REVISIÓN

Tratamiento cognitivo conductual aplicado en la deshabituación de cocaína

J.M. LLORENTE DEL POZO[a] E I. IRAURGI-CASTILLO[b]

[a]Hospital de Día de Toxicomanías Foronda-Osakidetza. Foronda. Álava. España.
[b]Módulo de Asistencia Psicosocial de Rekalde. Rekalde. Vizcaya. España.

RESUMEN. Se ha propuesto que el tratamiento de los trastornos adictivos requiere un abordaje multidisciplinar, donde las intervenciones psicoterapéuticas desempeñan un importante papel. Una aproximación que ha adquirido gran expansión en el tratamiento de los trastornos adictivos ha sido la terapia cognitivo conductual (TCC).

Este artículo repasa las teorías y terapias conductuales y cognitivas que han servido de fundamento y contribuyen significativamente al enfoque cognitivo conductual en el tratamiento de las conductas adictivas. Además, como líneas conductoras del proceso psicoterapéutico de la deshabituación a la cocaína, se presentan los modelos transteórico de cambio (Prochaska y DiClemente) y prevención de recaídas (Marlatt).

La asunción básica de la TCC es el reconocimiento de que existe una relación recíproca entre los procesos cognitivos de las personas (lo que piensan), su afectividad (lo que sienten) y su conducta (lo que hacen).

Los orígenes de la TCC se hallan en la teoría del aprendizaje (tanto en las contribuciones del condicionamiento clásico como operante), en la teoría de aprendizaje social cognitivo (con aportaciones del aprendizaje observacional, la influencia del modelado y el papel de las expectativas cognitivas como determinantes del comportamiento) y en la teoría y terapia cognitiva (que enfatiza la importancia de los pensamientos, los esquemas cognitivos, las creencias, las actitudes y las atribuciones que influyen en los sentimientos y median la relación entre antecedentes y comportamiento).

PALABRAS CLAVE: terapia cognitivo-conductual, psicoterapia, trastornos adictivos, deshabituación de cocaína.

Cognitive-behavioral therapy applied in the cocaine deshabituation

ABSTRACT. It has been proposed that the treatment of the addictive disorders requires a multidisciplinary boarding, where the psychotherapy interventions play an important role. An approach that has gained widespread application in the treatment of substance abuse is cognitive-behavioral therapy (CBT).

This paper examines the behavioral and cognitive theories and therapies that serve as the foundations of and have contributed significantly to the cognitive-behavioral approach to substance abuse treatment. Furthermore, the transtheorical model of change (Prochaska and DiClemente) and relapse prevention model (Marlatt), as conducting lines of the psychotherapeutic process for the cocaine dependence, are presented.

A basic assumption of CBT is the recognition that there is a reciprocal relationship between persons' cognitive processes (what they think) and their affect (emotional experience) and behavior (what they act).

Its origins are in behavioral theory, (focusing on both classical conditioning and operant lear-

Correspondencia:

J.M. LLORENTE DEL POZO
Hospital de Día de Toxicomanías Foronda-Osakidetza.
01196 Foronda. Álava. España.
Correo electrónico: jllorente@cop.es,
juanmiguel.llorentedelpozo@osakidetza.net

Recibido: 25-09-2008
Aceptado para su publicación: 6-10-2008

ning), cognitive social learning theory, (from which are taken ideas concerning observational learning, the influence of modeling, and the role of cognitive expectancies in determining behavior), and cognitive theory and therapy (which focus on the thoughts, cognitive schema, beliefs, attitudes, and attributions that influence one's feelings and mediate the relationship between antecedents and behavior).

KEY WORDS: cognitive-behavioral therapy, psychotherapy, addictive diseases, cocaine deshabituation.

Introducción: abordaje psicoterapéutico de la deshabituación a la cocaína

La naturaleza de los trastornos adictivos es un fenómeno complejo que no cuenta con un modelo teórico unívoco. West[1,2] identificó hasta un total de 98 teorías y modelos de la adicción. Agrupar o clasificar este conjunto de teorías y modelos se ha convertido en una tarea difícil, pero todas ellas confluyen en sus componentes principales: lo biológico, lo comportamental y lo social. Hay, por tanto, un acuerdo generalizado en entender la adicción como un fenómeno bio-psico-social.

Las contribuciones desde el ámbito de la psicología al estudio, comprensión y tratamiento de las conductas adictivas han sido numerosas e influyentes en sus proposiciones[2], siendo los modelos teóricos más destacados los circunscritos en las teorías psicodinámicas[3], del aprendizaje[4], cognitivas[5] y transteóricas[2,6].

La perspectiva biopsicosocial de las adicciones ha ayudado a integrar la comprensión del fenómeno y ha derivado en una visión holística respecto a las intervenciones terapéuticas, donde los tratamientos psicoterapéuticos suponen un recurso ineludible si se pretende obtener resultados eficaces. Como plantean Secades y Fernández-Hermida[7], analizando los principios sobre tratamiento efectivo propuestos por el NIDA[8], «es necesario prestar atención al hecho de que mientras los tratamientos farmacológicos son beneficiosos y necesarios con determinados pacientes, las terapias psicosociales son esenciales en cualquier programa de tratamiento integral», con lo que se estaría reconociendo el papel central de los tratamientos psicológicos.

La valoración de las prácticas basadas en la evidencia y la necesidad de aproximaciones integradoras han llevado a proponer modelos de intervención más eficaces según la historia natural de la adicción. En la figura 1 se esquematiza un modelo en el que se hace corresponder la(s) intervención(es) más adecuada(s) a proponer en el tratamiento de una persona con problemas por uso de sustancias según el grado de consumo que presente. De este modo, por ejemplo, en una persona que muestra su intención de abandonar las drogas pero mantiene su consumo, sería óptimo intervenir con terapias de tipo motivacional o basadas en el modelo cognitivo conductual y no con terapias de tipo psicodinámico; las cuales, sin embargo, sí tendrían cabida una vez alcanzada la abstinencia, mostrando un período prolongado sin consumo. Del mismo modo, cuando se ha logrado la abstinencia y se pretende perpetuar este estado, se imponen los modelos de intervención basados en la prevención de recaídas (PR). En definitiva, la experiencia acumulada y evaluada de las intervenciones psicoterapéuticas en este ámbito propone que para cada momento de la historia natural de la adicción existen intervenciones específicas de mayor eficacia y, por tanto, se ofrece un repertorio de recursos psicoterapéuticos que habrán de utilizarse según el momento y el proceso en el que se afronte el tratamiento del caso.

Para el caso de la adicción a la cocaína, Secades y Fernández-Hermida en su revisión de los tratamientos más eficaces[7,9] destacan tres tipos de intervenciones: a) el programa de reforzamiento comunitario más terapia de incentivo[10], b) el manejo de contingencias[11] y c) la terapia cognitivo-conductual de habilidades de afrontamiento (PR)[12]; todos ellos enmarcados dentro del modelo cognitivo conductual. Asimismo, en el esquema de elección de la intervención psicoterapéutica más adecuada en función del grado de consumo propuesta por Wanigaratne y Keaney[13] (fig. 1) se aprecia cómo en los estadios iniciales de aproximación al cese de consumo y mantenimiento de la abstinencia destacan de forma importante las intervenciones basadas en este

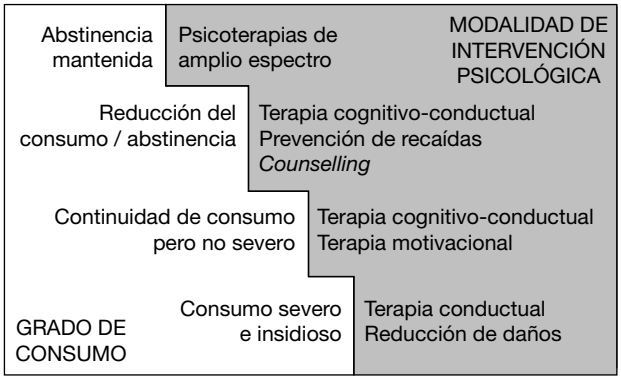

Figura. 1. Elección de las modalidades de intervención psicoterapéutica en función del grado de consumo según su mayor eficacia. Adaptada de Wanigarante S, et al[13].

mismo modelo. Dada la relevancia y efectividad de este tipo de intervenciones en el tratamiento de los trastornos adictivos, consideramos apropiado revisar las bases teóricas que fundamentan la terapia cognitivo-conductual, constituyendo el objetivo de esta revisión.

Bases teóricas del comportamiento adictivo

Toda comprensión de un fenómeno y su abordaje se inicia desde el conocimiento de las bases teóricas; en nuestro caso, aquellas que explican y regulan la conducta adictiva y que, a su vez, fundamentan el «tratamiento cognitivo-conductual» para usuarios de cocaína[14,15]. Se revisan elementos de tres enfoques, el conductual, el cognitivo y el cognitivo-social, aunque se hace énfasis en los dos últimos, ya que el primero será abordado suficientemente en otra revisión de este monográfico.

Teoría conductual

La teoría conductual supone que el uso de drogas se desarrolla y se mantiene, en buena parte, por principios de aprendizaje, como el condicionamiento clásico y el operante. Para este enfoque, la conducta más que estar determinada exclusivamente por factores genéticos, es el resultado de la adopción de patrones aprendidos a lo largo de la interacción del organismo con el ambiente, por lo que es posible cambiar comportamientos y reaprender otros empleando los mismos principios que explican su adquisición[16]. Una estrategia conductual del estudio de las adicciones se enfoca en la identificación de conductas observables y cuantificables en relación con acontecimientos del entorno, lo que se denomina un análisis funcional de la conducta. Con este análisis se pueden conocer, de manera precisa, detalles de la frecuencia e intensidad del consumo y las condiciones bajo las cuales ocurre (situaciones -dónde, cuándo y con quién-, pensamientos, estados de ánimo, sensaciones físicas, pistas condicionadas, impulsos de consumo, etc.).

Condicionamiento clásico

El condicionamiento clásico, o condicionamiento Pavloviano, es un principio de aprendizaje que se explica a partir de la existencia de dos tipos de reflejos: los incondicionados (los cuales son innatos), que están formados por un estímulo incondicionado (EI) y una respuesta incondicionada (RI) y los reflejos condicionados (los cuales son adquiridos), formados por un estímulo condicionado (EC) y una respuesta condicionada (RC). El condicionamiento clásico es útil para explicar la adquisición, el mantenimiento, el tratamiento y la recaída en las adicciones[17]. De este modo, de acuerdo con los principios asociativos del condicionamiento clásico, (como intensidad del EI, frecuencia de apareamiento, contigüidad y contingencia), la RC a la droga aumenta, lo que hace que el deseo por la sustancia permanezca aún después de la abstinencia. Con frecuencia el RI se asocia de manera muy duradera y efectiva con otros estímulos presentes en el momento del consumo. Como resultado de esta asociación, los estímulos del contexto adquieren propiedades condicionadas (EC), dando lugar a RC. Las RC son parecidas a las RI del consumo y suscitan un estado de inquietud o deseo por consumir. Por ejemplo, se ha observado que la persona con dependencia, al hablar sobre el consumo, experimenta inquietud y deseo por la sustancia. Un EC que es fácil de identificar en los usuarios de drogas es el ambiente donde se consume, como pueden ser las señales condicionadas asociadas o bien a la presencia de un amigo o grupo de amigos con los que se consume, o bien a estar en la situación donde se ha consumido con anterioridad[14,15].

Se han diseñado algunos tratamientos derivados del condicionamiento clásico para reducir el consumo de sustancias adictivas, los cuales se apoyan en técnicas puramente conductuales como el condicionamiento aversivo o la extinción de la conducta, como es el caso de la terapia de exposición a señales[18,19]. La primera técnica, también conocida como contracondicionamiento, consiste en hacer menos atractiva la relación estímulo-respuesta como resultado de aparear un reflejo aversivo al consumo. Una variante del contracondicionamiento, que puede utilizarse para aumentar la efectividad del tratamiento, es la sensibilización encubierta[20]. Esta técnica consiste en guiar imaginativamente una secuencia de eventos donde el usuario acostumbraba a consumir y aparear estos pensamientos a sensaciones desagradables, con la finalidad de inducir aversión por la sustancia[21,22]. Esta estrategia es utilizada para manejar el deseo por consumir o *craving*. La extinción, por su parte, representa otra manera de eliminar una conducta que fue adquirida a través de la asociación entre estímulos. La extinción se logra después de exponer en ocasiones repetidas el EC sin aparearlo al EI, hasta que pierda su valor condicionado[23]. Los tratamientos para usuarios de drogas que emplean esta técnica exponen a los usuarios a la sustancia de su preferencia (por ejemplo, la cocaína), protegiéndolos del consumo para evitar que se establezca el reforzamiento y la repetición de esta práctica, de forma que

se extinga la conducta de consumir. Se enseña al usuario a relacionar las consecuencias negativas del consumo con el deseo; de manera alternativa se enseña al usuario a superar los episodios de deseo, mediante relajación o imaginación guiada, rompiendo de esta manera la asociación condicionada al consumo.

Condicionamiento operante

El condicionamiento operante, o condicionamiento instrumental, es otro principio de aprendizaje que establece la adquisición de asociaciones entre conductas particulares y sus consecuencias. Las conductas que se aprenden por este medio cambian en función de sus consecuencias, como puede ser: obtener una consecuencia agradable (refuerzo positivo), evitar una consecuencia aversiva (refuerzo negativo) o sufrir una consecuencia negativa (castigo). De esta manera, la clase de conducta que es seguida por un reforzador se fortalece, mientras que si es seguida por un castigo, se debilita[24].

