

EVALUACIÓN CONDUCTUAL EN PREVENCIÓN DE RECAÍDAS EN LA ADICCIÓN A LAS DROGAS: ESTADO ACTUAL Y APLICACIONES CLÍNICAS

Roberto Secades Villa
Universidad de Oviedo

La alta tasa de recaídas continúa siendo uno de los problemas más importantes en el tratamiento de la adicción a las drogas. Este trabajo proporciona una revisión de las principales estrategias de evaluación de los procesos involucrados en la recaída. Se proponen cinco tipos de estrategias: autorregistros, descripción de recaídas pasadas, fantasías de recaída, observación directa y autoinformes. Se pone especial énfasis en la utilidad clínica de los procedimientos y en su implicación para planificar y llevar a cabo los programas de intervención en prevención de recaídas.

Behavioral assessment in relapse prevention of drugs addiction: current status and clinical applications. The high frequency of relapses continues to be one of the most serious problems in the treatment of drug addiction. This article provides an overview of the most important procedures for assessment the process involved in relapse. There are five proposed strategies: self-monitorings, description of past relapses, relapse fantasies, direct observation and self-reports. There is special emphasis on the clinical utility of the procedures and on the implication of planing and carrying out the intervention in the relapse prevention programs.

La intervención en prevención de recaídas (PR) es una de las áreas de mayor desarrollo en la actualidad en el campo de la adicción a las drogas. Un aspecto esencial de los programas de PR es la evaluación individual de los procesos implicados en las recaídas: las situaciones de alto riesgo, las habilidades para reconocer tales situaciones y las estrategias de afrontamiento de los sujetos en esas situaciones.

El programa de tratamiento en PR debería prestar especial atención a las áreas deficitarias del paciente, con el fin de definir los aspectos prioritarios del proceso terapéutico y planificar el programa de entrenamiento en habilidades específicas. Así, por ejemplo, los problemas de un individuo se pueden referir a la incapacidad para resistir la presión social, mientras que el problema fundamental de otro paciente puede ser su dificultad para afrontar las situaciones de soledad, etc.

En este artículo se revisan las estrategias e instrumentos de evaluación en PR en diferentes tipos de sustancias, haciendo especial hincapié en su aplicabilidad clínica, teniendo

Correspondencia: Roberto Secades Villa
Facultad de Psicología
Universidad de Oviedo
Plaza Feijoo, s/n.
33003 Oviedo (Spain)

do en cuenta que la evaluación debe ser individualizada y que la utilidad clínica de los diferentes instrumentos estará en función de las peculiaridades de cada caso particular.

Estrategias de evaluación en prevención de recaídas

En la actualidad, se dispone de varias estrategias e instrumentos de valoración de habilidades de afrontamiento y/o situaciones de riesgo, elaborados explícitamente para el desarrollo de procedimientos específicos de intervención en PR (intervención sobre los determinantes inmediatos del proceso de recaída). Se propone una clasificación en cinco tipos de procedimientos: 1) autorregistros, 2) informes autobiográficos de recaídas (descripción de recaídas pasadas), 3) fantasías de recaída, 4) observación directa y 5) cuestionarios o autoinformes.

Autorregistros

El empleo de autorregistros es un proceder muy habitual en el campo de la adicción a las drogas (Boudin, 1972; Callahan, Price y Dahlkoetter, 1980; Marlatt, 1979; Sobell y Sobell, 1973), y su fiabilidad como método objetivo de valoración de la conducta de consumo de drogas ha sido estudiada en varios trabajos (Callahan, 1980; Sobell, Bogardis, Schuller, Leo y Sobell, 1989). No obstante, se considera conveniente utilizar medidas complementarias facilitadas por otros sujetos significativos del medio ambiente de los pacientes. Mediante el empleo de autorregistros, el sujeto recoge, lo más cercanamente posible al momento del consumo, la información relevante para la intervención acerca de aspectos como el tipo de droga y la cantidad, el día, la hora, el lugar, la compañía, el estado de ánimo, los antecedentes y los consecuentes de la conducta de consumo. Además de proporcionar una información muy valiosa al terapeuta,

poco distorsionada por errores de memoria (como ocurre con los procedimientos retrospectivos), este instrumento proporciona al sujeto una retroalimentación inmediata que le sirve de ayuda para un posterior cambio de comportamiento.

Los autorregistros se utilizan, sobre todo, en el inicio de la intervención terapéutica, cuando el paciente aún no ha abandonado el consumo de la sustancia. Además, juegan un papel, si cabe, más importante cuando el objetivo del tratamiento no es la abstinencia total (por ejemplo, en los programas de bebida controlada) o en los programas de reducción gradual de consumo de cigarrillos.

Una variación interesante y de gran utilidad clínica es el "autorregistro de deseo" (García, 1994). Mediante este instrumento, el sujeto que ya se encuentra abstinentemente, registra las situaciones de riesgo (internas y externas), el grado de deseo y la estrategia que utiliza para controlarlo, cuando experimenta el deseo o la urgencia de consumir.

