

LA PREVENCIÓN DE RECAÍDAS EN DROGODEPENDENCIAS DESDE EL MODELO DE MARLATT. APORTACIONES DESDE EL TRABAJO SOCIAL

THE PREVENTION OF RELAPSES IN THE MARLATT MODEL. CONTRIBUTIONS FROM THE FIELD OF SOCIAL WORK

Paula Castilla Carramiñana
Fundación Tomillo

Resumen: El enfoque de prevención de recaídas de Marlatt se articula como una opción eficaz de intervención en la fase de mantenimiento de una persona que ha experimentado una adicción. Propone como estrategias a trabajar el entrenamiento en habilidades, la reestructuración cognitiva y el restablecimiento de un estilo de vida saludable. En este trabajo se exponen y analizan dichas estrategias, se proporcionan diversas técnicas para utilizar en la intervención y se propone el trabajo social como disciplina útil desde la que promover la reinserción social atendiendo a diversos ámbitos como sanitario, formativo, laboral, económico, ocio, familiar y grupal, entre otros.

Palabras claves: Prevención de recaídas, Habilidades, Cognitivo-conductual, Técnicas, Trabajo Social.

Abstract: The relapse prevention approach developed by Marlatt is an effective intervention option in the maintenance stage of a person who has gone through an addiction. It proposes the strategies of skills training, cognitive restructuring and returning to a healthy lifestyle. This paper describes and analyses these strategies and suggests different techniques that can be used in the intervention. Social work is viewed as a useful discipline for promoting social reinsertion, inasmuch as it deals with various spheres, such as health, education, work, economics, leisure, family and group dynamics, among others.

Key Words: Prevention of relapses, Skills, Cognitive-behavioural approach, Techniques, Social Work.

| Recibido 05/09/2015 | Revisado 07/10/2015 | Aceptado 15/11/2015 | Publicado 31/01/2016 |

Correspondencia: Paula Castilla Carramiñana. Fundación Tomillo. Email: paula.castilla@tomillo.org.

Referencia normalizada: Castilla, P. (2016). La prevención de recaídas desde el modelo de Marlatt. Aportaciones desde el trabajo social. *Trabajo Social Hoy*, 77, 109-133. doi 10.12960/TSH.2016.0006.

1. INTRODUCCIÓN

A pesar de los avances que han ido sucediendo en el ámbito de la prevención e intervención de las drogodependencias y las conductas adictivas, siguen destacando las altas tasas de recaída que experimentan las personas con problemas de adicciones. Esto es así porque la propia naturaleza crónica de una adicción significa que recaer en el abuso de las drogas en algún momento no solo es posible, sino probable. En cuanto a la proporción de recaídas que se da durante los procesos de deshabituación y reinsertión social, es sabido que las tasas de recaída para las personas con adicciones son similares a la tasa de recaídas de otras enfermedades crónicas como la diabetes, la hipertensión y el asma, que también tienen componentes fisiológicos y de comportamiento (NIDA, 2014). Es por esto por lo que se hace necesario continuar investigando y revisando las aportaciones científicas realizadas hasta el momento en este ámbito.

Pero, ¿qué se entiende por recaída? Según Marlatt (1993) la recaída “es un proceso transitorio, una serie de acontecimientos que pueden, o no, estar seguidos por el regreso a los niveles de línea de base de la conducta objetiva observable antes del tratamiento” (p.140). Es decir, Marlatt plantea que la recaída puede entenderse como un fallo, un error, un lapso; y no siempre como un retorno al punto inicial del tratamiento desde el que volver a empezar.

Y es precisamente esta idea la que también plantea el modelo transteórico de cambio de Prochaska y DiClemente (1982) que aborda el proceso de las conductas adictivas y su tratamiento desde un punto de vista complejo, dinámico y abierto.

Dicho enfoque se ha tomado como modelo de referencia en la intervención de drogodependencias al integrar diferentes estadios, procesos y niveles de cambio en el proceso de adicción que vendrán determinados por la motivación del paciente, su cognición respecto a las sustancias que consume, o conducta adictiva, y el medio en el que interacciona.

En este modelo, entre los estadios de cambio (precontemplación, contemplación, preparación, actuación y mantenimiento) también se encuentra el de recaída. Este enfoque defiende, refiriéndose a las recaídas, que no siempre tras un consumo puntual el paciente entrará en un proceso de recaída de naturaleza irreversible (Tejero et al., 1993). Esto se debe al modelo que plantearon los autores en forma de espiral (véase figura 1), el cual indica que la mayoría de los individuos aprenden de sus experiencias de recaída, siendo así la recaída más que una excepción, una norma del proceso (Prochaska y Prochaska, 1993).

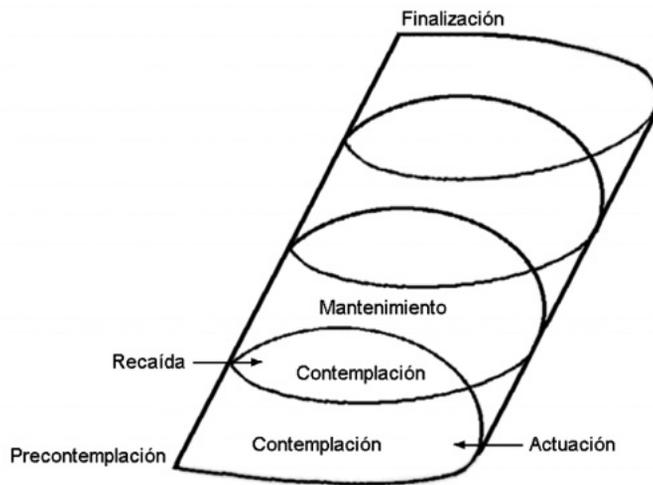


Figura 1. Modelo transteórico de cambio en espiral.

Fuente: Prochaska, J. O., y Prochaska, J. M. (1993). Modelo transteórico de cambio para conductas adictivas. En M. Casas y M. Gossop (Eds.), *Recaída y prevención de recaídas* (pp. 85-136). Sitges: Ediciones en Neurociencias.

Basándonos en este modelo transteórico del cambio y de la acusada presencia de lapsos o consumos puntuales durante el proceso de deshabituación y reinserción social, que pueden acabar derivando en recaídas, Marlatt y colaboradores desarrollaron el enfoque de Prevención de Recaídas con el objetivo de enseñar, empoderar y capacitar a cada persona a vivir una recaída como parte de su proceso de aprendizaje y de adquisición de nuevos hábitos saludables, así como para prevenir su aparición. Este enfoque fue diseñado de tal manera que, con independencia de la orientación teórica o el método de intervención utilizado durante fases más iniciales con los pacientes, fuese útil para favorecer el mantenimiento del cambio conductual del paciente con respecto a la adicción (Marlatt, 1993).

En el presente trabajo se ha tomado como referencia este modelo al estar catalogado con un nivel 1 de evidencia de éxito, enmarcado dentro de la categoría de “ensayos clínicos controlados, aleatorizados y bien diseñados, o bien, metaanálisis” (Becoña et al., 2008: 12), lo cual avala su validez e importancia como objeto de estudio.

Por ello, a continuación se presenta el enfoque de Prevención de Recaídas y sus últimas actualizaciones como un esbozo general del modelo, así como técnicas concretas para llevarlo a cabo que facilitan el proceso de aprendizaje del individuo junto con su profesional de referencia. Por último, todo ello se relaciona con la intervención directa desde la disciplina del Trabajo Social y con la labor profesional que desempeñan los y las trabajadores/as sociales en este campo para facilitar la reinserción social del individuo.

2. APROXIMACIÓN AL MODELO DE PREVENCIÓN DE RECAÍDAS DE MARLATT

La Prevención de Recaídas (en adelante PR) es un programa de autocontrol diseñado con el objetivo de ayudar a las personas a anticipar y afrontar los problemas de recaídas en el proceso de cambio de las conductas adictivas (Marlatt, 1993). Fundamentada en la teoría del aprendizaje social de Bandura (1971), la PR se presenta como un enfoque cognitivo-conductual al combinar el entrenamiento en habilidades para modificar conductas, la terapia cognitiva y el reequilibrio del estilo de vida.

