

Predicción de la recaída en las conductas adictivas: estrategias de intervención

ENRIQUE ECHEBURUA ODRIOZOLA*
PAZ DE CORRAL GARGALLO**

RESUMEN

El estudio de los elementos comunes a las conductas adictivas pone de relieve muchos de los problemas teóricos y clínicos relacionados con esta área de investigación. Los autores presentan una revisión del fenómeno de la abstinencia en diferentes tipos de conductas adictivas y sugieren un modelo cognitivo-conductual que puede orientar las investigaciones encaminadas a mantener la abstinencia una vez que ésta ha sido conseguida. Se discuten algunas importantes cuestiones planteadas por este nuevo enfoque, alternativo a los tratamientos tradicionales, y se plantean algunas incógnitas que requieren investigaciones ulteriores.

PALABRAS CLAVE: Conductas adictivas, modelo de recaída, estrategias de intervención.

SUMMARY

The study of the commonalities inherent in substance abuse behavior puts into focus many of the treatment and research issues germane to this field of inquiry. The authors present an overview of abstinence across the various types of substance abuse and suggest a cognitive-behavioral model which can guide research designed to determine how to maintain abstinence once it has been achieved. Important questions raised by this relatively recent alternative to traditional approaches are discussed, along with some questions for future research.

KEY WORDS: Substance abuse behavior, relapse model, intervention strategies.

1. Introducción

El estudio de las conductas adictivas ofrece una buena oportunidad de examinar el problema del mantenimiento de los cambios de conducta. Una revisión de la recaída entre los heroínómanos, alcohólicos y fumadores (Hunt, Barnett and Branch, 1971; Hunt and Bepalec, 1974), muestra unas tasas muy similares entre estas diferentes conductas de

adicción: los dos tercios, aproximadamente, de todas las recaídas tienen lugar en los tres primeros meses después de finalizado el tratamiento. Además, el proceso de recaída, independientemente del problema particular implicado (alcoholismo, tabaquismo o heroínomanía), aparece frecuentemente asociado a las mismas tres situaciones de alto riesgo: estados emocionales negativos, conflictos interpersonales y presión social (Mariatt,

* Director del Departamento de Psicología Experimental de la Facultad de Filosofía y Ciencias de la Educación de la Universidad del País Vasco.

** Departamento de Psicología Experimental de la Facultad de Filosofía y Ciencias de la Educación de la Universidad del País Vasco (San Sebastián).

Dirección: Apartado 1.249 (San Sebastián).

TABLA 1

Análisis de las situaciones de recaída con alcohólicos, fumadores y heroínómanos (MARLATT, 1979)

SITUACION	Alcohólicos (N=70)	Fumadores (N=35)	Heroínómanos (N=32)	Total (N=137)
Determinantes interpersonales	61%	57%	53%	58%
Estados emocionales negativos	38%	43%	28%	37%
Estados físicos negativos	3%	—	9%	4%
Estados emocionales positivos	—	8%	16%	6%
Puesta a prueba del control personal	9%	—	—	4%
Impulsos internos	11%	6%	—	7%
Determinantes intrapersonales	39%	43%	47%	42%
Conflicto interpersonal	18%	12%	13%	15%
Presión social	18%	25%	34%	24%
Estados emocionales positivos	3%	6%	—	3%

1979) (tabla 1). Estos datos apoyan seriamente la existencia de elementos comunes subyacentes en todas las conductas adictivas y, por tanto, la consideración del mecanismo de recaída en sí mismo como una entidad conductual.

Hay una gran evidencia experimental de que el proceso de recaída está vinculado con determinantes situacionales (O'Donnell, 1984; Litman et al., 1984), y con los procesos atribucionales que el sujeto realiza en relación con su episodio de recaída. Se trata, en primer lugar, de determinar qué principios psicológicos contribuyen al mantenimiento de la abstinencia de la sustancia adictiva, y, en segundo lugar, qué relación psicológica se establece entre el primer episodio de recaída y el consumo posterior de la sustancia adictiva. Nuestro modelo teórico ha sido elaborado para conceptualizar este proceso y establecer unas estrategias de intervención basadas en principios cognitivos y conductuales.