Un procedimiento alternativo fue el ensayado en un trabajo de Callahan et al. (1980), en el cual los pacientes telefoneaban a los terapeutas varias veces al día para comunicar las situaciones externas e internas que se asociaban con el deseo de consumo de drogas.

Uno de los problemas que suelen plantear estos procedimientos es el seguimiento de las instrucciones. En un estudio de Wilkinson y LeBreton (1988) con jóvenes politoxicómanos, se encontró que el 30% de los pacientes no cubría el registro diario. Además, la no adhesión en la cumplimentación de los mismos suele significar un mal pronóstico, ya que parece indicar una baja motivación del paciente (Pomerleau, Adkins y Pertschuk, 1978).

Uno de los riesgos para el propósito de la evaluación es la reactividad que produce en los pacientes (especialmente acentuada por tratarse de una conducta que el sujeto quiere eliminar). De hecho, el autorregistro puede ser considerado un componente activo

del tratamiento. Esta reactividad se ve reforzada si el registro se realiza antes del consumo de la sustancia (tabaco o alcohol, por ejemplo). Por otra parte, la cumplimentación de los autorregistros permite la elaboración de “gráficas de consumo” que refuerzan la abstinencia del sujeto, al proporcionar un feedback visual de los progresos individuales.

En definitiva, el uso de autorregistros reporta varias ventajas: por una parte, es de gran utilidad para identificar situaciones de riesgo, ofrece información continua al paciente sobre el consumo de drogas, desde el pretratamiento y a través de todas las fases de la intervención y, por último, proporciona feedback al terapeuta sobre la efectividad del tratamiento.

Informes autobiográficos de recaídas (descripción de recaídas pasadas)

La descripción de recaídas pasadas también puede proporcionar información útil al clínico acerca de futuras situaciones de riesgo. El procedimiento consiste en que el paciente escriba o relate verbalmente, con sus propias palabras, una o varias experiencias de recaídas ocurridas en el pasado. Esta descripción suele contener información acerca de las sustancias consumidas, durante cuánto tiempo, con quién, cuándo, en qué situación, etc. Normalmente, la narración incluye un cierto período de tiempo antes del consumo con el fin de buscar posibles señales de advertencia (internas o externas) anteriores a este. Además, esta narración suele incluir la reacción del paciente ante el consumo inicial (caída) de la sustancia, así como la de la familia y otras personas significativas.

Fantasías de recaída

La fantasía de recaída es una de las estrategias específicas para la evaluación de si-

tuaciones de alto riesgo propuestas por Marlatt y Gordon (1985). Consiste en que el sujeto debe imaginar cómo cree que podría ocurrir su vuelta al antiguo hábito de consumo de drogas. Es decir, el terapeuta evalúa las situaciones de riesgo potenciales a través de cómo el paciente percibe la posibilidad de una recaída y cómo cree que se sentiría y se comportaría en esa situación.

Observación directa

En la mayoría de las ocasiones, la observación directa en la situación real es difícil de llevar a cabo y resulta un método costoso por lo que no tiene una utilización sistemática en los estudios de la conducta de consumo de drogas. Este procedimiento se ha empleado sobre todo con pacientes alcohólicos (Marlatt, 1978; Sobell y Sobell, 1976) y con fumadores (Frederiksen, Martin y Webster, 1979; Hatsukami, Pickens, Sviki y Hughes, 1988), ya que su utilización con otro tipo de pacientes (por ejemplo, cocainómanos o heroínómanos) ofrece mayores costes e inconvenientes. Las observaciones en el ambiente real tienen, por tanto, utilidad práctica sólo con una parte muy limitada de la población consumidora de drogas. De hecho, los trabajos que describen la observación directa del consumo de heroína son muy escasos. El primero de estos trabajos fue publicado por Wikler (1952) sobre un caso clínico de un adicto de 33 años. No obstante, las observaciones de Wikler no se centraron en la descripción objetiva de los cambios conductuales sino que, sobre todo, se trataban de interpretaciones desde una perspectiva psicoanalítica. Durante los años posteriores han ido apareciendo diferentes estudios sobre observaciones directas de consumo de heroína (Babor, Meyer, Mirin, McNamee y Davies, 1976; Haertzen y Hooks, 1969; McNamee, Mirin, Kuehnie y Meyer, 1976). Estos trabajos que describen, básicamente, el patrón de los

efectos de la heroína, fueron retomados posteriormente por Solomon (1980) para la elaboración de la teoría del proceso opo-

En la adicción al tabaco, se han realizado numerosos estudios de este tipo para conocer la topografía del consumo de cigarrillos de los fumadores, analizando parámetros como la frecuencia (número de cigarrillos por día o número de chupadas por cigarrillo), duración (duración del cigarrillo o de la chupada, intervalo entre cigarrillos o entre chupadas) y volumen de la inhalación de la conducta de fumar (Frederiksen, Martin y Webster, 1979; Pickens, Gust, Catchings y Svikis, 1983).

