RESULTADOS DE UN CURSO-TALLER CON ENFOQUE COGNITIVO CONDUCTUAL SOBRE PREVENCIÓN DE RECAÍDAS EN UN CENTRO DE REHABILITACIÓN DE ADICCIONES

Paulina Beverido Sustaeta, Patricia Pavón León, Betzaida Salas García y Maria Sobeida Leticia Blázquez Morales.

Universidad Veracruzana. México

Resumen

Debido al alto porcentaje de recaídas posteriores al tratamiento por consumo de drogas (entre 40 y 60%), se presenta un esquema de intervención, con un enfoque cognitivo conductual orientado al desarrollo de habilidades y estrategias de afrontamiento de las situaciones riesgosas y estresantes. Objetivo. Conocer en los adictos rehabilitados el nivel de autoeficacia para mantener la abstinencia. Método. A través de un curso-taller de diez sesiones dirigido a 10 residentes de una Comunidad Terapéutica, se promovió el desarrollo de habilidades de control acerca de los pensamientos relacionados a las sustancias y a su consumo. Resultados. Se realizó un seguimiento a los participantes a los dos y cuatro meses posteriores a su egreso, de estos, 67% continuaban en abstinencia y 33% había recaído; las situaciones de mayor riesgo de recaída fueron: momentos y emociones agradables con otros, seguidas por la necesidad física creada por la droga acostumbrada. Discusión y Conclusiones. Las ideas nucleares permisivas del consumo se pueden modificar con técnicas cognitivo conductuales y los cambios logrados pueden perdurar y así disminuir la intensidad del craving. Este tipo de intervención logra mayor autoconocimiento de la conducta de consumo y aumenta la autoeficacia para sostener la abstinencia.

Palabras claves: Abuso o adicción a las drogas, Centros de rehabilitación de adicciones, Reincidencia.

Abstract

Due to the high percentage of relapses after treatment for drug use (between 40 and 60%), a scheme of intervention in their prevention is presented, with a cognitive behavioral approach oriented to the development of skills and coping strategies for risky situations of drug use or stress conditions, whose Objective was to analyze the situations of consumption in relation to self-efficacy to maintain abstinence. Method. Through a ten session workshop-course aimed to 10 residents of a Therapeutic Community, control skills were developed about thoughts related to substances and their consumption. Results. Participants were followed up two and four months after discharge, of these, 67% continued abstinence and 33% had relapsed; the situations with the highest risk of relapse were: pleasant moments and emotions with others, followed by the physical need created by the customary drug. Discussion and Conclusions. The permissive nuclear ideas of consumption can be modified with cognitive behavioral techniques and the changes achieved can last and thus decrease the intensity of craving. This type of intervention achieves greater self-awareness of consumer behavior and increases self-efficacy to sustain abstinence.

Key words: Drug abuse, Rehabilitation centers, Relapses

Correspondencia
Paulina Beverido Sustaeta

Universidad Veracruzana. México

Email: pbeverido@uv.mx

Introducción

Los centros de internamiento más populares en México son los no profesionales de tipo granjas conocidos como anexos (Secretaría de Salud, 2016), con gran demanda debido a que la mayoría de los internamientos son decididos por la familia ante la negativa de los consumidores de abandonar el uso de drogas, pues solo una pequeña parte de los usuarios de drogas buscan tratamiento por propia voluntad debido a las consecuencias de su consumo.

Aun cuando se ha terminado exitosamente el proceso de rehabilitación, existen muchas circunstancias que pueden influir en la recaída del consumo que pueden estar asociadas a situaciones como estrés o depresión, dejando una puerta abierta para que se produzca una reincidencia (Martínez y col., 2019). Las recaídas posteriores a un tratamiento de adicciones constituyen un gran problema en la atención, ya que son elevados los índices los cuales se encuentran entre 40 % y 60 % de acuerdo al Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (NIDA, por sus siglas en inglés: National Institute on Drug Abuse) (NIDA, 2010), a pesar de ello, se considera a los intentos fallidos de abandonar el consumo como síntoma del mismo padecimiento, ya que en la mayoría de las enfermedades suceden las recaídas. Sin embargo, esta situación sugiere que las medidas terapéuticas no están siendo tan efectivas, por cualquiera que sea la razón.