2. Tratamiento y mantenimiento del cambio de conducta: dos procesos psicológicos diferentes

Para precisar la distinción entre el tratamiento y el mantenimiento como dos procesos distintos en la modificación de las conductas adictivas, se puede considerar el caso de un alcohólico que está motivado para cambiar su conducta. Hay una amplia variedad de técnicas disponibles que pueden ser efectivas para ayudar a un alcohólico a que deje de beber (medicación ansiolítica, terapia aversiva, terapia familiar, terapia de grupo, Alcohólicos Anónimos, terapia ocupacional,

Antabuse...). Algunas de estas técnicas están orientadas al cese inicial de la conducta problema, mientras que otras están enfocadas al *mantenimiento* a largo plazo de este cambio. Pero estos dos objetivos no siempre se han precisado de manera explícita en los programas tradicionales de tratamiento (Marlatt and George, 1984). El hecho es que sabemos muy poco acerca de la eficacia de los procedimientos encaminados a *mantener* el cambio de la conducta adictiva (Echeburúa, 1985), como lo prueba la alta tasa de recaídas.

La respuesta al elevado nivel de reincidencia en el campo de las toxicomanías ha sido incrementar el número de técnicas aplicadas simultáneamente y encaminadas a facilitar el cese inicial de la conducta-problema. En este planteamiento hay una suposición subyacente de que si se añaden más componentes al programa inicial de tratamiento, el resultado de éste operará, de algún modo, durante más tiempo.

Pero se pueden plantear dos objeciones importantes a estos programas multimodales de tratamiento:

- Hay una cierta evidencia experimental de que los pacientes no cumplen con constancia los requisitos de los programas que constan de muchos componentes, lo cual puede llevar a un prematuro abandono del tratamiento (Hall, 1980).
- La mayoría de las técnicas de intervención está orientada directamente al cambio de conducta inicial, y no al mantenimiento a largo plazo de este cambio. No se ha tenido en cuenta con este enfoque que la adquisición y el mantenimiento de una conducta

son dos procesos diferentes, regidos también por leyes psicológicas distintas (Echeburúa, 1984).

Las estrategias de prevención de la recaída se orientan fundamentalmente al proceso del mantenimiento de la conducta de abstinencia (o de consumo controlado, en su caso). Así como las técnicas del inicio del tratamiento son administradas al paciente por el terapeuta o los coterapeutas, las técnicas de mantenimiento forman parte de los programas de autocontrol. En lugar de fiarse de constructos tales como la «fuerza de voluntad» o la «resistencia interna» durante la fase de mantenimiento, el paciente es entrenado en habilidades de autocontrol, de modo que sea capaz de anticipar y afrontar las situaciones de alto riesgo en el período de seguimiento.

Tal como se ha señalado anteriormente, el programa de autocontrol empleado durante la fase de mantenimiento es relativamente independiente de las técnicas utilizadas en la fase inicial de tratamiento, por lo que las estrategias de prevención de la recaída pueden ser aplicadas independientemente de la orientación o de los métodos usados durante el tratamiento (Marlatt and Gordon, 1984).

3. Determinantes psicológicos de la recaída

Marlatt (1978) ha señalado que hay un común denominador en los procesos de recaída de las diferentes conductas adictivas (el efecto de violación de la abstinencia), que trata de explicar, más que la primera recaída, la pérdida de control subsiguiente a la misma. El efecto de violación de la abstinencia se caracteriza por dos elementos cognitivos básicos:

- a) Un efecto de disonancia cognitiva (Festinger, 1964), ya que la ocurrencia de la conducta adictiva es disonante con la definición cognitiva de uno mismo como abstinentes (siempre que el sujeto haya asumido voluntariamente la abstinencia durante un período limitado o indefinido). Con arreglo a esta teoría, el primer consumo de la sustancia adictiva que sigue a un período de abstinencia suscita un estado emocional negativo de conflicto o culpa que puede ser reducido por la repetición de la conducta adictiva (recuérdese el efecto ansiolítico

de sustancias tales como el alcohol, los opiáceos, la nicotina a determinadas dosis...) y por una reestructuración cognitiva de la autoimagen en consonancia con la recaída (por ejemplo, «no estoy completamente recuperado», «la enfermedad se ha adueñado de nuevo de mí», etc.).

- b) Un efecto de atribución personal (Jones et al., 1972), según el cual el sujeto atribuye la ocurrencia de la conducta adictiva a una debilidad interna y/o a fallos personales (por ejemplo, a la falta de «fuerza de voluntad» o a la insuficiente «capacidad de control» sobre las propias conductas). Esta atribución de inhabilidad personal para controlar la primera recaída disminuye, en consecuencia, la resistencia a posteriores «tentaciones» (Weiner et al., 1971), de donde deriva la pérdida de control.

El sujeto atribuye su primera recaída a fallos internos, más que a factores ambientales, en la misma medida en que también se sentía personalmente responsable de la abstinencia con anterioridad.