Una estrategia alternativa a la observación natural es la observación en situaciones simuladas. Este procedimiento puede ser de utilidad tanto en la fase de inicial de evaluación como, posteriormente, en el tratamiento, y su utilización en grupo es especialmente efectiva, ya que permite una excelente oportunidad para explorar diferentes aspectos y problemas comunes relacionados con el afrontamiento de situaciones de riesgo. Es una técnica complementaria a los informes verbales que el sujeto ha ofrecido sobre sus estrategias de afrontamiento. El paciente debe hacer un ensayo de conducta ante una situación de riesgo simulada, como si realmente estuviera ocurriendo. Para una observación más detallada y su posterior utilización en la fase de entrenamiento, resulta útil recoger el ensayo del sujeto en una grabación de video. La ejecución del sujeto en algunas de las situaciones de riesgo simuladas permite obtener una idea más aproximada de la ejecución real en el futuro.

La evaluación de las respuestas de afrontamiento en ambientes simulados ofrece algunas ventajas frente a otros procedimientos. No plantea los problemas de la observación natural y, por otra parte, el entorno de evaluación se aproxima más a los ambientes reales de consumo que otras estrategias. De

todos modos, aún no está claro en qué medida las observaciones en situaciones de consumo simuladas son representativas del ambiente natural (Foy, Rychtarik y Prue, 1993).

Cuestionarios o Autoinformes

Varias investigaciones han puesto de manifiesto que la utilización de autoinformes con problemas de drogas son generalmente precisos y correctos si la evaluación se lleva a cabo en una situación clínica adecuada, una vez que el paciente ya no se encuentra bajo los efectos de las drogas y cuando existe garantía de confidencialidad (Babor, Brown y Del Boca, 1990; Maisto, McKay y Connors, 1990; Sobell, Toneatto y Sobell, 1994).

Dentro del marco de la PR, en los últimos años se han desarrollado diferentes inventarios estructurados de evaluación individual. Estos autoinformes valoran los diferentes procesos involucrados en la recaída en el consumo de drogas. Dichos procesos se podrían clasificar en: situaciones de consumo o de recaída anteriores, estrategias de afrontamiento en las situaciones de riesgo y expectativas de autoeficacia del sujeto. Revisaremos brevemente algunos de los autoinformes más utilizados en la actualidad (Tabla 1).

A) EVALUACIÓN DE SITUACIONES DE RIESGO PARA EL CONSUMO

Marlatt (1993) define la situación de alto riesgo como cualquier situación (incluyendo las reacciones emocionales a la situación) que representa una amenaza para la sensación de control del individuo y aumenta el riesgo de recaída. Desde el presupuesto de que la conducta pasada es el mejor predictor de la conducta futura, se puede esperar que las situaciones (externas o internas) que han precipitado una recaída en el pasado, provoquen tentaciones de consumo en el futuro.

<i>Tabla 1</i> Cuestionarios de evaluación en Prevención de Recaídas			
	Situaciones de riesgo	Habilidades de afrontamiento	Autoeficacia
Alcohol	Inventory of Drinking Situations (IDS) Relapse Precipitants Inventory (RPI)	Coping Behaviours Inventory (CBI) Situational Competency Test (SCT)	Situational Confidence Questionnaire (SCQ)
Tabaco	Relapse Debriefing Form The Shiffman-Jarvik Withdrawal Scale	Coping With Temptation Inventory (CWTI)	The Confidence Questionnaire
Otras drogas ilegales	Inventory of Drug-taking Situations (IDTS) Self-Statement Record (SSR) The Phases and Warning Signs of Relapse		Drug-Taking Confidence Questionnaire (DTCQ) Situational Confidence Questionnaire for Heroin Users (SCQH)

La evaluación de las situaciones de riesgo y la consiguiente delimitación y caracterización del patrón del consumo del paciente debería de constituir una de las etapas previas al diseño de una intervención conductual en PR.

Inventory of Drug-Taking Situations (IDTS)

El Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas, elaborado por H. Annis (1985) de la Addiction Research Foundation de Toronto, se compone de 50 ítems. El objetivo de la prueba es que el paciente identifique las situaciones en las que consumía drogas durante el año anterior. Para ello, el pacien-

te utiliza una escala con cuatro alternativas en cada una de las 50 situaciones: 1="nunca"; 2="raramente"; 3="frecuentemente"; 4="casi siempre".

Las 50 situaciones se enmarcan dentro de 8 clases de situaciones de riesgo propuestas por el grupo de Marlatt (Marlatt y Gordon, 1980; Marlatt y Gordon, 1985) que, a su vez, se dividen en 2 categorías generales: determinantes interpersonales e intrapersonales.

La idea en que se fundamenta este instrumento es que las situaciones de consumo ocurridas en el pasado reciente, pueden representar situaciones de riesgo probables en el futuro. El cuestionario dispone de una plantilla de respuestas para ayudar al terapeuta a elaborar un perfil individualizado de las áreas de mayor riesgo para el consumo de heroína de cada paciente.

