CAPÍTULO VI

Dra. C. Julia Lizeth Villarreal Mata

Universidad Autónoma de Nuevo León, México

https://orcid.org/0000-0002-8829-0537; lizethvillarrealmata@gmail.com

Dr. med. Gerardo Enrique Muñoz Maldonado

Universidad Autónoma de Nuevo León, México

https://orcid.org/0000-0002-8937-7909; gerardo.munozm@uanl.mx

Dra. María Magdalena Alonso Castillo

Universidad Autónoma de Nuevo León, México

https://orcid.org/0000-0002-7197-8116; maria.alonsocs@uanl.edu.mx

Citar como: Villarreal Mata, J. L., Muñoz Maldonado, G. E., & Alonso Castillo, M. M. (Eds.). (2026). Prevención de Recaídas. In (Ed.), *Craving en la adicción al alcohol y drogas: fundamentos neurobiológicos, estrategias terapéuticas y perspectivas de innovación* (pp. 159–191). Editorial PLAGCIS. https://doi.org/10.69821/PLAGCIS.54.c90

Recibido: 20 Enero 2026 | Aceptado: 10 Abril 2026 | Publicado: 05 Mayo 2026

Prevención de Recaídas

La recaída constituye uno de los fenómenos más prevalentes, complejos y clínicamente significativos en el tratamiento de los trastornos por uso de sustancias (TUS). Lejos de representar un evento discreto o un simple "fracaso" del tratamiento, la recaída se conceptualiza actualmente como un proceso dinámico que se desarrolla a lo largo del tiempo, frecuentemente precedido por una cascada de factores de riesgo, señales de advertencia y estados precursores identificables y, por tanto, potencialmente modificables (Witkiewitz & Marlatt, 2004). Esta reconceptualización tiene profundas implicaciones clínicas: si la recaída es un proceso y no un evento, entonces existe la posibilidad de intervención en múltiples puntos a lo largo de ese proceso, transformando la prevención de recaídas de una esperanza pasiva a una empresa activa y sistemática.

Las tasas de recaída en los TUS son notoriamente elevadas. Estudios de seguimiento han documentado que aproximadamente el 40-60% de los individuos que completan tratamiento para adicciones experimentan al menos un episodio de recaída durante el primer año posterior al tratamiento, con las tasas más altas concentradas en los primeros 90 días (Hunt et al., 1971; Sinha, 2011). Estas cifras, aunque pueden parecer desalentadoras, son comparables a las tasas de recurrencia observadas en otras condiciones crónicas como la diabetes, la hipertensión y el asma, reforzando la conceptualización de la adicción como una enfermedad crónica que requiere manejo continuo más que "cura" definitiva (McLellan et al., 2000).

El presente capítulo examina comprehensivamente las estrategias para la prevención de recaídas, organizadas en tres dimensiones interrelacionadas: (1) la identificación sistemática de factores de riesgo y el desarrollo de planes de prevención personalizados, incluyendo la detección temprana del *craving*

y las señales de advertencia; (2) el manejo de situaciones de alto riesgo mediante técnicas de afrontamiento ante desencadenantes internos y externos, autorregulación emocional y fortalecimiento del autocuidado; y (3) el soporte continuo y el seguimiento a largo plazo, incluyendo el rol del acompañamiento terapéutico, los grupos de apoyo, y la reconceptualización de la recaída como oportunidad de aprendizaje. Para cada componente, se presentan los fundamentos teóricos, las estrategias específicas basadas en evidencia, y las consideraciones para su implementación clínica.

6.1. Estrategias para la Prevención de Recaídas

6.1.1 El Modelo Cognitivo-Conductual de Prevención de Recaídas

6.1.1.1 Fundamentos Teóricos del Modelo de Marlatt

El modelo de prevención de recaídas (PR) de G. Alan Marlatt, desarrollado originalmente en la década de 1980 y refinado posteriormente, representa el marco teórico más influyente y empíricamente investigado para comprender y prevenir la recaída en adicciones (Marlatt & Gordon, 1985; Marlatt & Donovan, 2005). El modelo integra principios del aprendizaje social, la psicología cognitiva y la teoría de la autoeficacia de Bandura para explicar cómo las personas en recuperación navegan las situaciones de alto riesgo y por qué algunas logran mantener la abstinencia mientras otras recaen.

El modelo postula que el mantenimiento de la abstinencia depende de la interacción dinámica entre tres componentes principales: (1) las situaciones de alto riesgo que el individuo encuentra, (2) las habilidades de afrontamiento disponibles para manejar esas situaciones sin recurrir al consumo, y (3) las expectativas de autoeficacia del individuo respecto a su capacidad para afrontar exitosamente. Cuando una persona en recuperación enfrenta una situación de alto riesgo y dispone de respuestas de afrontamiento efectivas que implementa exitosamente, experimenta un

incremento en su autoeficacia y una disminución de la probabilidad de recaída. Conversamente, si carece de respuestas de afrontamiento o no logra implementarlas efectivamente, experimenta una disminución de la autoeficacia que, combinada con expectativas positivas sobre los efectos de la sustancia, incrementa significativamente la probabilidad de consumo.

Un concepto central del modelo es el "efecto de violación de la abstinencia" (AVE, *Abstinence Violation Effect*), que describe la reacción cognitivo-emocional que frecuentemente sigue a un lapso inicial (un episodio de consumo tras un período de abstinencia). El AVE involucra dos componentes: (a) disonancia cognitiva entre la autoimagen de "persona abstinente" y la conducta de consumo, generando malestar emocional, y (b) atribuciones causales sobre el lapso. Si el individuo atribuye el lapso a factores internos, estables y globales ("soy un adicto sin remedio", "no tengo fuerza de voluntad"), es más probable que el lapso escale a una recaída completa. Si atribuye el lapso a factores externos, inestables y específicos ("fue una situación particularmente difícil", "no había practicado suficiente esta habilidad"), es más probable que pueda contener el lapso y retornar a la abstinencia.

6.1.1.2 Revisión y Actualización del Modelo: El Modelo Dinámico

Las investigaciones posteriores al modelo original de Marlatt llevaron a Witkiewitz y Marlatt (2004) a proponer un modelo dinámico de recaída que integra factores distales (antecedentes de largo plazo), factores proximales (precipitantes inmediatos), y procesos de retroalimentación que operan a lo largo del tiempo. Este modelo reconoce que la recaída no es simplemente el resultado de una situación de alto riesgo mal manejada, sino el producto de una compleja interacción de factores que se acumulan y potencian mutuamente.

Los factores distales incluyen: historia familiar de adicción, severidad y duración del trastorno, presencia de comorbilidades psiquiátricas, trauma

y adversidad temprana, capital de recuperación (recursos sociales, personales y comunitarios), y motivación y compromiso con la abstinencia. Estos factores establecen el "terreno" sobre el cual operan los precipitantes más inmediatos. Los factores proximales incluyen: estados afectivos (particularmente afecto negativo), *craving*, exposición a claves condicionadas, situaciones interpersonales conflictivas, presión social para consumir, y estados fisiológicos como fatiga, hambre o dolor.

