

El desafío de la prevención de recaídas en drogodependencias

Por

Gabriela Korovsky, Claudia Rial y María Soledad Olave,
Directoras Ejecutivas, Programa KEIRÓS.
Montevideo, Uruguay.

Descriptores: egreso de la comunidad terapéutica, prevención de recaídas, prevención terciaria en drogodependencia, reinserción social.

Este trabajo intenta pensar el concepto de prevención de recaídas en drogodependencia, dentro de una estrategia preventiva y de promoción de salud, desde un abordaje comunitario.

Inicialmente el concepto fue usado por sus creadores, inserto en una estrategia de tratamiento de tipo conductual, pautado y con énfasis en el proceso individual. La idea es poder pensar más allá e incorporarlo a un campo más amplio en el que todos los actores participantes en la problemática adictiva, individuo, familia, contexto o ambiente social, puedan sentirse parte involucrada.

Las recaídas, como veremos más adelante, se juegan fundamentalmente en lo que se denomina fase de reinserción o alta, luego de un tratamiento de rehabilitación, en el que el sujeto y su familia se comprometieron en un plan de abstinencia. Reinserción social que resulta difícil, dada la tendencia a la marginación de quienes padecen este problema, depositando los fracasos o los logros, estigmatizando o idealizando según sean los resultados.

Poner este tema en el tapete quizás pueda servir para pensar en la responsabilidad colectiva de las instituciones de rehabilitación de drogodependientes, pero que lo trasciende, ya que las estrategias de prevención y las posibilidades de reinserción social, son patrimonio de la sociedad en su conjunto.

Las recaídas, revisión de conceptos.

Cuando hablamos de recaída nos referimos en primer lugar a una persona que haya pasado por un proceso de rehabilitación comprometido con el logro de la abstinencia en el consumo de sustancias psicoactivas. En segundo término la diferenciamos de un desliz o consumo aislado de una sustancia. Entendemos la recaída como una vuelta a patrones de consumo compulsivo, similares a la etapa anterior al tratamiento, con el consiguiente deterioro social, físico y psíquico.

Para entender el fenómeno de las recaídas es necesario considerar la complejidad del problema mismo de las adicciones, proceso multifactorial que comprende a un individuo, en una familia determinada que se relaciona en un ambiente sociocultural, a su vez inmerso una sociedad.

El encuentro que determinada persona tuvo con las sustancias, implica también pensar en que dichas sustancias tienen un efecto predominante a nivel del sistema nervioso central. Por eso nos parece propicio retomar la noción de “refuerzo” que imprimen las drogas que inducen dependencia (Nahas, G. y col. 1992, 33), base para la auto-administración de las mismas y por lo tanto para la tendencia a la recaída. El refuerzo positivo primordial constituye una memoria afectiva dominante impresa en el cerebro, que se halla en relación directa con el potencial adictivo de la sustancia. Oficia a modo de refuerzo conductual y explica el deseo irresistible por la sustancia, y el situarse de manera de facilitar su empleo y adquisición. A ello se sumaría un refuerzo secundario dado por el contexto social y cultural del medio donde se consume.

El “*craving*” o deseo irrefrenable de consumo o ansia por la droga, mina la capacidad de decisión, tiende a ser automático y llega a ser autónomo. Es decir que aunque se intente reprimir, aparece como una compulsión.

Distintos autores han observado que entre la aparición del deseo por la sustancia y el consumo mismo, hay un espacio de tiempo propicio para actuar. Por otro lado es importante pensar que antes de que ese deseo aparezca algo ocurrió con el sujeto, su familia, o el contexto que lo rodea.

Las recaídas se producen ante situaciones emocionales perturbadoras. Beck (1999) señala la presencia de factores internos, como depresión, soledad, aburrimiento, ira, frustración, así como estímulos externos, como personas, lugares, cosas. Así mismo, el estado físico de una persona, su situación emocional, los conflictos interpersonales, la presión social, la exposición a señales asociadas con la droga, la pérdida de trabajo, las discusiones intrafamiliares, y las crisis serían elementos que predisponen a una recaída.

Las crisis se asocian generalmente con el estrés emocional, en tanto suponen un cambio no planificado repentino, no deseado, en la vida de una persona. Si bien una crisis predispone a una recaída, puede ser también una oportunidad de aprender.