Del trabajo realizado por Tejero, Trujols y Avellanas (1991) con una muestra de 124 pacientes adictos a la heroína, se desprende que el IDTS parece poseer una consistencia y validez internas satisfactorias. Estos autores constatan la existencia de cuatro subgrupos diferenciados de respuestas: consumo de heroína para modificar estados afectivos negativos, por presión social externa, para evitar malestar físico y un cuarto cluster que representa un patrón de consumo indiferenciado, altamente reactivo a todas las situaciones.

Self-Statement Record (SSR)

Beck y Emery (1977) elaboraron este Registro de Auto-Informe en el marco de la terapia cognitiva para drogodependientes, con el fin de ayudar a los pacientes a superar las creencias negativas y a autodefenderse de los pensamientos conectados con la recaída. El SSR es una forma de valorar los estados no adaptativos cuando la persona consume drogas o está a punto de hacerlo. El proceder es el siguiente: en primer lugar, en cada

situación de riesgo, el paciente elabora un informe de “auto-derrota” en el registro y elige el tipo de pensamiento negativo que lo caracteriza de entre los siguientes: 1) incapacidad, “no tengo fuerza de voluntad”, 2) excusas, “mis amigos me obligaron”, 3) necesidad, “necesito consumir” y 4) auto-culpabilidad, “¿qué es lo que me pasa?, ¿por qué no puedo cambiar?”. A continuación, el paciente registra el “grado de creencia” en ese informe en una escala desde 0 (no lo creo del todo) a 5 (lo creo completamente). Posteriormente, el sujeto escribe sobre el registro un argumento para contrarrestar su creencia negativa (auto-derrotista) y su grado de creencia acerca de este argumento.

The Phases and Warning Signs of Relapse

Aunque no se trata precisamente de un cuestionario, se incluye en esta revisión el procedimiento denominado “Fases y Señales de Advertencia de Recaída” elaborado por Gorski y Miller (1986) dentro de su modelo de PR. El “Modelo de Deterioro Neurológico” se basa fundamentalmente en que el paciente conozca y se familiarice con los indicios antecedentes de sus recaídas anteriores, con el fin de desarrollar un plan para interrumpir la posible recaída futura. Esta estrategia se sitúa en la cuarta fase de las nueve de que consta el proceso de intervención global que desarrollan estos autores, y consiste en que el paciente elabora una lista personal de señales de aviso de vuelta al consumo, en términos precisos, eligiendo entre 3 y 5 situaciones que se le presentan por escrito por medio de un folleto que revisa 37 señales de advertencia o aviso de recaída.

Esta descripción de la “recaída personal” se relata a familiares, amigos y a otros miembros del grupo de autoayuda, con el fin de que hagan labor de co-terapeutas y puedan detectar alguno de estos indicios en el comportamiento diario del paciente.

Inventory of Drinking Situations (IDS)

El Inventario de Situaciones de Bebida (Annis, 1982a) es de concepción similar al IDTS, excepto que contiene 100 ítems en lugar de 50, y todos ellos referidos a situaciones en las cuales el sujeto consumía alcohol de forma excesiva durante el último año. Por lo demás, el procedimiento que se sigue es el mismo. Annis (1984a) ha desarrollado además una forma abreviada compuesta por 42 ítems.

Relapse Precipitants Inventory (RPI)

Este Inventario de Situaciones Precipitantes de Recaída ha sido desarrollado por Litman, Stapleton, Oppenheim, Peleg y Jackson (1983) en el Addiction Research Unit de Londres. Consta de 25 ítems que identifican diferentes situaciones en las cuales el alcohólico se siente más vulnerable para consumir. El paciente tiene que determinar el grado de peligrosidad en cada una de ellas en una escala de tipo Likert. Las 25 situaciones se enmarcan dentro de cuatro categorías más generales: estados de humor negativos, situaciones externas y estados internos eufóricos, estados de reducción de la vigilancia cognitiva y ansiedad social. El riesgo de recaída es menor cuanto más bajo es el grado de peligrosidad percibido por el paciente.

Los autores recomiendan utilizar el inventario en la fase inicial del tratamiento para proporcionar al clínico indicadores medibles para intervenciones específicas. El RPI también se puede utilizar en fases posteriores de la intervención, con el fin de revelar cambios en las situaciones externas o en el estado de ánimo de los pacientes que los hagan más vulnerables a una recaída.

El RPI ha sido traducido y adaptado a la población española por García (1991).

Relapse Debriefing Form

El Formulario de Situaciones de Recaída se trata de un autoinforme elaborado por Shiffman, Read, Maltese, Rapkin y Jarvik (1985) para obtener información sobre las probables crisis de recaída en las que los sujetos se ven tentados a fumar. Dichas situaciones de riesgo se clasifican en cuatro categorías: situaciones sociales, situaciones relajantes, situaciones de tensión (normalmente relacionadas con el trabajo) y situaciones emocionales desconcertantes. En cada una de estas situaciones se pregunta al paciente acerca de dónde se encontraba, con quién, qué estaba haciendo, cómo se sentía antes y después de fumar, etc.