El modelo dinámico enfatiza los procesos de retroalimentación: un lapso puede incrementar el *craving*, deteriorar el estado afectivo, y disminuir la autoeficacia, creando condiciones que favorecen lapsos adicionales en una cascada que puede escalar rápidamente a recaída completa. Comprender estos procesos de retroalimentación tiene implicaciones para la intervención temprana: incluso después de un lapso, intervenciones que interrumpan estos ciclos de retroalimentación pueden prevenir la progresión a recaída completa.

6.1.2 Identificación de Factores de Riesgo

6.1.2.1 Factores de Riesgo Personales

Los factores de riesgo personales para la recaída abarcan características biológicas, psicológicas y conductuales del individuo que incrementan su vulnerabilidad. La neurobiología de la adicción establece que el uso crónico de sustancias produce cambios duraderos en los sistemas cerebrales de recompensa, estrés y control ejecutivo que persisten durante meses o años después de la cesación del consumo, manteniendo elevada la vulnerabilidad a la recaída (Volkow et al., 2016). Estos cambios incluyen: hipofunción del sistema dopaminérgico mesolímbico que reduce la capacidad de experimentar placer con recompensas naturales, hiperactividad de los sistemas de estrés (eje HPA, sistema CRF extrahipotalámico), y compromiso de la corteza prefrontal que disminuye la capacidad de control inhibitorio.

Las comorbilidades psiquiátricas representan factores de riesgo significativos. Los trastornos del estado de ánimo (depresión mayor, trastorno bipolar), los trastornos de ansiedad (trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico, trastorno de estrés postraumático), y los trastornos de personalidad (particularmente trastorno límite y trastorno antisocial) se asocian con tasas elevadas de recaída cuando no son adecuadamente tratados (Bradizza et al., 2006). El modelo de automedicación sugiere que los individuos pueden utilizar sustancias para aliviar síntomas psiquiátricos, y la persistencia de estos síntomas tras la cesación del consumo motiva el retorno al uso.

Los déficits en habilidades de afrontamiento constituyen otro factor de riesgo personal crítico. Muchos individuos con TUS han desarrollado el uso de sustancias como su estrategia primaria de afrontamiento ante el estrés, las emociones difíciles y los problemas interpersonales. En ausencia de habilidades alternativas, las situaciones estresantes generan un vacío de recursos que la sustancia previamente llenaba, incrementando la probabilidad de recaída (Monti et al., 2002). La evaluación de las habilidades de afrontamiento del individuo y el entrenamiento en habilidades deficientes constituyen componentes centrales de la prevención de recaídas.

6.1.2.2 Factores de Riesgo Sociales y Ambientales

El ambiente social y físico en el que el individuo vive, trabaja y socializa ejerce una influencia profunda sobre el riesgo de recaída. La exposición a claves condicionadas (personas, lugares, objetos, horarios y situaciones que han sido repetidamente asociados con el uso de sustancias) activa respuestas condicionadas de *craving* que pueden precipitar la recaída incluso después de períodos prolongados de abstinencia (Conklin & Tiffany, 2002). La ubicuidad de estas claves en el ambiente habitual del individuo explica parcialmente por qué las tasas de recaída son particularmente

elevadas en las semanas posteriores al egreso de tratamiento residencial, cuando el individuo retorna a su ambiente habitual.

Las relaciones interpersonales pueden constituir tanto factores de riesgo como de protección. Las relaciones con personas que continúan usando sustancias, que presionan para consumir, o que modelan actitudes permisivas hacia el uso representan factores de riesgo significativos. El conflicto interpersonal, particularmente en relaciones íntimas, ha sido identificado como uno de los precipitantes más comunes de la recaída en múltiples estudios (Cummings et al., 1980). Conversamente, las relaciones de apoyo con personas que refuerzan la abstinencia, que modelan conductas saludables, y que proporcionan apoyo emocional y práctico constituyen factores protectores críticos.

Factores socioeconómicos como el desempleo, la inestabilidad de vivienda, la pobreza y la falta de acceso a servicios de salud incrementan el riesgo de recaída tanto directamente (generando estrés crónico) como indirectamente (limitando el acceso a tratamiento y apoyo). La investigación sobre "capital de recuperación" ha documentado que los recursos sociales, físicos, humanos y culturales disponibles para el individuo predicen significativamente los resultados de recuperación a largo plazo (White & Cloud, 2008).

6.1.2.3 Factores de Riesgo Emocionales

Los estados emocionales negativos representan la categoría más frecuentemente reportada de precipitantes de recaída. En el estudio clásico de Marlatt y Gordon (1980) sobre determinantes de la recaída, los estados emocionales negativos (ira, frustración, ansiedad, depresión, aburrimiento, soledad) fueron identificados como precipitantes en aproximadamente el 35% de los episodios de recaída, constituyendo la categoría más prevalente. Estudios posteriores utilizando evaluación ecológica momentánea (EMA) han confirmado que incrementos en el afecto negativo predicen

prospectivamente episodios de *craving* y consumo en las horas subsiguientes (Shiffman et al., 2007).

La alexitimia (dificultad para identificar, diferenciar y expresar estados emocionales) es altamente prevalente en individuos con TUS y se asocia con peores resultados de tratamiento. La incapacidad de reconocer y nombrar las emociones impide su regulación efectiva y puede resultar en conductas impulsivas, incluyendo el uso de sustancias, como forma de manejar estados emocionales que el individuo experimenta como difusos e intolerables (Thorberg et al., 2009). El entrenamiento en conciencia y alfabetización emocionales constituye, por tanto, un componente importante de la prevención de recaídas.

Los estados emocionales positivos también pueden precipitar recaídas, aunque con menor frecuencia que los negativos. La celebración, la euforia, la sensación de éxito, y la confianza excesiva ("ya no tengo problema") pueden conducir a subestimación del riesgo, relajación de las estrategias de prevención, y exposición a situaciones de alto riesgo. Este fenómeno ha sido denominado "recaída por éxito" y subraya la importancia de mantener la vigilancia incluso (o especialmente) cuando las cosas van bien.

6.1.3 Desarrollo de un Plan de Prevención Personalizado

6.1.3.1 Componentes del Plan de Prevención

Un plan de prevención de recaídas efectivo es necesariamente individualizado, basado en la evaluación comprehensiva de los factores de riesgo específicos del paciente, sus recursos y fortalezas, y sus circunstancias vitales particulares. El desarrollo del plan constituye un proceso colaborativo entre el terapeuta y el paciente, no una prescripción unilateral del profesional. Esta colaboración incrementa el sentido de propiedad y compromiso del paciente con el plan, factores que predicen su implementación efectiva.

Los componentes esenciales de un plan de prevención de recaídas incluyen: (1) Identificación de situaciones de alto riesgo personales: mediante el análisis de episodios previos de recaída, autorregistros de *craving*, y exploración de circunstancias anticipadas, se elabora un inventario de las situaciones que representan mayor riesgo para el individuo específico. (2) Desarrollo de estrategias de afrontamiento: para cada situación de alto riesgo identificada, se desarrollan respuestas de afrontamiento específicas que el paciente puede implementar. Estas incluyen tanto estrategias cognitivas (reestructuración, auto-instrucciones) como conductuales (evitación, escape, distracción, búsqueda de apoyo). (3) Señales de advertencia tempranas: se identifican los indicadores personales que sugieren que el riesgo de recaída está aumentando, permitiendo intervención antes de que la cascada hacia la recaída se torne inmanejable.