El modelo de Comunidad Terapéutica es una alternativa de tratamiento profesional orientada al cambio integral de estilo de vida, fomenta hábitos saludables, responsabilidad, autocontrol, usando la presión grupal como agente de cambio (De-León 2004). Durante el tratamiento residencial se atienden todo tipo de problemáticas personales y psicosociales, sin embargo, no se realizan las actividades recomendadas de una intervención de prevención de recaídas, que incluya técnicas que permitan el cambio de las distorsiones cognitivas y creencias que favorecen el consumo de sustancias (Gorski y Miller, 1986; Beck y col., 1999), además de proveer al individuo de estrategias conductuales de afrontamiento ante situaciones de riesgo.

Las adicciones son un fenómeno que ha encontrado explicaciones provenientes de diferentes supuestos y teorías, desde considerarse como un problema de carácter o falta de voluntad, hasta suponer que se trataba de una alergia incurable. La psicología ha desarrollado sus propias teorías, intentando esclarecer el problema y el tratamiento del mismo desde diferentes posturas psicológicas. Una de las explicaciones con mayor aceptación proviene de la teoría cognitiva (Callahan y col., 1980; Marlatt, 1993) con base en la que también se han desarrollado argumentaciones sobre la recaída y se han diseñado estrategias terapéuticas para atenderla y prevenirla.

Los trabajos de investigación que se han desarrollado para la prevención de recaídas basados en la teoría cognitivo conductual, han sido principalmente en el modelo taxonómico de Marlatt y Gordon (1985), ya que, debido a la clasificación de las situaciones de alto riesgo de consumo, ofrece objetividad de análisis, intervención terapéutica e investigación. En su modelo “Guía clínica para implementar una terapia de prevención de recaídas” (Marlatt y Gordon, 1980), donde esquematizan los factores de riesgo para llegar a esta, agrupándolos en tres tipos de situaciones: estados emocionales, conflictos interpersonales y presión social. Ante tales situaciones el terapeuta debe preparar al paciente para los escenarios en las cuales se encuentra en riesgo, generando alternativas de conducta, considerando que para el propósito es necesario una intervención que aborde metódicamente los pensamientos, sentimientos o deseos de consumo y que pueda modificar las conductas hacia el sostenimiento de la abstinencia.

Algunos autores recomiendan el uso de técnicas estructuradas para el abordaje terapéutico con la finalidad de mantener la abstinencia e incluyen la perspectiva cognitiva y hacen hincapié en los procesos de atención dentro de la prevención de la recaída, ya que el modelo cognitivo conductual, integra la atención selectiva automática (Beck y col., 1999; Blasco y col., 2008) considerando a la persona como un ser capaz de reconocer las situaciones de riesgo, ante las cuales puede hacer algo para alejarse o para aproximarse. Si decide aproximarse, la atención se concentrará en los reforzadores positivos del consumo basado en la experiencia anterior al tratamiento y pasaran inadvertidas las posibilidades de cambio de conducta orientada a la abstinencia. Todo esto muestra la necesidad de que el tratamiento en la prevención de recaídas considere un entrenamiento que le permita desarrollar la atención en las situaciones de riesgo y en las alternativas positivas de acción.

Se estima que cerca del 70 % de las recaídas suceden durante los seis meses posteriores al tratamiento (Grau y col., 2012), comenzando a la semana del egreso del centro de tratamiento. Los factores que se describen como de mayor riesgo, son los casos de usuarios que admiten el policonsumo de sustancias, presencia de comorbilidad psiquiátrica o de alguna otra patología médica, consumo de heroína como droga de impacto, y principalmente aquellos pacientes que habían presentado consumo previo al servicio de desintoxicación. Este último factor guarda relación con un estado de poca o nula motivación al cambio, conocido como estadio de pre contemplación en el modelo de Prochaska y DiClemente (DiClemente y Prochaska, 1982; DiClemente y Prochaska, 1985; DiClemente y col., 1986).

En Taiwan, You et al (2020) realizaron un programa de prevención de recaídas en adolescentes consumidores de diversas drogas que se encontraban en un centro de tratamiento, el propósito del estudio fue investigar el predictor potencial en las tasas de recaída a largo plazo entre pacientes jóvenes que se sometieron a un programa de tratamiento familiar. Concluyeron que conocer el tipo de relaciones que mantienen con sus familiares o cuidadores, podría servir como un predictor de recaída en el uso de sustancias durante los siguientes 5 años.