The Shiffman-Jarvik Withdrawal Scale

Debido a la relación encontrada entre los síntomas de abstinencia y la recaída en la conducta de fumar, se han elaborado varias escalas para evaluar dichos síntomas y las situaciones que los elicitán. Estas escalas pueden ser un instrumento interesante en la intervención en prevención de recaídas.

La escala de Shiffman y Jarvik (1976) presenta 25 ítems de abstinencia de ex fumadores, agrupados en cinco categorías de síntomas: deseo, síntomas psicológicos, síntomas físicos, cambios de activación y aumento del apetito.

Una escala más breve que evalúa los síntomas de abstinencia a la nicotina es la de Hughes y Hatsukami (1986).

B) EVALUACIÓN DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN SITUACIONES DE RIESGO

De acuerdo con el modelo de prevención de recaídas, la ausencia de habilidades de afrontamiento ante situaciones de riesgo de consumo es un factor que puede conducir a la reaparición de la conducta adictiva. Por

tanto, dichas habilidades juegan un papel crucial en el mantenimiento de la abstinencia. Por este motivo, se han elaborado varios procedimientos de evaluación de estrategias de afrontamiento en situaciones de riesgo para el consumo de drogas.

Coping Behaviours Inventory (CBI)

El Inventario de Conductas de Afrontamiento ha sido elaborado por Litman y su equipo (Litman, Stapleton, Oppenheim y Peleg, 1983) para explorar las habilidades de afrontamiento de pacientes alcohólicos. En el CBI se pide a los sujetos que describan los métodos que utilizaban para evitar la recaída en 36 situaciones de riesgo diferentes. Además, los pacientes tienen que indicar la frecuencia con la que habían utilizado estos métodos en el pasado, mediante una escala de tipo Likert. Las respuestas se distribuyen en cuatro categorías diferentes: pensamientos positivos sobre las ventajas de la abstinencia, pensamientos sobre las consecuencias negativas de la bebida, estrategias de evitación/distracción y búsqueda de apoyo social.

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

Situational Competency Test (SCT)

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

Los autores utilizan cuatro medidas para evaluar las respuestas de los sujetos: latencia, duración de la respuesta, condescendencia y descripción de la respuesta. La latencia es el tiempo transcurrido desde el final de la exposición de la situación hasta el comienzo de la respuesta del sujeto. La duración se refiere al número de palabras que utiliza el paciente en su respuesta. La condescendencia es un resultado dicotómico, indica si el sujeto se ha enfrentado eficazmente o no a la situación, según la valoración del terapeuta. Por último con la especificación de la nueva conducta (descripción de la respuesta de afrontamiento) se valora si la respuesta de afrontamiento fue suficientemente detallada, de tal forma que la descripción se pudiera utilizar como una "guía de actuación de conducta".

Coping With Temptation Inventory (CWTI)

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

C) EVALUACIÓN DE EXPECTATIVAS DE AUTOEFICACIA

La autoeficacia (Bandura 1977, 1982) ha sido, probablemente, la variable cognitiva más estudiada en el ámbito de las conductas adictivas. Según Bandura, las expectativas de autoeficacia determinan las conductas de los sujetos en cuanto a las decisiones que se toman, el esfuerzo y el tiempo para llevarlas a cabo y los patrones de pensa-

miento y reacciones emocionales durante las interacciones con el ambiente. En el campo de las adicciones, la autoeficacia se refiere a la convicción de los individuos sobre su capacidad para ejecutar las respuestas de afrontamiento necesarias para no consumir drogas.

En varios estudios, la autoeficacia se ha propuesto como un buen predictor de las conductas de abstinencia/no abstinencia de los sujetos (Annis y Davis, 1989; Baer, Holt y Lichtenstein, 1986; DiClemente, 1986).

Drug-Taking Confidence Questionnaire (DTCQ)

Este cuestionario elaborado por Annis y Martin (1985) y adaptado por Tejero, Trujols y Roca (1993), tiene el propósito de evaluar la autoeficacia o seguridad de no consumir opiáceos en diferentes situaciones de alto riesgo, categorizadas según los factores identificados por Marlatt y su equipo. El paciente repasa una lista de 50 ítems (los mismos del IDTS) y en cada uno de ellos se le solicita que se imagine a sí mismo como si realmente estuviera en esa situación. Además, los pacientes valoran su confianza o seguridad para mantener la abstinencia, para resistirse a consumir drogas en una escala que va desde el 0% (no estoy totalmente seguro) hasta el 100% (estoy muy seguro). El terapeuta dispone de una plantilla de respuestas para obtener el nivel de confianza del paciente en cada una de las ocho categorías de situaciones de recaída. Los valores que se obtienen pretenden ofrecer una información clínica importante para planificar los objetivos del tratamiento y las estrategias de PR.