Componentes adicionales incluyen: (4) Red de apoyo de emergencia: números de teléfono y contactos disponibles en momentos de crisis, incluyendo familiares de apoyo, padrino/madrina de 12 pasos, líneas de ayuda, y el terapeuta. (5) Plan para el manejo del lapso: estrategias pre acordadas para implementar inmediatamente si ocurre un lapso, diseñadas para prevenir la escalada a recaída completa. (6) Balance de estilo de vida: modificaciones del estilo de vida que reducen la vulnerabilidad general (ejercicio, nutrición, sueño, actividades placenteras, conexiones sociales). (7) Revisión y actualización regular: el plan debe ser un documento vivo que se revisa periódicamente y se actualiza conforme cambian las circunstancias y se adquiere nueva información.

6.1.3.2 Técnicas de Elaboración del Plan

El análisis de cadena conductual (*behavioral chain analysis*) es una técnica central para identificar los antecedentes y consecuentes de episodios de consumo o *craving* intenso. El terapeuta guía al paciente en la reconstrucción detallada, paso a paso, de los eventos que condujeron a un

episodio índice, identificando: el evento precipitante inicial, las interpretaciones cognitivas, las respuestas emocionales, las sensaciones físicas, los impulsos y urgencias, las conductas de acercamiento, y finalmente el consumo (o el afrontamiento exitoso si se logró evitar). Este análisis granular permite identificar múltiples puntos de intervención donde estrategias alternativas podrían haber interrumpido la cadena.

El mapeo de situaciones de alto riesgo implica categorizar las situaciones identificadas según su frecuencia esperada, su intensidad de riesgo, y la controlabilidad del individuo sobre su exposición. Algunas situaciones de alto riesgo son predecibles y evitables (por ejemplo, una fiesta donde habrá sustancias disponibles); otras son predecibles pero inevitables (por ejemplo, pasar por el barrio donde se compraba la sustancia al ir al trabajo); otras son impredecibles (por ejemplo, encontrarse inesperadamente con un antiguo compañero de consumo). El plan debe incluir estrategias diferenciadas para cada tipo.

El ensayo mental y conductual de las respuestas de afrontamiento es esencial para asegurar que las estrategias planificadas puedan ser implementadas efectivamente bajo presión. El paciente imagina vívidamente encontrarse en la situación de alto riesgo y se visualiza implementando la respuesta de afrontamiento planificada, paso a paso. El *role-playing* en sesión permite practicar respuestas conductuales (como rechazar una oferta de sustancia) con retroalimentación del terapeuta. Esta práctica repetida automatiza las respuestas, haciéndolas más accesibles cuando se necesitan.

6.1.4 Detección Temprana del *Craving* y Señales de Advertencia

6.1.4.1 Reconocimiento de los Componentes del *Craving*

El *craving*, como se ha descrito en capítulos anteriores, es un fenómeno multidimensional que comprende componentes cognitivos, afectivos, fisiológicos y conductuales. La detección temprana del *craving* requiere que

el individuo desarrolle la capacidad de reconocer estos diferentes componentes, particularmente en sus manifestaciones más sutiles que pueden pasar desapercibidas. Los componentes cognitivos incluyen pensamientos sobre la sustancia (recordar experiencias de consumo, anticipar efectos placenteros, planificar cómo obtener la sustancia), pensamientos permisivos ("solo una vez no hará daño", "me lo merezco"), y la minimización de consecuencias negativas.

Los componentes afectivos del *craving* incluyen tanto estados emocionales negativos que motivan el uso como forma de alivio (ansiedad, irritabilidad, vacío, aburrimiento) como estados anticipatorios asociados con la expectativa del consumo (excitación, euforia anticipatoria). Los componentes fisiológicos pueden incluir sensaciones específicas que el individuo ha aprendido a asociar con el *craving*: tensión muscular, cambios en la frecuencia cardíaca, sudoración, sensación en el estómago, sequedad de boca, o activación generalizada. Los componentes conductuales incluyen conductas de búsqueda y acercamiento: buscar información sobre cómo obtener la sustancia, acercarse físicamente a lugares asociados con el uso, o preparar la situación para el consumo.

El automonitoreo del *craving*, mediante autorregistros estructurados o aplicaciones móviles de evaluación ecológica momentánea (EMA), entrena la conciencia de estos diferentes componentes y permite identificar patrones temporales (¿el *craving* es más intenso en ciertos momentos del día o días de la semana?), situacionales (¿qué contextos lo precipitan?), y emocionales (¿qué estados emocionales lo preceden?). Esta información es invaluable para refinar el plan de prevención y anticipar períodos de alto riesgo.

6.1.4.2 Señales de Advertencia de Recaída

Las señales de advertencia tempranas de recaída frecuentemente preceden al consumo por días, semanas o incluso meses. Terence Gorski, basándose en investigación clínica extensiva, identificó una serie de señales de

advertencia organizadas en fases que típicamente preceden a la recaída (Gorski & Miller, 1986). La fase inicial de "estancamiento en la recuperación" se caracteriza por la complacencia, la reducción en la participación en actividades de recuperación, y la sensación de que "ya no necesito esto". Le sigue una fase de "negación" donde el individuo minimiza señales de advertencia que otros pueden notar.

Las fases subsiguientes incluyen: "evitación y defensividad", caracterizada por aislamiento social, irritabilidad ante preguntas sobre su bienestar, y abandono de estructuras de apoyo; "construcción de crisis", donde pequeños problemas no manejados se acumulan generando estrés creciente; "inmovilización", marcada por sentimientos de estar atrapado, fantasías de escape, y desesperanza; "confusión y sobre acción", donde el pensamiento se vuelve rígido, las emociones volátiles, y los juicios empobrecidos; y finalmente "pérdida de control", donde el deterioro cognitivo, emocional y conductual hace que el consumo parezca la única salida.

Señales de advertencia específicas comúnmente reportadas incluyen: cambios en patrones de sueño o alimentación, descuido del autocuidado personal, aislamiento de la red de apoyo, romanticización de la época de consumo activo, aumento del estrés sin estrategias de manejo, secretividad y deshonestidad, irritabilidad y conflictos interpersonales crecientes, abandono de actividades que previamente proporcionaban satisfacción, y pensamientos recurrentes sobre la sustancia. El plan de prevención debe incluir un listado personalizado de las señales de advertencia más relevantes para el individuo, junto con acciones concretas a tomar cuando estas señales se detecten.

6.2. Manejo de Situaciones de Alto Riesgo

6.2.1 Afrontamiento y Manejo ante Desencadenantes Internos

Los desencadenantes emocionales representan la categoría más frecuente de precipitantes de recaída, requiriendo especial atención en la prevención. El manejo efectivo de los desencadenantes emocionales comienza con la capacidad de reconocerlos: muchos individuos con TUS tienen dificultad para identificar y diferenciar estados emocionales (alexitimia), experimentando las emociones como estados difusos de malestar que generan urgencia de alivio sin claridad sobre qué específicamente están sintiendo. El entrenamiento en alfabetización emocional (aprender a identificar, nombrar y diferenciar emociones) constituye un primer paso fundamental (Thorberg et al., 2009; Villarreal-Mata et al., 2022).