Se han desarrollado varias técnicas a partir del condicionamiento operante, útiles en tratamientos para usuarios de drogas. Una de ellas es el manejo de contingencias, donde se refuerza la conducta de no consumir y mantener la abstinencia, a través de fichas canjeables por privilegios[25]. El contrato terapéutico es una herramienta basada en el condicionamiento operante, que puede ser útil para aumentar la adherencia terapéutica en la reducción del consumo. La acción de firmar el acuerdo hecho entre el usuario y el terapeuta es un ritual significativo para mantener un mayor compromiso del adicto[26]. El incumplimiento del contrato supone una consecuencia negativa (castigo-sanción) y el cumplimiento, un refuerzo (gozar de algunos privilegios; por ejemplo: distanciamiento de los controles de consumo). Otra alternativa del empleo del condicionamiento operante es diseñar y reforzar planes de acción alternativos al consumo. Se propone reforzar actividades recreativas incompatibles con el consumo reorganizando el ambiente de la persona. En definitiva, desde estos presupuestos, la relación positiva que establece una persona entre el uso de cocaína y la destreza de su desempeño social es un patrón conductual aprendido que puede modificarse durante el tratamiento al cambiar las consecuencias que refuerzan la conducta[23].

Teoría cognitiva

Este paradigma centra su atención en los pensamientos, las actitudes y las creencias que influyen en la conducta y, a su vez, regulan la relación entre el estímulo evocador del consumo y sus consecuencias[27]. El término cognición se refiere al conocimiento e interpretación que las personas poseen o realizan sobre el ambiente, y cómo sus «expectativas y creencias» controlan su comportamiento. En este sentido, se entiende por expectativa aquella representación mental de las contingencias entre acontecimientos ambientales[28]. Los antecedentes de la teoría cognitiva comenzaron en los años 30 con Tolman, quien suponía que nuestra manera de actuar está orientada hacia una meta y que nuestras expectativas, en forma de planes, determinan qué conducta específica realizamos para obtener una recompensa o evitar un castigo. Desde el punto de vista cognitivo, la conducta es flexible, interactiva y dinámica, se enfoca en los antecedentes, pensamientos y atribuciones. De esta forma, al modificar la cognición, es posible cambiar la conducta.

En el contexto de la psicología clínica, Beck[29] retomó el concepto de creencias y expectativas para entender la depresión. Actualmente se ha aplicado la terapia cognitiva de Beck a diferentes campos de salud mental, entre ellos el abuso de sustancias[27].

La terapia cognitiva parte de la premisa de que los trastornos adictivos se producen y mantienen debido principalmente a una serie de cogniciones subyacentes distorsionadas y a distintos errores en el procesamiento de la información. El tratamiento se orienta a modificar los pensamientos y creencias erróneas de la persona y a enseñarle técnicas de autocontrol. En la terapia cognitiva, el terapeuta ayuda al paciente a examinar la secuencia de acontecimientos que le llevan al consumo de cocaína, en este caso, y explora las atribuciones y creencias básicas acerca del valor que tienen para él. Hay, al menos, tres tipos de creencias «adictivas» pertinentes en las personas con abuso de sustancias[30]: a) creencias anticipadoras: comprenden expectativas de recompensa; b) creencias orientadas hacia el alivio: suponen que el consumo acabará con un estado de malestar, y c) creencias facilitadoras o permisivas: consideran que tomar drogas es aceptable.

Al mismo tiempo, el terapeuta entrena al paciente para que evalúe y considere las formas en que su pensamiento erróneo produce estrés y angustia. Le ayuda a modificar estos pensamientos de forma que pueda conseguir una mayor comprensión de sus problemas reales y desarrollar creencias de control, esto es, creencias que disminuyen la probabilidad de tomar drogas o abusar de las mismas. El objetivo de la terapia cognitiva es facilitar el proceso mediante el cual las creencias de control del paciente acaban siendo más influyentes que sus creencias sobre la adicción. Para ello se propone un proceso en seis fases[30]: a) evaluar las creencias; b)

orientar al paciente hacia la comprensión del modelo de terapia cognitiva; c) examinar y probar las creencias adictivas; d) desarrollar creencias de control sobre la abstinencia; e) practicar la activación de creencias de control de la conducta sin drogas, y f) asignar actividades entre sesiones para fomentar estas creencias.

Teoría cognitiva-social

La teoría cognitiva-social (TCS) tiene en cuenta tanto los acontecimientos externos, en los cuales se centra el condicionamiento clásico, como las contingencias de reforzamiento, relevantes para el condicionamiento operante. Sin embargo, considera que estas relaciones no son autónomas al organismo y están fuertemente reguladas por procesos interpretativos de naturaleza cognitiva. De hecho la TCS se basa en el principio de determinismo, donde el ambiente, la conducta y la cognición se afectan de manera recíproca[31].

La TCS estudia las relaciones particulares donde intervienen la observación, la memoria, la reproducción de lo que se observa y las expectativas derivadas de la experiencia. Esta teoría ha ganado auge porque además de la experiencia tiene en cuenta el contexto social en el que la persona se desarrolla y la propia individualidad. El simple hecho de observar a un modelo nos da la pauta para imitar su comportamiento. Este proceso se denomina «modelado» y es la base del aprendizaje social. En el caso de las adicciones, su éxito se atribuye a la modificación de las expectativas que tiene el usuario sobre el consumo de drogas al observar un modelo. El estatus del modelo, la interacción con el mismo o el afecto del observador por él son factores que disponen al organismo a aprender selectivamente y que mejoran el aprendizaje vicario[31]. Los factores que pueden afectar al modelado, además de las diferencias individuales, son las conductas de otras personas que siguen a la respuesta del modelo, los propios procesos de atención, la capacidad de retención del observador y la práctica encubierta de las respuestas de los modelos[32].

Dos vertientes del proceso de modelado de las conductas adictivas son la expectativa de resultado y la autoeficacia. Mediante la expectativa de resultado, los usuarios de drogas tienden a considerar que el consumo es lo único que puede ayudarles a mejorar su estado de ánimo o a enfrentar situaciones sociales desafiantes[33]. La autoeficacia del consumidor está relacionada con la capacidad o confianza percibida de realizar una determinada tarea; como rechazar de manera asertiva una invitación para consumir. Respecto a las adicciones, la expectativa de resultado y la autoeficacia son el resultado de experiencias concretas del consumo. En siguientes apartados se revisarán con mayor detalle estas variables, dada su gran importancia como componentes clínicos de esta terapia.

En definitiva, los principios conductuales, cognitivos y cognitivo-sociales permiten una aproximación clara y sistemática para la comprensión del comportamiento adictivo. Estos principios son útiles para fundamentar el tratamiento del consumo de sustancias y de los problemas asociados; así como para entender la naturaleza de las recaídas y su manejo terapéutico.

Estadios de cambio de la conducta adictiva

Los trastornos adictivos son definidos usualmente como procesos recidivantes, donde la abstinencia y el consumo se ciclan en el tiempo durante períodos de tiempo variables más o menos prolongados. Conseguir la abstinencia tras un período de consumo no significa haber solucionado el problema, tan sólo supone haber logrado objetivos parciales dentro de un proceso que requiere una mayor consolidación de los recursos aprendidos para mantener los objetivos terapéuticos. Prácticamente todos los terapeutas dedicados a las adicciones, independientemente de la adscripción a un modelo teórico, aceptan que todo sujeto que presenta problemas adictivos cursa por diferentes estadios de cambio en una evolución de curso no lineal, sino helicoidal (fig. 2).

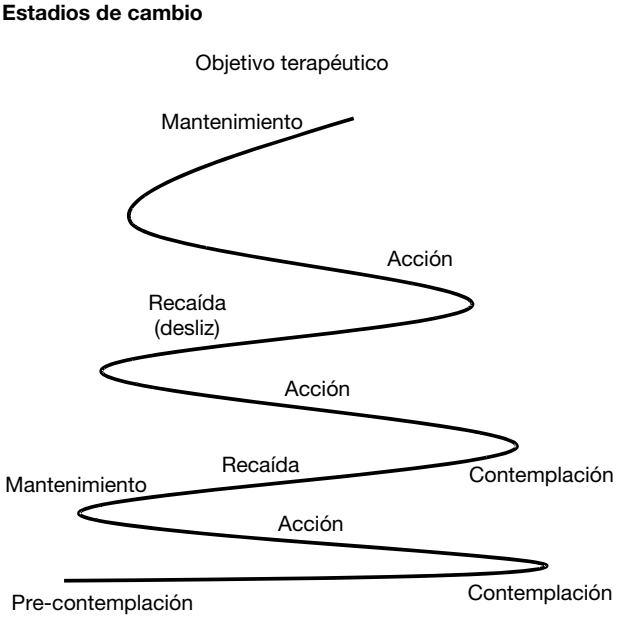

Figura. 2. Modelo transteórico del cambio de Prochaska y DiClemente (1982). Adaptada de Prochaska JO, Prochaska JM[6].

Diversos planteamientos, algunos de ellos con apoyo experimental, han aportado datos de interés en el estudio del «cambio» de las conductas adictivas[34-37]. Estos autores referenciados defienden un modelo de fases de cambio en la descripción, explicación y predicción del proceso de abandono de una conducta adictiva. No obstante, en las últimas décadas se ha centrado el interés en el modelo transteórico de Prochaska y DiClemente[6,38]. Los autores plantean un modelo global que sirva como síntesis de los diferentes modelos de tratamiento que se utilizan actualmente en la deshabituación de las adicciones, de igual forma debe cubrir todo el proceso de cambio, desde el momento en que alguien advierte la existencia del problema hasta el instante en que el problema deja de existir. Prochaska argumenta que la mayoría de los modelos de cambio han sido modelos de «actuación», pero existen muchos otros cambios que preceden y siguen a la acción en el caso de las conductas adictivas. La decisión de cómo ayudar a alguien incluye considerar el momento en que se encuentra cada individuo dentro del ciclo del cambio.

Del mismo modo que el cambio es un fenómeno dinámico y abierto, un modelo global de cambio, debe estar también abierto al progreso, incorporando y aglutinando nuevas variables que se van encontrando integradas en la forma en que los individuos modifican las conductas adictivas. El enfoque transteórico que desarrollan los autores es un modelo tridimensional que integra estadios, procesos y niveles de cambio (fig. 2).

Tejero y Trujols[39] realizan una descripción de este modelo y su utilización con los adictos de heroína y cocaína en España, siendo los pioneros en su utilización en la práctica clínica en nuestro país. Estos autores en su revisión argumentan cómo durante siete años se ha trabajado omitiendo el estadio de preparación planteado en los trabajos iniciales de Prochaska y DiClemente como estadio de toma de decisiones[38], con un modelo de cuatro estadios[40]. Este hecho se ha debido a la superior importancia otorgada hasta hace poco tiempo a los análisis en componentes principales del autoinforme utilizado para evaluar los estadios de cambio que delimitaban consistentemente cuatro factores o escalas, interpretándose la existencia de sólo cuatro estadios, aunque mediante la utilización de la técnica estadística *cluster* análisis aplicada a los datos procedentes de la administración del mismo autoinforme se obtenía, entre otros, un *cluster* de sujetos con puntuaciones elevadas en las escalas de contemplación y acción, y bajas en las de precontemplación y mantenimiento, interpretándose como dato confirmatorio de la existencia de un estadio de preparación. Así, el abandono de una conducta adictiva engloba una progresión desde el estadio de precontemplación hasta el de mantenimiento, pasando por los de contemplación, preparación y acción.

No obstante, y dado que uno de los principales problemas en el proceso de cambio de cualquier conducta adictiva son las elevadas tasas de recaídas, este modelo denominado transteórico del cambio resalta el hecho de que la mayoría de los individuos no progresan linealmente a través de los estadios de cambio, pudiéndose percibir un modelo de evolución en espiral[36], siendo complejo predecir cuándo un adicto en un estadio de mantenimiento puede pasar a un estadio de precontemplación o contemplación y reinicio del consumo de droga con la aparición de una recaída (fig. 2).

A continuación se describen las características que comportan cada uno de los estadios de cambio:

Precontemplación

Es un estadio durante el cual los individuos no piensan seriamente en cambiar. Éstos pueden permanecer en el estadio de precontemplación porque no están informados o porque están poco informados sobre las consecuencias de sus conductas. Otros individuos se sienten desmoralizados respecto a su capacidad de cambiar y no quieren pensar en ello. Lo más frecuente es que los adictos que se encuentran en este estadio estén a la defensiva en relación con sus conductas adictivas y se resistan a las presiones externas que les exigen el cambio. Estos adictos no se evalúan a sí mismos como portadores de una conducta problema que deben cambiar. Si acuden a tratamiento lo hacen de forma involuntaria, por evitar presiones externas (familiares, judiciales, etc.); su objetivo es que disminuya la presión o desaparezca. En ocasiones pueden presentar algún cambio o permanecer en abstinencia de forma puntual, pero una vez que la presión externa cambia, reinician de forma inmediata su patrón de consumo.

Contemplación

Es el período en que los individuos están pensando seriamente en el cambio, están mucho más abiertos al *feedback* y a la información sobre sus problemas y sobre la manera de cambiarlos, pero no han desarrollado todavía un compromiso firme de solución. Durante el estadio de contemplación el individuo toma conciencia progresivamente de la existencia de toda una problemática creada por su conducta adictiva, y empieza a plantearse la posibilidad de abandonarla, ya que existe gran ambivalencia entre coste y beneficio de dejar la droga. Cuando ambos aspectos están en competencia

equilibrada, muchos adictos pueden pasarse años en este estadio siendo contempladores crónicos, y tienden a sustituir la actuación por la acción de pensar.

Preparación

Inicialmente, dicho estadio se denominaba estadio de determinación o toma de decisión. Es un estadio donde se aprecian tanto criterios intencionales como conductuales. Los individuos se encuentran preparados para la actuación; han efectuado ya algunos pequeños pasos dirigidos a actuar, tales como reducir la frecuencia de la conducta adictiva o haberla intentado dejar en otros momentos.

Acción

El estadio de acción, también denominado «actuación», es en el que se produce abiertamente la modificación de la conducta problemática. El estadio de acción es la etapa en la que el individuo cambia, con o sin ayuda profesional, su conducta encubierta y manifiesta, así como las condiciones ambientales que le afectan, con el objetivo de superar su adicción, se llevan a cabo objetivos de abstinencia o suspensión del hábito. Como describen Prochaska, DiClemente y Norcross[36] y Tejero y Trujols[39], la mayoría de las personas, incluyendo muchos profesionales, equiparan erróneamente acción y cambio, omitiendo tanto el trabajo previo indispensable de preparación para la acción como los considerables esfuerzos necesarios para mantener y asentar posteriormente los progresos realizados en el estadio de la acción.