Los efectos sumatorios de ambas reacciones incrementan grandemente la probabilidad de tener nuevas recaídas y de llegar, por tanto, a la pérdida de control. La intensidad del efecto de violación de la abstinencia depende de varios factores, tales como la duración del período de abstinencia (cuanto más largo, mayor es el efecto), el grado de compromiso personal o público (y el esfuerzo realizado) para mantener la abstinencia y la importancia de la conducta para el sujeto.

Las condiciones en que se pone en marcha el efecto de violación de la abstinencia están mediadas por el grado de eficacia personal del sujeto (Bandura, 1977) y por la dinámica de la situación de recaída en sí misma. Si bien los factores que determinan la recaída dependen de una red de complejas interacciones, hay una secuencia básica de acontecimientos cognitivos que se muestra de forma consistente en todos los procesos de recaída y que puede ser resumida de la siguiente manera:

- a) El sujeto abstinentes percibe una situación de control (tanto mayor cuanto mayor sea el período de abstinencia) hasta que se encuentra con una situación de alto riesgo que desafía su percepción de control.

- b) El individuo no reconoce la situación «de peligro» antes de que sea demasiado tarde, o carece de las habilidades necesarias para hacer frente a una situación de alto riesgo, o estas habilidades no se ponen en marcha debido a factores inhibitorios (ansiedad, por ejemplo).
- c) El sujeto tiene expectativas positivas, basadas en su experiencia pasada, acerca de los efectos de la sustancia de la que se está absteniendo, y esa sustancia está disponible. Esta anticipación es importante porque la expectativa de reforzamiento, independientemente de que se dé o no, puede ser tan poderosa, si no más, que el reforzamiento de hecho (Bandura, 1977).

Desde una perspectiva de costes y beneficios, una recaída puede ser considerada por muchos sujetos como una decisión o elección racional (Marlatt and George, 1984). El refuerzo de una pequeña gratificación inmediata puede, a menudo, más que el costo de los potenciales efectos negativos a medio plazo. Ciertas distorsiones cognitivas, como la negación del intento de recaída («va a ser sólo un trago», por ejemplo) o el minimizar la importancia de las consecuencias negativas a largo plazo, pueden facilitar el proceso de recaída.

La combinación de expectativas positivas de la sustancia adictiva y el estrés provocado por una situación de alto riesgo es, probablemente, lo que más incrementa la probabilidad de recaída.

- d) El individuo consume la sustancia adictiva.
- e) Experimenta uno o los dos componentes del efecto de violación de la abstinencia.
- f) La probabilidad del uso continuo de esa sustancia y, por tanto, de la recaída total aumenta considerablemente.

Que el sujeto continúe consumiendo la sustancia adictiva inmediatamente después de la primera ingesta depende de una serie de factores, tales como la intensidad del efecto de violación de la abstinencia y de los inhibidores situacionales (presencia de observadores, limitaciones de tiempo, disponibilidad y precio de la sustancia, entre otros factores).

El apoyo empírico para este modelo ha sido extraído, inicialmente, de los estudios sobre la obesidad (Herman and Mack, 1976; Polivy, 1976): sujetos a dieta consumían más alimentos después de haber tomado una comida muy rica en calorías y que, por tanto, no deberían haber consumido, mientras que los sujetos que no estaban a dieta tendían a consumir menos después de haber comido lo que ellos percibían como una comida de alto contenido calórico. Además del efecto de violación de la abstinencia (Marlatt, 1978) y de estos efectos contrarregulatorios en la obesidad (Polivy, 1976), Mahoney y Mahoney (1976) han acuñado el término «claustrofobia cognitiva» para describir el mismo tipo de conducta excesiva provocada por una transgresión que sigue a un período de abstinencia autoimpuesta.

4. Estrategias de intervención

La mayoría de los programas tradicionales de tratamiento tienden a ignorar el problema de la recaída en sus procedimientos de intervención, algo así como si mencionarlo con el paciente equivaliese a facilitar la recaída. Sin embargo, dadas las altas tasas de reincidencia en las conductas de adicción, el entrenamiento de habilidades al sujeto para hacer frente con éxito a la recaída es una cuestión de sentido común y ofrece muchas más garantías que confiar en la «fuerza de voluntad».