La tolerancia al malestar (*distress tolerance*) refiere a la capacidad de experimentar emociones difíciles sin actuar impulsivamente para aliviarlas. Esta capacidad es frecuentemente deficiente en individuos con TUS, quienes han utilizado sustancias precisamente como estrategia de evitación experiencial. Las técnicas de tolerancia al malestar de la Terapia Dialéctico-Conductual (DBT), descritas en capítulos anteriores, son particularmente útiles: las habilidades TIPP (Temperatura, ejercicio Intenso, respiración Pausada, relajación Progresiva) para crisis agudas, las habilidades de distracción (ACCEPTS), y la aceptación radical de la realidad tal como es.

La regulación emocional a más largo plazo implica estrategias para modular la intensidad, duración y expresión de las emociones. La reevaluación cognitiva (reinterpretar el significado de una situación para modificar su impacto emocional) es una estrategia particularmente efectiva que opera tempranamente en el proceso de generación emocional. Otras estrategias incluyen la solución de problemas (cuando la emoción señala un problema real que puede abordarse), la aceptación (cuando la situación no puede

cambiarse), la expresión emocional apropiada (hablar con alguien de confianza), y el autocuidado físico que reduce la vulnerabilidad emocional.

6.2.1.2 Manejo de Desencadenantes Cognitivos

Los desencadenantes cognitivos incluyen pensamientos, creencias, memorias e imágenes mentales relacionadas con la sustancia que pueden activar *craving* y precipitar el consumo. Los pensamientos automáticos sobre la sustancia frecuentemente surgen sin esfuerzo consciente, particularmente ante claves condicionadas o estados emocionales asociados. Estos pensamientos pueden incluir memorias de experiencias placenteras de consumo, anticipación de los efectos de la sustancia, planes sobre cómo obtenerla, y fantasías sobre el consumo.

Las creencias permisivas representan un tipo particularmente peligroso de cognición, ya que proporcionan justificaciones para el consumo que neutralizan temporalmente la motivación de abstinencia. Ejemplos comunes incluyen: “Me lo merezco después de todo lo que he pasado”, “Solo será esta vez, puedo controlarlo”, “Nadie se enterará”, “Ya que estoy estresado-triste-celebrando, está bien”, “El tratamiento no funciona de todos modos”. La identificación de las creencias permisivas recurrentes del individuo y el desarrollo de respuestas racionales a cada una constituye una tarea central de la prevención de recaídas (Beck et al., 1993).

Las técnicas de defusión cognitiva de ACT ofrecen una alternativa a la reestructuración cognitiva tradicional. En lugar de intentar cambiar el contenido de los pensamientos (debatir si la creencia permisiva es “verdadera” o no), la defusión busca cambiar la relación con los pensamientos, observándolos como eventos mentales que vienen y van, sin tomarlos literalmente ni obedecerlos automáticamente. Técnicas como “estoy teniendo el pensamiento de que...”, agradecer a la mente por el pensamiento, o cantar el pensamiento con una melodía absurda, ayudan a crear distancia y reducir el poder del pensamiento sobre la conducta.

6.2.1.3 Manejo del *Craving* como Desencadenante Interno

El *craving* mismo puede conceptualizarse como un desencadenante interno que, si no es manejado adecuadamente, puede precipitar el consumo. El modelo tradicional de prevención de recaídas enfatizaba estrategias de afrontamiento cognitivo-conductuales activas: distracción, auto-instrucciones, actividades alternativas, contacto con la red de apoyo. Estas estrategias siguen siendo valiosas y deben formar parte del repertorio de todo individuo en recuperación.

Las intervenciones basadas en mindfulness, particularmente la técnica de "surfear el *craving*" (*urge surfing*) desarrollada por Marlatt, ofrecen una aproximación complementaria. En lugar de luchar contra el *craving* o intentar suprimirlo, el individuo adopta una postura de observación atenta y no reactiva, notando las sensaciones del *craving*, su localización en el cuerpo, su intensidad, y cómo cambia momento a momento. La metáfora de la ola oceánica es central: así como una ola surge, alcanza su pico y eventualmente decrece, el *craving* sigue un patrón similar si se le permite seguir su curso natural sin actuar sobre él ni resistirlo activamente. Esta técnica ha demostrado efectividad en la reducción del *craving* en estudios experimentales (Bowen & Marlatt, 2009).

Es importante psico educar al paciente sobre la naturaleza temporal del *craving*: aunque puede sentirse interminable mientras se experimenta, el *craving* típicamente alcanza su pico de intensidad en 15-30 minutos y luego decrece, particularmente si no es alimentado por pensamientos rumiantes o exposición continua a claves. Esta información proporciona esperanza y motivación para "aguantar" el *craving* sin consumir, sabiendo que pasará.

6.2.2 Afrontamiento ante Desencadenantes Externos

6.2.2.1 Manejo de Desencadenantes Ambientales

Los desencadenantes ambientales incluyen lugares, horarios, situaciones y estímulos sensoriales que han sido condicionados con el uso de sustancias. La exposición a estos estímulos activa respuestas condicionadas de *craving* que pueden ser intensas y automáticas. La primera línea de defensa es la evitación cuando sea posible y apropiada: no frecuentar bares si el alcohol es la sustancia de uso, modificar rutas para evitar el barrio donde se adquiría la sustancia, deshacerse de parafernalia y objetos asociados con el consumo, y evitar eventos donde la sustancia estará presente, particularmente en las etapas tempranas de la recuperación.

Sin embargo, la evitación completa no siempre es posible ni deseable a largo plazo. Algunas claves ambientales son ubicuas (publicidad de alcohol, personajes consumiendo en películas y series), otras son inevitables por razones prácticas o relacionales. La exposición gradual con prevención de respuesta, descrita en el capítulo sobre técnicas de TCC, puede ayudar a debilitar las asociaciones condicionadas. Esto implica exposición deliberada y repetida a las claves en contexto terapéutico controlado, sin el reforzamiento del consumo, permitiendo que la respuesta condicionada de *craving* se extinga progresivamente (Conklin & Tiffany, 2002).

El manejo del ambiente también incluye estrategias para crear un entorno que apoye la recuperación: mantener el hogar libre de sustancias y parafernalia, rodearse de objetos y recordatorios que refuercen la motivación de abstinencia, estructurar el tiempo para reducir el aburrimiento y el vacío, y crear rutinas saludables que proporcionen estructura y predictibilidad. El concepto de “diseño ambiental” reconoce que podemos modificar nuestro ambiente para que las conductas saludables sean más fáciles y las conductas problemáticas más difíciles.

6.2.2.2 Manejo de Desencadenantes Interpersonales

Las relaciones interpersonales constituyen tanto los desencadenantes más potentes como los protectores más robustos contra la recaída, dependiendo de su cualidad. Las relaciones con personas que continúan usando sustancias, que ofrecen o presionan para consumir, que normalizan o glorifican el uso, o que sabotean activamente los esfuerzos de recuperación, representan factores de riesgo significativos que frecuentemente requieren decisiones difíciles sobre la continuidad de estas relaciones, al menos durante las etapas vulnerables de la recuperación temprana.