Tal y como lo plantea Marlatt (1993), este programa parte de la idea de que el individuo experimenta una sensación de control durante el tiempo que mantiene la abstinencia. A medida que el tiempo de abstinencia sea mayor, esta sensación de control también aumentará. Este concepto se ha relacionado con el de autoeficacia de Bandura (1993), entendido como la creencia que tiene una persona de poseer las capacidades para desempeñar las acciones necesarias que le permitan obtener los resultados deseados. No obstante, este control percibido puede tambalearse en el momento en que una persona se enfrente a una situación de alto riesgo, es decir, a cualquier circunstancia (externa o interna) que suponga una amenaza para la sensación de control del individuo.

Marlatt (1993), junto con colaboradores de anteriores estudios, identificaron tres categorías de alto riesgo asociadas con las tasas de recaídas, con independencia de la drogadicción particular de cada persona:

1. Estados emocionales negativos: como por ejemplo ira, frustración, ansiedad, depresión, aburrimiento, entre otras.
2. Conflictos interpersonales: como por ejemplo problemas matrimoniales, en el grupo de pares, en el ámbito laboral, etc.
3. Presión social: directa o indirecta, relacionada con la conducta indeseada, es decir, el consumo de sustancias o la repetición de la conducta adictiva.

Si se produce la situación en la que el sujeto no es capaz de afrontar con éxito una situación de alto riesgo, la probabilidad de recaer en posteriores situaciones aumentará debido a la disminución de su percepción de autoeficacia y, por su patrón de conducta habitual, es decir, por la anticipación de expectativas positivas en referencia al consumo de la sustancia más que la previsión de consecuencias negativas derivadas de dicha acción (Becoña et al., 2008). Es por esto que las expectativas desempeñan un papel determinante en la recaída en el modelo de PR. Después de una experiencia de fallo las personas experimentan, en la mayoría de los casos, emociones como desamparo, tristeza, decepción, fracaso..., que ayudan a disminuir su percepción de autoeficacia. Este proceso se denominó “efecto de la violación de la abstinencia”, o EVA (Marlatt, 1993), planteando que se caracterizaba por dos elementos cognitivo-afectivos: una

disonancia cognitiva (conflicto y culpa) y un efecto de atribución personal (culpar al yo como causa de la recaída).

Gráficamente, la secuencia de hechos que proponían los autores fue la siguiente:

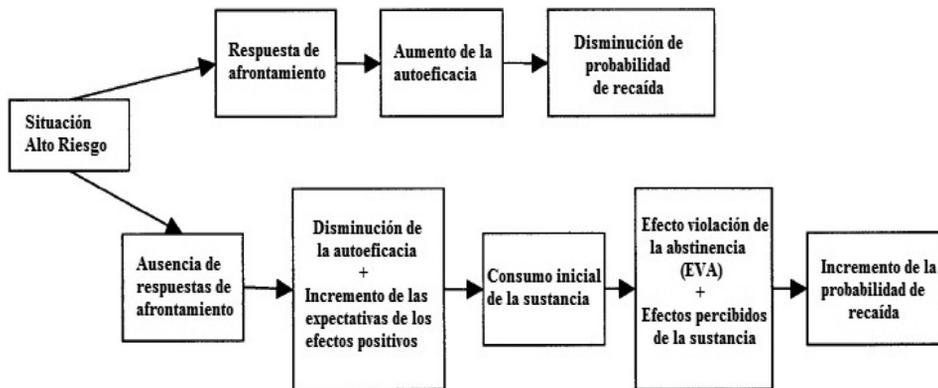


Figura 2. Modelo cognitivo conductual de recaída.

Fuente: Witkiewitz, K., y Marlatt, G. A. (2004). Relapse prevention for alcohol and drug problems: that was Zen, this is Tao. *American Psychologist*, 59 (4), 224.

Traducción: Elaboración propia.

Por tanto, el programa de PR que Marlatt y colaboradores plantearon tenía como objetivos generales enseñar a los pacientes:

- Cómo anticipar y afrontar la posibilidad de una recaída.
- Cómo reconocer y afrontar las situaciones de alto riesgo.
- Cómo modificar sus cogniciones y otras reacciones.
- Cómo prevenir que un lapsus único no se convierta en una recaída absoluta.

Para ello, se identificaron tres estrategias específicas, citadas anteriormente:

1. Entrenamiento en habilidades.
2. Reestructuración cognitiva.
3. Reequilibrio del estilo de vida.

En cuanto al entrenamiento en habilidades, se vuelve fundamental el hecho de aprender otras técnicas o competencias personales diferentes a la de evitación, muy útil en numerosas ocasiones pero imposible de llevar a cabo en toda una vida. Los autores planteaban como habilidades pertinentes para trabajar: la asertividad, el control del estrés, relajación, control de la ira, comunicación, habilidades para la resolución de con-

Paula Castilla

flictos y habilidades sociales en general. Para ello, se propone como métodos eficaces la técnica de *role-playing*, *feedback* evaluativo o modelamiento, entre otros.

En referencia a la reestructuración cognitiva, se proponía como recurso de empoderamiento para los individuos con el fin de que les permitiera identificar y anticipar situaciones de alto riesgo. Como herramienta práctica se planteaba un autorregistro de su conducta que sirva de ayuda al profesional para identificar y reconocer, junto con el paciente, las situaciones que vivencia la persona cada día, durante períodos cortos acordados previamente de una o dos semanas, susceptibles de propiciar un posible lapso o recaída.

Por último, los autores plantean el reequilibrio del estilo de vida, entendido como la promoción del bienestar físico y mental. Aquí cobran especial relevancia las técnicas de relajación, como la meditación, así como los ejercicios aeróbicos.

A todas estas propuestas no hay que obviar la posibilidad de que el individuo, aun realizándolas, siga experimentando deseos irresistibles de consumo o *craving*. Será fundamental enseñar a los individuos que dichos deseos son naturales, ocurren en respuesta a estímulos ambientales y del estilo de vida, pero que no tienen por qué ser señales de un futuro fracaso. Para trabajarlos, se pondrán en marcha técnicas de control de estímulos y de evitación.

En 2004, Witkiewitz y Marlatt actualizaron las líneas básicas de este modelo introduciendo la perspectiva de un modelo dinámico y más complejo que el, hasta ese momento, planteado. En esta nueva perspectiva, incluyeron una mayor distinción entre los factores interpersonales e intrapersonales, pusieron más énfasis en el *craving* y menos el foco en códigos de recaída jerárquicamente definidos.

De esta manera, identificaron los siguientes determinantes o factores relevantes en una recaída (véase Tabla 1).

Tabla 1. Determinantes intrapersonales e interpersonales

Determinantes Intrapersonales
1. <i>Autoeficacia</i> : según Bandura (1993), definida como el grado en que un individuo siente la confianza y la capacidad de llevar a cabo cierta conducta en un contexto situacional específico.
2. <i>Expectativas de resultado</i> : hace referencia a las anticipaciones de los efectos que tendrá una experiencia de futuro por un individuo. Este determinante cobra especial importancia en la PR al ser fundamental cómo la persona estima como positivo o negativo consumir de nuevo.
3. <i>Craving</i> o deseo irrefrenable: según los autores, en la fase que nos ocupa de PR se presenta como un predictor débil de la recaída. No obstante, Beck, Wright, Newman y Liese (1999), identificaron cuatro tipos diferentes de <i>craving</i> que se analizarán más adelante para tener en cuenta en la intervención.
4. <i>Motivación</i> : identificada de dos maneras, para lograr cambios positivos y para continuar en la conducta problemática. La motivación estará relacionada con lo positivas o no que sean las consecuencias esperadas de una conducta (Bolles, 1972). Prochaska y DiClemente (1982) también analizaron distintas perspectivas y grados de motivación en su modelo transteórico citado anteriormente.
5. <i>Afrontamiento</i> : las habilidades de afrontamiento favorecen la deshabituación y el mantenimiento de la abstinencia (Litt et al., 2003).
6. <i>Estados emocionales</i> : los autores exponen que un estado emocional negativo puede ser predisponente a una recaída aunque aún no ha podido demostrarse de una manera consistente.
Determinantes Interpersonales
<i>Apoyo social</i> : se ha demostrado la relación positiva entre el apoyo social y emocional y la probabilidad de recaída (Dobkin et al., 2002).