Otra de las herramientas que ha sido utilizada en los últimos años en países como China, India e Irán, es la práctica de Mindfulness, el cual ha sido integrado a algunos programas de intervención para la prevención de recaídas en personas consumidoras de alcohol y drogas ilícitas, mostrando resultados significativos en la regulación de las emociones, que a su vez impactan indirectamente en la prevención de la recaída (Esmaceli et al 2017; Chen et al 2019 y Zargar 2019).

En el tratamiento cognitivo conductual empleado en este curso-taller, el usuario aprende cómo desarrollar estrategias de afrontamiento o planes de acción ante los estímulos relacionados con el consumo, estos planes deben anticiparse tomando como base a la experiencia previa del usuario ante situaciones donde la persona acostumbraba el uso de drogas; es de suma importancia el ensayo de las estrategias, para que cada persona se sienta cómoda y segura de sí misma al tiempo de aplicarlas, ya sea para evitar o enfrentar cada situación de alto riesgo. La recaída puede tener consecuencias negativas emocionales y cognitivas frente a ~~ante~~ las cuales también debe prepararse ante un posible desliz donde se presente el consumo, sin que esto lleve al sujeto a experimentar el efecto de la violación de la abstinencia.

El modelo de terapia cognitivo-conductual dirigida a la prevención de recaídas en pacientes con adicción, es uno de los modelos con mayor apoyo empírico a la luz de los resultados obtenidos (McCarter et al., 2016).

La finalidad de la aplicación del curso-taller de prevención de recaídas, parte del supuesto de que la persona puede anticiparse a las situaciones de riesgo y prepararse con planes de acción para cuando surja la posibilidad de consumo o la apetencia por la droga.

El objetivo de este trabajo fue realizar un seguimiento de los usuarios de drogas rehabilitados que participaron en el taller para conocer el nivel de autoeficacia para mantener la abstinencia.

Material y Método

El taller se realizó en un centro de tratamiento para las adicciones exclusivo para varones, bajo el modelo de Comunidad Terapéutica como método y técnica basado en la propuesta de la Declaración de Mallorca realizada por la Federación Mundial de Comunidades Terapéuticas (2017) para generar cambios de manera integral en la conducta, actitud y manejo emocional de los residentes, poniendo énfasis en el desarrollo de habilidades sociales y de autoconocimiento. Esta institución se ha dedicado a esta labor durante más de 15 años, además de ser pionera en México por el uso de este modelo de tratamiento y de los pocos centros de tratamiento con esta metodología a nivel nacional.

La población que participó en el taller fueron los residentes con edades que van de los 19 hasta los 69 años y que habían referido como droga de impacto diferentes sustancias, principalmente alcohol, crack y marihuana, y que además, cumplieron con los requisitos de haber permanecido por un periodo mínimo de 10 semanas dentro del plan de tratamiento de la Comunidad Terapéutica, encontrarse en condiciones médicas adecuadas, contar con su aprobación mediante la firma de una ficha de consentimiento informado y contar con la aprobación por escrito de su terapeuta responsable. También se les notificó que los resultados podrían ser publicados con fines de investigación manteniendo su anonimato.

Las actividades se realizaron dentro de la Comunidad Terapéutica ubicada en la población de El Chico, Veracruz, México; el taller se llevó a cabo de abril a junio de 2019, con sesiones una vez a la semana por espacio de 2 horas, dentro de un horario que no interfería con las actividades programadas dentro del tratamiento que brinda la institución. El taller se diseñó para impartirse en 10 sesiones, iniciando con la aplicación de las pruebas de evaluación de la conducta de consumo, tales como: emociones desagradables, malestar físico, emociones agradables, autocontrol, necesidad física, conflicto con otros, presión social y momentos agradables con otros. Posteriormente se brindó información orientada al manejo de nuevos conceptos y se aplicaron dinámicas que les permitieron ir reconociendo las situaciones de alto riesgo para desarrollar estrategias y las posibilidades de acción.

El taller inició con la participación voluntaria de 12 residentes, de los cuales 11 asistieron al total de las sesiones programadas, y solo 10 de los asistentes iniciales participaron en la aplicación de los cuestionarios de seguimiento. Se analizaron las situaciones en las cuales acostumbraban el uso de drogas y se logró identificar aquellas consideradas como más riesgosas, las cuales fueron: los momentos agradables con terceras personas, sentirse obligados a consumir por la presión del grupo, seguido de la emoción agradable que produce el consumo en solitario. Mientras que las situaciones de riesgo de recaída durante la etapa de reinserción fueron relacionadas con las emociones desagradables y el conflicto con otros.

