundation.
- ⁵¹ Annis, H. M. (1984b). *Situational Confidence Questionnaire, short form*. Toronto: Addiction Research Foundation.
- ⁵² Condiotte, M. M. y Lichtenstein, E. (1981). *Selfefficacy and relapse in smoking cessation programs*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 49, 648-658.
- ⁵³ Baer, J. S. y Lichtenstein, E. (1988). *Cognitive assessment in smoking behavior*. En D.M. Donovan y G.A. Marlatt (Comps.). *Assessment of Addictive Behaviors*. New York: Guilford Press.
- ⁵⁴ Coelho, R.J. (1984). *Self-efficacy and cessation smoking*. Psychological Reports, 54, 309- 310.

-
- ⁵⁵ Di Clemente, C. C. (1981). *Self-efficacy and smoking cessation maintenance*. *Cognitive Therapy and Research*, 5, 175-187.
- ⁵⁶ Di Clemente, C. C., Prochaska, J. O. y Gibertini, M. (1985). *Self-efficacy and the stages of selchange of smoking*. *Cognitive Therapy and Research*, 9, 181-200.
- ⁵⁷ Meichenbaum, D. y Cameron, R. (1982). *Cognitive-behaviour therapy*. En Wilson G., Franks, C. (eds). *Contemporary behaviour therapy, conceptual and empirical foundations*. New York: Guilford Press.
- ⁵⁸ Roth, D., Eng, W. y Heimberg, R. (2002). *Encyclopedia of Psychotherapy*. Vol I. USA: Elsevier Sciencie.
- ⁵⁹ Parks, G. y Marlatt, A. (2000) *Relapse Prevention Therapy: A Cognitive Behavioral Approach*. *The National Psychologist*, 9, 3.
- ⁶⁰ Carroll, K., Rousanville, B., Nich, C., Gordon, L., Wirtz, P. y Gawin, F. (1994). *One-year follow-up psychotherapy and pharmacotherapy for cocaine dependence: delayed emergence of psychotherapy effects*. *Archives of General Psychiatry*, 51, 989-997.
- ⁶¹ Anton, S., O'Malley, D., Ciraulo, R., Cisler, D., Couper, D., Donovan, D. COMBINE Study Research Group (2006). *Combined pharmacotherapies and behavioral interventions for alcohol dependence: the COMBINE study: a randomized controlled trial*. *JAMA*, 295, 2003-2017.
- ⁶² Carroll, K., Fenton, L., Ball, S., Nich, C., Frankforter, T., Shi, J. y Rounsaville, B. (2004). *Efficacy of disulfiram and cognitive behavior therapy in cocaine-dependent outpatients: A randomized placebo-controlled trial*. *Archives of General Psychiatry*, 61, 264-272.
- ⁶³ Carroll, K., Sholomskas, D., Syracuse, G., Ball, S. A., Nuro, K. y Fenton, L. R. (2005). *We don't train in vain: A dissemination trial of three strategies of training clinicians in cognitive-behavioral therapy*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 106-115.
- ⁶⁴ Mc Kee, S. A., Carroll, K. M., Sinha, R., Robinson, J., Nich, C., Cavallo, D. y O'Malley, S. (2007). *Enhancing brief cognitive behavioral therapy with motivational enhancement techniques in cocaine users*. *Drug Alcohol Depend*, 91, 97-101.
- ⁶⁵ McKay, J., Lynch, K., Coviello, D., Morrison, R., Cary, M. S., Skalina, L. y Plebani, J. (2010). *Randomized trial of continuing care enhancements for cocaine-dependent patients following initial engagement*. *Journal Consulting Clinical Psychology*, 78, 111-120.
- ⁶⁶ Olmstead, T., Ostrow, C. y Carroll, K. (2010). *Cost-effectiveness of computer-assisted training in cognitive-behavioral therapys an adjunct to standard care for addiction*. *Drug and Alcohol Dependence*, 110, 200-207.