También podemos hablar de crisis para referirnos a los momentos que atraviesa una institución de rehabilitación para drogodependientes, sus terapeutas, pacientes, familias, cuando un miembro toma distancia en las fases de reinserción social, también llamada alta, pre-egreso, graduación, según sea el modelo de la Comunidad Terapéutica abocada a dicho tratamiento.

Los diferentes autores consultados, a pesar de sus diferencias en cuanto a nacionalidad, marcos teóricos y metodológicos, coinciden en ubicar la mayor frecuencia de recaídas dentro de dichas etapas.

La fase de reinserción social es una fase delicada y difícil de mantener (Santo Domingo, J., 1987). El mayor problema es lograr actitudes convenientes en el entorno que rodea a la persona, ya que el rechazo social es factor de recaída. Lo que se obtiene es mejoría y remisión transitoria. Idea similar sostiene Ortiz Frágola (2000) cuando habla de que la abstinencia no se logra ni mantiene fácilmente.

La mayoría de los datos disponibles (Nahas, 1992) indican que la rehabilitación, sea cual sea el método utilizado, no sobrevive al 50% de los casos y la persona permanecerá vulnerable a la tentación de la droga. Beck (1999) habla de que dos tercios de la población tratada recae en un período entre tres semanas y 90 días.

Creemos, como Elena Goti (2000), que es un momento de encuentro con la realidad, una realidad difícil. En un momento como el actual, signado por una profunda crisis económica y social, no es claro para nadie vislumbrar metas y proyectos de futuro esperanzadores que permitan una óptima inserción social. Las sensaciones ligadas a la droga una vez que la droga desaparece, dejan un lugar vacío que a falta de otras opciones suele ser llenado por el aburrimiento. “El aburrimiento y el alcohol son los dos enemigos principales de la etapa de reinserción y la vía regia para las recaídas” (Goti, 2000, 102).

González Regadas (2001) agrega que la persona tiene que sentirse muy afirmada y consolidada en los logros que ha tenido, ya que la etapa de separación del centro de tratamiento conlleva la elaboración de un duelo, en la que se dan tendencias a buscar momentos de refusión, ya sea con el objeto arcaico, o con la Comunidad Terapéutica, evitando o postergando así la salida.

La recaída es por tanto un hecho esperable. Depende no solo del individuo sino de todo un sistema, ya que lo que haga uno puede afectar lo que hagan los otros. Las crisis económicas, el desempleo, la fragmentación social, la desintegración familiar, la exclusión social, son indicadores de riesgo para el consumo de sustancias (Forselledo, 1999) favoreciendo la búsqueda de evadirse y rebelarse de un mundo en el que escasean las oportunidades de desarrollo.

De manera que recaídas y reinserción social, parecen conformar una dupla en la cual el contexto actual puede ser una de las dificultades para el logro de ese objetivo. No debemos olvidar que nos encontramos en una sociedad con un modelo consumista predominante, donde se valora la búsqueda de lo inmediato, el hedonismo, la regla de pasarla bien y el éxito. Donde la necesidad de la gratificación inmediata empantana sentidos y valores que orienten hacia nuevos proyectos de futuro.

Considerando estos puntos de vista, la recaída no puede ser leída como un fracaso solamente individual, familiar o de la institución tratante. Una recaída se inscribe en el proceso de un sistema.

Por otra parte en la órbita familiar también habrá que adaptarse a la inserción, inserción de un individuo que durante un tiempo contó con una familia sustituta como lo son las

Comunidades Terapéuticas, los grupos de apoyo, los pares con problemáticas similares. Una vez en la familia, será ésta quien tiene que asumir en esta etapa, el control y apoyo a la persona identificada como portadora del problema. Manejo de dinero, salidas, amigos, trabajo, estudio, fantasmas del pasado, miedos por el presente, conforman un nuevo equilibrio familiar no fácil de conseguir.

Es frecuente observar a medida que la persona, ex adicta, se vuelve “normal”, autosuficiente, estudiando o trabajando, con nuevas amistades y proyectos, que la familia se vuelva inestable; una recaída llevaría a la homeostasis del sistema familiar. Es probable en ese sentido que la conducta del ex adicto forme parte de un proceso cíclico de crisis y resolución relacionado con la familia de origen. La recaída sirve para desviar conflictos parentales que no se han resuelto hasta el momento (Stanton, 1997).