Las habilidades de rechazo de sustancias son esenciales para manejar situaciones donde se ofrece la sustancia. Estas incluyen: declinación directa y firme ("No, gracias"), la técnica del disco rayado (repetir calmadamente la negativa ante insistencia), ofrecer una alternativa ("Prefiero un refresco"), dar una razón si se desea ("Estoy tomando medicamentos" o simplemente "No estoy consumiendo"), y tener preparada una estrategia de escape si la presión continúa. El ensayo conductual (*role-playing*) de estas habilidades en sesión terapéutica o grupos de entrenamiento incrementa la probabilidad de que puedan implementarse efectivamente cuando se necesiten.

El conflicto interpersonal, particularmente en relaciones íntimas, es uno de los precipitantes más comunes de recaída. Las habilidades de comunicación asertiva, resolución de conflictos, y establecimiento de límites saludables son componentes importantes de la prevención de recaídas. Cuando el conflicto es inevitable, el plan de prevención debe incluir estrategias para "des-escalar" antes de que la intensidad emocional alcance niveles que comprometan el juicio, incluyendo "*time-outs*" acordados previamente con la pareja o familiar.

6.2.2.3 Manejo de la Presión Social

La presión social para consumir puede ser directa (ofrecimiento explícito, insistencia, persuasión, ridiculización de la abstinencia) o indirecta (normalización del consumo en el ambiente, observar a otros consumir, sentirse excluido de actividades que involucran sustancias). La presión indirecta puede ser particularmente insidiosa porque opera sin que nadie específicamente esté "presionando", simplemente a través del ambiente social y las normas percibidas.

La selectividad en las relaciones sociales es una estrategia fundamental: cultivar activamente relaciones con personas que apoyan la recuperación, limitar el tiempo con personas o en contextos que aumentan el riesgo. Los grupos de ayuda mutua (AA, NA, SMART Recovery) proporcionan una comunidad de personas comprometidas con la abstinencia que ofrece apoyo, validación, y prueba viviente de que una vida satisfactoria sin sustancias es posible. Para muchos en recuperación, estos grupos se convierten en el núcleo de su red social.

La confianza en la decisión de abstinencia y la identidad como persona en recuperación proporcionan un ancla contra la presión social. Cuando el individuo está claro sobre sus valores, sus razones para la abstinencia, y su compromiso con una vida diferente, la presión externa tiene menos poder. El trabajo terapéutico sobre valores, significado y propósito, enfatizado en enfoques como ACT y la logoterapia, contribuye a fortalecer esta resiliencia.

6.2.3 Técnicas de Autorregulación y Autocuidado

6.2.3.1 Autorregulación Emocional

La autorregulación emocional refiere a los procesos mediante los cuales los individuos influyen sobre qué emociones tienen, cuándo las tienen, y cómo las experimentan y expresan (Gross, 1998). En el contexto de la prevención de recaídas, la autorregulación emocional efectiva reduce la probabilidad de

que estados emocionales difíciles precipiten el consumo. El modelo procesual de Gross identifica cinco familias de estrategias de regulación emocional que operan en diferentes puntos del proceso de generación emocional: selección de la situación, modificación de la situación, despliegue atencional, cambio cognitivo, y modulación de la respuesta.

La selección de la situación implica elegir acercarse o evitar personas, lugares o actividades en función de su impacto emocional probable. Para la prevención de recaídas, esto puede significar evitar situaciones que predeciblemente generarán emociones que el individuo tiene dificultad para manejar. La modificación de la situación implica esfuerzos activos por alterar la situación para cambiar su impacto emocional: si un conflicto interpersonal está generando ira intensa, intentar resolver el problema de manera constructiva. El despliegue atencional implica dirigir la atención hacia o lejos de diferentes aspectos de la situación: la distracción retira la atención de estímulos emocionales; la concentración la dirige hacia aspectos menos perturbadores.

El cambio cognitivo implica modificar cómo interpretamos una situación para cambiar su significado emocional; la reevaluación cognitiva es la forma más estudiada. La modulación de la respuesta implica esfuerzos por influir sobre las respuestas fisiológicas, experienciales o conductuales una vez que la emoción ya ha sido generada: la relajación muscular, la respiración controlada, o la supresión de la expresión emocional (aunque esta última tiene costos significativos si se usa crónicamente). El entrenamiento en un repertorio diverso de estrategias de regulación emocional, junto con la flexibilidad para seleccionar la estrategia apropiada según el contexto, constituye un objetivo central del tratamiento.

6.2.3.2 Autocuidado y Reducción de Vulnerabilidad

El autocuidado físico reduce la vulnerabilidad general a estados emocionales negativos y al *craving*. El acrónimo PLEASE de DBT captura los principales

dominios: tratar la enfermedad física (PL - *Physical iLlness*), comer de manera equilibrada (E - *balanced Eating*), evitar sustancias que alteran el estado de ánimo (A - *avoid mood-Altering substances*), mantener sueño adecuado (S - *Sleep*), y hacer ejercicio (E - *Exercise*). Cada uno de estos factores influye sobre el funcionamiento cerebral, el estado emocional y la capacidad de afrontamiento.

El sueño inadecuado es particularmente relevante para la prevención de recaídas. La privación de sueño compromete la función de la corteza prefrontal, reduciendo el control ejecutivo y la capacidad de inhibir impulsos. Incrementa la reactividad de la amígdala, intensificando las respuestas emocionales negativas. Eleva los niveles de cortisol, aumentando el estrés fisiológico. Y para muchos individuos, el insomnio fue previamente "tratado" con sustancias (alcohol como "hipnótico", estimulantes para contrarrestar la fatiga), creando asociaciones condicionadas. La higiene del sueño y, cuando sea necesario, el tratamiento específico del insomnio (TCC-I), son componentes importantes del plan de prevención (Brower, 2015).

El ejercicio físico, como se describió en el capítulo sobre hábitos saludables, tiene múltiples beneficios para la prevención de recaídas: modula los sistemas de neurotransmisores implicados en la adicción, reduce el estrés y mejora el estado de ánimo, proporciona una fuente de reforzamiento natural alternativa, estructura el tiempo, y fortalece la autoeficacia a través de la experiencia de logro. Una rutina regular de ejercicio debería ser parte del plan de estilo de vida de toda persona en recuperación.

6.2.3.3 Autoestima y Autoeficacia

La autoestima (la evaluación global que el individuo hace de su propio valor) frecuentemente está deteriorada en personas con TUS como resultado de las consecuencias del consumo, el estigma internalizado, y la acumulación de fracasos. La baja autoestima constituye un factor de vulnerabilidad para la recaída porque: (a) reduce la motivación para protegerse ("no merezco

estar bien"), (b) disminuye la confianza en la capacidad de afrontar desafíos, y (c) puede motivar el consumo como forma de escape del autodesprecio o como autocastigo (Marlatt & Donovan, 2005).