Se ejecutaron dos seguimientos a 2 y 4 meses, revisando la abstinencia o el consumo por parte de los usuarios que participaron en el programa. Durante los seguimientos, estos ya se encontraban en la etapa de reinserción social y familiar, momento en que el que se desenvuelven en un ambiente donde los estímulos o situaciones de consumo están presentes, considerándose esta etapa la de mayor riesgo de recaída.

Los instrumentos utilizados fueron el Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas -ISCD- (Annis y Martín, 1985) y el Inventario de Situaciones de Consumo de Alcohol -ISCA- (Annis, 1982).

El ISDC es un instrumento que consta de 60 reactivos; evalúa la cantidad porcentual (0% - 100%) de situaciones que precipitan el consumo de drogas ante ocho situaciones precipitadoras. Se sustenta en los hallazgos sobre situaciones de riesgo al consumo desarrolladas por Marlatt, 1985. En este inventario, el individuo tiene que indicar la frecuencia, con la que consumió drogas ante cada una de las situaciones que se le presentan. Los reactivos de las ocho categorías de situaciones de consumo de drogas se clasifican en dos áreas: Área I. Situaciones Personales, en las que el consumo involucra una respuesta a un evento físico o psicológico y que se subdivide en 5 categorías, que incluyen: 1. Emociones Desagradables, 2 Malestar Físico, 3 Emociones Agradables, 4 Probando Autocontrol y 5. Necesidad o Tentación de Consumo. Área II. Situaciones que involucran a terceras personas y que se subdividen en tres categorías: 6. Conflicto con otros, 7. Presión Social y 8. Momentos agradables con otros.

El ISCA es un cuestionario de 100 reactivos diseñado para medir situaciones en las que un individuo bebió en exceso durante el año anterior. Los 100 reactivos están diseñados para medir ocho categorías (situaciones de consumo de alcohol) divididas en dos grandes grupos: 1) *Situaciones personales*, en las cuales el beber involucra una respuesta a un evento de naturaleza psicológica o física; se subdivide en 5 categorías: • Emociones desagradables • Malestar físico • Emociones agradables • Probando auto-control • Necesidad o urgencia por consumir. 2) *Situaciones que involucran a terceras personas*, que se subdividen en 3 subcategorías que son: • Conflicto con otros • Presión social • Momentos agradables

Ambos cuestionarios fueron adaptados para población mexicana por De-León y Pérez (2001), mostrando una consistencia interna Alpha de 0.98 y la prueba estadística *t* de student aplicada a cada ítem tuvo un grado de significancia de .000

Con la finalidad de identificar los resultados del proyecto de intervención, se realizó un seguimiento periódico a los 2 y 4 meses posteriores al egreso de la Comunidad Terapéutica.

Resultados

En el seguimiento a 2 meses, el 33 % había recaído en el uso de drogas, este porcentaje se mantuvo en el seguimiento a 4 meses; mientras que el resto de los participantes había logrado mantenerse en abstinencia (67 %).

Se analizaron y compararon los resultados de la autoeficiencia de las personas rehabilitadas lograda en la prueba diagnóstica inicial con los obtenidos en los seguimientos, notando un incremento considerable de la línea base diagnóstica al seguimiento a 2 meses, mismo que continuó en la mayoría de los casos para el

seguimiento a 4 meses, ya que solo un caso se mostraba con baja autoeficacia con reducciones para algunas situaciones.

En el Figura 1 se promediaron las situaciones de consumo referidas por los participantes, con el propósito de localizar las situaciones que implican mayor riesgo de recaída, y por lo tanto mayor atención dentro de las actividades que se desarrollaron dentro del taller. Las situaciones de mayor riesgo, fueron las de *momentos agradables con otros y emociones agradables*, seguidas por la *necesidad física* creada por la droga acostumbrada; las situaciones que menor cantidad de referencias con el consumo presentaron fueron *conflicto con otros y malestar físico*.

Figura 1

Porcentaje de situaciones que motivan el consumo antes de iniciar el taller

Fuente: Cuestionarios ISCA e ISCD aplicados en la etapa anterior al curso-taller

Se registró el porcentaje de autoconfianza referida por el paciente para cada situación de riesgo de consumo, el momento de la aplicación de la prueba coincidió con conflictos propios de la reinserción social, tales como el regreso a actividades laborales y familiares con cargas intensas de estrés emocional y en algunos casos de un apego fuerte al tratamiento. En el segundo seguimiento, a 4 meses de haber concluido con la intervención, se identifica una mayor autoeficacia en las situaciones de presión social y probando su autocontrol, mientras que los conflictos con otros representan la menor autoeficacia en promedio, es decir, mayor riesgo.