Similar concepto aporta Yaría (1988) cuando plantea el concepto de adicción como estabilizador del sistema familiar, donde el síntoma, por ejemplo en este caso una recaída, es la única forma que tiene la familia de reunirse.

Es por esto muy importante la continuidad y seguimiento del tratamiento familiar, a lo largo de todas las etapas del proceso de rehabilitación; una recaída puede estar denunciando aspectos no resueltos.

La reinserción en el sistema familiar y en el social, implica moverse en libertad, a expensas del control interno. Ante las dificultades habrá que salir a buscar ayuda, situación que antes era mediatizada por las sustancias. Se impone entonces el desafío de recrear activamente las redes sociales como forma de constituir medidas de protección ante los riesgos.

La prevención de recaídas, como modelo de aprendizaje.

La prevención de recaídas dentro del tratamiento de adictos tiene entre sus precursores a autores que adhieren a una metodología de tipo conductual o de terapia racional-emotiva (Ellis, A. et al., 1992; Beck, A., Wright F. et al., 1999). La recaída es vista como un proceso que se puede detectar y por lo tanto prevenir.

Basados en que la adicción es algo aprendido, sostienen que también se puede hacer algo por evitarla. De esta forma la recaída es vista como prueba, no como fracaso, como una oportunidad educativa en la cual algunos cambios quizás aún no se han realizado.

Estos autores siguiendo además las ideas de Marlatt y Washton, sostienen que entre la abstinencia y la recaída hay una zona de transición, donde se van dando hechos, se van tomando decisiones que pueden o no llevar a una recaída con sustancias. Señalan que suelen verse otros comportamientos adictivos, como juego compulsivo, actividades

sexuales de riesgo, trastornos alimenticios, adicción al trabajo, la televisión y otros, que siguen el mismo patrón que tenía el sujeto con las sustancias.

Tanto Ellis (1992) como Beck (1999) sostienen que el abuso de sustancias es el resultado de múltiples decisiones que empujan a una persona a enfrentarse a situaciones de riesgo. Comprueban que cuando la persona está ante un estímulo activador del deseo de consumo, como determinado estado de ánimo, lugar, persona, objeto, y ante la privación impuesta por la abstinencia, comienzan a tener pensamientos asociados con mitos o creencias irracionales. Por ejemplo pueden pensar “la vida sin drogas es aburrida”, “no puedo funcionar sin drogas”. A partir de estas ideas se origina un fuerte malestar, baja la tolerancia a la frustración, poniéndose en riesgo de consumo. Anteriormente dicho malestar era colmado por las drogas. Estas creencias o mitos actúan a modo de justificación y permiso para consumir.

Si la persona cede ante el deseo y consume, lo cual en un primer momento puede considerarse un “desliz”, aparecerán dos tipos de respuestas: por un lado culpa y desmoralización, justificándose a sí mismos que no vale la pena luchar, que en definitiva es un fracasado. Se da un pensamiento de tipo dicotómico, todo o nada, o abstemio o “drogo”. En el polo opuesto suelen sentir que todo lo pueden controlar, “no va pasar nada”, “nadie se dará cuenta”, “lo tengo bajo control”. Cuando el control se debilita aparecen sentimientos de indefensión y desesperanza: “no puedo controlar el impulso”, “no seré capaz de salir de esto”.

Tanto la sensación exagerada o pobre de autocontrol, es decir la percepción del control sobre un acto, como la sensación de baja o demasiado alta auto eficacia, es decir la percepción que tiene acerca de si será capaz o no de superar una situación, son situaciones que ponen a la persona en alto riesgo de consumo, para que ante nuevos estímulos ambientales, individuales o familiares se produzca una recaída total caracterizada por una crisis en la motivación para el cambio.

La *Prevención de Recaídas* consiste en brindar las herramientas para que aquella persona que ha dejado de consumir durante cierto tiempo, sepa reconocer cuáles son las creencias, mitos, síntomas y signos individuales, familiares y contextuales que pueden llevarlo a reiniciar su consumo. De esta manera se puede actuar antes de que se produzca una recaída para evitarla o, en su defecto, después de la misma para aprender de ella y evitar futuras recaídas.