Los resultados del trabajo de Tejero, Trujols y Roca (1993) muestran que el DTCQ posee una consistencia interna satisfactoria así como una elevada eficacia discriminativa, ya que en las ocho escalas del autoinforme se obtuvieron diferencias significativas

entre una muestra de adictos a opiáceos que se hallaban en el estadio de acción y otra de adictos situados en el estadio de mantenimiento.

Situational Confidence Questionnaire for Heroin Users (SCQH)

Barber, Cooper y Heather (1991) elaboraron el Cuestionario de Seguridad Situacional para Consumidores de Heroína con el fin de medir las expectativas de autoeficacia en este tipo de pacientes. Consta de 22 ítems y, básicamente, el proceder es similar a los cuestionarios de autoeficacia descritos anteriormente. El SCQH ha demostrado poseer una elevada consistencia interna así como una adecuada fiabilidad test-retest. No obstante, debido al reducido número de sujetos y al origen de la muestra (población reclusa australiana) se hacen necesarios nuevos estudios que delimiten las propiedades psicométricas de este autoinforme.

Situational Confidence Questionnaire (SCQ)

Es un instrumento similar al Drug-Taking Confidence Questionnaire con la variación de que únicamente se utiliza para la valoración de la autoeficacia en situaciones de riesgo de pacientes alcohólicos. La forma original del Cuestionario de Seguridad Situacional contiene 100 ítems (Annis, 1982b) y 42 la forma abreviada (Annis, 1984b). Como en el DTCQ, la categorización de las situaciones de riesgo se deriva de la clasificación propuesta por Marlatt y su equipo. Los pacientes se tienen que imaginar a sí mismos en cada situación e indicar en una escala de seis puntos (0="muy poco seguro"; 20 "20% de seguridad"; 40 "40% de seguridad"; 60 "60% de seguridad"; 80 "80% de seguridad"; 100 "muy seguro"), qué seguridad tienen de ser capaces de resistirse al consumo en cada situación.

The Confidence Questionnaire

La Escala de Confianza en Situaciones de Fumar de Condiotte y Lichtenstein (1981) es, quizás, la escala de autoeficacia para el hábito de fumar que más atención ha recibido. En este autoinforme el fumador tiene que indicar la probabilidad de resistir la urgencia de fumar en una escala de 0 a 100 puntos, en 46 situaciones de riesgo de fumar.

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

Otras escalas de autoeficacia para el hábito de fumar son las de Coelho (1984) DiClemente (1981), DiClemente, Prochaska y Gibertini (1985).

Conclusiones

En este artículo se revisan y se organizan atendiendo a su aplicación clínica, los métodos más útiles para una evaluación conductual en PR. Los diferentes instrumentos que se presentan han demostrado una gran utilidad para obtener información relevante sobre los procesos de recaída de los pacientes drogodependientes.

Los innumerables estudios orientados hacia la búsqueda de los determinantes de consumo generales en la población drogodependiente han contribuido a facilitar la inclusión del toxicómano en una única categoría diagnóstica, a partir de la cual se deriva directamente un programa de tratamiento generalizado e independiente de las características del individuo, dirigido a toxicómanos tipo y dejando a un lado una evaluación específica del caso concreto. Resulta de interés, por tanto, resaltar la necesidad de un acercamiento individual y flexible pa-

ra el desarrollo del programa terapéutico, que debe estar muy presente durante el proceso de evaluación previo.

Desde este punto de vista, la evaluación de las situaciones de riesgo y de las habilidades de afrontamiento, y la consiguiente delimitación de los posibles procesos de recaída, debería constituir una de las etapas previas de una intervención dentro de un contexto de PR.

Por último, caben destacar dos aspectos de interés. En primer lugar, la carencia de autoinformes de evaluación de habilidades de afrontamiento para el uso específico en la adicción a drogas ilegales, en particular, de la adicción a la heroína. No se debe olvi-

dar, que esta droga continúa siendo la sustancia adictiva de uso más extendido (además de las sustancias legales) entre los consumidores de drogas en nuestro país. En segundo lugar, es conveniente resaltar la ausencia de instrumentos de evaluación en PR, elaborados específicamente para la población clínica española, ya que, la práctica totalidad de los autoinformes que se utilizan en nuestro país son adaptaciones de cuestionarios elaborados para la población anglosajona. En este sentido, sería importante realizar un esfuerzo de investigación rigurosa, con el fin de elaborar instrumentos que tengan en cuenta las características peculiares de nuestra población.