Mantenimiento

Siguiendo a Tejero y Trujols[39], en el estadio de mantenimiento, el individuo intenta conservar y consolidar

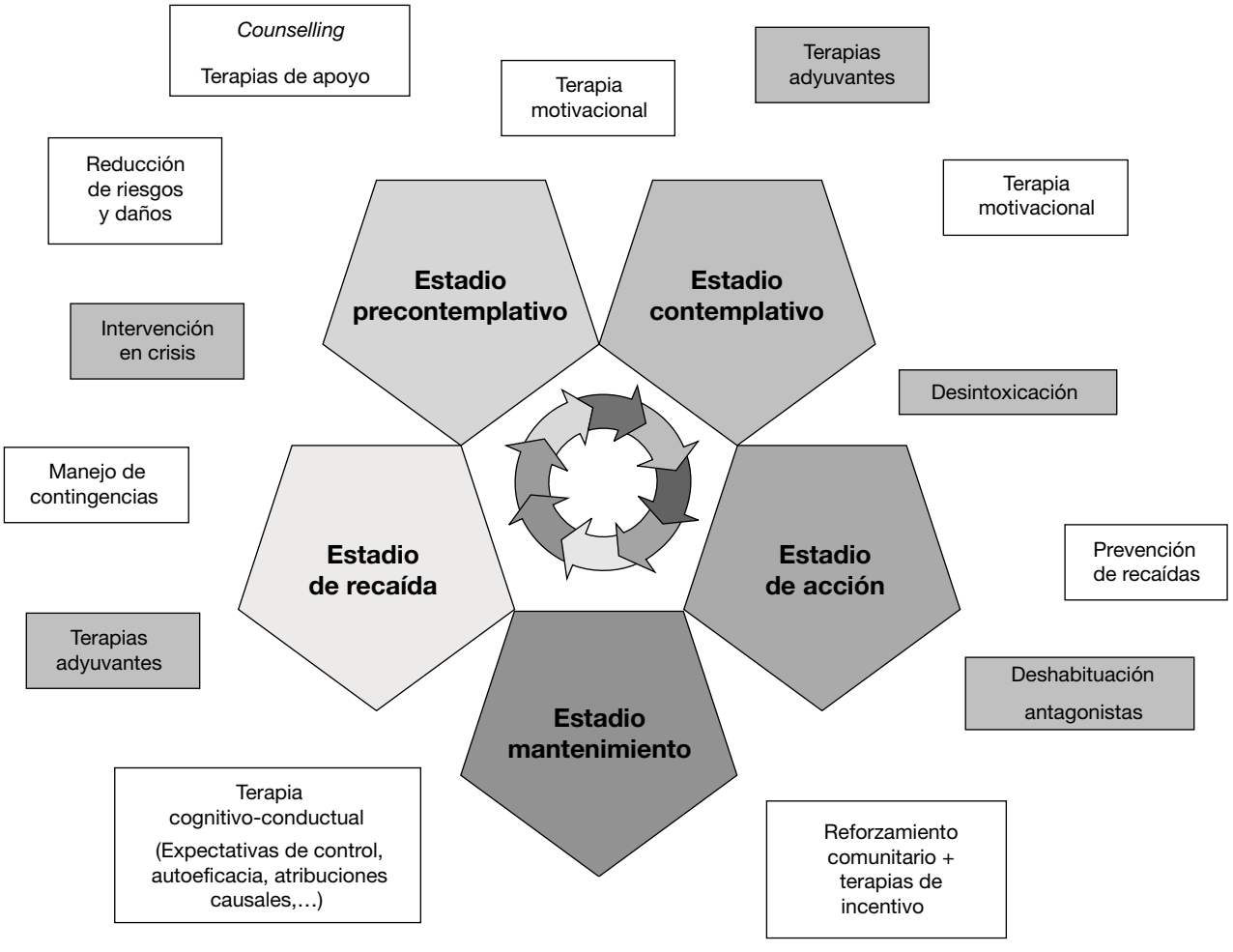

Figura. 3. Armonización de los estadios de cambio e intervenciones terapéuticas.

los logros manifiestos y significativos alcanzados en el estadio anterior, y prevenir una posible recaída en la conducta adictiva. Este estadio, según los autores, no consiste en una ausencia de cambio sino en una continuación activa del mismo. Los individuos situados en el estadio de mantenimiento pueden tener miedo no sólo a recaer sino incluso al cambio en sí mismo, ya que éste puede convertirse en amenazante debido al miedo a la recaída, con lo cual pueden derivar hacia un estilo de vida excesivamente rígido y estructurado, comportándose como si cualquier cambio de sus nuevas pautas conductuales pudiera implicar una recaída.

Entender el proceso de cambio bajo las características de estos estadios permite orientar las distintas modalidades de intervención terapéutica, tanto farmacológicas como psicoterapéuticas o psicosociales, durante el proceso (fig. 3). Por ejemplo, en una fase precontemplativa, donde la intención de dejar el consumo ni siquiera se ha planteado, las intervenciones en crisis o la terapia motivacional pueden tener su espacio más claro, mientras que una desintoxicación será más oportuna en una fase de acción, y la PR, en la fase de mantenimiento. Las técnicas de intervención cognitivo-conductuales, tal como se expondrán en los siguientes apartados, tendrían cabida en un amplio espectro de los estadios de cambio en tanto que pueden adaptarse a las características específicas de cada fase del proceso.

Componentes clínicos de la terapia cognitivo-conductual

En los últimos cincuenta años se han desarrollado marcos clínicos que permiten un manejo sistemático de los trastornos conductuales. La terapia del comportamiento[41] y la terapia cognitiva[29] han dado lugar a un conjunto variado y flexible de procedimientos útiles y efectivos de evaluación y tratamiento. Estos dos tipos de tratamiento han dado lugar a la combinación cognitivo-conductual, que busca hacer más potente y comprensiva la intervención y los beneficios para el usuario.

A lo largo de este apartado se pretenden mostrar las características de los componentes clínicos esenciales que constituyen la base clínica de la terapia cognitivo-conductual, entre los cuales se describirán: la entrevista motivacional, los programas de PR y habilidades de afrontamiento, las atribuciones causales, la autoeficacia y las expectativas de resultado. Estos componentes reúnen, de manera cuidadosa y sistemática, elementos centrales de la motivación humana y de la perspectiva cognitiva social. La investigación clínica de los componentes mencionados y sus procedimientos han dado lugar a estudios de evidencia cada vez más numerosos de los resultados de su aplicación, que pueden ser consultados en publicaciones recientes de utilidad clínica[9,30,42-45].

Entrevista motivacional

Durante estos últimos 20 años, los profesionales dedicados al tratamiento de las adicciones han ido modificando las diferentes estrategias de abordaje a las personas adictas. En sus inicios las diferentes escuelas psicoterapéuticas situaban sus esfuerzos en repetidas entrevistas cuyo objetivo principal era la valoración de la demanda de tratamiento. La mayor parte de los pacientes que solicitaban ayuda manifestaban silencios en busca de respuestas para satisfacer y tranquilizar al terapeuta, encontrando grandes dificultades para verbalizar las respuestas idóneas que garantizaran su alta motivación para abandonar la droga. Con el tiempo, los adictos con un gran número de fracasos terminaban aprendiendo un discurso que también era rechazado por el terapeuta por ser considerado poco veraz y previamente preparado.

Un mayor conocimiento y una aproximación más científica a la conducta del adicto han hecho variar la evaluación del problema y también el concepto de motivación para el abandono de la droga.

Motivación para el abandono de la droga

Adictos a la cocaína y otros pacientes que sufren de alguna dependencia se encuentran a menudo en los estados de precontemplación y contemplación antes de que les merezca la pena el iniciar un programa terapéutico en *stricto sensu*[6]. Se hace necesaria una base crítica de motivación que propicie el estadio de acción en el cual se hace posible la aplicación de un considerable número de cambios dirigidos mediante procedimientos terapéuticos. En otras palabras, el paciente ha de estar motivado para conseguir realizar un tratamiento efectivo, de otro modo, y parafraseando a Marlatt[46], 'los déficit de motivación también minan las estrategias de afrontamiento adquiridas'; otorgándole un peso específico en la aparición de las recaídas.

En estas fases iniciales, las entrevistas de valoración motivacional son un recurso terapéutico potencial, en tanto que permiten estimular y supervisar el modo mediante el cual el paciente contempla y toma decisiones sobre su conducta problema, tomando en consideración todos los pros y contras tanto del cambio como del no cambio. Para Miller y Rollnick[47] la entrevista motivacional es un método no directivo centrado en la perso-

na para promover la motivación intrínseca hacia el proceso de cambio terapéutico. El concepto de motivación es un estado de disposición al cambio, el cual puede variar de un momento a otro, o de una situación a otra, a lo largo del tratamiento.

Es tarea del terapeuta estimular y orientar al paciente hacia una reevaluación interna de su situación (con todos los pros y contras tenidos en cuenta). El terapeuta intenta crear una atmósfera en la cual el paciente se motive a sí mismo, siendo más consciente de su comportamiento, así como de la naturaleza y seriedad de las consecuencias de dicho comportamiento. El paciente debe ser más consciente de los motivos que le han llevado al inicio y mantenimiento de dichos comportamientos, de las contradicciones que aparecen y de las posibilidades que existen para el cambio.

Para llevar a cabo este proceso, se aconseja una evaluación de la demanda de tratamiento, en la cual el terapeuta no debe adoptar el papel de receptor pasivo de la información, obtenida a través de respuestas ya estandarizadas, sino que la responsabilidad del terapeuta debe encaminarse en estos momentos a que el paciente descubra su propia disponibilidad hacia el tratamiento, las propias razones por las cuales acude y las expectativas de éxito o de fracaso en el mismo. A este respecto, se ha propuesto que las intervenciones han de estar basadas en los siguientes cinco principios básicos[48]:

1) Expresar empatía, el terapeuta debe escuchar a la persona de manera reflexiva, debe comprender sus sentimientos y nunca juzgarla, debe aceptarla, lo que no es igual a que la apruebe en todo sentido.

2) Crear la discrepancia. Consiste en llevar a la persona a una discrepancia entre el consumo y una situación más saludable. El terapeuta debe provocar una reflexión sobre los costos de su conducta para que presente sus propias razones para cambiar.

3) Evitar la discusión. Se refiere a evitar las confrontaciones. El terapeuta debe ser persuasivo, pero no debe discutir con el usuario ni etiquetarlo para no provocar una actitud defensiva.

4) Manejar la resistencia. Se refiere al giro que le da el terapeuta a las respuestas de la persona, cuando éstas no son cooperativas; aquí el terapeuta intenta cambiar las percepciones del adicto de una manera sugerida más que impuesta.

5) Fomentar la autoeficacia, ya que esto mejora la capacidad de la persona para disminuir su uso de drogas. Los terapeutas deben estar preparados para usar la provocación, así como servir de espejo, intervenir de forma directa, empatizar y reestructurar. En la tabla 1 se presentan algunas de las técnicas motivacionales

Tabla 1. Técnicas motivacionales y errores cometidos en la intervención que bloquean el cambio

Técnicas	Errores
1. Reflejar lo que el paciente está diciendo a diferentes niveles, empezando por una mera repetición de las palabras dichas, y reflejando sus propios sentimientos. Esta técnica es utilizada al inicio del proceso motivacional (fase de elicitación)	1. El terapeuta pierde mucho tiempo discutiendo con el paciente en vez de construyendo una relación terapéutica con él
2. Estructuración de todo el material que el paciente esté aportando y que va a proveerlo de una comprensión más profunda de sí mismo (a nivel psicológico social, emocional y médico)	2. Los pacientes no suelen estar ni la mitad de ilusionados e impacientes por el cambio de su estilo de vida adictivo que los terapeutas
3. Reestructuración. El paciente tiene predominantemente un punto de vista negativo de sus experiencias, conductas y sentimientos, con lo cual la reestructuración consigue crear una interpretación más positiva acerca de las mismas	3. Los pacientes generalmente están insatisfechos con los programas de tratamiento
4. Resumen. Siempre es conveniente aportar resúmenes, sumarios de lo que el paciente ha dicho durante la sesión, para contrastar si el terapeuta ha entendido correctamente, así como proporcionar *feed-back* al paciente	4. Los cocainómanos elicitan a los terapeutas una enorme cantidad de preocupación, de tal manera que no queda nada para el adicto y su cambio.
5. Preguntas específicas. Mediante un cuestionamiento de preguntas elaboradas se consigue que el paciente concrete y especifique aquellas cosas que ha dicho	5. Los terapeutas imponen el objetivo del tratamiento a los pacientes
6. Provocación. La provocación o el uso de paradojas es una manera especial de elicitar respuestas por parte del paciente. El terapeuta adopta el papel de abogado del diablo. Con este método, el terapeuta «seduce» al paciente, le crea la necesidad de tener que probar y demostrar al terapeuta que tiene problemas y que el cambio es necesario	6. Se inician intervenciones directas hacia el cambio sin haber alcanzado un acuerdo con los pacientes
	7. A los terapeutas les supone gran dificultad realizar su trabajo esperando el refuerzo que implica observar progresos en los pacientes
	8. Creer que los pacientes no pueden hacer nada para cambiar
	9. Echar la culpa a los pacientes de sus problemas
	10. Realizar intervenciones demasiado radicales y rápidas

más utilizadas, así como algunos errores cometidos en la intervención que bloquean el cambio.

Fases de las entrevistas motivacionales

Básicamente se diferencian tres fases[48]:

1) Fase de elicitación. La tarea del terapeuta en esta primera fase es la de hacer suscitar (elicitar) afirmaciones automotivacionales. Esto se basa en el principio de la atribución: crees realmente lo que dices. Dichas afirmaciones automotivacionales son palabras que indican el grado de conciencia que el paciente maneja respecto a su problema con las drogas (cogniciones), el grado de preocupación respecto a dichos problemas (emociones) y el grado de reconocimiento de la necesidad de cambio de estilo de vida (conducta). El terapeuta debe obtener el permiso del paciente para 'entrometerse' en su vida, intentando motivar para que vuelva a la sesión siguiente estableciendo un mínimo contacto con él.