Los signos individuales y familiares del proceso de una recaída

En general los hechos más frecuentes que le han ocurrido a personas que han recaído, o que han comenzado el proceso y terminaron sin recaer por una intervención temprana de sí mismos, su familia o sus terapeutas, son los siguientes (Bernardo, 1999):

A nivel individual:

- **Cierta disfunción interna.** Signos: dificultad en pensar claramente, en manejar sentimientos y pensamientos, en soportar el stress, dificultades para dormir, dificultades en la coordinación motriz (pequeños accidentes), sentimientos de culpa, cierto desorden en su aspecto personal o sus pertenencias.
- **Retorno de la negación.** Signos: no logra conversar honestamente sobre lo que le pasa, niega que está preocupado. Tiene pocas ganas de hablar de problemas o preocupaciones.
- **Comportamiento defensivo.** Signos: evita ver el dolor que vive. Cree que ya “está todo bien”, omnipotencia, se preocupa más con los otros que consigo mismo, “devuelve” confrontaciones, tendencia a estar solo, se torna indiferente ante actividades de autoayuda.
- **Empieza la crisis.** Signos: se agrava lo anterior. Empieza a perder la visión realista de las cosas, por lo que ciertos planes que tenía empiezan a fracasar. Deprimido. Rompe con rutinas saludables y actividades productivas.
- **Inmovilización.** Signos: cree que no tiene el control de su vida, cree que nada puede ser resuelto, con un deseo inmaduro de ser feliz, soluciones mágicas.
- **Confusión y reacción exagerada.** Signos: está irritado. Ciertos rasgos de impulsividad.
- **Depresión.** Signos: hábitos irregulares en alimentación, no tiene ganas de hacer nada, duerme mal, va perdiendo la estructura diaria: desorden, horarios, actividades.
- **Pérdida del control del comportamiento.** Signos: no puede regular su rutina diaria, participa irregularmente en el tratamiento, “no me importa nada”, rechazo total de ayuda, insatisfacción con la vida, sentimientos de insatisfacción e impotencia.
- **Reconocimiento de la pérdida del control sobre sus actos.** Signos: se da lástima de sí mismo, piensa que puede beber socialmente, mentiras más concientes, pierde la auto-confianza.
- **Reducción de opciones.** Signos: está preso en el dolor y en la incapacidad de lidiar con la vida, resentimientos sin motivo, deja los tratamientos, pierde control del comportamiento.
- **Vuelta al colapso físico y emocional.** Signos: comienza a usar drogas “controladamente”, vergüenza y culpa, pérdida de control, problemas con la vida y la salud.

A nivel familiar es posible observar:

- Comunicación sobre-protectora, es decir, atribuir sentimientos sin preguntar. Dificultad para plantear pautas claras y precisas, dejar de hacer cosas que antes hacían porque ven pequeños avances.
- En los primeros meses, no avisar a los terapeutas sobre factores de riesgo, no escuchar sugerencias de otros padres o terapeutas, no asumir como importantes situaciones de crisis del ex-adicto, creer que no pasa nada si “solo fuma marihuana” o toma alcohol.

- No escuchar las reales necesidades, creer que todo es manipulación, ponerlo en situación de culpable de problemas de los que no lo es.
- Rigidez frente a errores.
- Si es adolescente, pretender que sea un adulto después del tratamiento, perder espacios de comunicación, retomar demostraciones de afecto impropias para la edad, no expresar los propios sentimientos, “luna de miel”: creer que ya no hay más problemas.

Serían signos de protección a nivel familiar e individual:

Hablar sobre permisos de salida, sostener el no, crecer junto a los hijos o pareja, generar clima de confianza para que no oculte la recaída, ya que es una oportunidad para aprender. Tener en cuenta que hablar sobre la recaída no es fomentarla, sin que llegue a ser una obsesión, lo cual llevaría a una “profecía auto-cumplida”.

Sentimientos y actitudes que se dan después de una recaída:

Estos sentimientos serán más intensos cuanto más motivación tenía la persona para el cambio. Por parte de familiares y allegados: rabia, culpa paralizante, miedo a hablar o actuar sobre el tema, frustración “para qué hicimos tanto esfuerzo...”, ganas de dejar de ayudarlo, no reconocer errores propios, el aporte propio que preparó el terreno de esa recaída, atribuir toda la culpa al que recae lo que puede o no ser cierto, en el caso de que haya una responsabilidad compartida.