-
- ⁶⁷ Nathan, A. y Gorman, J. M. (Ed). (2000). *A guide to treatments that work*. Oxford University Press.
- ⁶⁸ Chambless, D. L. y Ollendich, T. H. (2001). *Empirically Supported Psychological Interventions: Controversies and Evidence*. *Annual Review of Psychology*, 52, 685-716.
- ⁶⁹ Irvin, J. E., Bowers, C. A., Dunn, M. E. y Wang, M. C. (1999). *Efficacy of relapse prevention: A meta-analytic review*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 563-570.
- ⁷⁰ Carroll, K. y Onken, L. (2005). *Behavioral therapies for drug abuse*. *American Journal of Psychiatry*, 62, 1452–1460.
- ⁷¹ APA (2000). *A Guide to Beneficial Psychotherapy*. Empirically Supported Treatments. Society of Clinical Psychology American Psychological Association.
- ⁷² NIDA (1999). *Principles of Drug Addiction Treatment*. A Research-Based Guide. National Institute of Drug Abuse. National Institutes of Health. U.S. Department of Health and Human Services.
- ⁷³ NIDA (2009). *Principles of drug addiction treatment*. Second Edition. National Institute on Drug Abuse. National Institutes of Health. U.S. Department of Health and Human Services.
- ⁷⁴ NICE (2006). *Clinical guideline, CG 51. Drug Misuse. Psychological Interventions*. London: National Institute of Clinical Excellence. UK.
- ⁷⁵ Marlatt, G. A. y Gordon, J. R. (1980). *Determinants of relapses: Implications for the maintenance of behavior change*. En Davinson, P.O., Davinson, S.M. (eds). *Behavioral Medicine*. New York: Bruner/Mazel.
- ⁷⁶ Carroll, K., Rousanville, B. y Keller, D. (1991). *Relapse prevention strategies for the treatment of cocaine abuse*. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 17, 249-265.
- ⁷⁷ Marlatt, G. A., Parks, G. A. y Witkiewitz, K. (2002). *Clinical guidelines for implementing Relapse Prevention Therapy: A guideline developed for the Behavioral Health Recovery Management Project*. Seattle: University of Washington, Addictive Behaviors Research Center.
- ⁷⁸ Saunders, B. (1993). *Conductas adictivas y recaídas. Una visión de conjunto*. En Gossop, M., Casas, M. (eds). *Recaída y prevención de recaída*. Barcelona: Ed. Neurociencias.
- ⁷⁹ Polivy, J. y Herman, C. P. (2002). *If at first you don't succeed: False hopes of self-change*. *American Psychologist*, 57, 677–689.
- ⁸⁰ Brownell, K., Marlatt, A., Lichtenstein, E., Wilson, G.T. (1986). *Understanding and preventing relapse*. *American Psychologist*, 41, 765-782.

-
- ⁸¹ Witkiewitz, K. y Marlatt, G. A., (2004). *Relapse prevention for alcohol and drug problems: that was Zen, this is Tao*. *Am Psychologist*, 59, 224–235.
- ⁸² Marlatt, G. A. (1993). *La prevención de recaídas en las conductas adictivas: un enfoque de tratamiento cognitivo-conductual*. En Gossop, M., Casas, M. (eds), *Recaída y prevención de recaídas*. Barcelona: Ed. Neurociencias.
- ⁸³ Cummings, C., Gordon, J. y Marlatt, G. (1980). *Relapse: strategies of prevention and prediction*. En Miller, W. R. (ed), *The Addictive Behaviors: Treatment of alcoholism, drug abuse, smoking, and obesity*. Oxford UK: Pergamon Press.
- ⁸⁴ Marlatt, G. A. y Donovan, D. (eds) (2005). *Relapse Prevention. Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors*. Second Edition. New York: Guildorf Press.
- ⁸⁵ Secades, R. y Fernández, J. (2003). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces en la drogadicción: alcoholismo, cocaína y heroína*. En Pérez, M., Fernández, J., Fernández, C., Amigo, I. (Eds.). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces. I. Adultos*, 107-139. Madrid: Ed. Pirámide.
- ⁸⁶ Witkiewitz, K. y Marlatt, G. A. (2007). *Therapist's Guide to Evidence-Based Relapse Prevention*. Ed. Elsevier. London
- ⁸⁷ Witkiewitz, K. y Bowen, S. (2010). *Depression, Craving, and Substance Use Following a Randomized Trial of Mindfulness-Based Relapse Prevention*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78, 362-374.
- ⁸⁸ Vallejo, M, A. (2006). *Mindfulness*. Papeles del Psicólogo, disponible en: <http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=1340>
- ⁸⁹ Llorente del Pozo, J. y Iraurgi-Castillo, I. (2008). *Tratamiento cognitivo conductual aplicado en la deshabitación de cocaína*. *Trastornos Adictivos*, 10, 252-274.
- ⁹⁰ Hufford, M, R., Witkiewicz, K., Shields, A, L., Kodya, S. y Caruso, J, C. (2003). *Relapse as a nonlinear dynamic system: Application to patients with alcohol use disorders*. *Journal of Abnormal Psychology*, 112, 219-227.
- ⁹¹ Prochaska, J. y Di Clemente, C. (1982). *Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change*. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 19, 276-278.
- ⁹² Prochaska, J. y Di Clemente, C. (1986). *The transtheoretical approach*. En Norcross, J, C. (Ed), *Handbook of eclectic psychoterapy*. New York: Brumer/Mazel.
- ⁹³ Sánchez-Hervás, E., Tomás, V. y Morales, E. (2004). *Un modelo de tratamiento psicoterapéutico en*