2) Fase de información. Tanto el terapeuta como el paciente inician una búsqueda activa de información. La información a recoger incluye aspectos de su adicción, duración, datos sobre su salud, situación social, familiar y psicológica. Con la información, el paciente puede decidir si tiene suficientes razones para estar preocupado acerca de su situación. Es el paciente quien tiene que llegar a dicha conclusión. El terapeuta debe jugar otra vez el papel de abogado del diablo, provocándole: ¿Es realmente malo dicho cambio? ¿Es la única alternativa?...

3) Fase de negociación. Al final de la anterior fase el paciente debe haber llegado a una decisión: ¿Quiero continuar o quiero cambiar? Es el paciente quien tiene que decidir si el cambio debe ser conseguido, qué cambios y mediante qué estrategias se van a conseguir. El terapeuta se asegura de que el paciente adquiera toda la información necesaria.

En este contexto, para entender el proceso de cambio terapéutico, Prochaska y DiClemente[49] suponen que la motivación es un proceso que guía el cambio en las personas. La motivación tiene una forma cíclica que todas las personas recorren antes de lograr la estabilización de su meta.

Prevención de recaídas y habilidades de afrontamiento

La PR es, según la definición de Alan Marlatt[12], un «programa de autocontrol» diseñado para ayudar a los individuos a anticipar y afrontar los problemas de la recaída en el cambio de las conductas adictivas. Se fundamenta en los principios de la teoría del aprendizaje social[31] y combina los procedimientos conductuales de entrenamiento en habilidades, la terapia cognitiva y el reequilibrio en el estilo de vida. Dado que el modelo de la PR combina elementos cognitivos y conductuales, es similar a otros modelos conductuales y cognitivos que se han desarrollado durante los últimos años como extensión y desarrollo de los programas terapéuticos más tradicionales.

Inicialmente, el modelo de PR se desarrolló como un programa conductual de mantenimiento para utilizar en el tratamiento de las conductas adictivas. Los objetivos del tratamiento de la adicción tratan tanto de la abstinencia total como de la imposición de límites o controles regulares con relación a la modificación de la conducta. La PR puede aplicarse como estrategia de mantenimiento para prevenir recaídas o, sobre la base de un enfoque más general, para cambiar el estilo de vida. La meta de las estrategias de mantenimiento es prevenir o intervenir en el proceso de recaída tras el inicio del cambio conductual. De este modo, los procedimientos de PR están diseñados para aumentar el mantenimiento del cambio conductual y pueden aplicarse independientemente de la orientación teórica o el método de intervención utilizado durante la fase de tratamiento inicial.

La pérdida de control sobre el consumo de cocaína puede ser un problema relativamente unitario y/o puede ser parte de un cuadro más complejo de trastorno psiquiátrico o de desajuste psicosocial. La adaptación de la PR en tratamientos más amplios se dirige y enfoca en las primeras fases del tratamiento y en el mantenimiento de la abstinencia de cocaína, y ha de entenderse claramente que no pretende ser el único instrumento en la intervención sobre la conducta adictiva.

El modelo de PR de Marlatt está basado en tres supuestos clave del cambio conductual. El primer supuesto consiste en considerar que las causas de un hábito adictivo y los factores que intervienen en el proceso de cambio conductual de dicho hábito están gobernados y mediatizados por principios diferentes. El segundo supuesto hace referencia a que el cambio del hábito adictivo implica tres etapas básicas diferentes:

1) Establecimiento de un compromiso y motivación para el cambio. Se requiere una participación activa del paciente en todo el proceso a seguir, así como su compromiso personal para cambiar.

2) Instauración del cambio. Este modelo de PR enfatiza las diferencias entre la fase de "tratamiento" y la fase denominada de "mantenimiento de la abstinencia". Es en la primera fase —instauración del cambio o tratamiento— en la que habitualmente el paciente, des-

pués de tomar la decisión de cambiar, aprende una serie de estrategias de autocontrol y las lleva a cabo a fin de conseguir la abstinencia. Se requiere una participación lo más activa posible por parte del paciente al tener que adquirir y llevar a la práctica las estrategias de autocontrol.

3) Mantenimiento del cambio a largo plazo. Además del aprendizaje de estrategias de autocontrol, habitualmente se requiere también la adquisición y mantenimiento de un nuevo estilo de vida para conseguir un adecuado y prolongado mantenimiento de la abstinencia. Se considera igualmente importante el desarrollo de una actitud constante de "vigilancia cognitiva", es decir, de una actitud exploradora permanente tanto de las posibles situaciones de alto riesgo que van apareciendo a diario, como de las "decisiones aparentemente irrelevantes" que conllevan cambios conductuales que, de pasar desapercibidas, pueden abocar a un proceso de recaída.

El tercer supuesto de este modelo de PR considera que es durante la etapa de mantenimiento de la abstinencia cuando se puede observar clínicamente una mayor variabilidad de los resultados terapéuticos a largo plazo. En general, a los pacientes les resulta más sencillo lograr la abstinencia que el mantenerse abstinentes durante un largo período de tiempo.

Como punto inicial, se admite que el individuo experimenta una sensación de control mientras se mantiene abstinente, o mientras se ajusta a otras reglas que gobiernan la conducta objetivo. Cuanto más largo es el período de abstinencia, mayor es la percepción de autocontrol que tiene el individuo. A medida que aumenta la duración de la abstinencia (o período de uso controlado), y el individuo puede afrontar eficazmente cada vez más situaciones de riesgo, la percepción de control se incrementa de forma acumulativa e, inversamente, disminuye la probabilidad de recaída. Este control percibido continuará hasta que la persona se encuentre en una situación de alto riesgo. Una situación de alto riesgo se define en términos generales 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.

¿Qué ocurre si un individuo no afronta con éxito una situación de alto riesgo? Es posible que el sujeto no haya adquirido nunca las capacidades de afrontamiento necesarias, o que las respuestas de miedo o ansiedad hayan inhibido las respuestas adecuadas para ello. Quizás el individuo no reconozca la situación como peligrosa y, por tanto, no responda al riesgo inherente antes de que sea demasiado tarde. Los déficit de motivación también minan las estrategias de afrontamiento adquiridas. Independientemente de la causa, a medida que disminuye la autoeficacia en las situaciones de alto riesgo que van apareciendo, las expectativas de afrontar satisfactoriamente la próxima situación de alto riesgo que se presenta también disminuyen. Si la situación incluye la tentación de realizar la conducta problema como resultado de un intento de afrontar el estrés involucrado, el escenario se prepara para una probable recaída. La probabilidad de recaída aumenta si el individuo tiene expectativas de consecuencias positivas en relación con los efectos de cocaína en cuestión. Con frecuencia el individuo anticipa los efectos positivos inmediatos de la sustancia, una anticipación fundamentada en experiencias anteriores, mientras ignora o no presta atención a las consecuencias negativas involucradas a más largo plazo. El aliciente de la gratificación inmediata se convierte en la figura dominante del campo perceptivo, y la realidad de las consecuencias completas del acto pasa a ocupar un segundo término. Por muchas razones, el hecho de consumir una sustancia se ha asociado durante mucho tiempo con el afrontamiento del estrés. Las creencias del tipo «seguramente una dosis me ayudará a superarlo» o «si pudiera consumir tan sólo un poco, me sentiría mejor, más relajado» son típicas. Las expectativas de las consecuencias positivas son un determinante principal del uso de cocaína y de otras formas del abuso de sustancias. Las expectativas desempeñan un papel principal como determinantes del modelo de recaída en el modelo de PR.

El requisito de abstinencia es un imperativo absoluto. Una vez que se ha cruzado la línea no hay camino de vuelta. Desde esta perspectiva de todo o nada, la ingesta de una única dosis es suficiente para violar la regla de la abstinencia; una vez cometido, el fallo no puede ya deshacerse. Después de una experiencia de fallo, el individuo experimentará, probablemente, una disminución de la autoeficacia, asociada frecuentemente con una sensación de desamparo y una tendencia a rendirse pasivamente a la situación. Frases como «es inútil, no puedo hacerlo» representan una reacción frecuente. Para explicar esta reacción ante la transgresión de un imperativo categórico, los autores del modelo de PR han postulado un mecanismo denominado «efecto de violación de la abstinencia» o EVA. Se postula que el EVA se presenta bajo las siguientes condiciones. Antes del primer fallo, el individuo se ha comprometido personalmente a un período de abstinencia, ya sea indefinido o limitado. La intensidad del EVA variará en función de diversos factores, incluyendo el grado de compromiso anterior o esfuerzo realizado para mantener la abstinencia, la duración del período de abstinen-

cia (cuanto más largo sea el intervalo, mayor será el efecto) y el valor subjetivo o importancia de la conducta problema para el individuo. Los autores del modelo de PR plantean la hipótesis de que el EVA se caracteriza por dos elementos cognitivo-afectivos clave: la disonancia cognitiva (conflicto y culpa) y un efecto de atribución personal (culpar al yo como causa de la recaída).

Además, Marlatt considera que, de hecho, los consumos puntuales tras un período de abstinencia pueden ser considerados o redefinidos cognitivamente por el paciente como experiencias de aprendizaje, a partir de las cuales pueden instaurarse nuevas estrategias de afrontamiento a las situaciones de alto riesgo que los han desencadenado, lo que permite aumentar las expectativas de autoeficacia.

Antecedentes encubiertos y preparación de las recaídas

En la discusión actual sobre los determinantes inmediatos de las recaídas y las reacciones frente a ellas, las situaciones de alto riesgo se entienden como las situaciones precipitantes o estimulantes, asociadas con el lapso inicial o primer fallo tras un período de abstinencia o de uso controlado. En muchos de los episodios de recaída que los autores han observado en su programa de investigación, el primer lapso estaba precipitado por una situación de alto riesgo que el individuo encontraba de forma inesperada. En muchos casos, el sujeto no esperaba que ocurriera la situación de alto riesgo o estaba en general insuficientemente preparado para afrontar con éxito las circunstancias a medida que iban apareciendo. Con frecuencia, los individuos se encuentran de pronto con situaciones que se van intensificando rápidamente y que no pueden controlar de forma efectiva.

Sin embargo, en otros episodios de recaída, la situación de alto riesgo aparece como el último eslabón de una cadena de acontecimientos previos al primer fallo. ¿Por qué algunos individuos parecen prepararse sus propias recaídas? Desde una perspectiva de coste-beneficio, una recaída puede entenderse como una elección o decisión muy racional en el caso de algunos individuos. El beneficio aparecerá rápidamente: el resultado de la gratificación inmediata. Para muchos, la recompensa de la gratificación instantánea compensa suficientemente el coste de los potenciales efectos negativos que pueden o no producirse en algún momento del futuro.

Las distorsiones cognitivas como la negación o la racionalización facilitan la preparación del propio episodio de recaída: se puede negar tanto el intento de recaer como la importancia de las consecuencias negativas a largo plazo. También existen muchas excusas para racionalizar el acto con indulgencia. En el entrenamiento de PR se enseña al sujeto a distinguir las situaciones y decisiones que le ponen en camino y en peligro de planificar encubiertamente actos que le pueden llevar a la recaída, así como a identificar y modificar las «decisiones aparentemente irrelevantes» que por casualidad pueden llevar al sujeto justo delante del portal de su antiguo proveedor de la sustancia. El sujeto ha de aprender a descubrir los pródromos, los signos tempranos de alarma para esas situaciones potenciales de recaída.

En otros casos, la recaída se produce tras una decisión explícita de vuelta al consumo y/o tras la planificación del consumo. En un estudio llevado a cabo los autores observaron que poco más de la mitad de los sujetos recaídos pasaron por esa fase de decisión y/o planificación del consumo[50,51].

Estrategias de evaluación e intervención

En palabras de Marlatt[12], «El trabajo en prevención de recaídas exige la implicación del paciente como co-terapeuta, a quien se le otorgan la mayor parte de las responsabilidades que se precisan para poder llevar a cabo los cambios necesarios. La recuperación de las adicciones se convierte de esta forma en una tarea de aprendizaje programado que implica la adquisición de nuevas habilidades». En la programación de la PR se presentan las líneas maestras de las estrategias de evaluación e intervención. Se incluyen las estrategias diseñadas para enseñar al cliente cómo anticipar y afrontar la posibilidad de una recaída, cómo reconocer y afrontar las situaciones de alto riesgo que pueden precipitar un fallo, y cómo modificar sus cogniciones y otras reacciones y prevenir, de este modo, que un desliz aislado se convierta en una recaída absoluta. Dado que estos procedimientos se centran explícitamente en los precipitantes inmediatos del proceso de recaída, los autores se refieren a ellos como estrategias específicas de intervención. En segundo lugar, se tratan las estrategias diseñadas para reequilibrar el estilo de vida del individuo, y para identificar y afrontar los determinantes encubiertos de la recaída; estos procedimientos se denominan «estrategias globales de autocontrol».

Tanto las estrategias específicas como las estrategias globales de autocontrol en la PR pueden clasificarse en tres categorías principales: entrenamiento en habilidades, reestructuración cognitiva y reequilibrio en el estilo de vida. Las estrategias de entrenamiento

en habilidades o capacidades incluyen tanto las respuestas conductuales como las cognitivas para afrontar las situaciones de alto riesgo. Los procedimientos de reestructuración cognitiva están diseñados para proporcionar al individuo cogniciones alternativas relacionadas con la naturaleza del proceso de cambio del hábito (es decir, para entenderlo como un proceso de aprendizaje), introducir estrategias de imaginación para desarrollar la capacidad de afrontamiento con el fin de controlar los deseos irresistibles (*craving*) y reconocer las primeras señales de aviso y reestructurar las reacciones al lapso inicial (reestructuración del EVA). Finalmente, las estrategias de reequilibrio del estilo de vida (cambio de actividades, horarios, relaciones, relajación, ejercicio, etc.) están diseñadas para fortalecer la capacidad global de afrontamiento del individuo y para reducir la frecuencia e intensidad de las urgencias y de los deseos irresistibles que a menudo son el producto de un estilo de vida desequilibrado.