La prevención de recaídas inserta en una estrategia preventiva comunitaria.

Entendemos la prevención y la promoción de salud como abordajes capaces de desarrollar potencialidades en un colectivo, individuo, grupo o familia, que oficie de marco, o red de sostén, para poder hacer frente y proveer de instrumentos que desafíen al consumo de drogas.

Caplan (1985) habla de tres niveles de prevención, siendo la prevención terciaria el último nivel, el que requiere de mayor especificidad y donde el consumo ya está instalado. En este sentido la prevención terciaria sirve para detener o remediar las consecuencias, evitando recaídas o mayor deterioro psico-físico.

La Prevención de Recaídas quedaría por lo tanto inserta en este nivel de prevención, pero no puede quedar aislada, sino que debe articularse en programas más amplios.

Según la opinión internacional (NIDA, s/f), los programas de prevención deben diseñarse para realzar los factores de protección, aquellos que reducen la posibilidad de que se usen drogas, y dar marcha atrás o reducir los factores de riesgo, que aumentan la posibilidad de uso. Asimismo los programas de prevención deben incluir el desarrollo de aptitudes generales para la vida y técnicas para resistir las drogas cuando sean

ofrecidas, reforzando la actitud y los compromisos personales contra el uso de drogas, aumentando la habilidad social, relaciones con los pares, eficacia personal y confianza en sí mismos.

La planificación de una actividad preventiva implica una estrategia que debe tener una definición del programa, en este caso reducir la recaída. Debe dirigirse a una población específica: ex consumidores, sus familias y grupos de pertenencia. Debe acotarse a un contexto social, en este caso de riesgo. Para culminar deberá ajustar sus objetivos y realizar una evaluación y seguimiento de la información.

Una estrategia preventiva comunitaria apunta a fomentar las capacidades y potenciar el saber de un colectivo, ayudando a que reconozcan sus propios conceptos y preconcepciones frente al tema y, más específicamente, que puedan descubrir elementos de la problemática en ellos mismos. Pretende apoyar técnicamente y brindar información, ofreciendo herramientas para que paulatinamente dicho colectivo sea capaz de desarrollar capacidades que ayuden a hacer frente a una realidad que, aunque compleja, es posible enfrentar. Se persigue un objetivo educativo, para que quienes participen puedan accionar como agentes comunitarios activos, consolidando una red de sostén y apoyo permanente.

Tomando en cuenta lo anterior creemos que es posible trabajar la prevención de recaídas orientada a la promoción de salud, si se cumple con el objetivo de preparar, educar a la persona y su entorno, familiares, amigos, redes cercanas o grupos de pertenencia. Estaría dentro de sus objetivos ayudar a identificar y poner en palabras los sentimientos, conocerse mejor a sí mismos y a los demás, conocer los estímulos tanto interiores como exteriores que puedan aumentar el riesgo de volver al consumo. Conocer fortalezas y limitaciones de manera de reducir la exposición a situaciones de riesgo, sabiendo evitarlas y creando nuevas estrategias para enfrentar los problemas.

Esto se llevaría a cabo mediante:

- 1) Conocer y reconocer los síntomas previos, actitudes, conductas, estímulos problema, formas de comunicación y mensajes propios que pueden favorecer el consumo de sustancias de uno mismo o su persona querida. Ayudar a identificar las señales de alarma y situaciones de riesgo.
- 2) Actuar en consecuencia de ese conocimiento desarrollando estrategias de afrontamiento, contrastando los viejos modelos con los nuevos.
- 3) Descubrir los mitos o creencias que sustenta la persona, su familia o su entorno, como por ejemplo: “el alcohol no es problema”, “cambiar es difícil”, “sin drogas no puedo relacionarme”, “para formar parte de un grupo hay que tomar”, “cambiar es imposible”, “las drogas no son un problema para mí”, “solo me comprenden los que han consumido”.
- 4) Identificar pensamientos permisivos, presentes en el individuo o sus grupos de pertenencia: “puedo tomar una vez”, “nadie lo sabrá”, “lo tendré controlado”.