En el Figura 2 se muestran los porcentajes de autoeficacia que los participantes reportaron para cada situación de riesgo de consumo durante el primer y segundo seguimiento. También se incluyó la evaluación sobre la percepción de la utilidad del

taller y sobre la necesidad de refuerzos, 72.3% de los participantes manifestaron que el taller les fue de utilidad y 73.5% consideraron necesario un refuerzo terapéutico.

Figura 2

Porcentaje de cambios en la autoeficacia del primer al segundo seguimiento

Fuente: Cuestionarios ISCA e ISCD aplicados en seguimiento a dos y cuatro meses

Figura 3

Comparación entre las situaciones de consumo y autoeficacia lograda en los seguimientos a 2 y 4 meses.

La comparación de los cambios en la actitud ante el consumo se puede observar en el Figura 3, donde se analizan las situaciones previas al internamiento en las cuales los participantes se encontraban en consumo, con respecto a la autoconfianza lograda posterior al taller en las etapas de seguimiento, en donde la mayoría de ellos se encontraban en abstinencia. Es notable la diferencia entre ambas, ya que los niveles de

autoeficacia se aumentaron considerablemente para el primer seguimiento, incluso continuó incrementándose para el segundo seguimiento, lo cual es congruente con la premisa de que a mayor experiencia afrontando sin consumo las situaciones de alto riesgo de recaída, se incrementa la autoeficacia para afrontarlas con éxito nuevamente.

En cuanto al análisis estadístico inferencial, se realizó la prueba *t* de Student para muestras dependientes, con la finalidad de identificar los cambios estadísticamente significativos, de las situaciones de consumo o de riesgo en las mediciones previas al taller en comparación con las medidas de los seguimientos a 2 y 4 meses.

Hubo un incremento estadísticamente significativo entre la línea base del malestar físico en el primer seguimiento. La situación de consumo con mayor incremento fue la de autoconfianza lograda por el grupo de participantes (Tabla 1).

En el segundo seguimiento, se encontraron diferencias estadísticamente significativas, en el incremento de la autoeficacia en la situación de malestar físico entre la línea base previa al taller y el segundo seguimiento.

Las situaciones que mostraron incremento significativo entre el pretest y el segundo seguimiento fueron *malestar físico, conflictos con otros y presión social* (Tabla 2).

Tabla 1

Resultados estadísticamente significativos entre la línea base y el primer seguimiento.

Variables	t de Student	p-valué	Media	
			$\bar{x}_0$	$\bar{x}_1$
Emociones desagradables antes del taller - seguimiento 1	-1.860	0.096	49.9	75.5
Malestar físico antes del taller-seguimiento 1	-3.133	0.012	40.0	77
Emociones agradables antes del taller - seguimiento 1	-0.514	0.619	54.1	61.5
Probando el autocontrol antes del taller- seguimiento 1	-1.896	0.091	49.8	74.1
Necesidad física antes del taller –seguimiento 1	-1.247	0.244	53.1	68.5
Conflicto con otros antes del taller- seguimiento 1	-2.129	0.062	37.6	66.5
Presión social antes del taller- seguimiento 1	-2.169	0.058	53.4	80.5
M. Agradables con otros antes del taller - seguimiento 1	-0.715	0.493	59.4	66.5

Tabla 2*Resultados estadísticamente significativos entre la línea base y el segundo seguimiento.*

Variables	t de Student	p-valué	Media	
			$\bar{x}_0$	$\bar{x}_2$
Emociones desagradables antes del taller- seguimiento 2	-1.699	0.124	49.9	71.0
Malestar físico antes del taller- seguimiento 2	-4.661	0.001	40.0	78.0
Emociones agradables antes del taller – seguimiento 2	-1.719	0.120	54.1	77.0
Probando el autocontrol antes del taller- seguimiento 2	-1.890	0.091	49.8	75.8
Necesidad física antes del taller - seguimiento 2	-2.053	0.070	53.1	75.0
Conflicto con otros antes del taller - seguimiento 2	-3.546	0.006	37.6	68.0
Presión social antes del taller - seguimiento 2	-2.823	0.020	53.4	86.5
M. Agradables con otros antes del taller - seguimiento 2	-1.771	0.110	59.4	76.0