Un aspecto esencial para enseñar a los individuos a controlar las situaciones de alto riesgo de forma efectiva es capacitarlos para identificar y anticipar estas situaciones. En la tabla 2 se describen las situaciones prototípicas definidas por Marlatt y colaboradores[12,52]. Actualmente, sin embargo, la identificación de las situaciones de alto riesgo se ha convertido en una cuestión individual que requiere procedimientos idiográficos de evaluación. Siempre que sea posible, los individuos realizarán un registro de sus conductas adictivas durante un período de línea base antes del tratamiento. Los procedimientos de automonitorización o autorregistro ofrecerán un método eficaz para evaluar las situaciones de alto riesgo. Los registros realizados en un período corto -una o dos semanas- pueden, con frecuencia, resaltar las influencias situacionales y los déficit de habilidades de afrontamiento que subyacen a un patrón de conducta adictiva.

Tabla 2. Situaciones de alto riesgo

Situaciones intrapersonales	Situaciones interpersonales
Estados emocionales negativos	Presión social
Malestar fisiológico	Conflictos interpersonales
Estados emocionales positivos	Estados emocionales en compañía de otros
Poner a prueba el control personal	
Deseos o tentaciones de consumo	

En la evaluación de la autoeficacia, el individuo se presenta con una lista de situaciones de recaída potenciales. Para cada situación, el individuo utiliza una escala de puntos para estimar su expectativa subjetiva de afrontarla satisfactoriamente. Las puntuaciones a lo largo de un amplio rango de situaciones capacitan al individuo para identificar tanto las situaciones problemáticas como los déficit de habilidades que requieren entrenamiento. Los resultados de estos tipos de evaluación pueden, posteriormente, distar el foco de los procedimientos de entrenamiento en habilidades o capacidades. Se han desarrollado escalas de autoeficacia para los problemas de conductas adictivas: DTCQ[53-55] y CACD[56] que nos aportan el perfil de autoeficacia del adicto para hacer frente a cada una de las situaciones de riesgo y su resistencia a la tentación de consumo de cocaína.

Los procedimientos de evaluación llevados a cabo cuidadosamente capacitarán al sujeto para identificar muchas situaciones de riesgo. Posteriormente, el individuo debe aprender un enfoque alternativo para responder pronto a estas situaciones. Un primer paso en este nuevo enfoque es reconocer que las situaciones de alto riesgo se perciben mejor como estímulos discriminativos que señalan la necesidad de un cambio conductual, del mismo modo que las señales de tráfico señalan la necesidad de realizar una acción alternativa. Cuando se entienden de este modo, dichas situaciones pueden verse como coyunturas en las que es necesario realizar una elección más que como peligros inevitables e incontrolables a los que hay que resistir. Desde esta perspectiva, la elección previa de evitar o acercarse a situaciones arriesgadas se hace más fácil para el individuo. Sin embargo, la evitación rutinaria de situaciones concretas de alto riesgo es poco realista. Por consiguiente, los individuos deben adquirir habilidades de afrontamiento que los capaciten para controlar estas situaciones.

El entrenamiento en habilidades necesarias para la identificación de los déficit en habilidades o capacidades de afrontamiento es la piedra angular del programa de tratamiento de PR. Cuando el individuo carece de habilidades de afrontamiento se le pueden enseñar diversas técnicas terapéuticas. El contenido del programa de entrenamiento en habilidades es variable y su aplicación dependerá de las necesidades del individuo. Las posibles áreas de contenido incluyen: asertividad, control del estrés, entrenamiento en relajación, control de la ira, habilidades de comunicación y habilidades sociales generales. Además de estas áreas de contenido, el enfoque de PR incluye, rutinariamente, el entrenamiento en habilidades de resolución de problemas más

generales. La ventaja de esta última característica es que proporciona al individuo un conjunto de habilidades extremadamente flexibles, que pueden generalizarse a lo largo de diversas situaciones y áreas problemáticas.

El hecho de equipar al individuo con habilidades generales de resolución de problemas evita la necesidad de depender excesivamente de la memorización y ejecución de procesos conductuales relativamente mecanizados que con frecuencia tipifican los programas de entrenamiento en habilidades centrados en el contenido. Con relación al entrenamiento en habilidades, los procedimientos de enseñanza actuales se fundamentan en el trabajo de McFall[57]. El rango de métodos incluye el ensayo conductual, las instrucciones, el entrenamiento, el *feedback* evaluativo, el modelamiento y el *role playing*. Además, el trabajo de Meinchenbaum[58] sobre las autoinstrucciones cognitivas ha demostrado ser especialmente eficaz para enseñar a los individuos autoafirmaciones constructivas. Para poner a prueba y consolidar las habilidades adquiridas recientemente, la asignación de tareas para realizar en casa es un ingrediente esencial en el entrenamiento en habilidades o capacidades.

Para la consecución de un estilo de vida equilibrado, debe alentarse al individuo a que disponga de unos momentos de ocio durante el día para que se comprometa a realizar actividades gratificantes, que merezcan la pena, incluyendo lo que los autores denominan «adicciones más positivas». Se consideran adicciones «negativas» las que sientan bien al principio, pero que producen daño a largo plazo. Por el contrario, las adicciones «positivas» serían aquellas que producen incomodidad a corto plazo y conllevan beneficios a largo término.

Las actividades que tienen potencial para convertirse en una adicción positiva incluyen la meditación, el deporte y los procedimientos de relajación. La meditación y otras técnicas de relajación ofrecen un método de fácil aprendizaje y disponibilidad inmediata para alcanzar una experiencia constructiva de *high*. El *jogging* y los regímenes de ejercicio regular requieren más ejecución física y probablemente estarán más sujetos a un horario (especialmente si se realizan en grupo), pero también proporcionan fuentes de satisfacción personal constructiva. Algunas investigaciones han demostrado que un programa regular de ejercicio aeróbico (por ejemplo, correr) se asocia con una reducción significativa de las conductas adictivas de drogas.

A pesar de la eficacia de estas técnicas para contrarrestar los sentimientos de deprivación que podrían predisponer al individuo a una recaída, las urgencias y los deseos irresistibles pueden aparecer todavía ocasionalmente. Cuando se enseña a los individuos a afrontar las experiencias de urgencia y de deseos irresistibles, es importante subrayar que la incomodidad asociada con estos acontecimientos internos es natural. Con frecuencia, la persona que está sometida a deseos irresistibles tiene tendencia a sentir que la incomodidad continuará aumentando hasta que su resistencia se colapse bajo el peso aplastante de un deseo arrollador. Cuando trabajamos con este tema, señalamos que los deseos irresistibles están, a menudo, provocados por los EC, estos aumentan de intensidad, alcanzan un pico máximo y luego disminuyen. A este respecto, los deseos pueden ser comparados con las olas del mar: crecen, forman la cresta y caen; utilizando esta metáfora, animamos a los individuos a esperar a que pase el deseo, a aguardar a la disminución y a resistir durante el período de máxima incomodidad producida por dicho deseo.

Hay que destacar que los deseos irresistibles pueden no operar siempre a nivel consciente, sino que en ocasiones están enmascarados por distorsiones cognitivas y mecanismos de defensa. Incluso entonces, pueden ejercer una influencia importante, permitiendo que las decisiones aparentemente irrelevantes conduzcan al individuo más cerca de la recaída. Para contrarrestar este hecho, se entrena al individuo para que pueda ver a través de estos autoengaños, reconociendo su verdadero significado. Una charla explícita con uno mismo puede ayudar a que las decisiones aparentemente irrelevantes cobren su auténtico valor. Un objetivo importante de estas técnicas de control de los deseos es capacitar al individuo para que pueda exteriorizar los deseos irresistibles y los perciba con objetividad[51]. Otro modo de alcanzar esta objetividad consiste en alentar al individuo a etiquetar cuidadosamente el deseo tan pronto como aparezca en la conciencia. Los deseos de consumo deben entenderse como eventos naturales que ocurren en respuesta a los estímulos ambientales y del estilo de vida, más que como señales del fracaso del tratamiento e indicadores de recaídas futuras.

Atribuciones causales

La atribución causal es una variable cognitiva de creciente interés. Si bien los orígenes en el estudio de estas variables hay que buscarlos en 1958, de la mano de Heider[59], es a partir de la década de los años 70 cuando su estudio cobra mayor auge y rigor. Son muchos los autores y las teorías que hablan de la atribución causal[60-62], si bien todos ellos destacan una serie de ideas o principios que comentamos a continuación.

Las atribuciones causales se definen como las explicaciones causales que dan las personas a los hechos o

sucesos que les ocurren. Cuando un determinado acontecimiento ocurre (por ejemplo, el padecimiento de una enfermedad, el despido del trabajo, el consumo de drogas, etc.), la persona se pregunta implícita o explícitamente por qué, a qué se debe. Las respuestas a estas preguntas, la percepción de lo que ha causado tal evento, es lo que se conoce como atribución causal. Son percepciones, lo que quiere decir que las causas que se deducen no son reales, sino subjetivas. Pero, a pesar de su carácter subjetivo, se constituyen en creencias firmes que condicionan las reacciones emocionales de la persona, las expectativas que se forma respecto al futuro y la forma en que se comporta ante el suceso. Dependiendo de a qué causa atribuya un hecho, la persona sentirá, anticipará y se comportará de un modo u otro. De ahí la importancia que se adjudica en el enfoque cognitivo a las atribuciones.

Las causas a las que se pueden atribuir los sucesos, sean positivos (en cuyo caso, los llamaremos éxitos) o negativos (los llamaremos fracasos), pueden ser muchas y diferentes según las personas. No obstante, ante tal diversidad, Weiner propuso una clasificación de las mismas a partir de tres claves: el grado de implicación personal, la estabilidad y el control. Es decir, las causas pueden ser:

1) Atendiendo a la implicación personal: internas o externas. Hablamos de este tipo de causas cuando la persona se atribuye el suceso a sí misma (la inteligencia, el carácter, etc. son ejemplos de causas internas) o, por el contrario, cuando lo atribuye al ambiente, a un factor externo (influencia de los demás, dificultad de la tarea, etc.).

2) En función de su estabilidad pueden ser: estables o inestables. Si la causa que ha producido el suceso es permanente, crónica (por ejemplo: aptitudes, alteración biológica o genética, etc.), decimos que es una causa estable. Si por el contrario, la causa es temporal, variable, hablamos de causas inestables (esfuerzo, cansancio, etc.).

3) Atendiendo al grado de control pueden ser: controlables o incontrolables. Una causa es controlable cuando está bajo el control de la persona, cuando ésta tiene algún tipo de poder o dominio sobre la causa (habilidades, esfuerzo, etc.). Sin embargo, decimos que la causa es incontrolable cuando la persona no puede cambiarla o modificarla porque está más allá de su control (la suerte, una alteración biológica, por ejemplo).

Las atribuciones causales, en tanto que creencias firmes, influyen en el estado emocional (animan o desalientan), en las expectativas respecto al futuro y a uno mismo (volverá a suceder o todo cambiará, soy capaz de conseguirlo o soy un inútil), y en la conducta (activa, de evitación o resignación). Es de esperar que también influyan en los resultados y en la adaptación personal y social de la persona. Bajo esta premisa, que las atribuciones condicionan las emociones, las expectativas y la conducta de las personas, se han llevado a cabo diversos estudios en adicciones. Algunos de estos estudios buscaban identificar qué factores se asocian a las recaídas y/o al mantenimiento de la abstinencia[50,51,63-70] y se plantearon si las creencias que tiene el adicto sobre su problema, su evolución, sus recaídas, etc. no estarían condicionando los resultados que obtiene en el tratamiento. Este condicionamiento se debería a la influencia que, según el enfoque cognitivo conductual, ejercen las creencias en la forma en que las personas afrontan los problemas, en el esfuerzo que despliegan y en la perseverancia que mantienen. Entre estas creencias destacan, además de las expectativas de autoeficacia, las atribuciones causales. Tomando como marco el modelo atribucional de Weiner, la relación entre estos dos tipos de cogniciones es muy estrecha: dependiendo de la causa a la que se atribuya un hecho (en nuestro caso, la recaída o la abstinencia de un adicto a la cocaína), la expectativa futura o de autoeficacia será mayor o menor. Por ejemplo, si un adicto a la cocaína atribuye su recaída a que él padece una enfermedad o una alteración incurable (causa que se puede clasificar de interna, estable e incontrolable), la expectativa de ser capaz de resistir el impulso a tomar cocaína será muy pequeña. Por el contrario, si cree que recayó por descuido, porque no se ha comprometido seriamente con el tratamiento o porque no ha adquirido todavía las suficientes habilidades para hacer frente a las tentaciones (la causa, en este caso, es interna, inestable y controlable), la expectativa de que resista los deseos de consumo de cocaína en un futuro será mayor.

En función de si las atribuciones desaniman o alientan, se puede hablar de atribuciones desadaptativas (primer caso) o de atribuciones adaptativas (segundo caso). En la tabla 3 se presentan las características que deben tener las atribuciones adaptativas y desadaptativas en la abstinencia de cocaína. La relación que se espera conseguir en el tratamiento clínico entre la autoeficacia y las atribuciones es como sigue: los cocainómanos que tengan poca autoconfianza en su capacidad para resistir los deseos de consumo atribuirán sus recaídas a causas internas, estables e incontrolables, y sus períodos de abstinencia a causas externas, inestables e incontrolables. Por el contrario, los cocainómanos que confíen en ser capaces de superar los deseos de consumo atribuirán sus recaídas a causas internas, inestables y controlables, mientras que sus períodos

Tabla 3. Estilos de atribución causal adaptativos y desadaptativos para la valoración de la abstinencia y la recaída

Atribuciones adaptativas		Atribuciones desadaptativas	
Abstinencia	Recaída	Abstinencia	Recaída
Internas	Internas	Externas	Internas
Estables	Inestables	Inestables	Estables
Controlables	Controlables	Incontrolables	Incontrolables

de abstinencia los atribuirán a causas internas, estables y controlables.