Fuente: Witkiewitz, K., y Marlatt, G. A. (2004). Relapse prevention for alcohol and drug problems: that was Zen, this is Tao. *American Psychologist*, 59(4), 224.

Traducción: Elaboración propia.

Partiendo de esta nueva idea menos lineal, Witkiewitz y Marlatt (2004) presentaron la revisión del modelo como un sistema dinámico en el que se producen influencias recíprocas entre variables disposicionales, contextuales y experiencias pasadas y actuales de cada paciente.

Representado a continuación en la Figura 3, se puede observar gráficamente el planteamiento del actualizado modelo en el que las situaciones de alto riesgo están determinadas por dos tipos de factores:

1. *Distales*: entendidos como variables estables predisponentes a la vulnerabilidad como la historia familiar, la personalidad, el apoyo social y la historia de consumo, entre otras.
2. *Proximales*: se identifican como desencadenantes inmediatos de la probabilidad o no de fallo o recaída. Algunos ejemplos son: estrategias de afrontamiento, estados emocionales, frecuencia y/o cantidad de consumo, entre otros.

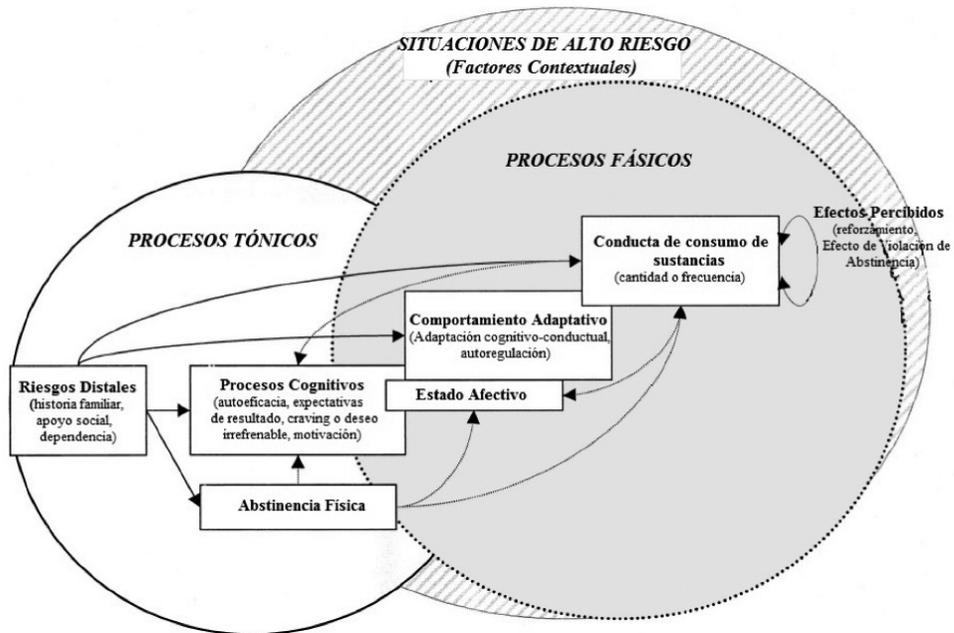


Figura 3. Modelo dinámico de recaída.

Fuente: Witkiewitz, K, y Marlatt, G. A. (2004). Relapse prevention for alcohol and drug problems: that was Zen, this is Tao. *American Psychologist*, 59(4), 224. Traducción: Elaboración propia.

Ha de señalarse que su efectividad clínica dependerá de la capacidad de los y las profesionales para obtener información concreta sobre los antecedentes de una persona, sobre la historia de su consumo, su personalidad, habilidades de afrontamiento, autoeficacia y estado afectivo (Witkiewitz y Marlatt, 2004) y de cómo conjugar, potenciar o prevenir todos esos determinantes con el objetivo del mantenimiento de la abstinencia en el individuo.

Por ello, este modelo resulta muy interesante si se parte de un punto de vista personal e individual para cada usuario y usuaria. Así, por ejemplo, uno de los problemas principales de un individuo puede ser su incapacidad para resistir la presión social, mientras que el problema fundamental de otro paciente puede ser su dificultad para afrontar las situaciones y sensaciones que le generan malestar como la soledad (Secades, 1997).

3. ESTRATEGIAS Y TÉCNICAS EN EL MODELO DE PREVENCIÓN DE RECAÍDAS

Tras una revisión sobre el modelo tradicional de PR de Marlatt y su posterior actualización hacia un modelo más complejo y dinámico, se presentan a continuación las diferentes estrategias de corte cognitivo-conductual que el modelo propone y cómo se pueden potenciar para lograr el objetivo que nos ocupa: el mantenimiento de la abstinencia o la prevención de recaídas. Será fundamental que la persona con la que trabajemos participe activamente en la ejecución de estas técnicas, facilitada por la orientación del profesional de referencia.

3.1. ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES

El entrenamiento en habilidades hace referencia al proceso por el cual los individuos adquieren o aprenden a través de la comprensión de los conceptos y de su puesta en práctica, conductas o capacidades que les permiten afrontar de una manera adaptativa situaciones conflictivas para ellos como puede ser, por ejemplo, situaciones de alto riesgo.

Los programas que utilizan las técnicas de entrenamiento en habilidades y estrategias de afrontamiento parten generalmente del análisis funcional de la conducta y, más concretamente, de la vulnerabilidad de cada sujeto y del análisis de otras variables relacionadas con el cambio (diagnóstico psicopatológico, factores intra e interpersonales, historia de vida y condiciones de vida) con el objetivo de aprender y desarrollar recursos específicos para el manejo adecuado de la gestión de su vida y, en este caso, con el fin de alcanzar y mantener la abstinencia o la reducción de consumo de drogas (Becoña, et al., 2008). Es por esto que será imprescindible realizar un diagnóstico o detección de habilidades carentes junto con el individuo para ejecutar un entrenamiento realmente útil y eficaz. Para ello, el o la profesional puede valerse de instrumentos como la entrevista, el autorregistro de acciones y emociones del paciente, observación real del paciente o autoobservación, así como de cuestionarios pertinentes de evaluación como por ejemplo, la Escala de Asertividad de Rathus (1973).

Según Caballo e Iruña (2008), el entrenamiento en habilidades sociales se emplea con individuos que tienen dificultades sociales o que se manejan de forma socialmente inadaptada. En el caso que nos compete, el consumo de sustancias es la conducta socialmente inadecuada. Pero, ¿por qué ocurre esto?, ¿cuáles son las razones de que algunas personas no logren resolver situaciones de una forma socialmente aceptada? Estos dos autores proponían, entre otras razones, que la persona no dispone de dichas habilidades debido a que jamás las ha aprendido o a que las aprendió de forma inadecuada, a autoevaluaciones negativas, por el miedo a las consecuencias de su conducta o por la falta de motivación aunque disponga de las capacidades adecuadas.