La reconstrucción de la autoestima en recuperación es un proceso gradual que involucra: acumular experiencias de éxito y competencia ("maestría"), recibir reconocimiento y validación de otros, alinear la conducta con los propios valores, reparar daños cuando sea posible, y desarrollar una narrativa de la propia historia que integre tanto los errores pasados como la capacidad de cambio y crecimiento. Los programas de 12 pasos abordan este tema a través de pasos como el inventario moral, la confesión, y la reparación de daños, que proporcionan un camino estructurado hacia la reconciliación consigo mismo y con los demás.

La autoeficacia específica para la abstinencia (la confianza del individuo en su capacidad de resistir el consumo en diferentes situaciones) es un predictor robusto de resultados de tratamiento. La autoeficacia se construye principalmente a través de experiencias de éxito (afrontar exitosamente situaciones de riesgo sin consumir), pero también a través del modelado (observar a otros similares a uno afrontar exitosamente), la persuasión verbal (retroalimentación positiva de otros significativos), y la interpretación de estados fisiológicos (reconocer que el nerviosismo en una situación de riesgo es normal, no evidencia de que uno va a recaer). El plan de tratamiento debe incluir oportunidades graduadas para construir autoeficacia, comenzando con situaciones de menor riesgo y progresando a desafíos mayores.

6.3. Soporte Continuo y Seguimiento

6.3.1 El Modelo de Cuidado Continuo

6.3.1.1 Fundamentos del Continuing Care

El reconocimiento de la adicción como una condición crónica ha llevado a un cambio paradigmático desde el modelo de "tratamiento episódico" hacia un modelo de "cuidado continuo" (*continuing care*) o "manejo de la recuperación" (*recovery management*). En el modelo episódico tradicional, el tratamiento se conceptualiza como un evento discreto de duración limitada (28 días de tratamiento residencial, por ejemplo) tras el cual el paciente es "dado de alta" con la expectativa implícita de que está "curado". Este modelo es incongruente con la naturaleza crónica y recurrente de la adicción, y las altas tasas de recaída post-tratamiento lo atestiguan (McLellan et al., 2000).

El modelo de cuidado continuo reconoce que, para muchos individuos con TUS (particularmente aquellos con mayor severidad y complejidad), la recuperación es un proceso de largo plazo que requiere apoyo sostenido, monitoreo periódico, y la capacidad de intensificar los servicios cuando el riesgo aumenta. McKay (2009) ha propuesto un modelo de "cuidado adaptativo continuo" (*adaptive continuing care*) donde la intensidad y el tipo de servicios se ajustan dinámicamente en respuesta al estado clínico del paciente, aumentando cuando hay señales de deterioro y disminuyendo cuando la estabilidad está bien establecida.

Los componentes típicos del cuidado continuo incluyen: sesiones de seguimiento periódicas (semanales inicialmente, espaciándose gradualmente), monitoreo del consumo mediante análisis de sustancias, participación en grupos de apoyo mutuo, acceso a servicios de intervención rápida si hay señales de recaída inminente, y coordinación con otros proveedores de salud mental y médica. El meta-análisis de Blodgett et al. (2014) sobre intervenciones de *continuing care* demostró que estas

producen mejores resultados a largo plazo comparado con la falta de seguimiento, particularmente cuando son de duración suficiente (al menos 3-6 meses), incluyen contacto activo del proveedor con el paciente (no solo esperar a que el paciente busque ayuda), y proporcionan refuerzo contingente para la participación.

6.3.1.2 Rol del Acompañamiento Terapéutico Prolongado

El acompañamiento terapéutico prolongado proporciona una relación de apoyo consistente a lo largo del tiempo que facilita la navegación de los desafíos de la recuperación. A diferencia de las intervenciones agudas que se enfocan en crisis específicas, el acompañamiento prolongado permite: monitorear la evolución a lo largo del tiempo, detectar señales tempranas de deterioro, proporcionar apoyo durante las transiciones y los períodos difíciles, ajustar las estrategias conforme las circunstancias cambian, y celebrar y reforzar los logros.

El acompañamiento puede ser proporcionado por diferentes profesionales o agentes: un terapeuta individual con quien el paciente mantiene sesiones espaciadas de mantenimiento, un gestor de casos que coordina servicios y monitorea el bienestar general, un especialista de pares (*peer support specialist*) que ofrece apoyo desde la experiencia vivida, o una combinación de estos. La continuidad del acompañante a lo largo del tiempo permite el desarrollo de una relación de confianza que puede ser particularmente valiosa en momentos de vulnerabilidad.

Las sesiones de seguimiento deben incluir: revisión del funcionamiento en diferentes dominios vitales (uso de sustancias, salud mental, relaciones, trabajo/estudio, vivienda, salud física), evaluación de señales de advertencia de recaída, refuerzo de estrategias de afrontamiento y actualización del plan de prevención según sea necesario, abordaje de desafíos emergentes, y planificación de los próximos pasos. La frecuencia del seguimiento puede ajustarse según la estabilidad del paciente,

comenzando semanal o quincenalmente y espaciándose a mensual o trimestral conforme se consolida la recuperación.

6.3.2 Grupos de Apoyo, Mentoría y Padrinazgo

6.3.2.1 Grupos de Apoyo Mutuo

Los grupos de apoyo mutuo (Alcohólicos Anónimos, Narcóticos Anónimos, SMART *Recovery*, y otros) proporcionan un recurso de apoyo accesible, gratuito y disponible de por vida que complementa el tratamiento profesional. La participación regular en grupos de apoyo se asocia consistentemente con mejores resultados a largo plazo en la investigación de tratamiento de adicciones (Kelly et al., 2020). Los mecanismos de beneficio incluyen: apoyo social de una comunidad de pares que comparten la experiencia de la adicción y la recuperación, aprendizaje vicario observando cómo otros manejan situaciones similares, esperanza basada en el testimonio de personas en recuperación sostenida, estructura y rutina proporcionados por la asistencia regular, y desarrollo de una identidad como "persona en recuperación" más que como “adicto activo”.

La selección del grupo más apropiado depende de las preferencias, valores y necesidades del individuo. Los programas de 12 pasos como AA y NA tienen la ventaja de su ubicuidad (reuniones disponibles múltiples veces al día en la mayoría de las ciudades), su historia establecida, y la estructura clara que proporcionan los 12 pasos. Sin embargo, su énfasis espiritual y la conceptualización de “impotencia” no resuenan con todos. SMART Recovery ofrece una alternativa basada en principios científicos (TCC, terapia racional-emotiva) sin componente espiritual. Otras alternativas incluyen *LifeRing Secular Recovery y Recovery Dharma* (con base budista). Es apropiado animar a los pacientes a explorar diferentes opciones para encontrar la comunidad que mejor se ajuste.

La participación efectiva en grupos de apoyo va más allá de la mera asistencia. Incluye: llegar a tiempo y quedarse hasta el final, participar activamente compartiendo y escuchando, obtener números de teléfono y usarlos para contacto entre reuniones, considerar obtener un padrino o madrina (*sponsor*), trabajar los pasos u otros componentes del programa, y eventualmente proporcionar servicio a otros más nuevos en el camino. La Terapia de Facilitación de 12 Pasos (TSF) es una intervención profesional diseñada específicamente para promover este tipo de participación.