La autoeficacia

La expectativa de autoeficacia es una de las variables cognitivas que ha ido adquiriendo una atención y un protagonismo cada vez mayores en el tratamiento de las adicciones. Concretamente en la fase de deshabituación, en la que el paciente, una vez acometida la desintoxicación y suspendido el consumo de drogas, trata de mantener la abstinencia no interrumpida. La razón de este protagonismo es la siguiente: esta expectativa refleja la creencia, la seguridad que tiene el adicto de poder resistir los deseos de consumir drogas que con frecuencia experimenta, y que constituyen uno de los principales obstáculos en su recuperación. Diversos estudios han señalado la relación que existe entre la confianza de resistir los deseos de consumo y el resultado del tratamiento.

La experimentación de deseos o tentaciones de consumo es una constante en la mayoría de los adictos, en general, y de los cocainómanos, en particular. Cuando éstos se someten o terminan un tratamiento, esta variable se presenta como uno de los antecedentes más claros de la recaída. Pero, de acuerdo con el concepto de expectativa de autoeficacia y la teoría en la que se fue desarrollando, no basta con la sola experimentación de deseos, sino que es la creencia de ser o no capaz de resistir dichos deseos lo que influirá sinérgicamente en el hecho de que el adicto reinicie o no el consumo de cocaína.

El origen del concepto de expectativas de autoeficacia y posterior desarrollo se debe a la observación realizada por Bandura[71] de que las teorías psicológicas suelen tener como principal objetivo que los sujetos adquieran durante el tratamiento conocimientos y habilidades para solucionar sus problemas y conseguir una buena adaptación psicosocial. En el caso de los cocainómanos, se pretende que éstos conozcan qué es la cocaína, la dependencia de esta droga, sus consecuencias, qué hacer para evitar daños colaterales al consumo, adquirir estrategias para superar sus deseos de consumo y no consumir. Si bien estos logros son necesarios para conseguir una buena recuperación, Bandura dirá que no son suficientes. La persona no siempre actúa de forma óptima aunque conozca qué es lo que debe hacer y disponga de las habilidades necesarias; es preciso que también se lo crea, esto es, que desarrolle y adquiera la creencia o la confianza suficiente de que es capaz de utilizar esas habilidades para afrontar eficazmente sus problemas. Esta creencia se denomina «expectativa de autoeficacia», o simplemente autoconfianza, y toma la forma de «soy capaz», «me siento seguro de poder lograrlo», «tengo dudas, no confío demasiado en mí mismo», etc.

Hay una marcada diferencia entre disponer de capacidades y ser capaz de utilizarlas: objetivamente se puede ser capaz de realizar una actividad y realizarla de hecho; por otro lado, se puede ser incapaz por limitaciones objetivas y ser, efectivamente, un incapaz; pero también se puede ser suficientemente capaz (o aprender a serlo) y actuar como si uno no lo fuera, con los consiguientes resultados de fracaso. Ello es debido, al menos en parte, a que la persona duda de sí misma e infravalora sus capacidades, es decir, no las desarrolla o no las utiliza, y se comporta y obtiene resultados como si realmente fuera incapaz. A este respecto, Bandura plantea que: «La creencia de autoeficacia comparte con el resto de creencias y otras actividades cognitivas la característica de influir en la conducta a niveles no muy conscientes. Es decir, los individuos no suelen ser muy conscientes de lo mucho que les condicionan sus ideas, su forma de interpretar y anticipar los hechos. Pero la poca conciencia de esta influencia no resta importancia al hecho, es más, puede aumentar el riesgo de conductas desadaptativas, porque al ser la persona relativamente inconsciente de la influencia de sus pensamientos, éstos pueden ir asentándose libremente, cada vez con mayor fuerza, hasta el punto de ser automáticos y dirigir sus conductas de forma automática».

La autoeficacia se presenta, por tanto, como un elemento que media entre el conocimiento, las habilidades objetivas y la acción. Es una variable mediadora que condiciona la conducta y el esfuerzo y, por consiguiente, el resultado[71-76].

Autoeficacia en la deshabituación de cocaína: programa de prevención de recaídas

Básicamente, el interés de la autoeficacia en el tratamiento de la cocaína se debe al condicionamiento que ejerce en el adicto en su actitud y comportamiento durante el proceso de recuperación. Si, como plantea Bandura[71], la autoeficacia condiciona la conducta del adicto ante su tratamiento, el esfuerzo que hace, el estado de ánimo que experimenta y el tipo de creencias que tiene, es de esperar que también condicione el resultado de la intervención terapéutica. Desde esta perspectiva, las expectativas de autoeficacia constituyen una variable clave en el programa de PR desarrollado por el grupo de Marlatt[52,77-79]. Estos autores, basándose en los principios del enfoque cognitivo conductual, explican el porqué del mantenimiento de la abstinencia y de la recaída en pacientes adictos ya desintoxicados y en fase de deshabituación, y proporcionan intervenciones terapéuticas para anticipar y prevenir la posibilidad de la recaída.

Cinco son los elementos clave del Programa cognitivo-conductual de prevención de recaída de Marlatt: situaciones de alto riesgo, afrontamiento, expectativas de autoeficacia, expectativas de efectos positivos y atribuciones. De acuerdo con este programa y enfoque, un adicto que termina un tratamiento experimenta una percepción de control sobre su problema mientras mantiene la abstinencia. La sensación de control continuará, según Marlatt, hasta que el adicto se encuentre con una situación que se ha dado en llamar de «alto riesgo», y que es una situación peligrosa, amenazante, porque, por su asociación al consumo anterior de drogas, incita al drogodependiente a consumir de nuevo.

Si el adicto es capaz de afrontar de manera eficaz esta situación de riesgo, desarrolla una creencia de autoeficacia, de confianza en las propias capacidades para abordar esta situación y otras en un futuro. Ambos, afrontamiento adecuado y expectativas de autoeficacia, disminuyen significativamente el riesgo de una recaída (fig. 4). Por el contrario, si el adicto se tropieza con una situación para la cual no dispone de respuestas de afrontamiento adecuadas, probablemente experimentará una disminución de su autoeficacia, de su seguridad para manejar esa situación sin consumir. Si, además, cree o anticipa que consumiendo drogas va a conseguir ciertos efectos positivos (superación del *craving* o de un estado emocional negativo, aprobación

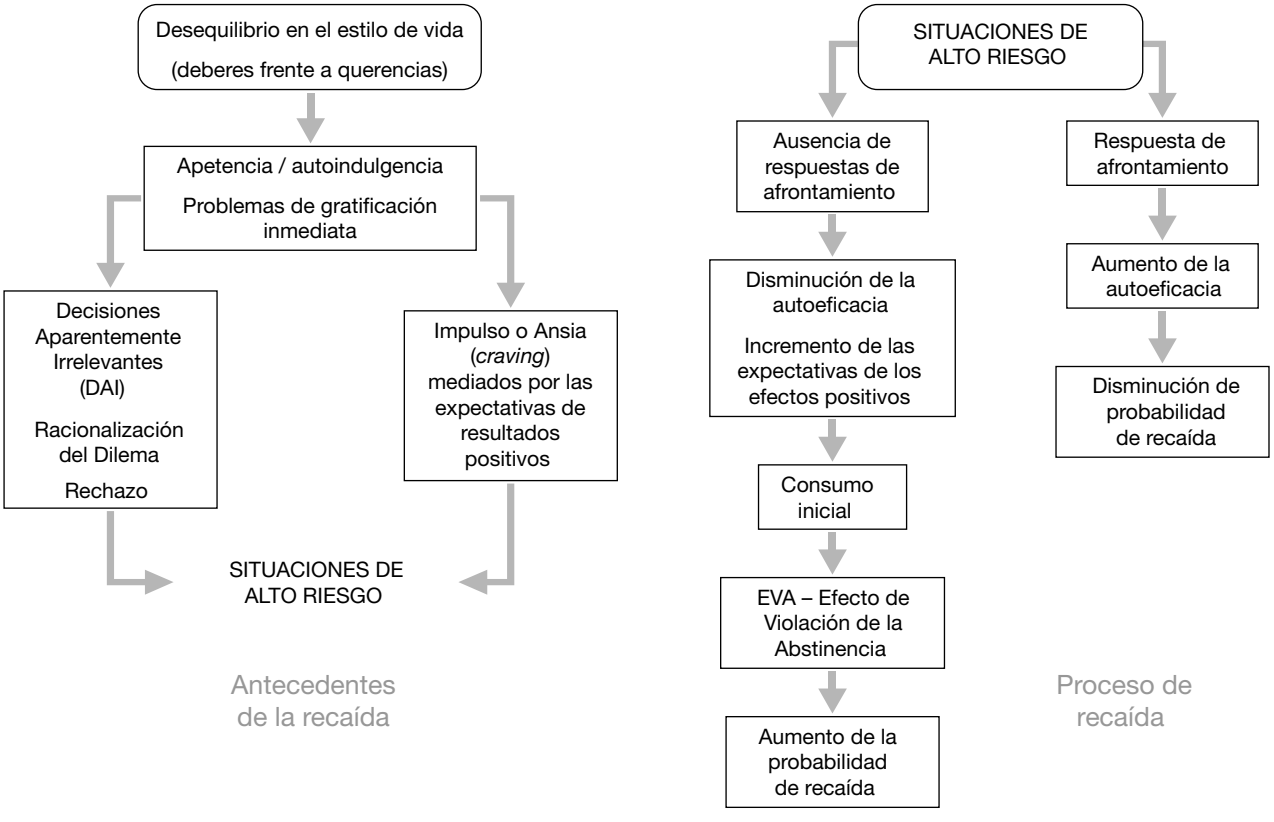

Figura. 4. Modelo cognitivo conductual del proceso de recaída. Adaptada de: Marlatt GA, Gordon JR[12].

del grupo, etc.), la probabilidad de hacer un primer consumo aumenta. Es decir: afrontamiento incorrecto, autoeficacia reducida y anticipación de efectos positivos favorecen el consumo de drogas.

Siguiendo con el modelo de Marlatt, que este primer consumo desemboque en una recaída (entendida como un consumo continuado e incontrolable) depende de las expectativas que el adicto tenga respecto de los efectos positivos de la droga y de la interpretación que haga de este consumo; en concreto, si las expectativas del consumo son positivas y si atribuye el consumo de drogas a causas incontrolables (como que él es un adicto y siempre lo será), la probabilidad de recaída aumenta considerablemente.

Resumiendo este modelo cognitivo conductual del proceso de recaída, la probabilidad de que el adicto se mantenga en abstinencia depende esencialmente de estos factores: afrontamiento adecuado de las situaciones de riesgo y desarrollo de expectativas de autoeficacia. Por el contrario, la probabilidad de recaída depende de que no se afronten correctamente las situaciones de riesgo, que se reduzcan las expectativas de autoeficacia, que se anticipen efectos positivos del consumo de drogas y de que se atribuya el primer consumo a causas incontrolables, lo que disminuye a su vez la autoeficacia.

Si bien el modelo de Marlatt propone que la forma con que el adicto afronta una situación de riesgo afecta a la autoeficacia, también la autoeficacia percibida afecta a la forma con que se hace frente un problema. Dependiendo de la confianza que tenga el adicto en sí mismo, su actitud y comportamiento ante una situación que incita al consumo variará: si aquélla es baja, es probable que vacile y se muestre indeciso o pasivo, por ejemplo, ante la presión de antiguos consumidores; por el contrario, si confía en sí mismo, puede mostrar más firmeza y resistencia y rechazar la droga. La autoeficacia se presenta tanto como un consecuente de la acción y los resultados obtenidos, como un antecedente que condiciona la acción y los resultados subsiguientes.

Siguiendo el planteamiento de Bandura, podemos proponer que la autoeficacia condiciona el comportamiento y los resultados que un cocainómano obtiene en su tratamiento del siguiente modo:

1) A nivel cognitivo. Las expectativas de autoeficacia promueven en estos pacientes pensamientos que pueden ser facilitadores o inhibidores. Los adictos a la cocaína que confían en sus capacidades tienden a pensar y a anticipar de forma más positiva las situaciones de riesgo que se les presentan, así como los resultados que se siguen de ellas. Por el contrario, los adictos a la cocaína que tienen una baja autoeficacia piensan demasiado en sus deficiencias y exageran la magnitud de sus limitaciones y/o de las dificultades que tienen que afrontar.

2) A nivel afectivo. Las creencias sobre las propias capacidades afectan al nivel de estrés, ansiedad o depresión que los adictos experimentan en situaciones amenazantes. Según Bandura, la amenaza no es una propiedad fija de los sucesos sino más bien una propiedad que adjudicamos a las situaciones, y que relaciona las capacidades personales percibidas y lo potencialmente aversivo de la situación. Si esto es así, podemos suponer que los adictos que creen que pueden ejercer control sobre posibles amenazas o presiones evocan menos emociones aprensivas y no se dejan perturbar o influir demasiado por ellas. En cambio, aquellos que creen que no pueden enfrentarse eficazmente a esas situaciones, experimentan altos niveles de estrés y ansiedad. Como resultado, o bien distraen su atención de lo que debería ser el comportamiento adecuado, o bien evitan enfrentarse con esos entornos no aprendiendo a superar sus deseos de consumo.

3) A nivel conductual. La percepción de autoeficacia influye en tres aspectos: la elección de conductas, el grado de esfuerzo y la constancia. Los adictos a la cocaína que se sienten capaces de resistir los deseos de consumo toman medidas concretas y activas para tratar de hacerlos frente, desarrollan esfuerzos más intensos y no desisten con tanta facilidad de su empeño en mantener la abstinencia que los adictos que se sienten inseguros; éstos, en contraposición, renuncian antes en el intento de superar sus deseos de consumo, sus esfuerzos son menores y terminan adoptando conductas pasivas o de evitación.

En definitiva, el concepto de autoeficacia se presenta como un concepto suficientemente robusto para ser valorado en la práctica clínica. Hace referencia a la capacidad que cree tener una persona drogodependiente de permanecer en abstinencia, de no realizar la conducta de consumo, e implica la utilización de diversas respuestas o formas de afrontamiento, y todo ello en una variedad de situaciones que se han confirmado como de alto riesgo por su capacidad de precipitar la recaída.