Referencias

- Annis, H.M. (1982a). *Inventory of Drinking Situations*. Toronto: Addiction Research Foundation.
- Annis, H.M. (1982b). *Situational Confidence Questionnaire*. Toronto: Addiction Research Foundation.
- Annis, H.M. (1984a). *Inventory of Drinking Situations, short form*. Toronto: Addiction Research Foundation.
- Annis, H.M. (1984b). *Situational Confidence Questionnaire, short form*. Toronto: Addiction Research Foundation.
- Annis, H.M. (1985). *Inventory of Drug-taking Situations*. Toronto: Addiction Research Foundation.
- Annis, H.M. y Davis, C.S. (1989). Relapse prevention training: A cognitive-behavioral approach based on self-efficacy theory. *Journal of Chemical Dependence Treatment*, 2, 81-103.
- Annis, H.M. y Martin, G (1985). *Drug-Taking Confidence Questionnaire*. Toronto: Addiction Research Foundation.
- Babor, T.F., Brown, J. y Del Boca, F.K. (1990). Validity of self-reports in applied research on addictive behaviors: Fact or fiction?. *Addictive Behaviors*, 12, 5-32.
- Babor, T.F., Meyer, R.E., Mirin, S.M., McNamee, H.B. y Davies, M. (1976). Behavioral and social effects of heroin self-administration and withdrawal. *Archives of General Psychiatry*, 33, 363- 367.
- Baer, J.S., Holt, C.S. y Lichtenstein, E. (1986). Self-efficacy and smoking reexamined: construct validity and clinical utility. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 846-852.
- Baer, J.S. y Lichtenstein, E. (1988). Cognitive assessment in smoking behavior. En D.M. Donovan y G.A. Marlatt (Comps.), *Assessment of Addictive Behaviors*. New York: Guilford Press.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37, 122- 147.
- Barber, J.G., Cooper, B.K. y Heather, N. (1991). The Situational Confidence Questionnaire (Heroin). *The International Journal of the Addictions*, 26, 565-475.
- Beck, A. y Emery, G. (1977). *Cognitive therapy of substance abuse*. Philadelphia: A. Beck Ed.
- Boudin, H.M. (1972). Contingency contracting as a therapeutic tool in the deceleration of amphetamine use. *Behavior Therapy*, 3, 604-605.

- Callahan, E.J. (1980). Alternative strategies in the treatment of narcotic addicts: A review. En W.R. Miller (ed.), *Addictive behaviors*. New York: Pergamon Press.
- Callahan, E.J., Price, K. y Dahlkoetter, J.A. (1980). Drug abuse. En R.G. Daitzman (ed.), *Clinical behavior therapy and behavior modification: vol. 1*. New York: Garland Press.
- Coelho, R.J. (1984). Self-efficacy and cessation smoking. *Psychological Reports*, 54, 309-310.
- Conditte, M.M. y Lichtenstein, E. (1981). Self-efficacy and relapse in smoking cessation programs. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49, 648-658.
- Chaney, E.F., O'Leary, M.R. y Marlatt, G.A. (1978). Skill training with alcoholics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 1092-1104.
- DiClemente, C.C. (1981). Self-efficacy and smoking cessation maintenance. *Cognitive Therapy and Research*, 5, 175-187.
- DiClemente, C.C. (1986). Self-efficacy and the addictive behaviors. Special issue: Self-efficacy theory in contemporary psychology. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 4, 302-315.
- DiClemente, C.C., Prochaska, J.O. y Gibertini, M. (1985). Self-efficacy and the stages of self-change of smoking. *Cognitive Therapy and Research*, 9, 181-200.
- Foy, D.W., Rychtarik, R.G. y Prue, D.M. (1993). Evaluación de los trastornos por uso de sustancias. En A.S. Bellack y M. Hersen (eds.), *Manual práctico de evaluación de conducta*. Bilbao: DDB.
- Frederiksen, L.W., Martin, J.E. y Webster, J.S. (1979). Assessment of smoking behavior. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 12, 653-664.
- García González, R. (1991). *La prevención de recaída en la dependencia del alcohol: desarrollo y valoración de un programa experimental de intervención*. Tesis doctoral no publicada. Universidad Autónoma de Madrid.
- García González, R. (1994). Evaluación en los dependientes del alcohol. En J.L. Graña (ed.), *Conductas adictivas*. Madrid: Debate.
- Gorski, T.T. y Miller, M. (1986). *Staying sober: A guide for relapse prevention*. Missouri: Independence Press.
- Haertzen, C.A. y Hooks, N.T. (1969). Changes in personality and subjective experience associated with the chronic administration and withdrawal of opiates. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 148, 606-613.
- Hatsukami, D.K., Pickens, R.W., Svikis, D.S. y Hughes, J.R. (1988). Smoking topography and nicotine blood levels. *Addictive Behaviors*, 13, 91-95.
- Hughes, J.R. y Hatsukami, D.K. (1986). Sings and symptoms of tobacco withdrawal. *Archives of General Psychiatry*, 43, 289-294.
- Litman, G.K., Stapleton, J., Oppenheim, A.N. y Peleg, M. (1983). An instrument for measuring coping behaviours in hospitalized alcoholics: Implications for relapse prevention treatment. *British Journal of Addictions*, 78, 269-276.
- Litman, G.K., Stapleton, J., Oppenheim, A.N., Peleg, M. y Jackson, P. (1983). Situations related to alcoholism relapsed. *British Journal of Addictions*, 78, 381-389.
- Maisto, S.A., McKay, J.R. y Connors, G.J. (1990). Self-report issues in substance abuse: State of the art and future directions. *Behavioral Assessment*, 12, 117-134.
- Marlatt, G.A. (1978). Behavioral assessment of social drinking and alcoholics. En G.A. Marlatt y P.E. Nathan (eds.), *Behavioral approaches to alcoholism*. New Brunswick: Rutgers Center of Alcohol Studies.
- Marlatt, G.A. (1979). Alcohol use and problem drinking: A cognitive behavioral analysis. En P.C. Kendall y S.D. Hollon (eds.), *Cognitive-behavioral interventions: Theory, research and procedures*. New York: Academic Press.
- Marlatt, G.A. (1993). La prevención de recaídas en las conductas adictivas: Un enfoque de tratamiento cognitivo-conductual. En M. Casas y M. Gossop (comps.), *Recaída y prevención de recaídas*. Sitges: Ediciones en Neurociencias.
- Marlatt, G.A. y Gordon, J.R. (1980). Determinants of relapse: Implications for the maintenance of behavior change. En P.O. Davidson y S.M. Davidson (eds.), *Behavioral medicine: Changing health lifestyles*. New York: Brunner/Mazel.
- Marlatt, G.A. y Gordon, J.R. (1985). *Relapse prevention. Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guildford Press.
- McNamee, H.B., Mirin, S.M., Kuehnie, J.C. y Meyer, R.E. (1976). Affective changes in chronic opiate use. *British Journal of Addiction*, 3, 275-280.