Discusión

Los resultados de este taller, coinciden con otros estudios (Martínez, Bermejo y Becoña, 2013) en cuanto a las ideas nucleares permisivas de consumo, de tal forma que estas se encuentran automatizadas por el paciente, guardando una fuerte relación con el proceso de recaída en drogas, siendo congruente la fuerza de las ideas nucleares de consumo con la intensidad de craving. También se pudo constatar que las ideas se pueden modificar con técnicas cognitivo conductuales y que estos cambios pueden perdurar y así disminuir la intensidad de la apetencia por la droga de preferencia. Dentro del taller estos resultados se pudieron comprobar, ya que se observó que las ideas nucleares se encuentran en todas las situaciones de consumo, principalmente en las acostumbradas por cada participante. Estas ideas se presentan de forma automática y se enfocan en los efectos placenteros de las drogas, por lo que resulta complicado para los usuarios llegar a generar ideas alternativas para evitar el consumo. Dentro del taller se atendieron los pensamientos o ideas nucleares para el cambio cognitivo y con esto la reducción del craving con incremento en la autoeficacia, lo que concuerda con McCarter et al (2016) en cuanto a la utilidad del modelo de terapia cognitivo-conductual.

También coincide con lo reportado por Martínez y col. (2019), ya que el estrés y sentirse deprimidos se incluyen en la categoría de emociones desagradables, aunque este resultado no fue estadísticamente significativo.

El análisis de eficacia en cuanto al sostenimiento de la abstinencia del programa terapéutico utilizado dentro de los centros de internamiento de Proyecto Hombre-Galicia (Luengo y col., 2004) mostraron 0% de recaídas a cuatro meses, argumentando que los primeros consumos suceden en periodos más extensos, mientras que en otros estudios (Moreno-Pedraza, 2012) se reporta que el 72% de las recaídas suceden durante los primeros seis meses; Kabisa et al. (2021) informan que las recaídas se presentan generalmente entre el 40 y 60 % de los pacientes después de completar su tratamiento de rehabilitación; López-Rosa et al. (2017) reportaron en su estudio recaídas extremadamente altas durante el primer y tercer mes, 65.9% y 86.4%, respectivamente. Así mismo, el trabajo de Blanco y Jiménez (2015) señala que el promedio del tiempo sin consumir antes de la recaída fue de tres meses y medio, resultado similar al obtenido en este taller ya que 33 % de las recaídas se presentaron en un seguimiento a 4 meses, porcentaje que podría verse aumentado o mantenido de haberse realizado un tercer seguimiento a los 6 meses, lo que puede considerarse una limitante del estudio.

En cuanto al estudio de You et al. 2020, consideramos que además de estudiar el tipo de relaciones familiares, sería de gran valía incluir a los padres o cuidadores dentro de los programas de prevención de recaídas, ya que al tratarse de población adolescente existe una gran probabilidad de que al terminar el tratamiento se reincorporen al núcleo familiar, lo que permitiría a sus integrantes reconocer las señales de alerta para la recaída, ya que como lo menciona Zaidi (2020), los miembros de la familia y el cónyuge del paciente juegan un papel crucial en su prevención, así como sus redes de pares y compañeros.

En contextos mexicanos o en Latinoamérica, no se encontraron estudios realizados como los de Esmaeili et al. 2017, Chen et al. 2019 y Zargar 2019, en los que el Mindfulness fuera utilizado con este fin.

Conclusiones y Recomendaciones

Resulta deseable para el tratamiento de las adicciones la combinación de un esquema residencial como el modelo de Comunidad Terapéutica, que aborda integralmente las áreas de funcionamiento del paciente con adicción, y complementarlo con un taller de prevención de recaídas con enfoque cognitivo conductual focalizado en la conducta de consumo, que involucre a todos los elementos de la clínica o centro de tratamiento -equipo clínico y residentes o pacientes-, con el propósito de que el lenguaje y desarrollo de habilidades de afrontamiento sean cotidianas para cada uno de los participantes y puedan ser retroalimentadas de inmediato, fomentando el autocuidado de la población en sí misma, entre los residentes y sus pares, como ya sucede con otros elementos terapéuticos dentro del modelo de comunidad terapéutica.

Es recomendable ampliar la duración del taller, con el propósito de lograr mayor autoconocimiento de la conducta de consumo y autoeficacia para sostener la abstinencia, a fin de mantener el mismo ritmo en cada participante sin importar sus

habilidades de aprendizaje e integrar a los usuarios que se encuentren en la etapa de reinserción social o familiar para desarrollar planes de acción emergentes ante posibles riesgos de consumo.