Estadios de cambio y autoeficacia

En una elaboración previa, Bandura[72] afirmó que la autoeficacia funciona como un elemento unificador esencial para entender el cambio conductual. Ante estos postulados, Prochaska y Prochaska[6] se interesan por la relación existente entre estadios de cambio y autoeficacia, argumentando que la aplicación de la teoría de la autoeficacia a las conductas adictivas no es una tarea simple[80]. Estos autores consideran que frecuentemente se evalúan las respuestas de los sujetos a la valoración

que realizan del grado de confianza respecto a su capacidad para abstenerse, reducir o controlar la conducta en el contexto de distintos estímulos relevantes. Las evaluaciones de la eficacia se relacionan más claramente con los problemas para lograr el mantenimiento o con los problemas de las recaídas en estas conductas[12,81]. Prochaska y Prochaska[6] concluyen del modo siguiente: «las evaluaciones de autoeficacia reflejan la posición dentro de cada estadio y pueden ayudarnos a entender algunos aspectos del potencial de cambio que posee un individuo determinado, de todos modos la capacidad predictiva de la autoeficacia es mucho más marcada en los estadios finales de cambio que en los iniciales. Por ello, las evaluaciones de eficacia pueden ser predictoras de la conducta hacia el cambio únicamente cuando el individuo ha emprendido alguna acción. Antes del estadio de actuación, las evaluaciones de eficacia son menos precisas, o tienen menor relevancia. Tener en cuenta el estadio es importante para comprender la forma en que la percepción de la autoeficacia influye en el cambio de la conducta adictiva. La información que hemos recogido hasta este momento revela que las evaluaciones de eficacia son tan específicas de cada estadio que los investigadores y los clínicos deben ser prudentes al valorar e interpretarlas en individuos situados en distintos estadios de cambio».

Tipos de autoeficacia

En 1995, surgen en la literatura científica dos publicaciones que revisan los trabajos que se han ido realizando en el campo de las adicciones en relación con el concepto de autoeficacia, tanto en el ámbito de la prevención DiClemente, Fairhurst y Piotrowski[82], como del tratamiento Marlatt, Baer y Quigley[83]. La reflexión sobre estos estudios y el propio concepto de autoeficacia lleva a estos dos equipos de trabajo a proponer que, a diferencia de lo sostenido hasta el momento, la autoeficacia es multifacética. Esto es, no existe un solo tipo de autoeficacia sino varios, dependiendo de en qué conducta o momento del desarrollo de una adicción nos fijemos. La autoeficacia se presenta, a juicio de estos autores, como un concepto rico, elástico, susceptible de poder aplicarse a diferentes conductas (abstinencia, consumo moderado), y momentos del origen y desarrollo de las drogodependencias (antes de la adicción, durante el tratamiento, después de una recaída).

DiClemente, Fairhurst y Piotrowski[82], el primer grupo, diferencian cinco tipos de autoeficacia:

1) Autoeficacia de afrontamiento, que se refiere a la capacidad para el afrontamiento eficaz de situaciones, como, por ejemplo, resistir la presión de los amigos para tomar cocaína o hablar con alguien cuando se está enfadado o decepcionado en vez de recurrir a las drogas.

2) Autoeficacia centrada en el tratamiento, que evalúa la capacidad para llevar a cabo las conductas o estrategias relevantes para el tratamiento, como son la auto-observación o el control de estímulos.

3) Autoeficacia de recuperación, referida a la capacidad para recuperarse de un desliz o recaída.

4) Autoeficacia de control, que se centra en la capacidad para controlar o moderar el consumo de sustancias en una variedad de situaciones de riesgo.

5) Autoeficacia para la abstinencia, que evalúa la capacidad o confianza para abstenerse de tomar drogas en las situaciones que incitan a ello.

Marlatt, Baer y Quigley[83], aunque reconocen útil la tipología de DiClemente, Fairhurst y Piotrowski[82], señalan que es limitada y que existe un considerable solapamiento entre sus tipos o clases de autoeficacia. Es limitada porque se centra en el tratamiento de las adicciones y PR, y algunos de sus tipos se solapan porque la autoeficacia referida al tratamiento incluye la autoeficacia para el afrontamiento, la recuperación después de deslices, la resistencia contra la tentación, etc. Basándose en la tipología de DiClemente y colaboradores, proponen las cinco categorías siguientes:

1) Autoeficacia de resistencia, definida como los juicios sobre la propia capacidad para evitar el primer consumo de drogas.

2) Autoeficacia para la reducción de daño, referida a la capacidad para reducir los riesgos una vez iniciado el consumo.

3) Autoeficacia para la acción, que se define como la creencia sobre las propias capacidades para conseguir tras el tratamiento el objetivo deseado, sea la abstinencia o el consumo moderado. Esta autoeficacia se refiere al logro del cambio, no a su mantenimiento. De cara al mantenimiento del logro, los autores proponen otra autoeficacia, que la diferencian a su vez en dos:

4) Autoeficacia de afrontamiento, que se refiere a la capacidad para hacer frente a situaciones de riesgo sin recurrir al consumo de drogas.

5) Autoeficacia de recuperación, que hace referencia a la capacidad de sobreponerse una vez producido el desliz o la recaída.

Los tres últimos tipos de autoeficacia pertenecen al ámbito del tratamiento, y responden al modelo de proceso de cambio propuesto por Prochaska y DiClemente[36]. De este modo, y enlazando con lo ya dicho en apartados anteriores, la autoeficacia para la acción, diferenciada por Marlatt y colaboradores[83], haría referencia a la fase de acción, al inicio del cambio. Reflejaría la confianza del individuo en ser capaz de abstenerse o

moderar el consumo, dependiendo del objetivo que se propusiera. Los otros dos tipos de autoeficacia, la de afrontamiento y la de recuperación, se referirían al mantenimiento en el tiempo de este objetivo. La autoeficacia de afrontamiento reflejaría la confianza del individuo en ser capaz de afrontar con éxito las distintas situaciones que le incitan a volver a su antiguo patrón de consumo. Dicho en otras palabras, y considerando como objetivo la abstinencia, indicaría la capacidad de ese individuo para mantener la abstinencia independientemente de las situaciones en que se encuentre. Por el contrario, la autoeficacia de recuperación entraría en juego cuando la persona ha sufrido un desliz o una recaída; reflejaría su capacidad para sobreponerse y evitar volver a su antiguo patrón de consumo.

Expectativas de resultado

El término «expectativas de resultado» fue acuñado por Bandura[71] para referirse a la anticipación de las consecuencias que trae consigo la realización de una conducta. Es, por tanto, una variable cognitiva más, junto con la propia expectativa de autoeficacia, las atribuciones causales y la expectativa de lugar de control. Las expectativas de resultado hacen referencia a un proceso mental en el que la persona anticipa los resultados que se derivarán de hacer una u otra conducta. Como cognición que es, se asume desde el enfoque cognitivo conductual que condicionará la forma en que la persona actúe y/o el rendimiento que manifieste.

A pesar de ser una variable cognitiva, Bandura no concedió demasiada importancia a este concepto en la determinación de la conducta[71]. En su opinión, el tipo de consecuencias que la gente anticipa depende de los juicios que hace sobre sus capacidades para afrontar exitosamente una determinada situación (autoeficacia). Aquellas personas que se consideran muy eficaces esperarán resultados favorables, mientras que las que albergan dudas sobre sí mismas esperarán un rendimiento mediocre y unos resultados negativos. De acuerdo con Bandura, los resultados son inherentes o están muy vinculados a la conducta o eficacia de la persona, al menos en la mayoría de las situaciones cotidianas. Es decir, a conductas eficaces, le corresponden resultados positivos; y a conductas ineficaces, resultados negativos. De aquí que el autor deduzca que es el sentimiento de eficacia, de seguridad en uno mismo y en las propias capacidades lo que más determinará la conducta que adopte el individuo o el rendimiento que presente, y no la mera anticipación de resultados.

Pero, si bien esto es cierto, también lo es que no en todas las situaciones los resultados son inherentes a los actos o, al menos, algunos individuos no creen que esto sea siempre así. Hay situaciones en las que un individuo puede sentirse muy eficaz pero no comportarse como tal porque duda de que vaya a conseguir los resultados que él quisiera. Resumiendo lo expuesto, las expectativas de resultado son un concepto diferente e independiente de las expectativas de autoeficacia, aunque pueden estar en ocasiones relacionadas entre sí. Del mismo modo que las de autoeficacia, las expectativas de resultado condicionan, al menos parcialmente, el proceso de deshabituación de cocaína.

En relación con las adicciones, el papel que podrían tener las expectativas de resultado en el tratamiento de este trastorno ha sido puesto de manifiesto por Solomon y Annis[84]. A pesar de que se asume que la eliminación de la conducta adictiva trae consigo consecuencias positivas para el propio afectado (tales como una mejora de la salud física y psicológica, una mejoría en las relaciones familiares, un mayor rendimiento laboral, mejores relaciones con los amigos, etc.), estos autores sostienen que esta creencia puede no ser compartida por todos los pacientes adictos. Esto es, algunos pacientes pueden anticipar, una vez lograda la abstinencia, consecuencias negativas o consecuencias que no merece la pena valorar (aburrimiento, molestias físicas o psíquicas, apatía); igualmente, pueden anticipar que, a pesar de estar abstinentes, es improbable que tengan las consecuencias tan positivas que señalan los terapeutas (recuperación de la familia, el trabajo, estado de ánimo, etc.). Como es obvio, es de esperar que estas creencias provoquen una actitud pasiva ante su problema, una pobre participación en el tratamiento y una alta tasa de recaídas. Parafraseando a Solomon y Annis[84], «Si un paciente anticipa que la abstinencia (...) le supondrá aislamiento social o dificultades para ser espontáneo o asertivo, entonces ese objetivo no será atractivo para él y será improbable que lo mantenga».

Por todo ello, contraviniendo parcialmente a Bandura, la anticipación de consecuencias (positivas o negativas) no es algo inherente a la percepción de eficacia (alta o baja), sino que pueden darse situaciones en las que ambas expectativas sean independientes, por ejemplo, alta autoeficacia con expectativas de resultado negativas. Es el caso de cocainómanos que no se mantienen en abstinencia de forma continua no porque duden de su autoeficacia para hacerlo, sino porque las consecuencias que anticipan si dejan la droga son para ellos muy negativas, desagradables (como aburrimiento, malestar, ansiedad, depresión, torpeza, etc.). Existen adictos que estiman que no merece ya la pena dejar la droga porque o lo han perdido todo y es imposible recuperarlo (falta de consecuencias positivas), o porque sólo anticipan consecuencias negativas.

Concluyendo, ambas expectativas se consideran factores esenciales para el tratamiento y la recuperación del cocainómano: es preciso que los adictos superen sus dudas respecto a su capacidad o incapacidad de resistir los deseos de consumir (alta autoeficacia) y que valoren las consecuencias que van a obtener al dejar las drogas como positivas (expectativas de resultado positivas).

Conclusión

Los procesos de los que hablan las teorías conductual, cognitiva y cognitiva social facilitan nuestra comprensión de cómo se inician y mantienen las conductas adictivas, las dificultades en el cese de consumo, los factores implicados en las recaídas y los cambios necesarios a efectuar a lo largo del tratamiento en el mantenimiento de la abstinencia de cocaína. Estos procesos son el marco de referencia cognitivo-conductual de las adicciones. A los adictos de cocaína que reciben terapia cognitivo-conductual se les instruye para que interioricen su conducta de consumo como una conducta aprendida y no como una enfermedad que no pueden cambiar. Para modificar el consumo, se les prepara desarrollando habilidades de afrontamiento y autocontrol. Las consecuencias del ejercicio de estas habilidades, a su vez, permiten el desarrollo de la propia percepción del manejo del consumo, la cual influye en el proceso de alcanzar la meta del tratamiento.

Si bien el desarrollo y descripción de la aplicación del tratamiento cognitivo-conductual de la cocaína ha mantenido un foco central en las variables más cognitivas, desde el punto de vista metodológico se comparte con otros autores un modelo integrador[85,86]. Una puesta en práctica integrada que contemple una adecuada evaluación del adicto en tratamiento[87,88], de la aplicación y combinación de los componentes de la terapia cognitiva conductual[5] con programas de reforzamiento comunitario más incentivo[10,89,90], y la aplicación de los conocimientos actuales en neurobiología de las adicciones[91] y su aplicación terapéutica[43].

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

Bibliografía

1. West R. Theories of addiction. Addiction. 2001;96:3-15.
2. West R. Theory of addiction. Oxford: Blackwell Publishing; 2006.
3. Weegmann M, Cohen R, editors. The psychodynamics of addiction. London: Whurr; 2002.
4. Goldberg R, Stolerman IP. Behavioral analysis of drug dependence. New York: Academic Press; 1986.
5. Beck AT, Wright FD, Newman CF, Liese BS. Cognitive therapy of substance misuse. New York: Guilford; 1993.
6. Prochaska JO, Prochaska JM. Modelo transteórico del cambio de conductas adictivas. En: Casas M, Gossop M, editores. Recaída y prevención de recaída. Tratamientos psicológicos en drogodependencias. Barcelona: Ediciones de Neurociencias, Citrán; 1993.
7. Secades-Villa R, Fernández-Hermida JR. Guía de tratamientos psicológicos eficaces para la drogadicción: alcohol, cocaína y heroína. En: Pérez-Álvarez M, Fernández-Hermida JR, Fernández-Rodríguez C, Amigo I, editores. Guía de tratamientos psicológicos eficaces I – Adultos. Madrid: Pirámide; 2003. p. 105-39.
8. NIDA – National Institute on Drug Abuse. Principles of drug addiction treatment. Washington U.S.: Department of Health and Human Services; 1999.
9. Secades-Villa R, Fernández-Hermida JR. Tratamientos psicológicos eficaces para la drogadicción: nicotina, alcohol, cocaína y heroína. Psicothema. 2001;13(3):365-80.
10. Budney AJ, Higgins ST. A Comunity reinforcement approach: treating cocaine addiction. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse; 1998.
11. Higgins ST, Silverman K. Motivating behavior change among illicit-drug abusers: research on contingency management interventions. Washington, DC: American Psychological Association; 1999.
12. Marlatt GA, Gordon JR. Relapse prevention: maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors. New York: The Guilford Press; 1985.
13. Wanigaratne S, Keaney F. Psychodynamic aspects of relapse prevention in the treatment of addictive behaviours. En: Weegmann M, Cohen R, editors. The psychodynamics of addiction. London: Whurr; 2002.
14. Oropeza R. Desarrollo, aplicación y evaluación de un programa de tratamiento breve cognoscitivo conductual para usuarios de cocaína. [Tesis de doctorado]. México: Facultad de Psicología, UNAM; 2003.
15. Oropeza R, Loyola P, Vázquez F. Tratamiento breve para usuarios de cocaína: un modelo cognitivo conductual, principios de aplicación. Universidad Nacional Autónoma de México. Proyecto CONACYT G36266-H y CONADIC; 2007.
16. Staddon JER. The new behaviorism: mind, mechanism and society. Philadelphia: Psychology Press; 2001.
17. Chance P. Aprendizaje y conducta. México: Manual Moderno; 2001.
18. Back S, Dansky B, Carroll K, Foa E, Brady K. Exposure therapy in the treatment of PTSD among cocaine-dependent individuals: description of procedures. J Subst Abuse Treat. 2001;21:35-45.
19. Bernaldo de Quirós P, Aragón M, Labrador FJ, de Arce F. Evaluation of a group cue-exposure treatment for opiate addicts. The Spanish Journal of Psychology 2005;8(2):229-37.