Estas pautas, creatividad y planificación mediante, pueden servir de referencia para articular desde allí modelos participativos que incluyan dramatizaciones, “*rol playing*”, juegos y planificación de actividades productivas ligadas al tiempo libre.

Siempre que se tenga presente que se trata de un “como si”, y que no significa dar permiso a salir a investigar por cuenta propia, pueden intentarse también ensayos de recaídas y evocación de situaciones problema.

Si volvemos sobre la idea planteada en un comienzo, de que las recaídas forman parte de un proceso, y que fundamentalmente se dan en la etapa de reinserción del sujeto a la familia y medio social, cobran importancia las acciones tendientes al fortalecimiento de las redes sociales colectivas.

Para el cumplimiento de un objetivo preventivo desde la promoción de salud, la Prevención de Recaídas debe articularse sobre programas de prevención, debidamente planificados. No basta con charlas puntuales, o actividades aisladas. Deben estar integradas y volcadas hacia las redes sociales, constituyendo una forma de sensibilización y educación. Al respecto Goti (2000) opina que las posibilidades de recaída son inversamente proporcionales a la educación que la persona pudo lograr. A mayor educación, menos recaídas. La educación contribuye a que se tenga mayor confianza en sí mismo y más posibilidades futuras de lograr una ubicación digna en la sociedad.

El desafío parecería estar entonces en articular este tipo de actividades con el entramado social. Esto implicaría por parte de los terapeutas y sus instituciones de pertenencia, un esfuerzo por salir hacia el afuera, participando de manera real y efectiva con la familia y la comunidad. Evidentemente para ello no solo es necesario buenas intenciones, sino, lo más difícil, lograr el compromiso de toda la sociedad para que ello sea posible. Los programas de prevención orientados hacia el colectivo social podrían ser una forma de lograrlo.

Un ejemplo de Prevención de Recaídas en una Comunidad Terapéutica de Montevideo.

En Uruguay, existen distintas experiencias de actividades de Prevención de Recaídas. Durante el mes de diciembre del 2000, se realizaron en **Comunidad Rafael**¹ talleres de *Prevención de Recaídas* (coordinados por la Lic. Soledad Olave), con los miembros residentes y sus familiares.

La primera actividad consistió en un taller con los padres, en el mismo horario que la reunión de padres habitual, donde se leyó material sobre recaídas. Cada grupo familiar

¹ **Comunidad Rafael** funcionó como Comunidad Terapéutica para personas con problemáticas adictivas, entre los años 1993 y 2001, siendo socia fundadora de la Federación Uruguaya de Comunidades Terapéuticas.

completó una pregunta sobre cuáles factores de riesgo pueden detectar. A continuación se puso en común lo elaborado.

A los residentes, previo al taller se les reparte material de lectura sobre el tema. Una vez en taller, se recogió la experiencia de algunos integrantes del grupo que habían estado en situaciones de riesgo, se discutieron los conceptos centrales del material. Se utilizaron además dos técnicas grupales. La primera consistió en que cada uno dijera qué lo motivaba a dejar la droga. Los principales argumentos mencionados fueron: para recuperar a la familia, porque la familia se estaba destruyendo, porque la droga y su ambiente los perjudicó, por problemas de salud que trajo el consumo de drogas.

La otra técnica consistió en que cada uno realizara un cuento sobre una persona que había recaído. En el plenario, cada uno leyó su cuento y respondió a preguntas: “¿Qué tiene que ver esta situación del cuento conmigo?”, “¿Cómo debería haber actuado el personaje del cuento para no recaer?” Estas preguntas eran contestadas por el autor del cuento pero también los demás realizaban comentarios.

La última actividad fue un encuentro entre todos los familiares que quisieran participar y también algún amigo, junto con los residentes en la comunidad. Se comparte previamente las conclusiones de las actividades anteriores. Luego se les dio la consigna de trabajo que consistió en reunirse por grupo familiar y realizar dos columnas, una con factores de riesgo y otra con factores de protección, explicando ambos conceptos. Estos factores debían abarcar situaciones personales, familiares, ambientales y otras.

La siguiente es una síntesis del trabajo realizado por los residentes de Comunidad Rafael y sus familias.