Marlatt (1993) propuso como áreas de contenido pertinente: la asertividad, control del estrés, entrenamiento en relajación, control de la ira, comunicación, resolución de conflictos y resto de habilidades sociales en general. A continuación se analizan cada una de estas habilidades proponiendo a su vez diferentes técnicas a utilizar para cada una de ellas, con el objetivo de facilitar el trabajo con cada paciente, siempre atendiendo a las características personales de cada individuo:

- *Asertividad o conductas asertivas*: este término fue planteado por primera vez por Wolpe en 1958. Caballo (1983: 55) la describe como “aquella conducta que expresa los pensamientos y sentimientos de un individuo de una manera honesta sin herir los de los demás, y que normalmente alcanza su objetivo”. Este autor también se refiere a la asertividad como una habilidad que a veces se manifiesta correctamente y otras veces no, es decir, una persona puede comportarse asertivamente en una determinada situación y comportarse de una manera no asertiva en otra; y no como un rasgo estable de la personalidad de un individuo. Cuando un individuo es capaz de hacer o recibir cumplidos, aceptar o rechazar ofertas o peticiones, expresar molestia o desacuerdo, así como hacer y afrontar las críticas, se comporta de forma asertiva.

Para trabajar esta habilidad con nuestro paciente podremos enseñarle distintas técnicas asertivas. A continuación se proponen algunas que pueden resultar útiles (Vallés, 2015):

- *Disco rallado*. Es un procedimiento que puede utilizarse al hacer peticiones y también para decir “no”. Consiste en persistir en nuestro objetivo, evitando responder a lo que no tenga que ver con el mismo. Se repetirá la misma frase independientemente de lo que nos diga la otra persona. Por ejemplo:
 - He decidido que no voy a volver a consumir.
 - Venga anda, si no va a pasar nada.
 - No gracias, de verdad, he decidido que no voy a volver a consumir.
 - Pero si por una copa no te pasa nada.
 - Gracias, pero como te digo, he decidido que no voy a volver a consumir.

Utilizando esta técnica es realmente probable que la otra persona desista en su petición o insistencia si en tres o más veces recibe la misma respuesta.

- *Banco de niebla*. Esta técnica consiste, al igual que la anterior, en mantener nuestro punto de vista, pero con la diferencia de que se concede la posibilidad de darle la razón a la otra persona. Al otorgarle el beneficio de la duda, la otra persona no siente que estemos atacando su criterio de la misma manera que podría suceder si comenzamos a argumentar nuestro punto de vista. Un ejemplo de esta técnica podría ser:

- He decidido que no voy a volver a consumir.
 - Venga anda, pero con lo bien que lo pasábamos.
 - Puede que antes me pareciera que era una buena forma de pasarlo bien pero he tomado una decisión con respecto al consumo.
- *Acuerdo asertivo*: con esta técnica la persona admite un error o fallo, pero sin entrar en un juicio personal. Por ejemplo: “Tienes razón, ayer y hoy he llegado tarde”.
 - *Pregunta asertiva*: el procedimiento consiste en solicitar más información sobre la conducta que hemos realizado para obtener información concreta. Por ejemplo: “Lamento mucho que te sintieras incómodo con lo que dije ayer, pero ¿qué es exactamente lo que te molestó?”
 - *Ironía asertiva*: consiste en responder de forma positiva a una crítica hostil. Por ejemplo: “Gracias”.
 - *Aplazamiento asertivo*: se trata de posponer la discusión o la respuesta a otro momento en el que ambas personas se encuentren más tranquilas. Por ejemplo: “Estoy un poco nerviosa, es preferible que hablemos este tema en otro momento”.
- *Control del estrés*: según Lazarus y Folkman (1986), el estrés es una relación entre la persona y su entorno, y se produce cuando se valora como desbordante o cuando se cree que supera los recursos con los que la propia persona cuenta, poniendo en peligro su bienestar. De esta definición se desprende la idea de que el estrés se activa por la interacción entre el individuo y el medio y, según los autores, distintos factores variarán la intensidad de este: desde los compromisos y creencias del propio individuo, hasta la ambigüedad y la incertidumbre que suponga una determinada situación.

Algunas técnicas útiles para el control del estrés fueron planteadas por Meichenbaum (1987) haciendo distinción según si el cambio conductual empezaba por el cambio de uno mismo, como la relajación, el control cognitivo y el control emocional; o por el cambio del entorno, con técnicas como la solución de problemas o conductas asertivas.

- *Relajación*: cuando la persona aprende a relajarse de una forma sana y segura es capaz de controlar mejor el *craving* o situaciones de estrés que podrían terminar propiciando un lapso o recaída (Beck et al., 1999). Algunas técnicas de relajación útiles que proponen Beck y colaboradores, (1999) pueden ser: la relajación sistemática y progresiva de varios grupos musculares y la respiración controlada.

La relajación progresiva fue planteada por Jacobson en 1938 como un tratamiento de control de la ansiedad cuya finalidad era disminuir ese malestar y provocar un estado de tranquilidad mental a la vez que se suprimen todas las tensiones musculares asociadas a dicha ansiedad. Este tipo de relajación fue planteada también por Bernstein y Brokovec (1973) y consiste en tensar y relajar los grupos de músculos para conseguir una relajación profunda. En una primera fase el paciente tensa y relaja 16 grupos de músculos, en una fase intermedia 7 grupos de músculos y finalmente, en una fase final, la práctica se reduce a 4 grupos musculares (mano y brazos; cara y cuello; tórax, hombros, espalda y abdomen; pies y piernas).

En cuanto a la respiración controlada, es una técnica sencilla de aprender y de poner en práctica. Habitualmente, la respiración es una respuesta automática a pesar de que pueda controlarse voluntariamente. En situaciones complicadas o de estrés se tiende a no prestar atención y a respirar de forma rápida y superficial. Las técnicas de respiración controlada ayudan a tomar el control sobre este proceso con el objetivo de reducir la sensación de estrés (Labrador, 2008). Algunas formas de llevar a cabo esta estrategia son:

- Respiración contando: consiste en inspirar mientras se cuenta hasta 3, después contener el aire contando hasta 2 y finalmente espirar mientras se cuenta hasta 3, repitiendo este ciclo varias veces durante dos o tres minutos.
 - Atención focalizada en la respiración: consiste en centrar la atención en la propia respiración, permitiendo que nazca de forma natural, lo que suele inducir a una respiración más lenta y profunda.
 - Respiración profunda: consiste en inspirar profundamente y, a continuación, retener el aire durante cinco o diez segundos, seguida de una lenta exhalación.
- *Control de la ira:* frecuentemente, la ira o la hostilidad se convierten en la forma de respuesta que se adopta cuando se malinterpretan situaciones sociales o se perciben actos o circunstancias como amenazas. Es por esto que las intervenciones para controlar la ira se dirigen, en muchas ocasiones, a la reestructuración de las percepciones y expectativas así como de las auto-afirmaciones y creencias. Se utilizan procedimientos cognitivo-conductuales para modificar los mediadores cognitivos que se cree que están relacionados con la experiencia de la ira: procesos atribucionales, percepción sesgada de las claves sociales y deficientes habilidades de solución de problemas sociales. Esto se combina con técnicas de relajación que ayuden a combatir la situación de ira y técnicas de ensayo como el *role-playing*, a través de la cual el profesional expone al individuo a determinadas situaciones que en un primer momento le provocaban o enfadaban (González-Brignardello y Carrasco, 2006).

- **Comunicación:** el entrenamiento en habilidades de comunicación facilita el empoderamiento de cualquier persona a la hora de relacionarse con los demás y con el medio. La comunicación es una competencia básica que servirá también a las personas en mantenimiento de la deshabituación de drogodependencias como una herramienta clave en su inserción social y laboral posterior, como por ejemplo, a la hora de enfrentarse a una entrevista de trabajo.

En el plano de la comunicación verbal se trabajarán aspectos como: hacer peticiones, recibir o hacer elogios, facilitar las conductas asertivas planteadas anteriormente, aprender a expresar sentimientos o emociones personales y el papel de la escucha activa en una conversación, entre otros (Martínez et al., 2004). En el plano de la comunicación no verbal, será necesario enseñar al paciente la importancia que tiene, por ejemplo: la mirada, el tono de voz, el ritmo del diálogo o la postura corporal a la hora de intercambiar información y de relacionarse con los demás.