20. Cautela JR, Rosentiel AK. Empleo del condicionamiento encubierto en el tratamiento de la drogadicción. En: Uper J, Cautela JR, editores. Condicionamiento encubierto. Bilbao: Desclée de Brouwer; 1979.
21. Llorente JM. Adicción a la heroína (resolución de un caso clínico). En: Vallejo MA, Fernández Abascal E, Labrador F, editores. Modificación de conducta - análisis de casos. Madrid: TEA Ediciones; 1990. p. 352-75.
22. Rimmele CT, Howard MO, Hilfrink ML. Aversion therapies. En: Hester RK, Miller WR, editors. Handbook of alcoholism treatment approaches: effective alternatives. 2nd ed. Boston: Allyn y Bacon; 1995.
23. Klein SB. Aprendizaje principios y aplicaciones. Madrid: McGraw-Hill; 1994.
24. Skinner BF. Science and human behavior. New York: The Free Press; 1953.
25. Higgins ST, Silverman K, editors. Motivating behavior change among illicit-drug abusers: research on contingency management interventions. San Diego C.A.: Academic Press; 1999.
26. Bosch-Capblanch X, Abba K, Prictor M, Garner P. Contratos entre pacientes y profesionales de la salud para mejorar la adherencia al tratamiento y a las actividades de prevención y promoción de la salud por parte de los pacientes (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.). Fecha de la modificación más reciente: 21 de febrero de 2007. Fecha de la modificación significativa más reciente: 8 de febrero de 2007.
27. Beck AT, Wright FD, Newman C, Liese BS. Terapia cognitiva de las drogodependencias. Barcelona: Paidós; 1999.
28. Anderson JR. Aprendizaje y memoria: Un enfoque integral. México: McGraw-Hill; 2001.
29. Beck J. Cognitive therapy: basics and beyond. New York, NY: Guilford Press; 1995.
30. Gálvez C, Guerrero M. Intervención psicológica. En: Tirado P, coordinador. Guía clínica para el tratamiento de los trastornos por consumo de sustancias estimulantes. Consejería para la Igualdad y Bienestar Social, Junta de Andalucía; 2008.
31. Bandura A. Social foundations of thought and action: a social cognitive theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall; 1986.
32. Pear J. Técnicas basadas principalmente en el condicionamiento operante. En: Caballo V, editor. Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta. Madrid: Siglo XXI; 1995. p. 299-400.
33. Abrams DB, Niaura RS. Social learning theory. En: Blane HT, Leonard KE, editors. Psychological theories of drinking and alcoholism. New York: Guilford Press; 1987.
34. Brownell KD, Marlatt GA, Lichtenstein E, Wilson GT. Understanding and preventing relapse. Am Psychol. 1986;41:765-82.
35. Marlatt GA, Baer JS, Donovan DM, Kivlahan DR. Addictive behaviors: etiology and treatment. Ann Rev Psychol. 1988;39:223-52.
36. Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change. Applications to addictive behaviors. Am Psychol. 1992; 47:1102-14.
37. Shaffer HJ. The psychology of stage: the transition from addiction to recovery. En: Lowinson JH, Ruiz P, Millman RB, Langrod JG, editors. Substance abuse: a comprehensive textbook. 2nd ed. Baltimore: Williams and Wilkins; 1992.
38. Prochaska JO, DiClemente CC. Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change. Psychotherapy: Theory, Research, and Practice. 1982;19:276-88.
39. Tejero A, Trujols J. El modelo transteórico de Prochaska y DiClemente: un modelo dinámico del cambio en el ámbito de las conductas adictivas. En: Graña JL, editor. Conductas adictivas: teoría, evolución y tratamiento. Madrid: Debate; 1994.
40. DiClemente CC, Prochaska JO. Processes and stages of self-change: coping and competence in smoking behavior change. En: Shiffman S, Wills TA, editors. Coping and substance use. London: Academic Press; 1985. p. 319-43.
41. Goldfried MR, Davison GC. Clinical behavior therapy. 3rd ed. New York: Wiley; 1994.
42. Irvin JE, Bowers CA, Dunn ME, Wang MC. Efficacy of relapse prevention: A meta-analytic review. J Consult Clin Psycho. 1999;67:563-70. Disponible en: http://homepage.psy.utexas.edu/homepage/class/Psy394Q/ ehavior%20Therapy%20Class/Assigned%20Readings/Substance%20Abuse/Irvin99.pdf
43. Becoña E, Cortés M, Pedrero E, Fernández J, Casete L, Bermejo M, et al. Guía clínica de intervención psicológica en adicciones. Guías Clínicas Socidrogalcohol basadas en la Evidencia Científica. Valencia: Socidrogalcohol; 2008.
44. Knapp WP, Soares BGO, Farrel M, Lima MS. Intervenciones psicosociales para los trastornos relacionados con el consumo de cocaína y anfetaminas psicoestimulantes (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 1. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com. Fecha de la modificación más reciente: 25 de junio de 2006. Fecha de la modificación significativa más reciente: 21 de mayo de 2007.
45. Terán A, Casete L, Climent B. Cocaína. Guías Clínicas Socidrogalcohol basadas en la Evidencia Científica. Valencia: Socidrogalcohol; 2008.
46. Marlatt GA. La prevención de recaídas en las conductas adictivas: un enfoque de tratamiento cognoscitivo-conductual. En: Casas M, Gossop M, editores. Tratamientos psicológicos en drogodependencias: recaída y prevención de recaídas. Barcelona: Sitges; 1993.
47. Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing: preparing people for change. 2nd ed. Nueva York: Guilford Press; 2002.
48. Van Bilsen HPJG, van Emst AJ. Motivating heroin users for change. En: Bennet G, editor. Treating drug abusers. London: Tavistock/Routledge; 1989. p. 29-47.
49. Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. J Consult Clin Psychol. 1983; 51(3):390-5.
50. Llorente JM, Fernández C, Gutiérrez M, Vielva I. Psychological and behavioural factors associated with relapse among heroin abusers treated in therapeutic communities. Addict Behav. 1998;23(2):155-69.
51. Llorente JM, Fernández C, Gutiérrez M. Prediction of relapse among heroin users treated in spanish therapeutic communities. A comparison of different models. Subst Use Misuse. 2000;35(11):1537-50.
52. Cummings C, Gordon JR, Marlatt GA. Relapse: prevention and prediction. En: Miller WR, editors. The addictive behaviors: treatment of alcoholism, drug abuse, smoking and obesity. Oxford: England Pergamon; 1980.

53. Annis HM, Sklar SM, Turner NE. Drug-Taking Confidence Questionnaire (DTCQ) User´s guide. Toronto: Addiction Research Foundation; 1996.
54. Llorente JM. Validación del DTCQ-H a la población española: «Cuestionario de confianza ante situaciones de riesgo de consumo de heroína». [Tesis doctoral]. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia; 1997.
55. Llorente JM, Fernández C, Vallejo MA. Validación del Cuestionario de Confianza ante Situaciones de Riesgo de Consumo de Drogas - Heroína (DTCQ-H) en población española. En: Iraurgi I, González-Saiz F, editores. Instrumentos de evaluación en drogodependencias. Madrid: Aula Médica; 2002. p. 435-78.
56. De León L, Pérez Y, Oropeza R, Ayala H. Inventario de situaciones de consumo de drogas. Adaptación, validación y confiabilización del *Inventory of Drug Taking Situations* (IDTS) y el *Drug Taking Confidence Questionnaire* (DTCQ). [Tesis de licenciatura]. Facultad de Psicología, UNAM; 2001.
57. McFall R. A review and reformulation of the concept of social skills. Behavioral Assessment. 1982;4:1-33.
58. Meichembaum D. Cognitive-behavior modification. New York: Plenum Press; 1977.
59. Heider F. The psychology of interpersonal relations. New York: John Wiley and Sons; 1958.
60. Antaki C. A brief introduction to attributional theories. En: Antaki C, Brewin C, edirors. Attributions and psychological change. London: Academic Press; 1982.
61. Fiske ST, Taylor SE. Social cognition. New York: Random House; 1984.
62. Weiner B. Human motivation. New York: Holt, Rinehart y Winston; 1985.
63. Abrams DB, Niaura RS, Carey KB, Monti PM, Binkoff JA. Understanding relapse and recovery in alcohol abuse. Ann Behavior Med. 1986; 8:27-32.
64. Annis HM, Davis CS. Self-efficacy and the prevention of alcoholic relapse: initial findings from a treatment trial. En: Baker TB, Cannon DS, editors. Assessment and treatment of addictive disorders. New York: Praeger; 1988.
65. Annis HM, Davis CS. Relapse prevention. En: Hester RK, Miller WR, editors. Handbook of alcoholism treatment approaches. New York: Pergamon Press; 1989.
66. Litman GK, Stapleton J, Oppenheim AN, Peleg M, Jackson P. The relationship between coping behaviours, their effectiveness and alcoholism relapse and survival. British J Addiction. 1984;79:283-91.
67. Marlatt GA. Cognitive assessment and intervention procedures for relapse prevention. En: Marlatt GA, Gordon J, editors. Relapse prevention: maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors. New York: Guilford Press; 1985.
68. Marlatt GA. Cognitive factors in the relapse process. En: Marlatt GA, Gordon J, editors. Relapse prevention: maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors. New York: Guilford Press; 1985.
69. Marlatt GA. Lifestyle modification. En: Marlatt GA, Gordon J, editors. Relapse prevention: maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors. New York: Guilford Press; 1985.
70. Wilson GT. Cognitive processes in addiction. British J Addiction. 1987;82:343-53.
71. Bandura A. Self efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. Psychol Rev. 1977;84(2):191-215.
72. Bandura A. Teoría del aprendizaje social. Madrid: Espasa-Calpe; 1984.
73. Bandura A. Human agency in social cognitive theory. Am Psychol. 1989;44:1175-84.
74. Bandura A. Self-efficacy: the exercise of control. New York: W.H. Freeman; 1997.
75. Bandura A, Adams NE. Analysis of self-efficacy theory of behavioral change. Cognitive Therapy and Research. 1977;1:287-310.
76. Shelton SH. Developing the construct of general self-efficacy. Psychological Reports. 1990;1:987-94.
77. Marlatt GA. Relapse prevention: theoretical rationale and overview of the model. En: Marlatt GA, Gordon J, editors. Relapse prevention: maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors. New York: Guilford Press; 1985.
78. Marlatt GA. Coping and substance abuse: Implications for research. En: Shiffman S, Wills TA, editors. Coping and substance use. Orlando: Academic Press; 1985.
79. Marlatt GA. Situational determinants of relapse and skill-training interventions. En: Marlatt GA, Gordon J, editors. Relapse prevention: maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors. New York: Guilford Press; 1985.
80. DiClemente CC. Self-efficacy and the addictive behaviors. J Soc Clin Psychol. 1986;4:302-15.
81. Donovan DM, Marlatt GA, editors. Assessments of addictive behaviors: Behavioral, cognitive, and phychological procedures. New York: Guilford Press; 1988.
82. DiClemente CC, Fairhurst SK, Piotrowski NA. Self-efficacy and addictive behaviors. En: Maddux JE, editors. Self-efficacy, adaptation, and adjustment: Theory, research, and application. New York: Plenum Press; 1995.
83. Marlatt GA, Baer JS, Quigley LA. Self-efficacy and addictive behavior. En: Bandura A, editors. Self-efficacy and addictive behavior. New York: Cambridge University Press; 1995.
84. Solomon KE, Annis HM. Development of a scale to measure outcome expectancy in alcoholics. Cognitive Therapy and Research. 1989;13: 409-21.
85. Sánchez-Hervás E, Tomás Gradolí V, Morales-Gallus E. Un modelo de tratamiento psicoterapéutico en adicciones. Trastornos Adictivos. 2004;6(3):159-66.
86. Lorea-Conde I, Tirapu J, Landa N, López-Goñi JJ. Deshabituación de drogas y funcionamiento cerebral: una visión integradora. Adicciones. 2005;12(2):121-9.
87. Tejero A, Trujols J. Instrumentos clínicos para la evaluación de la dependencia de cocaína. Barcelona: Ars Médica; 2003.
88. Iraurgi I, González-Saiz F, editors. Instrumentos de evaluación en drogodependencias. Madrid: Ediciones Aula Médica; 2002.
89. Higgins ST, Budney AJ, Bickel WK, Foerg FE, Donham R, Badger GJ. Incentives improve outcome in outpatient behavioral treatment of cocaine dependence. Arch Gen Psychiat. 1994;51:568-76.
90. Higgins ST, Wong CJ, Badger GJ, Ogden DE, Dantona RL. Contingent reinforcement increases cocaine abstinence during outpatient treatment and 1 year of follow-up. J Consult Clin Psychol. 2000;68(1):64-72.
91. WHO - World Health Organization. Neuroscience of psychoactive substance use and dependence. Geneva: World Health Organization; 2004. Disponible en: www.who.int/substance_abuse/ publications/en/Neuroscience.pdf