**PSICOLOGÍA
IBEROAMERICANA**

Psicología Iberoamericana

ISSN: 1405-0943

psicología.iberoamericana@uia.mx

Universidad Iberoamericana, Ciudad de
México
México

García Quevedo, Lizbeth Roberta; Oropeza Tena, Roberto; Vázquez Pineda, Fernando
Confiabilidad de la Entrevista de Recaídas para Usuarios de Sustancias Adictivas (ERSA)
Psicología Iberoamericana, vol. 17, núm. 2, julio-diciembre, 2009, pp. 41-48
Universidad Iberoamericana, Ciudad de México
Distrito Federal, México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133912609006>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Confiabilidad de la Entrevista de Recaídas para Usuarios de Sustancias Adictivas (ERSA)

Reliability of the Interview of Relapses for Users of Addictive Substances (ERSA)

Lizbeth Roberta García Quevedo *

Roberto Oropeza Tena **

Fernando Vázquez Pineda *¹

* FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM, MÉXICO

** FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN

NICOLÁS DE HIDALGO, MÉXICO

RESUMEN

El fenómeno de la recaída afecta a usuarios de sustancias adictivas, mostrando altos índices después de periodos de abstinencia. La creciente demanda de tratamientos efectivos para el manejo de las conductas adictivas impone la necesidad de contar con instrumentos de medición confiables que permitan una mejor comprensión del fenómeno de las recaídas. Con base en la taxonomía de Marlatt y Gordon (1985), se ha desarrollado la Entrevista de Recaídas para Usuarios de Sustancias Adictivas (ERSA, García, Oropeza y Vázquez, 2006). Este instrumento ayuda a identificar disparadores de recaídas en usuarios de sustancias que asisten a tratamiento. El objetivo de esta investigación fue estimar la confiabilidad de la ERSA. Participaron 73 usuarios de diversas sustancias adictivas. Para analizar la consistencia temporal test-retest de los reactivos se usó la V de Cramer (a través de tablas de contingencia). Se obtuvieron puntajes generales cuyo rango va desde $V=0.719$ hasta $V=1.000$. Estos resultados indican que la relación entre test y retest es significativa ($p < 0.0001$), lo que muestra que el instrumento tiene alta estabilidad temporal.

Descriptores: recaída, sustancias adictivas, instrumentos de evaluación, confiabilidad.

ABSTRACT

Relapse is a phenomenon that affects users of addictive substances and appears at high rates after periods of abstinence. The increasing demand for effective treatments to control the addictive behaviors imposes the necessity to count on reliable measuring instruments that allow a better understanding of relapses. Based on the Relapse Taxonomy proposed by Marlatt & Gordon (1985), the Interview of Relapses for Users of Addictive Substances (ERSA) was developed (García, Oropeza y Vázquez, 2006) as an instrument to identify relapses triggers in users of substances subject to treatment in order to try to stop their consumption. The objective of this research was to assess the reliability of the ERSA. The sample consisted on 73 participants, users of diverse addictive substances. With test V of Cramer (through contingency tables) general scores were obtained (from all the questions) whose rank goes from $V=0.719$ to $V=1.000$. These results show that the relation between test and retest is significant ($p < 0.0001$), showing a high temporary stability of the instrument

Key Words: relapse, addictive substances, instruments of evaluation, reliability.

¹ Para correspondencia: Lizbeth Roberta García Quevedo, Consejo Nacional contra las Adicciones, en Segunda Cda. de Sn. Lorenzo Totolinga #12, Col. Sn. Lorenzo Totolinga, Naucalpan, Estado de México, C.P. 53426, lanfant@yahoo.com.mx
Roberto Oropeza Tena, Facultad de Psicología, Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, scherzo2112@yahoo.com, cel. 4432 27 4616.
Fernando Vázquez Pineda, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México. Tel.: (52) (55) 18 30 4915, fervaz@servidor.unam.mx

INTRODUCCIÓN

El fenómeno de la recaída afecta a consumidores de cualquier sustancia adictiva (con o sin tratamiento), mostrando altos índices después de periodos de abstinencia (Willinger et al., 2002). Por tal motivo, el análisis de recaídas es objeto de diversos estudios, centrándose tanto en sus factores determinantes (Bottlender, & Soyka, 2004; Kelly et al., 2006) como en el desarrollo de programas de prevención que potencien la efectividad de los tratamientos (Alati, Liamputtong, & Peterson, 2003; Quesada, Carreras, & Sánchez, 2002).