Las estrategias de intervención para hacer frente a una situación potencial de recaída deben prestar atención a los siguientes puntos (Marlatt and Gordon, 1984):

A) Alternativas específicas

a) Situaciones de alto riesgo

Prevenir la recaída implica, en primer lugar, entrenar al paciente en reconocer sus situaciones específicas de alto riesgo que van a incrementar la probabilidad de recaída. Las hojas de autorregistro de Calvo y Solano, (1978), así como los cuestionarios de autoinforme del tipo del «Perfil de Bebida» de Marlatt (1976) (adaptación española de R. Calvo) o del «Test de Competencia Situacional» (Chaney et al., 1978) ofrecen un medio efectivo de reconocer de forma temprana los estímulos discriminativos asociados a la «entrada» en una situación de alto riesgo y de

utilizarlos como señales de aviso para poner en marcha las habilidades aprendidas o el recurso a actividades alternativas (Echeburúa, 1985).

b) Respuestas de enfrentamiento a situaciones problemáticas

Si el paciente no dispone en su repertorio de conductas de las respuestas necesarias para hacer frente a las situaciones de alto riesgo, debe ponerse el énfasis en enseñarle las habilidades requeridas (competencia social, respuestas asertivas para hacer frente a las presiones sociales, etc.). De hecho, el sujeto que hace frente con éxito de forma reiterada a las situaciones de alto riesgo incrementa su percepción de control, y hay una correlación negativa entre la percepción de control y la probabilidad de recaída.

Pero si el paciente cuenta con unas respuestas apropiadas que no pone en marcha por mecanismos inhibitorios (la ansiedad, por ejemplo) o por distorsiones cognitivas, la intervención terapéutica tiene entonces que referirse preferentemente a técnicas reductoras de ansiedad y/o a una reestructuración cognitiva.

Una sugerencia que puede incrementar la generalización de las habilidades de enfrentamiento recientemente adquiridas es requerir al paciente la práctica de la conducta adaptativa en una situación real de alto riesgo. El terapeuta que está trabajando con fumadores o bebedores que se han comprometido recientemente a la abstinencia puede, por ejemplo, llevar a un grupo de sus pacientes a una «juerga seca» a un pub o a un bar. La efectividad de un programa de entrenamiento de habilidades con alcohólicos crónicos ha sido descrita con detalle por Chaney et al. (1978).

c) Expectativas sobre las consecuencias del consumo de la sustancia adictiva

Esta fase del programa implica la información sistemática al paciente sobre los efectos a medio y largo plazo del consumo de la sustancia adictiva en su salud física y bienestar psicológico y social. Esta información es, generalmente, necesaria para contrarrestar la tendencia a pensar sólo en los iniciales efectos placenteros, a corto plazo, del consumo de sustancias adictivas.

B) Alternativas globales: el estilo de vida y la eficacia personal

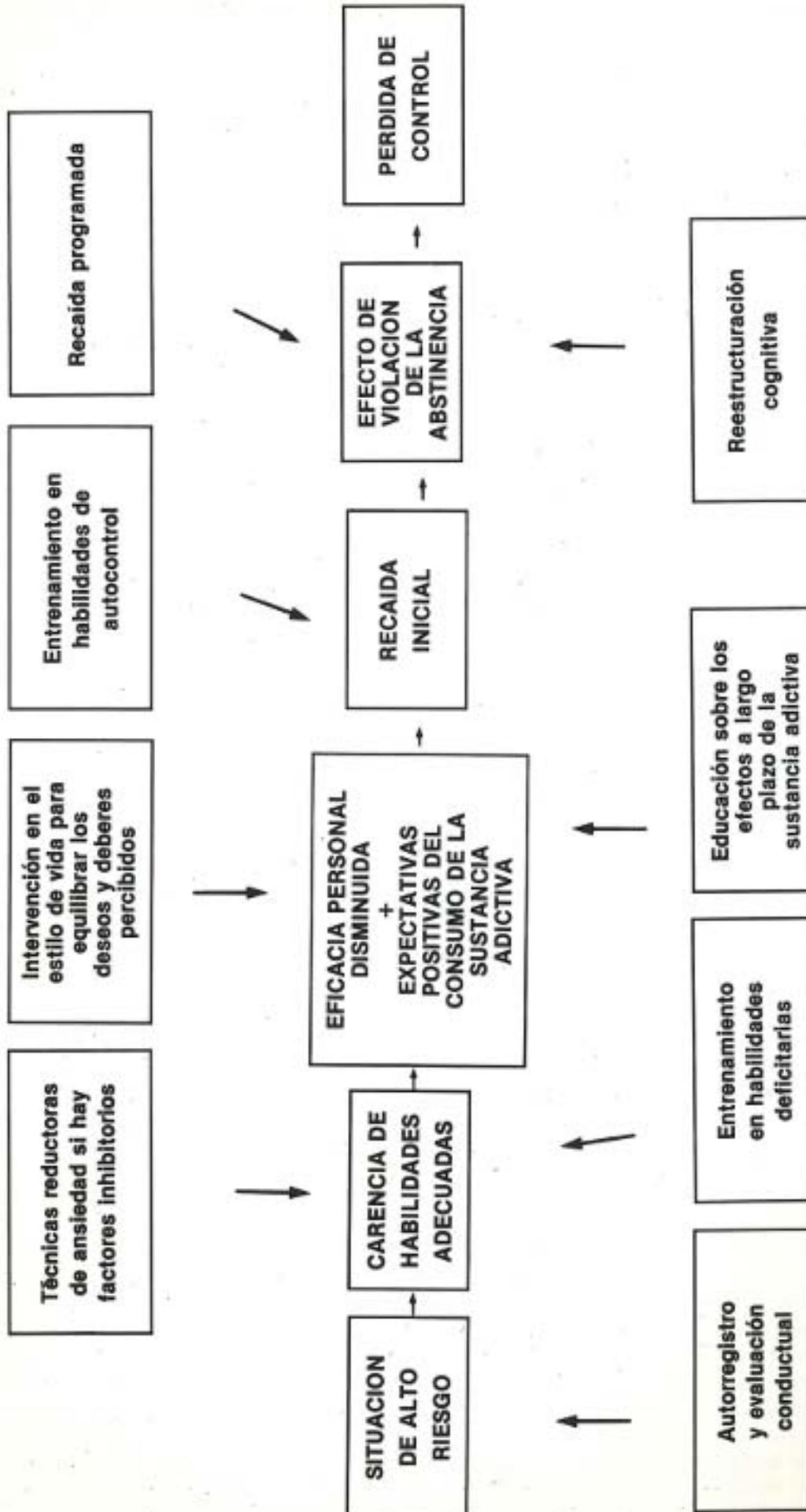
Además de dotar al paciente de un conjunto de habilidades específicas, según sean los déficits que presente a la hora de hacer frente a las situaciones de alto riesgo, el terapeuta debe prestar atención al estilo de vida del paciente, de modo que el programa de prevención de la recaída preste atención a la eficacia personal del sujeto (Bandura, 1977).