Podrán utilizarse técnicas de ensayo conductual como el *role-playing* además de técnicas de modelado como el visionado de películas o extractos de ellas o la propia representación del profesional (Cruzado, 2008).

- **Habilidades para la resolución de conflictos:** para una persona, los problemas o situaciones conflictivas pueden entenderse como “cualquier situación de la vida, actividad o tarea, presente o anticipada por el individuo, que demanda una respuesta para su funcionamiento adaptativo, pero que no se dispone en ese momento de ninguna respuesta efectiva” (Becoña, 2008: 462). Es por ello que el profesional puede ayudar a la persona en fase de mantenimiento de deshabituación a empoderarle en estrategias o técnicas que le permitan reaccionar o responder de una forma adaptativa a cualquier conflicto.

Un ejemplo de estrategia de solución de problemas podría ser el propuesto por Becoña (2008). que consta de cinco fases: orientación hacia el problema, definición y formulación del problema, generación de soluciones alternativas, toma de decisiones y puesta en práctica y verificación de la solución.

Por otro lado, Valero y Solbes (2012) plantean como estrategias y habilidades necesarias para una adecuada resolución de conflictos la inteligencia emocional, la empatía, la escucha activa y la asertividad, así como desde el punto de vista comunicativo, el parafraseo y la reformulación.

- **Habilidades sociales:** o competencias sociales, son aquellas que permiten aumentar la conducta adaptativa y prosocial con el fin de lograr una interacción social e interpersonal satisfactoria (Caballo e Iurtia, 2008). El entrenamiento en habilidades sociales es recomendado para hacer frente a problemas o situaciones como por ejemplo: excesiva timidez, incapacidad de mostrar ira o expresar quejas, para hablar en público, para trabajar en equipo eficazmente, ante la falta de empatía hacia los demás o en

situaciones de conflicto. En este caso, se cuentan con diversas técnicas como: ensayo de conducta, *role-playing*, dinámicas grupales, visionado de películas o series, discusión en pequeños grupos y retroalimentación o *feedback*.

Una vez que se han analizado una por una las habilidades que proponía Marlatt (1993) se hace necesario comentar que el entrenamiento en habilidades puede realizarse en formato individual o en formato grupal, dependiendo de las competencias o habilidades a trabajar, así como de la evolución del paciente.

El formato individual permite al profesional trabajar de forma más concreta y personalizada los problemas o carencias del individuo, modificando progresivamente el contenido u objetivos del programa en función de los avances de la persona. Sin embargo, el formato grupal resulta muy positivo en cuanto a que ofrece una situación social a través de los diferentes miembros que forman el grupo, permite tanto simular o entrenar determinadas conductas como practicarlas de forma natural por la propia interacción grupal y ofrece un contexto de apoyo a los individuos al compartir aprendizajes con personas que se encuentran o se han encontrado en situaciones similares (Caballo e Iurtia, 2008).

3.2. REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA

Según la teoría cognitiva de Beck (Beck et.al., 1999; Bados y García, 2010), la reacción que cualquier persona tiene ante los acontecimientos que le suceden está determinada principalmente por el modo en que los percibe y los interpreta, así como por las atribuciones que hace y por las expectativas que tiene.

Según esta definición se puede afirmar que las cogniciones hacen referencia a la percepción, la atención, la memoria y la interpretación. Los supuestos y creencias de cada persona (o esquemas cognitivos) influyen directamente sobre la información que la persona atiende, percibe, almacena y recupera, así como en las interpretaciones, valoraciones y asociaciones que hace en un momento dado. No obstante, la teoría cognitiva de Beck y colaboradores, (1999) dice que estas cogniciones pueden identificarse y, por supuesto, modificarse; en esto consiste precisamente la reestructuración cognitiva.

En su enfoque de PR, Marlatt (1993) planteó los procedimientos de reestructuración cognitiva para satisfacer los siguientes objetivos:

1. Proporcionar al individuo cogniciones alternativas relacionadas con la naturaleza del proceso de cambio de hábito con el fin de ayudarlo a entenderlo como un proceso de aprendizaje.
2. Facilitarle el reconocimiento de las primeras señales de una situación de alto riesgo.
3. Controlar los deseos irresistibles.
4. Reestructurar el efecto de violación de abstinencia (EVA).

En cuanto al primer objetivo, la o el profesional será el encargado de ayudar al individuo a:

- a) Identificar sus cogniciones erróneas (como por ejemplo: “si consumo una vez más habré fracasado”, “no soy capaz de mantenerme abstinentes”, o “nunca más volverán a querer contratarme”).
- b) Comprender el impacto que estas tienen sobre sus reacciones emocionales y conductuales (siguiendo los ejemplos anteriores, previsiblemente la persona se sentirá triste y agobiada y sin duda, condicionada en sus actos posteriores).
- c) Considerar las cogniciones como hipótesis que pueden cuestionarse y no como verdades absolutas (siguiendo el ejemplo de la inserción laboral, ¿dispone de algún hecho o dato real que avale que nunca más querrán volver a contratarle? ¿conoce lo que piensan todos los empresarios de su barrio, de su ciudad o incluso de su país?, ¿acaso otras veces no ha conseguido lo que se ha propuesto por difícil que pudiese parecerle al principio?).
- d) Modificar estas cogniciones y sustituirlas por otras más racionales para ayudarle a conseguir el cambio deseado (como por ejemplo: “si llegara el caso de que tuviera un consumo puntual, sólo sería eso, un consumo puntual y aislado”, “por supuesto que soy capaz de mantenerme abstinentes, de hecho, llevo tres meses sin consumir, un hecho objetivo que desmonta la idea de que no podría o no sería capaz” o “estoy seguro de que si me esfuerzo en volver al mercado laboral y pongo en práctica las habilidades que he aprendido estaré mucho más cerca de encontrar un puesto de trabajo”).

En cuanto al segundo objetivo, de cara al reconocimiento de señales o situaciones de alto riesgo, se propone como técnica para llevar a cabo por parte del paciente realizar su propio autorregistro, con el fin de resaltar influencias situacionales, como pueden ser rodearse de personas que consumen o acudir a los sitios donde antes el individuo podía adquirir la sustancia, así como déficits de habilidades como por ejemplo, no saber decir no, no aceptar las críticas o no controlar la ira.

Como propuesta, el autorregistro puede recoger: fecha y hora, situación a la que se enfrenta la persona o vivencia, emoción que siente (y valorada del 0 al 10, siendo 0 el valor más bajo y 10 el valor más alto y más intenso), qué piensa en ese momento, qué hace ante esa situación o cómo reacciona y, por último, qué consecuencia tiene su acción (véase Tabla 2).

Paula Castilla

Tabla 2. Ejemplo de autorregistro

Fecha y Hora	Situación Vivencia	Emoción sentida (0 a 10)	Qué pienso	Acción/Qué hago	Consecuencias de mi acción
8/11/15 21:15h	Vuelvo del trabajo y me encuentro con un antiguo colega.	Nervios (8). Agobio (7).	“Ay madre mía, ¿y ahora qué hago si me dice de irnos a tomar algo? Sé que si voy puedo acabar consumiendo”.	Le saludo, nos preguntamos qué tal está y le comento que me alegro de verlo pero que ando un poco apurado y tengo que irme.	Me he enfrentado a la situación de encontrarme y hablar con él pero he optado por evitar un posible riesgo al decirle que tenía prisa y debía irme. De repente me encuentro más aliviado.

Fuente: Elaboración propia.

De esta manera, se hace más visual y sencillo para la propia persona identificar esas “alarmas”, que debe siempre tener en cuenta en un plano consciente para poder prevenirlas o trabajarlas adecuadamente.