Factores que aumentarían el riesgo de recaída:

- falta de comunicación.
- estar incluido en “cosas” que no le corresponden (se refiere a hacerse cargo de tareas que corresponden a otros miembros de la familia).
- estar en lugares o juntarse con gente donde se consume alcohol y drogas, esquina, boliches.
- tener alcohol en la casa, tomar alcohol.
- si se comienza a recaer, no hacer nada al respecto.
- discutir con familiares.
- participar de la empresa familiar.
- no ver a un familiar querido.
- pensar en la independencia y saber que no se tiene los medios y el dinero.
- el barrio.
- amistades anteriores, personas conocidas que pueden acercarse con malas intenciones.
- estar solo, estar deprimido.
- problemas de pareja, problemas de familia, discrepancias familiares.

- un familiar que no sepa abordar el tema.
- sobreprotección.
- tener baja la autoestima.
- al trasladarse de un lugar a otro, elegir pasar por lugares de riesgo.
- pensar que ya está todo bien antes de tiempo.
- dificultades de integrarse a un nuevo grupo de pares.
- actitudes que se tenían antes, tentación, ganas de consumir.
- dejar que la mente “vuele” en recuerdos que bajoneen, dejarse llevar.
- despreocuparse de uno mismo.
- engañarse, engañar, mentir.
- empezar a bajar los controles y tolerar excepciones a las normas de prevención de recaídas antes de tiempo, por pensar que ya está todo bien.
- falta de confianza.
- que el adicto en recuperación se crea el responsable de todos los problemas.
- frustraciones, bronca, falta de seguridad.
- no tener límites.

Factores que servirían como protección para prevenir una recaída:

- poder decir lo que se piensa, saber que hay gente que nos pueda escuchar.
- si se va a ir a lugares donde puede haber alcohol, avisar que no puede haber.
- sacar el alcohol de la casa.
- evitar juntarse con gente y en lugares donde se consume alcohol en forma abusiva y drogas.
- si las actitudes de la persona empiezan a recaer, hablarlo bien y buscar ayuda.
- si la persona está pensando en drogas, en recuerdos de consumo, hablarlo y buscar ayuda, y si es necesario buscar más compañía en las salidas, o estar siempre acompañado durante las mismas.
- mudarse del barrio.
- tener responsabilidades.
- apoyo de personas queridas.
- la comunidad (se refiere a la comunidad terapéutica).
- voluntad y ganas de dejar la adicción a las drogas.
- frente a un ofrecimiento de drogas o a una situación de cercanía a las mismas, irse.
- fluida comunicación familiar.
- aceptar las normas para las salidas y plantear las dudas.
- tener “bien aceiteada” la red de apoyo, relacionarse con nuevas personas que no consuman.
- saber aceptar las reacciones de los demás.
- respeto mutuo, no tratar mal a otra persona, no transar, no robar.
- pedir ayuda.
- fijarse límites.
- deporte, juegos en grupos, no tener tiempos de ocio, tener un hobby, organizarse alternativas.

- compartir encuentros sociales, disfrutar las fiestas.
- sentirse orgulloso de los logros aún frente a reiteraciones negativas.
- tener objetivos claros y metas cercanas, organizarse, ideas buenas.
- relacionarse con los compañeros del proceso y con los que ya terminaron.
- tener presente la experiencia de vida, no dejar tu vida, vivir.
- tener fe en uno mismo, ser perseverante.
- confrontar las cosas que no te gustan, encarar, no callar.
- no pensar en uno mismo, ayudando o viendo las necesidades del otro.
- saber diferenciar lo malo de lo bueno.
- no despreocuparse de uno mismo.
- prestar atención a lo que uno pone empeño.
- saber escuchar, saber hacerse escuchar.
- buscar la esencia de uno mismo.
- saber querer, enseñar, saber transmitir valores.
- ser servicial, ser honesto, no delegar en el otro.
- verdad, sinceridad, hablar las cosas con claridad.

Esta síntesis más allá de ser un ejemplo, nos invita a retomar algunos de sus puntos. En primer lugar la importancia que le otorgan las familias y los residentes al papel que juegan los valores y la comunicación intrafamiliar e interpersonal, en el proceso de rehabilitación. Por otra parte la necesidad de contar con apoyo externo para manejar las situaciones difíciles. Destacan también tanto al hablar de riesgos como de protección, el peso del entorno social y las actividades ha realizar en él. Cobran importancia las actividades productivas en los momentos de ocio y tiempo libre.