Nuestra experiencia clínica en trabajar con una variedad de conductas adictivas sugiere que el grado de equilibrio en el estilo de vida cotidiano de una persona tiene un impacto significativo en el deseo de una gratificación inmediata. Aunque es difícil operativizar el concepto de equilibrio, entendemos por tal el contrapeso diario entre las actividades que el sujeto percibe como demandas externas (o «deberes») y las que el sujeto realiza por placer o autocomplacencia («deseos»). Un estilo de vida caracterizado por un predominio de «deberes» percibidos está a menudo asociado a una percepción aumentada de insatisfacción y a un deseo de satisfacción inmediata, vivido de forma compulsiva y que intenta compensar la insatisfacción habitual (por ejemplo, beber en exceso al final del día), independientemente de las consecuencias negativas que puede producir a medio plazo.

El primer paso de intervención en el estilo de vida es entrenar al paciente en técnicas de autoevaluación (McFall, 1977), que le pueden ser de utilidad para registrar los «deseos» y los «deberes» que prevalecen en su vida. A base de llevar un registro diario, el paciente puede hacerse rápidamente consciente de la discrepancia entre sus «deberes» y sus «deseos». A continuación, el paciente debe restablecer el equilibrio dedicando cierto tiempo cada día a la práctica de actividades reforzantes (adicciones positivas).

Glasser (1974) describió a las *adicciones negativas* como actividades que inicialmente sientan bien pero que producen daño a la larga. Por el contrario, las *adicciones positivas* (por ejemplo, hacer deporte, practicar la relajación, cualquier «hobby», etc.) pueden ser penosas a corto plazo pero producen beneficios físicos y psíquicos a la larga. Después de que los inconvenientes a corto plazo han sido superados, una adicción positiva adquiere un gran valor de atracción para el sujeto y llega a percibirse como un «deseo». La ventaja del cambio de una adicción negativa a una positiva radica en la capacidad de esta última de contribuir al bienestar de la perso-

CUADRO 1



PUNTOS DE INTERVENCIÓN PARA LA PREVENCIÓN DE LA RECAÍDA

na a la larga, así como de dotarle de respuestas adaptativas de enfrentamiento a los estresores de la vida y a las situaciones de alto riesgo.

Otras estrategias globales de intervención ante el problema de las recaídas en las conductas adictivas pueden ser, según los casos, el entrenamiento en solución de problemas (D'Zurilla y Goldfried, 1971), en toma de decisiones y en técnicas de autocontrol. Todo ello, unido al entrenamiento en adicciones positivas, crea un marco global de referencia en donde las habilidades específicas se potencian al máximo (cuadro 1).