Respecto al tercer objetivo, para trabajar los deseos irrefrenables o el *craving*, será importante enseñar y ayudar al paciente a detectar los diferentes pensamientos o situaciones que pueden “dispararlo”.

Beck y colaboradores (1999) distinguieron cuatro tipos de *craving*:

1. Respuesta a los síntomas de abstinencia: el *craving* toma la forma de “necesidad de sentirse bien de nuevo”, ante los efectos de haber dejado de consumir la droga y el incremento de la sensación de malestar por la falta de esta en el organismo.
2. Respuesta a la falta de placer: es decir, para dar respuesta a bajos estados de ánimo como la tristeza o el aburrimiento. Las personas no encuentran otras formas prosociales de divertirse y el consumo de la droga les calma de una forma más rápida e intensa su deseo por la sustancia.
3. Respuesta “condicionada”, a las señales asociadas con drogas: en este caso, el *craving* surge de forma espontánea al exponerse ante estímulos condicionados como pueden ser, entre otros, la terraza de un determinado bar, una persona en particular o una hora concreta del día.
4. Respuesta a los deseos hedónicos: el *craving* surge por el intenso deseo de incrementar su sensación de placer, por ello, en ocasiones combinan drogas y sexo, o drogas e interacciones sociales, pensando que de esta manera ambas experiencias serán mejores.

Algunas técnicas concretas (Beck et al., 1999) que pueden favorecer el trabajo y afrontamiento adecuado de los deseos irresistibles por la sustancia son:

- *Técnicas de distracción:* con el objetivo de centrar la atención en el exterior y no en uno mismo (en las propias emociones, pensamientos, recuerdos...). Podrá ser útil cuando se detecten o vivencien estos deseos irrefrenables: cantar una canción, contar desde 100 hacia atrás restando de 7 en 7, centrarse en la descripción de lo que se ve alrededor (coches, la oficina, los muebles de casa...), hacer puzzles, sopas de letras, sudokus..., en resumen, se trata de buscar actividades que requieran de su concentración.
- *Técnicas de imaginación:* la sustitución de pensamientos o recuerdos negativos por imágenes positivas (por ejemplo, el recuerdo de la última vez que consumió cocaína lo sustituye por la imagen de él mismo abrazando a sus hijos y llegando feliz a casa tras un largo día de trabajo), por imágenes negativas (es decir, por situaciones a las que no querría llegar), por palabras como “basta” o “stop”, etc.
- *Tarjetas-flash:* consiste en que el individuo lleve consigo una o varias tarjetas recordatorias con instrucciones para leer y seguir en el caso de que se produzca un fallo (Marlatt, 1993). Estas tarjetas pueden contener el nombre y número de teléfono del profesional, o el de algún miembro del grupo si la terapia es en formato grupal, así como la relación entre pensamientos negativos y pensamientos alternativos que dan respuesta a los mismos; o bien, recoger por un lado de la tarjeta un pensamiento reestructurado y, por el otro lado, datos o hechos que lo apoyan (Bados y García, 2010).
- *Entrenamiento en relajación:* ya comentado en el apartado anterior.

Respecto al cuarto objetivo, para trabajar las consecuencias del EVA, la reestructuración cognitiva se vuelve imprescindible para enseñar al individuo a que un consumo puntual se interprete como un error, un lapso, un acontecimiento único. Esto es importante porque si no se correría el riesgo de sucumbir a la culpa, a sentimientos de fracaso y a atribuciones personales erróneas como reacciones posteriores al lapso. Para hacer frente también a estos sentimientos y emociones negativas, será útil desmontar o reestructurar los pensamientos dicotómicos del tipo todo-nada (“si consumo una vez más perderé el control para siempre”, o “un desliz es un fracaso”) y la técnica de “Tarjetas-flash”, comentada en el apartado anterior, que cobra mayor importancia si además es escrita con hechos, frases y mensajes positivos del propio paciente.

3.3. REEQUILIBRIO DEL ESTILO DE VIDA

La última estrategia que planteó Marlatt en su modelo de PR es la de reequilibrio del estilo de vida. Con esto, él hacía referencia a técnicas como la meditación o el ejercicio aeróbico como herramientas útiles para lograr el objetivo principal: ayudar y empoderar

al paciente en su prevención de recaídas. Más adelante, en últimas actualizaciones, diversos autores han propuesto el *mindfulness* o meditación de la conciencia plena, como una opción adecuada para el manejo del *craving*, para afrontar las situaciones de alto riesgo o para manejar sus propios pensamientos (Bowen et al., 2006; Pérez y Botella, 2007). Bishop y colaboradores, (2004: 232) definen *mindfulness* como “una forma de atención no elaborativa, que no juzga, centrada en el presente, en la que cada pensamiento, sentimiento o sensación que aparece en el campo atencional es reconocida y aceptada tal como es”.

4. APORTACIONES A LA PREVENCIÓN DE RECAÍDAS DESDE EL TRABAJO SOCIAL

Tras analizar las estrategias de intervención que propone el enfoque de PR y proponer diferentes técnicas concretas para trabajar con el individuo cada una de ellas, se plantea en este último apartado las aportaciones que desde el trabajo social se pueden hacer a la aplicación de este enfoque.

Desde la fase de mantenimiento de Prochaska y DiClemente (1982) de la que parte el modelo de PR de Marlatt, los y las trabajadores/as sociales son un agente imprescindible de acompañamiento en el cambio para cada persona. El objetivo a lograr desde el campo profesional del trabajo social será, principalmente, el de la completa reinserción del paciente en diferentes niveles, como pueden ser: familiar, social, laboral y comunitario, entre otros.

Bermejo y colaboradores (2012) representando al Instituto de Adicciones de la ciudad de Madrid, elaboraron una guía de protocolo de actuación desde el trabajo social en el ámbito de drogodependencias donde recogen, entre otros, los siguientes niveles de intervención y objetivos a conseguir desde este campo profesional con las personas atendidas y las posibles actuaciones que el/la trabajador/a social puede llevar a cabo para promoverlo. En la Tabla 3 se recoge el extracto de algunos objetivos y actuaciones consideradas de interés para el tema de este trabajo: la prevención de recaídas.

Tabla 3. Objetivos y actividades a realizar por el o la trabajadora social con personas drogodependientes orientados a la PR.

1. SALUD/AUTOCUIDADOS
1.1 Objetivos: conseguir un estado nutricional adecuado, higiene personal saludable y adquirir y mantener una sexualidad segura.
1.2 Actividades/acciones: información y orientación, entrevistas de motivación, implicación de la familia, asesoramiento sobre posibles recursos a utilizar, participación en grupos dinamizados por el/la trabajador/a social para trabajar estos aspectos.

2. FAMILIAR
2.1 Objetivos: implicación de la familia en la recuperación del paciente y ayudar a retomar, si se hubiera perdido o deteriorado, los vínculos familiares.
2.2 Actividades/acciones: apoyo a las familias a nivel motivacional y promoción de cambios que ayuden a superar el estrés o la ansiedad que pueden haber producido los obstáculos a través del trabajo en grupo, de escuelas de familias o en formato más individualizado.
3. SOCIO-RELACIONAL
3.1 Objetivos: establecer y mantener nuevos vínculos sociales alejados de la dinámica de consumo, adquirir y potenciar las habilidades sociales, promover una actitud social autónoma y responsable, entre otros.
3.2 Actividades/acciones: dinámicas grupales, entrevistas motivacionales, visitas de recursos comunitarios, conocimiento del tejido asociativo del barrio.
4. FORMATIVO-LABORAL
4.1 Objetivos: fomentar la motivación e implicación de la persona en su proceso de formación y búsqueda activa de empleo, ayudarle a ajustar las expectativas laborales en función de su perfil profesional y motivarle para conseguir avanzar si está en un proceso personal de búsqueda de vocación, y adquisición de competencias personales y herramientas que le faciliten su inserción laboral.
4.2 Actividades/acciones: orientación laboral, análisis de fortalezas y debilidades de cara a la inserción laboral para potenciarlas o trabajarlas, intervención grupal con personas en situación de desempleo (drogodependientes o no), asesoramiento sobre recursos comunitarios o asociativos que ofrecen bolsa de empleo, orientación y formación certificada.
5. OCIO
5.1 Objetivos: lograr el desarrollo o descubrimiento de intereses de ocio saludable, grupales o individuales; disminución de las actividades de ocio de riesgo, promoción de la organización y gestión del tiempo para la realización de actividades de tiempo libre.
5.2 Actividades/acciones: información y orientación sobre los recursos de ocio del distrito/ciudad y sobre la adecuación a las necesidades y características del paciente (coste, adaptación a personas con movilidad reducida, de fomento de la socialización, etc.), entrevistas individuales para trabajar la gestión del tiempo, asesoramiento sobre asociaciones, centros culturales y recursos como descuentos, tarjeta de transporte, actividades de voluntariado, entre otras.