- Pickens, R.W., Gust, S.W., Catchings, P.M. y Svikis, D.S. (1983). Measurement of some topographical aspects of smoking in natural environment. En J. Grabowsky y C.S. Bell (comps.). *Measurement in the analysis and treatment of smoking behavior*. Rockville: NIDA.
- Pomerleau, O., Adkins, D. y Pertschuk, M. (1978). Predictors of outcome and recidivism in smoking cessation treatment. *Addictive Behaviors*, 3, 65-70.
- Shiffman, S. (1988). Behavioral Assessment. En D.M. Donovan y G.A. Marlatt (Eds.), *Assessment of addictive behaviors*. New York: The Guilford Press.
- Shiffman, S. y Jarvik, M.E. (1976). Trends in withdrawal symptoms in abstinence from cigarette smoking. *Psychopharmacologia*, 50, 35-39.
- Shiffman, S., Read, L., Maltese, J., Rapkin, D. y Jarvik, M.E. (1985). Preventing relapse in exsmokers: A self-management approach. En G.A. Marlatt y J.R. Gordon (eds.), *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guildford Press.
- Sobell, M.B., Bogardis, J., Schuller, R., Leo, G.I y Sobell, L.C. (1989). Is self-monitoring of alcohol consumption reactive?. *Behavioral Assessment*, 11, 447-458.
- Sobell, L.C. y Sobell, M.B. (1973). A self-feedback technique to monitor drinking behavior in alcoholics. *Behaviour Research and Therapy*, 11, 237-238.
- Sobell, M.B. y Sobell, L.C. (1976). Assessment of addictive behavior. En M. Hersen y A.S. Bellack (eds.), *Behavioral assessment: A practical handbook*. New York: Pergamon Press.
- Sobell, L.C., Toneatto, T. y Sobell, M.B. (1994). Behavioral assessment and treatment planning for alcohol, tobacco, and other drug problems: current status with an emphasis on clinical applications. *Behavior Therapy*, 25, 533-580.
- Solomon, R.L. (1980). The opponent process theory of acquired motivation: The cost of pleasure and benefits of pain. *American Psychologist*, 35,691-712.
- Tejero, A., Trujols, J. y Avellanas, L. (1991). Abordaje cognitivo-conductual del tratamiento de la adicción a opiáceos: Presentación y estudio de seguimiento a un año del programa SANT PAU-CITRAN. *III Congreso de la Sociedad Española de Toxicomanías*. Valencia.
- Tejero, A., Trujols, J. y Roca, X. (1993). Motivación para el cambio y autoeficacia en adictos a opiáceos: Análisis de su interrelación y de las diferencias entre estadios de cambio. *II Congreso Nacional de Psicología Conductual*. Mallorca.
- Wikler, A. (1952). A psychodynamic study of a patient during experimental self-regulated re-addiction to morphine. *Psychiatric Quarterly*, 26, 270-293.
- Wilkinson, D.A. y LeBreton, S. (1988). Early indications of treatment outcome in multiple drug users. En W.R. Miller y N. Heather (eds.), *Treating addictive behaviors: Processes of change*. New York: Plenum Press.

Accepted el 12 de diciembre de 1996