Será necesario validar la eficacia de este modelo aplicándolo con otros colectivos con necesidades más específicas, como, por ejemplo, con población adolescente o con distintos grupos étnicos; así como en diferentes tipos de adicciones, tanto a sustancias como en otras conductas adictivas (compras por internet, juegos y apuestas online o presenciales, sexo, redes sociales, entre otras).

Bibliografía

- Annis, H. M. (1982). Inventario de situaciones de consumo de alcohol (ISCA) en *Manual del Programa de Prevención de Recaídas* (2014). Centro Nacional para la Prevención y Control de las Adicciones. Pp 62-70 [En línea]. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/334698/Recaidas_2.pdf
- Annis, H. M. and Martín, G. (1985). Inventario de situaciones de consumo de drogas (ISCD) en *Manual del Programa de Prevención de Recaídas* (2014). Centro Nacional para la Prevención y Control de las Adicciones. Pp 71-76 [En línea]. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/334698/Recaidas_2.pdf.
- Beck, A. T., Wright, F. D., Newman, C. F. y Liese B. S. (1999). *Terapia cognitiva de las drogodependencias*. Barcelona: Paidós. 417 Pp.
- Blanco, T y Jiménez, S. (2015). Factores de riesgo que influyen en la recaída de consumo de drogas lícitas e ilícitas en adolescentes atendidos en el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. *Revista Costarricense de Psicología*; 34 (2): 147-157 [En línea]. Disponible en: <http://rcps-cr.org/wp-content/uploads/2015/12/07-Blanco.pdf>
- Blasco, J., Martínez, J., Carrasco, E. y Didia-Attas, J. (2008). Atención y craving o ganas compulsivas: Avances en su conceptualización y su implicación en la prevención de recaídas. *Adicciones*. 20(4): 365-376.
- Callahan, E. J., Price, K., and Dahlkoetter, J. A. (1980). Drug abuse. In R. G. Daitzman (Ed.), *Clinical behavior therapy and behavior modification*: vol. 1. (pp. 376). New York: Garland Press.
- Chen, J., Yu, J., Ciao, J., Xiao, Y., Gu, H., Zhong, R. (2019). Abstinence following a motivation-skill-desensitization-mental energy intervention for heroin dependence: A three year follow-up result of a randomized controlled trial. *Current Medical Science*; 39(3):472-482. doi: 10.1007/s11596-019-2062-y.
- De-Leon, G. (2004). *La comunidad terapeutica y las adicciones; teoria, modelo y método* (1a. ed., 1a. reimp.). Bilbao: Desclee de brouwer. 499 Pp.

- De-León, P. y Pérez, F. (2001). Adaptación, validación y confiabilización del Inventory of Drug Taking Situations (IDTS) y el Drug Taking Confidence Questionnaire (DTCQ). [En línea]. Disponible en: <http://132.248.9.195/pd2001/290948/290948.pdf>
- DiClemente, C. C. y Prochaska, J. O. (1982). Self-change and therapy change of smoking behavior: A comparison of processes of change of cessation and maintenance. *Addictive Behaviors*. 7: 133-142.
- DiClemente, C. C. and Prochaska, J. O. (1985). Processes and stages of selfchange: Coping and competence in smoking behavior change. In S. 139 Shiffman y T.A. Wills (Eds.), *Coping and substance use* (pp. 319-343). Londres: Academic Press.
- DiClemente, C. C., McConaughy, E. A., Norcross, J. C., and Prochaska, J. O. (1986). Integrative dimensions for psychotherapy. *International Journal of Electric Psychotherapy*. 5: 256-274.
- Esmaeili, A., Khodadadi, M., Norozi, E., Reza, MM. (2017). Effectiveness of Mindfulness based cognitive group therapy on cognitive emotion regulation of patients under treatment with methadone. *Journal of Substance Use*; 03(49):1-5. doi: 10.1080/14659891.2017.1348553
- Federación Mundial de Comunidades Terapéuticas y Asociación Proyecto Hombre (2017). Declaración de Mallorca presentada en Naciones Unidas. [En línea]. Disponible en: https://www.projectehome.cat/wp-content/uploads/2017/10/cartell_cas.pdf.
- Gorski, T. T. y Miller, M. (1986). *Staying sober: A guide for relapse prevention*. Missouri, US: Independence Press. 227 Pp.
- Grau-López, L., Roncero, C., Daigre C., Gonzalvo, B., Bachiller, D., Rodríguez-Cintas, L., Egido, A. y Casas, M. (2012) Factores de riesgo de recaída en pacientes drogodependientes tras desintoxicación hospitalaria. *Adicciones*. 24(2): 115-122.
- Kabisa, E., Biracyaza, E., Habagusenga, J. and Umubyeyi, A. (2021). Determinants and prevalence of relapse among patients with substance use disorders: case of Icyizere Psychotherapeutic Centre. *Substance Abuse: Treatment, Prevention, and Policy*; 16(1): doi DOI: 10.1186/s13011-021-00347-0
- López-Rosa, R., Kessler, F., Pianca, T., Guimaraes, L., Ferronato, P. Pagnussat, E. (2017). Predictors of early relapse among adolescent crack users. *Journal of Addictive Diseases*; 36(2): 136-146 <https://doi.org/10.1080/10550887.2017.1295670>
- Luengo, M. A., Gómez-Fraguela, J. A., Villar, P. y Romero, E. (2004). Análisis de factores de prevención de recaídas y evaluación de los tratamientos de drogodependencias. *Proyecto Hombre: Revista de la Asociación Proyecto Hombre*. 52: 13-16.