Fuente: Bermejo et al., (2012). *Protocolo de intervención desde el trabajo social en los centros de atención a las drogodependencias*. Madrid: Instituto de Adicciones.

Elaboración propia.

A esta propuesta de objetivos deben añadirse otros aspectos fundamentales a tener en cuenta y a trabajar con la persona como por ejemplo: las condiciones de la vivienda (si cumple o no con los requisitos mínimos de habitabilidad), situación económica hasta que la persona encuentre un empleo (¿cuenta con apoyo económico externo?, aun teniendo empleo, ¿el sueldo es suficiente para cubrir sus necesidades básicas?), barreras idiomáticas o culturales, diversidad funcional o antecedentes penales (la persona puede estar esperando que se dicte sentencia o le convoquen a juicio por delitos anteriores de su vida, aunque ahora esté recuperada).

Aun habiendo otras modalidades, a continuación se expone como el o la trabajadora social podrá utilizar en su labor profesional la intervención individual, grupal o familiar.

- El trabajo social individual irá encaminado a reforzar la motivación del paciente por el cambio que se desea conseguir y previamente acordado por la persona con la que se interviene, a asesorarle u orientarle sobre cuestiones concretas como por ejemplo sexualidad, actividades de ocio, formación, etc., y permitirá trabajar de forma personalizada el entrenamiento en habilidades o el afrontamiento de diferentes situaciones que puedan suponer riesgo de recaída (con técnicas como el modelado o el *role-playing*).
- El trabajo social en grupos facilitará la promoción, adquisición y mantenimiento de las habilidades y competencias personales que proponía Marlatt en su modelo inicial: asertividad, control de la ira, relajación, habilidades sociales o comunicación; así como otras que en la actualidad se han vuelto imprescindibles como por ejemplo la alfabetización digital o el uso de correo electrónico e internet.

Estas competencias serán necesarias, junto con la reestructuración cognitiva que se proponía, para lograr conseguir una nueva red social ajena al consumo de sustancias, ser eficaz en la búsqueda de empleo (por ejemplo, a la hora de enfrentarte a una entrevista de trabajo) y para recuperar o mejorar el vínculo con la familia.

- Será fundamental delimitar el tamaño del grupo para asegurar un adecuado funcionamiento de este (recomendable entre 8 y 12 miembros), decidir sobre su composición (heterogéneo u homogéneo, en cuanto a sexo, edad, tiempo que se lleva en fase de mantenimiento y droga que se consumía, entre otros), su carácter abierto o cerrado, etc. En este tipo de intervención es importante que el profesional o profesionales que dinamicen el grupo sean capaces de fomentar la motivación entre los participantes, manejar los vínculos que se vayan formando entre los miembros del grupo y fomentar la cohesión del mismo, promover la comunicación entre todos y todas, priorizar el mantenimiento de un clima emocionalmente seguro y manejar adecuadamente las transferencias

y contratransferencias hacia los profesionales (De Lucas, 2015). Con el objetivo de asegurar ciertas garantías de éxito, algunas acciones positivas a realizar previas al comienzo de este pueden ser entrevistas previas con los individuos o el establecimiento de algunos criterios de exclusión, ya que al estar en una fase de mantenimiento, será necesaria cierta actitud proactiva y de voluntad propia.

- El trabajo con familias será fundamental en aquellos casos en los que haya que promover la implicación de estas en el cambio que el paciente ha logrado y quiere mantener, así como para enseñarles, de igual manera que ya se habrá hecho con sus familiares con problemas de adicción, que una recaída no tiene por qué suponer el inicio de un nuevo ciclo de consumo. Las familias son y actúan como agentes terapéuticos y cauces de normalidad para el paciente. El trabajo con familias parte desde la premisa de que las familias son la principal herramienta para el cambio (Sánchez, 1995). En estos grupos se trabajará el análisis de actitudes, modificación de creencias erróneas, habilidades de afrontamiento y toma de decisiones, así como la promoción del enriquecimiento personal a través de las experiencias de los diferentes miembros del grupo, entre otros.

En ocasiones, será necesario trabajar las emociones y sentimientos que en la actualidad les genere su familiar con problemas de adicción. Pena, rabia, culpa, tristeza, desconfianza o temor son algunos ejemplos que podrán experimentar en esta última fase del tratamiento cuyo objetivo es prevenir las recaídas. Se les ayudará a comprender que la responsabilidad real de que su familiar se mantenga en abstinencia es de esa persona y no de ellos o de ellas (Neneyto, 2015).

Es por todo ello por lo que el trabajo social supone una disciplina fundamental en la intervención con personas drogodependientes.

Se hace necesario aclarar que en este trabajo se presenta únicamente la labor de los y las trabajadores/as sociales en la fase de reinserción social del paciente pero, sin duda, suponen una pieza clave en la prevención y tratamiento de las drogodependencias o conductas adictivas, siempre con una adecuada coordinación con el resto del equipo multidisciplinar del centro, entidad o programa desde el que se trabaje, así como con las instituciones de la red si fuese necesario.

5. CONCLUSIONES

El enfoque de prevención de recaídas que propone Marlatt, y que ha sido expuesto a lo largo de este trabajo, ha sido actualizado en varias ocasiones con el objetivo de hacerse más útil y con mayor grado de éxito en su aplicación a las personas con problemas de adicciones. Según Becoña y colaboradores, (2008: 92), tiene una evidencia de éxito de nivel 1, es decir, se enmarca dentro de la categoría de “ensayos clínicos

controlados, aleatorizados y bien diseñados, o bien, metaanálisis”, de ahí que haya sido elegido en este trabajo como una propuesta de enfoque eficaz.

No obstante, todavía queda mucho trabajo por delante. 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 por ejemplo alcohol, cocaína, cannabis, heroína o éxtasis) como en formato de conducta adictiva (compras por internet, juegos de rol, apuestas online o presenciales, sexo, redes sociales, entre otras) (Witkiewitz y Marlatt, 2004).

Con el objetivo de acercar el modelo planteado a los y las profesionales del ámbito social y, en concreto, de la intervención en adicciones, se han expuesto a modo orientativo e inspirador diferentes técnicas para trabajar el entrenamiento en habilidades (como las conductas asertivas, el control de estrés, comunicación, resolución de conflictos, etc.), la reestructuración cognitiva y el restablecimiento del estilo de vida. Desgranar esta información ha facilitado detectar la necesidad de continuar investigando y creando nuevas formas de intervención más innovadoras y creativas, más experienciales y visuales, para grupos o en formato individual, implicando a la familia, al barrio o a la comunidad..., siempre con el objetivo último de promover y facilitar el empoderamiento de todas las personas implicadas en el cambio, su autoconfianza y su motivación, condiciones clave para poder avanzar y progresar en el proceso de cambio conductual.