C) El control de la recaída: un programa de anticipación

El objetivo de esta fase del programa consiste en preparar al paciente para hacer frente a una posible recaída, con la intención de que un primer consumo de la sustancia adictiva no lleve de una forma inexorable a una recaída total y, por tanto, a una situación de pérdida de control. La clave del éxito de este programa radica en una combinación de entrenamiento en habilidades específicas y de estrategias cognitivas de intervención.

Tal como se ha descrito antes, un factor determinante del proceso de recaída es el efecto de violación de la abstinencia: la disonancia cognitiva y las atribuciones de causalidad interna pueden llevar al paciente del primer consumo de la sustancia a la recaída total. Se trata, por tanto, de preparar al paciente a anticipar esta reacción durante el curso del tratamiento. Con arreglo a las sugerencias de Marlatt (1978), el paciente es instruido sobre lo que debe recordar y hacer si le ocurre una primera recaída. Una forma de hacerlo es que el paciente, una vez dado de alta, lleve una tarjeta en el bolsillo o en la cartera con las siguientes instrucciones:

¿Qué hacer si le ocurre una recaída?

- 1.º Deténgase después de haber terminado el primer consumo de la sustancia adictiva. Tómese media hora para considerar la siguiente información.
- 2.º Una simple recaída no es del todo inusual, pero ello no quiere decir que usted necesariamente haya vuelto a las andadas o que haya ya perdido de nuevo el control sobre la sustancia.

- 3.º Probablemente se está usted sintiendo culpable, o con alguna sensación de malestar, por lo que ha hecho. No se preocupe. Esta sensación era esperable, y forma parte del efecto de violación de la abstinencia. No hay ninguna razón por lo que tenga que rendirse ante esta sensación y seguir consumiendo la sustancia adictiva. Este sentimiento le irá desapareciendo en breve.
- 4.º Considere la recaída como una experiencia de aprendizaje. ¿Cuáles han sido los elementos de la situación de alto riesgo que le han llevado a la recaída? ¿Qué tipo de respuestas pudo haber utilizado para hacer frente a esa situación? ¿Puede usted recurrir a esa respuesta adecuada todavía?
- 5.º Si se encuentra aún con dificultades para resistir a la tentación de recurrir a un nuevo consumo de la sustancia adictiva, llame a su terapeuta. Número de teléfono:
- 6.º Recuerde: una simple recaída no significa necesariamente la pérdida de control.

El manejo de las consecuencias del efecto de violación de la abstinencia es, pues, un elemento clave en un programa de prevención de la recaída. La mejor forma de poner a prueba este programa es hacer experimentar al paciente, en condiciones controladas, el efecto de violación de la abstinencia. A un alcohólico, por ejemplo, se le puede programar una recaída, bajo el control cuidadoso del terapeuta, antes de que sea dado de alta o en un momento específico del período de seguimiento, de modo que pueda hacer frente a los problemas suscitados por una potencial recaída, algo así como los simulacros de salvamento, que son una medida de prevención ante posibles emergencias y que no por ello las hacen más probables. La experiencia puede también ayudar al toxicómano en tratamiento a superar algunas creencias tradicionales acerca de la potencia mágica del alcohol.

5. Resultados experimentales y nuevas líneas de investigación

Este modelo está todavía en proceso de desarrollo, pero ya hay algunos estudios sobre el papel de las expectativas y las habili-

dades de enfrentamiento en el desarrollo del cambio de hábitos que dan un soporte empírico a este modelo (Marlatt y Gordon, 1984).

La mayoría de las investigaciones publicadas hasta ahora se refieren al área del alcoholismo y del tabaquismo. En el ámbito del alcoholismo Litman et al. (1984), de la Unidad de Adicciones del Maudsley Hospital, y Annis et al. (1984), de la Fundación para la Investigación de las Adicciones de Toronto, han enfatizado el papel de la habilidad en el manejo de las situaciones de alto riesgo como factor que discrimina entre los alcohólicos que recaen después del tratamiento y los que se abstienen al cabo del tiempo.

Shiffman et al. (1984), de la Universidad de Florida, han obtenido unos resultados similares en relación con el papel desempeñado por las habilidades de enfrentamiento para reducir el riesgo de recaída entre los ex fumadores. Las escalas de eficacia personal obtenidas en el momento de dejar de fumar han mostrado ser predictores válidos de los resultados posteriores del tratamiento (Condiotte y Lichenstein, 1981).

El entrenamiento en habilidades deficitarias, evaluadas a través de escalas del tipo del *Test de Competencia Situacional* (Chaney et al., 1977), ha resultado ser hasta el momento el tratamiento más efectivo para controlar la recaída, considerando en estas variables tales como la cantidad de bebida postratamiento, la duración del período de bebida antes de retomar de nuevo la abstinencia y la frecuencia de los períodos de intoxicación (Jones y Lanyon, 1981; Oei y Jackson, 1982).