Al decir de Ortiz de Frágola (2000) para el logro de una continuidad terapéutica, es necesaria una red que permita ofrecer constantemente al adicto un lugar y una persona con la que pueda crearse un vínculo estable, con un marco de contención donde pueda sentir seguridad.

Creemos que una óptima reinserción social, juega un papel preponderante a la hora de prevenir recaídas, actuando como factor de protección. Protección que no sería posible sin la articulación y fortalecimiento de las redes sociales que rodean al sujeto y su familia. En este sentido las acciones sobre amigos, grupos de pares positivos, instituciones educativas, sociales, culturales, recreativas juegan un papel preponderante.

Entendemos que este compromiso es posible si el entramado social se encuentra sensibilizado e informado de que la problemática de las adicciones desde su prevención hasta el tratamiento, involucra a un individuo, su familia y su entorno micro y macro-social, es decir que es ante todo, ***un proceso colectivo***.

Bibliografía consultada:

Beck A. Wright F. et al.: *Terapia cognitiva de las drogodependencias*, Paidós, Buenos Aires, 1999.

Bernardo, María Heloísa: *Como abordar as recaídas ou recaídas no consumo de Substancias Psicoactivas*, VII Conferencia Latinoamericana de Comunidades Terapéuticas, Viña del Mar, Chile, marzo 1999.

Caplan G.: *Principios de psiquiatría preventiva*, Paidós, Buenos Aires., 1985.

Dragotto Pablo, Suárez Alejandra: *Prevención de Recaídas. Su implementación en el tratamiento de adolescentes por abuso de sustancias*. Programa Cambio. VII Conferencia Latinoamericana de Comunidades Terapéuticas, Viña del Mar, Chile, marzo 1999.

Ellis, Albert et al.: *Terapia racional emotiva con alcohólicos y toxicómanos*, Desclée de Brouwer, Bilbao, 1966.

Forselledo, G. y cols.: *Manual regional de educación preventiva participativa para jóvenes y padres*, Instituto Interamericano del Niño, Montevideo, 1999.

González Regadas, E. M.: *Comunidad Terapéutica y trastornos duales*, Psicolibros, Montevideo, 2001.

Goti Elena: *La comunidad Terapéutica. Un desafío a la droga*, 3ª ed., Nueva Visión, Buenos Aires, 2000, p.102.

Nahas, G. et al.: *Manual de toxicomanías*, Masson, España, 1992, pp. 33 y 104.

NIDA: *Enseñanzas de Investigaciones sobre la Prevención*, en *Boletín Foro Alcoholismo y otras Farmacodependencias*, INN-OEA, año 13, n.37, segunda época, Montevideo, dic. 2001, p18.

Ortiz Frágola, A.: *El Médico y el Psicólogo ante el paciente adicto: la evolución y el tratamiento*, en Mussacchio de Zan A. y colabs.: *Drogadicción*, 2ª ed., Paidós, Buenos Aires, 2000.

Rshaid, José María: *La recaída un punto esencial en el tratamiento del drogodependiente*, VII Conferencia Latinoamericana de Comunidades Terapéuticas, Viña del Mar, Chile, marzo de 1999.

Santo Domingo, Joaquín: *Centros y métodos de Terapia. Aspectos Teóricos: métodos, situación, tendencias*, en Arana J. Jiménez J. Villarejo y colabs.: *Droga y Familia*, colección Matrimonio y Familia, Madrid, 1987.

Scafati, Hugo: *Dispositivo inespecífico de prevención. Monitoreo y abordaje de la recaída post-tratamiento*, Comunidad Terapéutica Aser, VII Conferencia Latinoamericana de Comunidades Terapéuticas, Viña del Mar, Chile, marzo 1999.

Stanton, M.D. y Tood, T. et al.: *Terapia familiar del abuso y adicción a las drogas*, 3ª edición, Gedisa, Barcelona, 1997.

Yarúa, J.A.: *Los adictos las Comunidades terapéuticas y sus "familias"*, Trieb, Buenos Aires, 1988.