6.3.2.2 Mentoría y Padrinazgo

El padrinazgo (*sponsorship*) en los programas de 12 pasos involucra una relación entre una persona más experimentada en recuperación (padrino - madrina) y una más nueva (ahijado-a). El padrino proporciona guía a través de los 12 pasos, apoyo durante momentos difíciles, modelado de conductas de recuperación, y rendición de cuentas (*accountability*). La disponibilidad de un padrino como contacto de emergencia cuando el *craving* es intenso o una situación de riesgo es inminente puede ser crucial para prevenir recaídas. La investigación sugiere que tanto tener un padrino como ser padrino de otros se asocian con mejores resultados (Zemore et al., 2017).

Los servicios de pares (*peer support services*) han emergido como un componente formal del sistema de tratamiento, complementando los servicios proporcionados por profesionales clínicos. Los especialistas de pares (*peer support specialists*) son personas en recuperación estable que reciben entrenamiento y certificación para proporcionar apoyo a otros. Los roles de los especialistas de pares incluyen: compartir su propia historia de recuperación para inspirar esperanza, ayudar a navegar los sistemas de tratamiento y servicios, proporcionar apoyo emocional y práctico, modelar estrategias de afrontamiento, y servir como vínculo entre el paciente y los proveedores clínicos.

La mentoría en recuperación no está limitada a contextos formales de tratamiento o grupos de 12 pasos. Las relaciones informales con otras personas en recuperación (amigos, compañeros de trabajo, miembros de la comunidad religiosa) pueden proporcionar modelado, apoyo y pertenencia. Cultivar activamente este tipo de relaciones, a veces denominado "*networking* de recuperación", es una estrategia valiosa para fortalecer el capital social de recuperación.

6.3.3 La Recaída como Oportunidad de Aprendizaje

6.3.3.1 Reconceptualizando la Recaída

La conceptualización de la recaída como "fracaso" o "debilidad moral" es contraproducente y empíricamente insostenible. Dada la neurobiología de la adicción y las tasas conocidas de recurrencia, la recaída debe entenderse como una posibilidad inherente al proceso de recuperación de una condición crónica, análoga a las exacerbaciones de otras enfermedades crónicas. Esta reconceptualización no minimiza la seriedad de la recaída ni su potencial de daño; más bien, la enmarca de una manera que permite una respuesta constructiva en lugar de una espiral de vergüenza, desesperanza y consumo escalado.

El modelo de Marlatt distingue entre "lapso" (un episodio discreto de consumo tras un período de abstinencia) y "recaída" (el retorno a patrones de uso problemático). Esta distinción es clínicamente útil porque: (a) normaliza el lapso como un evento que puede ocurrir sin que necesariamente signifique el fin de la recuperación, (b) proporciona un marco para intervención rápida antes de que el lapso escale a recaída, y (c) contrarresta el pensamiento todo-o-nada ("ya que consumí una vez, mejor sigo") que frecuentemente convierte los lapsos en recaídas completas.

El efecto de violación de la abstinencia (AVE), descrito anteriormente, es un proceso clave que puede convertir un lapso en recaída. Las intervenciones

cognitivas que abordan las atribuciones sobre el lapso ("fue una situación particularmente difícil, no significa que no pueda recuperarme") y que contrarrestan el razonamiento de rendición ("ya perdí mi abstinencia, mejor sigo consumiendo") pueden interrumpir este proceso y facilitar el retorno rápido a la abstinencia. Tener un plan pre acordado para el manejo del lapso es un componente esencial del plan de prevención de recaídas.

6.3.3.2 Análisis Post-Recaída

Cada episodio de recaída, aunque doloroso, proporciona información valiosa que puede utilizarse para fortalecer el plan de prevención. El análisis post-recaída es un proceso colaborativo entre el terapeuta y el paciente que examina detalladamente la secuencia de eventos que condujo al consumo, con el objetivo de identificar puntos de vulnerabilidad y oportunidades de intervención que fueron perdidas. Este análisis debe realizarse sin tono de culpabilización, enmarcándolo explícitamente como ejercicio de aprendizaje.

Las preguntas clave del análisis post-recaída incluyen: ¿Qué circunstancias precedieron al consumo (situación externa, estado emocional, pensamientos)? ¿Hubo señales de advertencia tempranas que fueron ignoradas o no reconocidas? ¿Qué estrategias de afrontamiento del plan de prevención podrían haber sido utilizadas pero no lo fueron? ¿Por qué no fueron utilizadas (olvido, falta de habilidad, pensamiento permisivo, falta de acceso a apoyo)? ¿Qué factores convirtieron el lapso en recaída (AVE, no buscar ayuda, continuar en el ambiente de riesgo)? ¿Qué aprendizajes pueden incorporarse al plan de prevención actualizado?

El análisis debe resultar en modificaciones concretas del plan de prevención: nuevas situaciones de alto riesgo identificadas, nuevas señales de advertencia a monitorear, habilidades de afrontamiento a desarrollar o fortalecer, ajustes en la red de apoyo, y posiblemente intensificación temporal del nivel de cuidado. El objetivo es que cada recaída, aunque

indeseable, resulte en un plan de prevención más robusto y una comprensión más profunda de los patrones individuales de vulnerabilidad.

6.3.3.3 Ajuste del Tratamiento Post-Recaída

La recaída frecuentemente señala la necesidad de reevaluar y ajustar el plan de tratamiento. Posibles ajustes incluyen: intensificación temporal del nivel de cuidado (por ejemplo, de ambulatorio a intensivo ambulatorio, o de ambulatorio a residencial), adición o ajuste de farmacoterapia (si no se estaba utilizando, considerar su indicación; si se estaba utilizando, revisar adherencia y considerar cambios), abordaje de comorbilidades psiquiátricas que pueden no haber sido adecuadamente tratadas, intensificación del trabajo en habilidades de afrontamiento específicas que fallaron, y modificación del ambiente de recuperación (cambio de vivienda si el ambiente actual es de alto riesgo).

La recaída también puede indicar que el tratamiento actual no es el adecuado para el individuo, requiriendo un cambio de modalidad o enfoque. Un paciente que ha tenido múltiples recaídas con TCC podría beneficiarse de probar un enfoque diferente como ACT o MBRP. Alguien que no ha participado activamente en grupos de apoyo mutuo podría intensificar esta participación. Un paciente cuyas recaídas están consistentemente precedidas por estados depresivos podría necesitar optimización de su tratamiento antidepresivo. El principio guía es que la recaída proporciona información que debe utilizarse para refinar y personalizar el tratamiento.

El proceso de retorno al tratamiento tras una recaída debe manejarse con sensibilidad. Muchos pacientes experimentan intensa vergüenza que puede impedirles buscar ayuda. Los proveedores deben comunicar explícitamente una actitud de aceptación sin juicio, reforzar la valentía de buscar ayuda, y enmarcar el retorno como una oportunidad de fortalecer la recuperación. Políticas institucionales que penalizan o excluyen a pacientes por recaer (por ejemplo, expulsión de programas residenciales por uso) son

contraproducentes y contrarias a la comprensión contemporánea de la adicción como condición crónica.