A pesar de un apoyo empírico creciente, es preciso poner a prueba este modelo de forma controlada y referirlo a un abanico más amplio de conductas adictivas, de modo que se puedan refinar tanto las implicaciones teóricas como las aplicaciones clínicas. Hay algunas cuestiones, sin embargo, que no están todavía dilucidadas y que requieren investigaciones ulteriores:

- a) ¿Cuál es el papel de la motivación en el mantenimiento del cambio de hábitos y cómo puede ser operativizada y, por tanto, manejada esta variable?
- b) ¿Cuál es la cadencia temporal de la recaída en las diferentes conductas adictivas? ¿Hay ciertas situaciones de más alto riesgo que otras para la mayoría de la gente, y en qué momento del postratamiento tienden a serlo? Si hay una distribución temporal en que las situaciones de alto riesgo tienden a ser específicas, las estrate-

gias de intervención de la recaída tendrán que ser también específicas en los diferentes momentos del postratamiento.

- c) ¿Qué papel desempeñan las diferencias individuales en cuanto a la eficacia diferencial del programa aquí propuesto, basado fundamentalmente en técnicas de autocontrol?

Hay una cierta evidencia experimental (Marlatt y George, 1984) de que los individuos pueden ser clasificados a lo largo de un continuo en «causación personal percibida». En un extremo están los que *creen* que son capaces de elegir y de determinar libremente el curso de sus vidas, y en el otro los que *creen* que sus vidas están sujetas al control determinante de fuerzas externas, tales como el destino, la providencia, el azar, la suerte, etc. (Rotter, 1966). La mayoría de las personas se encuentran en algún lugar intermedio entre estos dos extremos del control interno y del control externo percibido. No está claro hasta qué punto estas diferencias personales en control percibido son fácilmente modificables.

¿Pueden ser entonces de utilidad las técnicas de autocontrol, destinadas a incrementar la eficacia personal, en personas que realizan fundamentalmente atribuciones externas? Quizá sea interesante utilizar distintos sistemas de tratamiento en función del sistema de expectativas y de la orientación del lugar de control del sujeto.

Así, el modelo médico tradicional puede ser más efectivo para sujetos que *creen* firmemente que el problema de la adicción es, fundamentalmente, físico y que implica una «compulsión» más allá del control de su voluntad. En cambio, los sujetos que *se creen* capaces de controlar sus conductas y que están dispuestos a aprender las habilidades y actitudes requeridas para modificar su estilo de vida, pueden beneficiarse del tipo de estrategias psicológicas sugeridas en este programa.

Otro punto necesitado de investigación, en relación con las diferencias individuales, es el grado en que las sustancias adictivas, por ejemplo el alcohol (O'Leary et al., 1979; Greg-

son y Taylor, 1977), producen un deterioro cognitivo, con implicaciones neuropsicológicas, lo cual puede dificultar el aprendizaje de un programa basado en buena parte en estrategias cognitivas. No está claro aún, sin embargo, en qué momento y en función de qué tipo de toxicomanía se produce este deterioro y en qué medida está sujeto, una vez más, a diferencias individuales.

- d) ¿Cuál es el ámbito de aplicación de este modelo de prevención de la recaída? Las principales se han llevado a cabo en el campo del alcoholismo, del tabaquismo y de las politoxicomanías. Hay otras áreas, sin embargo, en que podría también aplicarse, como en el caso de la sobrealimentación o de las agresiones sexuales (Pithers et al., 1983), en la medida en que la recaída en este tipo de conductas tiene muchos nexos comunes con la de las conductas adictivas. Estas y otras posibles áreas de aplicación de este modelo están a falta de ulteriores investigaciones.