adicciones. *Trastornos Adictivos*, 6, 159-166.

⁹⁴ Goldstein, R. Z. y Volkow, N. D. (2002). *Drug addiction and its underlying neurobiological basis: neuroimaging evidence for the involvement of the frontal cortex*. *American Journal of Psychiatry*, 159, 1642-1652.

⁹⁵ Vik, P. W., Cellucci, T., Jarchow, A. y Hedt, J. (2004). *Cognitive impairment in substance abuse*. *Psychiatric Clinics of North America*, 27, 97-109.

⁹⁶ Jovanovski, D., Erb, S. y Zakzanis, K. K. (2005). *Neurocognitive deficits in cocaine users: a quantitative review of the evidence*. *J Clin Exp Neuropsychol*, 27, 189-204.

⁹⁷ García-Fernández, G., García-Rodríguez, O., Secades-Villa, R., Álvarez, J. y Sánchez-Hervás, E. (2008). *Rendimiento neuropsicológico en pacientes en tratamiento por adicción a la cocaína*. *Salud y Drogas*, 8, 11-28.

⁹⁸ Verdejo-García, A. J., López-Torrecillas, F., Aguilar de Arcos, F. y Pérez García, M. (2005). *Differential effects of MDMA, cocaine, and cannabis use severity on distinctive components of the executive functions in polysubstance users: a multiple regression analysis*. *Addictive Behaviors*, 30, 89-101.

⁹⁹ Hanson, K. L., Luciana, M. y Sullwold, K. (2008). *Reward-related decision-making deficits and elevated impulsivity among MDMA and other drug users*. *Drug & Alcohol Dependence*, 96, 99-110.

¹⁰⁰ Moeller, F. G., Dougherty, D. M., Barratt, E. S., Schmitz, J. M., Swann, A. C. y Grabowski, J. (2001). *The impact of impulsivity on cocaine use and retention in treatment*. *J Subst Abuse Treat*, 21, 193-198.

¹⁰¹ Passetti, F., Clark, L., Mehta, M. A., Joyce, E. y King, M. (2008). *Neuropsychological predictors of clinical outcome in opiate addiction*. *Drug Alcohol Depend*, 94, 82-91.

¹⁰² Aharonovich, E., Hasin, D. S., Brooks, A. C., Liu, X., Bisaga, A. y Nunes, E. V., (2006). *Cognitive deficits predict low treatment retention in cocaine dependent patients*. *Drug & Alcohol Dependence*, 81, 313-322.

¹⁰³ Bates, M. E., Pawlak, A. P., Tonigan, J. S. y Buckman, J. F. (2006). *Cognitive impairment influences drinking outcome by altering therapeutic mechanisms of change*. *Psychology of Addictive Behaviors*, 20, 241-253.

¹⁰⁴ Aharonovich, E., Amrhein, P. C., Bisaga, A., Nunes, E. V. y Hasin, D. S. (2008). *Cognition, commitment language, and behavioral change among cocaine-dependent patients*. *Psychology of Addictive Behaviors*, 22, 557-562.

¹⁰⁵ Hser, Y., Joshi, V., Maglione, M., Chou, C. y Anglin, M. (2001). *Effects of program and patient*

characteristics on retention of drug treatment patients. Evaluation and Program Planning, 24, 331-341.