6.3.4 Integración y Conclusiones

La prevención de recaídas constituye un componente esencial del tratamiento comprehensivo de los trastornos por uso de sustancias. Lejos de ser una intervención puntual, la prevención de recaídas es un proceso continuo que se extiende a lo largo de toda la recuperación, requiriendo vigilancia sostenida, flexibilidad para ajustarse a circunstancias cambiantes, y acceso a apoyo cuando se necesita. Los componentes clave incluyen: identificación de factores de riesgo personalizados, desarrollo e implementación de planes de prevención individualizados, manejo efectivo de desencadenantes internos y externos, fortalecimiento del autocuidado y la autorregulación, y participación en sistemas de soporte continuo.

El cambio paradigmático desde el modelo de "tratamiento episódico" hacia el "manejo de la recuperación" reconoce que, para condiciones crónicas como la adicción, el objetivo no es una "cura" tras la cual el tratamiento ya no es necesario, sino el mantenimiento a largo plazo de la salud y el funcionamiento. Este modelo tiene implicaciones para la estructura de los servicios (que deben proporcionar acceso a cuidado continuo, no solo tratamiento agudo), para el financiamiento (que debe cubrir servicios de seguimiento prolongado), y para las expectativas de pacientes y familiares (que deben comprender la naturaleza de la recuperación como viaje más que como destino).

Finalmente, es importante reconocer que la prevención de recaídas opera en el contexto más amplio de la construcción de una vida significativa y satisfactoria en recuperación. Las estrategias técnicas de prevención de recaídas (identificación de disparadores, habilidades de afrontamiento, manejo del *craving*) son necesarias pero no suficientes. La recuperación sostenida se fundamenta en el desarrollo de relaciones significativas,

propósito y contribución, salud física y emocional, y conexión con algo mayor que uno mismo, ya sea comunidad, espiritualidad, servicio u otros valores trascendentes. El trabajo de prevención de recaídas debe integrarse con este trabajo más amplio de construcción vital, donde la abstinencia no es un fin en sí mismo sino la condición necesaria para florecer.

Referencias

Beck, A. T., Wright, F. D., Newman, C. F., & Liese, B. S. (1993). Cognitive therapy of substance abuse. Guilford Press.

Blodgett, J. C., Maisel, N. C., Fuh, I. L., Wilbourne, P. L., & Finney, J. W. (2014). How effective is continuing care for substance use disorders? A meta-analytic review. Journal of Substance Abuse Treatment, 46(2), 87-97. https://doi.org/10.1016/j.jsat.2013.08.022

Bowen, S., & Marlatt, A. (2009). Surfing the urge: Brief mindfulness-based intervention for college student smokers. Psychology of Addictive Behaviors, 23(4), 666-671. https://doi.org/10.1037/a0017127

Bradizza, C. M., Stasiewicz, P. R., & Paas, N. D. (2006). Relapse to alcohol and drug use among individuals diagnosed with co-occurring mental health and substance use disorders: A review. Clinical Psychology Review, 26(2), 162-178. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.11.005

Brower, K. J. (2015). Assessment and treatment of insomnia in adult patients with alcohol use disorders. Alcohol, 49(4), 417-427. https://doi.org/10.1016/j.alcohol.2014.12.003

Conklin, C. A., & Tiffany, S. T. (2002). Applying extinction research and theory to cue-exposure addiction treatments. Addiction, 97(2), 155-167. https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.2002.00014.x

Cummings, C., Gordon, J. R., & Marlatt, G. A. (1980). Relapse: Prevention and prediction. In W. R. Miller (Ed.), The addictive behaviors: Treatment of

alcoholism, drug abuse, smoking, and obesity (pp. 291-321). Pergamon Press.

Gorski, T. T., & Miller, M. (1986). Staying sober: A guide for relapse prevention. Independence Press.

Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. Review of General Psychology, 2(3), 271-299. https://doi.org/10.1037/1089-2680.2.3.271

Hunt, W. A., Barnett, L. W., & Branch, L. G. (1971). Relapse rates in addiction programs. Journal of Clinical Psychology, 27(4), 455-456. https://doi.org/10.1002/1097-4679(197110)27:4<455::AID-JCLP2270270412>3.0.CO;2-R

Kelly, J. F., Humphreys, K., & Ferri, M. (2020). Alcoholics Anonymous and other 12-step programs for alcohol use disorder. Cochrane Database of Systematic Reviews, 3, CD012880. https://doi.org/10.1002/14651858.CD012880.pub2

Marlatt, G. A., & Donovan, D. M. (Eds.). (2005). Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors (2nd ed.). Guilford Press.

Marlatt, G. A., & Gordon, J. R. (1980). Determinants of relapse: Implications for the maintenance of behavior change. In P. O. Davidson & S. M. Davidson (Eds.), Behavioral medicine: Changing health lifestyles (pp. 410-452). Brunner/Mazel.

Marlatt, G. A., & Gordon, J. R. (Eds.). (1985). Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors. Guilford Press.

McKay, J. R. (2009). Continuing care research: What we have learned and where we are going. Journal of Substance Abuse Treatment, 36(2), 131-145. https://doi.org/10.1016/j.jsat.2008.10.004

McLellan, A. T., Lewis, D. C., O'Brien, C. P., & Kleber, H. D. (2000). Drug dependence, a chronic medical illness: Implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. JAMA, 284(13), 1689-1695. https://doi.org/10.1001/jama.284.13.1689

Monti, P. M., Kadden, R. M., Rohsenow, D. J., Cooney, N. L., & Abrams, D. B. (2002). Treating alcohol dependence: A coping skills training guide (2nd ed.). Guilford Press.

Shiffman, S., Stone, A. A., & Hufford, M. R. (2008). Ecological momentary assessment. Annual Review of Clinical Psychology, 4, 1-32. https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091415

Sinha, R. (2011). New findings on biological factors predicting addiction relapse vulnerability. Current Psychiatry Reports, 13(5), 398-405. https://doi.org/10.1007/s11920-011-0224-0

Thorberg, F. A., Young, R. M., Sullivan, K. A., & Lyvers, M. (2009). Alexithymia and alcohol use disorders: A critical review. Addictive Behaviors, 34(3), 237-245. https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2008.10.016

Villarreal-Mata, J. L., Sánchez-Gómez, M., Navarro-Oliva, E. I. P., Alonso Castillo, M. M., Guzmán Facundo, F. R., López García, K. S., & Bresó Esteve, E. (2022). *Inteligencia emocional como mediador del craving y el riesgo de recaída en adultos en tratamiento por consumo de alcohol*. Revista Científica Salud Uninorte, 38(3), 729-741. https://doi.org/10.14482/sun.38.3.152.4

Volkow, N. D., Koob, G. F., & McLellan, A. T. (2016). Neurobiologic advances from the brain disease model of addiction. New England Journal of Medicine, 374(4), 363-371. https://doi.org/10.1056/NEJMra1511480

White, W. L., & Cloud, W. (2008). Recovery capital: A primer for addictions professionals. Counselor, 9(5), 22-27.

Witkiewitz, K., & Marlatt, G. A. (2004). Relapse prevention for alcohol and drug problems: That was Zen, this is Tao. American Psychologist, 59(4), 224-235. https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.4.224

Zemore, S. E., Kaskutas, L. A., & Ammon, L. N. (2017). In 12-step groups, helping helps the helper. Addiction, 99(8), 1015-1023. https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2004.00782.x