BIBLIOGRAFIA

- ANNIS, H. M.: «A relapse prevention model for treatment of alcoholics», In: D. CURSON and H. RANKIN: *Alcoholism Relapse*, London, Logos Alpha, 1984.
- BANDURA, A.: *Social Learning Theory*, Englewood Cliffs, N. J.: Prentice-Hall, 1977.
- CALVO, R., y SOLANO, C.: «Hojas de registro de datos», Dispensario Antialcohólico, Madrid, 1978.
- CHANEY, E. F., et al.: «Skill training with alcoholics», *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1978, 46, 1.092-1.114.
- CONDIOTTE, M. M., and LICHENSTEIN, E.: «Self-efficacy and relapse in smoking cessation programmes», *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1981, 49, 648-658.
- D'ZURILLA and GOLDFRIED, M. R.: «Problem solving and behavior modification», *Journal of Abnormal Psychology*, 1971, 78, 107-126.
- ECHEBURUA, E.: «Adquisición y mantenimiento de las conductas de drogodependencia», *Drogalcohol*, 1984, 9 (1), 43-50.
- ECHEBURUA, E.: «Terapias aversivas en el tratamiento del alcoholismo: una revisión experimental», *Drogalcohol*, 1985, 10 (1), 27-34.
- FESTINGER, L.: *Conflict, decision and dissonance*, Stanford: Stanford University Press, 1964.
- GLASSER, W.: *Positive Addiction*, New York: Harper and Row, 1974.
- GREGSON, R., and TAYLOR, G.: «Prediction of Relapse in Men Alcoholics», *Journal of Studies on Alcohol*, 1977, 38, 1.749-1.760.
- HALL, S.: «Self-management and therapeutic maintenance: Theory and Research». In: KAROLY, P.: *Toward a Psychology of Therapeutic Maintenance: Widening Perspectives*, New York: Gardner Press, 1980.
- HERMAN, C. P. and MACK, D.: «Restrained and unrestrained eating», *Journal of Personality*, 1975, 43, 647-660.
- HUNT, W.; BARNET, L., and BRANCH, L.: «Relapse rates in addiction programs», *Journal of Clinical Psychology*, 1971, 27, 455-456.
- HUNT, W. and BESPALC, D.: «An evaluation of current methods of modifying smoking behavior», *Journal of Clinical Psychology*, 1974, 30, 431-438.
- JONES, E., et al.: *Attribution: Perceiving the Causes of Behaviors*, Morristown, N. J.: General Learning Press, 1972.
- JONES, S. L. and LANYON, R. I.: «Relationship between adaptive skills and sustained improvement following alcoholism treatment», *Journal of Studies on Alcohol*, 1981, 42, 521-525.
- LITMAN, G. et al.: «The relationship between coping behaviours, their effectiveness and alcoholism relapse and survival», *British Journal of Addiction*, 1984, 79, 283-291.
- MAHONEY, K. and MAHONEY, M.: «Cognitive factors in weight reduction». In: KRUMBOLTZ, C. and THORSE, C.: *Counseling methods*, New York: Holt, 1976.
- MARLATT, G.: «Alcohol, stress, and cognitive control». In: SARASON, I.: *Stress and anxiety*, Washington: Hemisphere Pub., 1976.
- MARLATT, G.: «Behavioral assessment of social drinking and alcoholism». In: *Behavioral approaches to the assessment and treatment of alcoholism*, New Brunswick: Center of Alcohol Studies, 1978.
- MARLATT, G.: «Alcohol use and problem drinking: A cognitive-behavioural analysis». In: KENDALL, P. and HOLLON, S.: *Cognitive-behavioural interventions: theory, research and procedures*, New York: Academic, 1979.
- MARLATT, G. and GEORGE, W.: «Relapse Prevention: Introduction and Overview of the Model», *British Journal of Addiction*, 1984, 79, 261-275.
- MARLATT, G. and GORDON, J.: *Relapse Prevention: Maintenance strategies in addictive behavior change*, New York: Guilford Press, 1984.
- McFALL, R.: «Parameters of self-monitoring». In: STUART, R.: *Behavioral Self-Management: Strategies, Techniques, and Outcomes*, New York: Brunner-Mazel, 1977.
- O'DONNELL, P. J.: «The Abstinence Violation Effect and Circumstances Surrounding Relapse as Predictors of Outcome Status in Male Alcoholic Outpatients», *The Journal of Psychology*, 1984, 117, 257-262.
- OEI, T. and JACKSON, P.: «Social skills and cognitive behavioural approaches to the treatment of problem drinking», *Journal of Studies on Alcohol*, 1982, 43, 532-547.
- O'LEARY, M. et al.: «Cognitive Impairment and Treatment Outcome with Alcoholics», *Journal of Clinical Psychiatry*, 1979, 40, 397-398.
- PITHERS, W., et al.: «Relapse prevention with sexual aggressives». In: GREER, J. and STUART, I.: *The Sexual Aggressor*, New York: Van Nostrand Reinhold, 1983.
- POLIVY, J.: «Perception of calories and regulation of intake in restrained and unrestrained subjects», *Addictive Behaviors*, 1976, 1, 237-244.
- ROTTER, J.: «Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement», *Psychological Monographs*, 1966, 80.
- SHIFFMAN, S., et al.: «Preventing relapse in cigarette smokers». In: MARLATT, G. and GORDON, J.: *Relapse Prevention*, New York: Guilford Press, 1984.
- WEINER, B., et al.: *Perceiving the causes of success and failure*, Morristown, N. J.: General Learning Press, 1971.