- McCarter, K., Halpin, S., Baker, A., Kay-Lambkin, F., Lewin, T., Thornton, L., Kelly, B. (2016). Associations between personality disorder characteristics and treatment outcomes in people with co-occurring alcohol misuse and depression. *BMC Psychiatry*, 16, 210. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0937-z>
- Martínez, H., Rodríguez, A. y Vines, G. (2019). Factores asociados en la adicción y recaída de pacientes con consumo de estupefacientes. *Universidad, Ciencia y Tecnología*. 23(93): 82-89.
- Marlatt, G. A. (1993). La prevención de recaídas en las conductas adictivas: Un enfoque de tratamiento cognitivo-conductual. En M. Casas y M. Gossop (Eds.), *Recaída y prevención de recaídas* (pp.137-160). Sitges: Ediciones en Neurociencias.
- Marlatt, G. A. and Gordon, J. R. (1980). Determinants of relapse: Implications for the maintenance of behavior change. En P. O. Davidson and S. M. Davidson (Eds.), *Behavioral medicine: Changing health lifestyles* (pp. 410-452). New York: Brunner/Mazel.
- Marlatt, G. A. and Gordon, J. R. (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford. 416 Pp.
- Martínez-González, J. M., Verdejo-García, A. y Becoña-Iglesias, E. (2013) Estudio exploratorio del impacto de las creencias nucleares relacionadas con la adicción en el consumo tras la abstinencia. *Trastornos Adictivos*. 14(4): 105-111.
- Moreno-Pedraza, F. (2012) La recaída en egresados de la clínica multidisciplinaria para el tratamiento de las adicciones CERESOVA. Tesis de especialidad para el tratamiento de las adicciones CIJ. Cd. de México. Disponible en: http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Drogas_de_Abuso/Articulos/factoresintervienenrecaida.pdf.
- NIDA, Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (2010). Principios de tratamientos para la drogadicción: Una guía basada en las investigaciones. [En línea]. Disponible en: <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/principios-de-tratamientos-para-la-drogadiccion-una-guia-basada-en-las-investigaciones>.
- Secretaría de Salud (2016). Informes Anuales Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones. [En línea]. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/informes-anuales-sistema-de-vigilancia-epidemiologica-de-las-adicciones>.
- You, Y.-H., Lu, S.-F., Tsai, C.-P., Chen, M.-Y., Lin, C.-Y., Chong, M.-Y., Chou, W.-J., Chen, Y.-S., Wang, L. (2020). Predictors of five-year relapse rates of youths with substance abuse who underwent a family-oriented therapy program. *Annals of General Psychiatry*; 19(1): <https://doi.org/10.1186/s12991-020-00269-4>

- Zaidi, U. (2020). Role of social support in relapse prevention for drug addicts. *International Journal of Innovation, Creativity and Change*; 13(1): 915-924 [En línea] Disponible en:
https://www.ijicc.net/images/vol_13/13188_Zaidi_2020_E_R.pdf
- Zargar, F., Bagheri, N., Javad, TM., Salehi, M. (2019). Effectiveness of emotion regulation group therapy on craving, emotion problems, and marital satisfaction in patients with substance use disorders: A randomized clinical trial. *Iran J Psychiatry*; 14(4):283-290. [En línea] Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7007510/>