Por último, en este trabajo se ha expuesto como, desde el ámbito del trabajo social, se busca la reinserción y el bienestar social de la persona drogodependiente y de sus seres más cercanos y queridos para él o ella, así como acompañarles en la consecución de sus objetivos vitales. No obstante, en muchas ocasiones, lograr todo esto es realmente complicado; muchas de las personas con las que se trabaja tienen a sus espaldas historias de vida muy complejas, se encuentran en situaciones en las que no disponen de recursos básicos (como por ejemplo, una vivienda digna) o no disponen de ingresos de dinero porque se encuentran en situación de desempleo, por lo que se convierte en imprescindible que el sistema público refuerce su involucración activa en asegurar a todos sus ciudadanos y ciudadanas una atención bio-psico-social integral y plena, para que estos casos cada vez sean los mínimos, así como coordinándose con otras entidades o dispositivos privados.

Para este reforzamiento por parte del Estado algunas propuestas podrían ser: incrementar las subvenciones económicas a los centros y entidades que se dedican al campo de las adicciones, mayor número de profesionales atendiendo a la población afectada, impulso a la visibilidad del problema social a través de eventos deportivos, medios de comunicación, o actos culturales, oferta de formaciones dinámicas y participativas para toda la ciudadanía, grupos de reflexión y participación en los barrios, etc.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bados, A., y García, E. (2010). *La técnica de la Reestructuración Cognitiva*. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Facultad de Psicología. Universidad de Barcelona. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/2445/12302>.
- Bandura, A. (1971). *Social Learning Theory*. New York: General Learning Press.
- Bandura, A. (1993). Perceived Self-Efficacy in Cognitive Development and Functioning. *Educational Psychologist*, 28, (2), 117-148.
- Beck, A. T., Wright, F. D., Newman, C. F., y Liese, B. S. (1999). *Terapia cognitiva de las drogodependencias*. Madrid: Paidós.
- Becoña, E. (2008). Terapia de solución de problemas. En F. J. Labrador (Ed.), *Técnicas de modificación de conductas* (pp.461-482). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Becoña, E., Cortés, M., Pedrero, E. J., Fernández, J. R., Casete, L., Bermejo, M. P. y Tomás, V. (2008). *Guía clínica de intervención psicológica en adicciones*. Barcelona: Socidrogalcohol. Recuperado de: <http://www.socidrogalcohol.org/manuales-y-gu%C3%ADas-cl%C3%ADnicas-de-socidrogalcohol.html>
- Bermejo, M. V., Pamo, M. L., Sánchez-Lauhle, L., García, A. M., López, A. I., Castillejo, M., Arévalo, M., Tejedor, M., y Gil, S. (2012). *Protocolo de intervención desde el trabajo social en los centros de atención a las drogodependencias*. Madrid: Instituto de Adicciones. Recuperado de: <http://www.madridsalud.es/publicaciones/adicciones/>
- Bersntein, D. A., y Borkoveck, T. D. (1973). *Entrenamiento en relajación progresiva*. Bilbao: DDB.
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., Segal, Z. V., Abbey, S., Speca, M., Velting, D., y Devins, G. (2004). Mindfulness: a proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11, (3), 230-241.
- Bolles, R. (1972). Reinforcement, expectancy, and learning. *Psychological Review*, 79, (5), 394.
- Bowen, S., Witkiewitz, K., Dillworth, T. M., Chawla, N., Simpson, T. L., Ostafin, B.D, Larimer, M. E., Blume, A.W., y Marlatt, G. A. (2006). Mindfulness meditation and substance use in an incarcerated population. *Psychology of addictive behaviors*, 20,(3), 343.
- Caballo, V. E. (1983). Asertividad: definiciones y dimensiones. *Estudios de psicología*, 4, (13), 51-62.
- Caballo, V., y Iruña, M. J. (2008). Entrenamiento en habilidades sociales. En F. J. Labrador (Ed.). *Técnicas de modificación de conductas* (pp.573-592). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Cruzado, J. A. (2008). Técnicas de modelado. En F. J. Labrador (Ed.), *Técnicas de modificación de conductas* (pp. 401-420). Madrid: Ediciones Pirámide.
- De Lucas, A. (2015). *Terapia de grupo*. En: Programa Máster en Prevención y Tratamiento de las Conductas Adictivas. Área 10. Inserción social. Tema 6. Universidad de Valencia. Edición 13.

- Dobkin, P. L., Civita, M., Paraherakis, A., y Gill, K. (2002). The role of functional social support in treatment retention and outcomes among outpatient adult substance abusers. *Addiction*, 97, 347-356.
- González-Brignardello, M. P., y Carrasco, M. A. (2006). Intervención psicológica en agresión: técnicas, programas y prevención. *Acción psicológica*, 4, (2), 83-105.
- Jacobson, E. (1938). *Progressive Relaxation*. Chicago: University of Chicago Press.
- Labrador, F. J. (2008). Técnicas de control de la activación. En F. J. Labrador (Ed.), *Técnicas de modificación de conductas* (pp.199-224). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Litt, M. D., Kadden, R.M., Cooney, N. L., y Kabela, E. (2003). Coping skills and treatment outcomes in cognitive-behavioral and interactional group therapy for alcoholism. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 118-128.
- 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.
- Martínez, F., Pérez, E. y De las Heras, M. D. (2004). *NEXUS: Programa para la prevención del consumo de drogas*. Madrid: Deporte y Vida.
- Meichenbaum, D. (1987). *Manual de inoculación de estrés*. Barcelona: Martínez Roca.
- Neneyto, M. J. (2015). *La familia en la inserción psicosocial*. En Programa Máster en Prevención y Tratamiento de las Conductas Adictivas. Área 10. Inserción social. Tema 7. Universidad de Valencia. Edición 13.
- NIDA. (2014). *La ciencia de la adicción. Programa Internacional del Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas*. Recuperado de: <http://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/serie-de-reportes/las-drogas-el-cerebro-y-el-comportamiento-la-ciencia-de-la-adiccion/>.
- Pérez, M. A., y Botella, L. (2007). Conciencia plena (mindfulness) y psicoterapia: concepto, evaluación y aplicaciones clínicas. *Revista de psicoterapia*, 17 (66-67), 77-120.
- Prochaska, J. O. y DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 19, 276-278.
- Prochaska, J. O., y Prochaska, J. M. (1993). Modelo transteórico de cambio para conductas adictivas. En M. Casas y M. Gossop (Eds.), *Recaída y prevención de recaídas* (pp.85-136). Sitges: Ediciones en Neurociencias.
- Rathus, S. A. (1973). Escala de asertividad. En P. Bartolomé, J. A. Carroble, M. Costa, T. & Del Ser. (Eds.), *La práctica de la terapia de conducta (apéndice)*. Madrid: Pablo del Río.
- Sánchez, M. L. (1995). El trabajo social en las actuaciones grupales con padres y madres ante el fenómeno de las drogodependencias: necesidad de una metodología participativa. *Cuadernos de Trabajo Social*, 8, 181-199.

- Secades, R. (1997). Evaluación conductual en prevención de recaídas en la adicción a las drogas: estado actual y aplicaciones clínicas. *Psicothema*, 9, (2), 259-270.
- Tejero, A., Trujols, J. y Casas, M. (1993). Prevención de recaídas: su aplicación en un contexto clínico. En M. Casas y M. Gossop (Eds.), *Recaída y prevención de recaídas* (pp. 295-340). Sitges: Ediciones en Neurociencias.
- Valero, J., y Solbes, S. (2012). Mediación en drogodependencias: reflexión práctica y ámbitos de aplicación. *Revista Española de Drogodependencias*, 37,(4), 465-478.
- Vallés, A. (2015). *La prevención en el ámbito familiar*. En: Programa Máster en Prevención y Tratamiento de las Conductas Adictivas. Área 1. Prevención. Tema 7. Universidad de Valencia. Edición 13.
- Witkiewitz, K., y Marlatt, G. A. (2004). Relapse prevention for alcohol and drug problems: that was Zen, this is Tao. *American Psychologist*, 59, (4), 224.
- Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. California: Stanford University Press.