Una revisión de recaída entre heroinómanos, alcohólicos y fumadores (Echeburua, & De Corral, 1986) muestra tasas similares entre los consumidores de estas sustancias: dos tercios, aproximadamente, de todas las recaídas tienen lugar en los tres primeros meses después del tratamiento. En estudios de tratamiento con dependientes de cocaína, los índices de recaída en un periodo de seis meses a un año después de terminado el tratamiento, exceden el 45% (McKay, Alterman, Mulvaney, & Koppenhaver, 1999).

Marlatt y George (1984) definen recaída como una falla en el intento de una persona por alcanzar una conducta meta. Desde esta perspectiva, una recaída es vista como un proceso de transición, una serie de eventos que pueden o no regresar a los niveles de consumo antes del tratamiento (Saunders & Allsop, 1987).

Se han creado diversos modelos explicativos en torno a la recaída. En ellos existe una división entre las aproximaciones biológicas y psicológicas. Las aproximaciones biológicas se enfocan en las características fisiológicas de las personas y los procesos del consumo (Connors, Maisto, & Donovan, 1996), por ejemplo: deseo intenso, pérdida de control, síndrome de abstinencia, cambios a nivel neuronal y alteraciones en el estado de ánimo debido a cambios físicos. En general, los modelos biológicos explican cómo afectan las sustancias el funcionamiento del sistema nervioso central. Ejemplos de modelos biológicos se pueden encontrar en: *Craving and Loss of Control* (Ludwing, & Winkler, 1974); *Post-Acute Withdrawal Syndrome* (Gorski, & Miller, 1982); *Opponent-Process and Acquired Motivation* (Solomon, 1980), *Alcohol Withdrawal Symptoms* (Mossberg, Liljerberg, & Borg, 1985) y *The Reinstatement Model* (Katz, & Higgins, 2003; Shaham, Shalev, Lu, De Wit, & Stewart, 2003).

Los modelos psicológicos se desarrollan tomando como referencia la constante integración e interacción entre aspectos psicológicos y ambientales para dar una explicación del fenómeno de las adicciones y en particular de las recaídas (Connors, Maisto, & Donovan, 1996). En estos modelos se pasa del enfoque en aspectos internos fisiológicos a aspectos emocionales y ambientales. Ejemplos de modelos psicológicos se pueden encontrar en: *Cognitive Appraisals* (Sánchez-Craig, 1976), *Person-Situation Interaction* (Litman, 1986), *Self-Efficacy And Outcome Expectations* (Annis, 1986), *Stages of Change* (Prochaska, & DiClemente, 1982), *Predictors of Relapse* (Shiffman, 1989) y *Cocaine Relapse Process* (McKay, Rutherford, Alterman, Cacciola, & Kaplan, 1995).

Todos los modelos mencionados han hecho una contribución importante a la comprensión de la recaída. Sin embargo, el modelo psicológico de Prevención de Recaídas desarrollado por Marlatt y Gordon (1985), es uno de los que ha tomado más importancia en el campo de las adicciones por su desarrollo y aplicación en el uso clínico y programas de investigación (Connors, Longabaugh, & Miller, 1996). Un aspecto central de su trabajo es la creación de una Taxonomía de Disparadores de Recaída (TDR). Un disparador es una situación de alto riesgo que ocurre inmediatamente antes de la recaída y que puede provocar o inducir el consumo de la sustancia (Larimer, Palmer, & Marlatt, 1999).

La TDR se organiza en dos categorías generales y ocho subcategorías (ver Cuadro 1) La categoría I, *Determinantes intrapersonales-ambientales* (con cinco subcategorías), identifica episodios de recaída que involucran una respuesta a eventos psicológicos (estados emocionales negativos) o físicos (dolor) o respuestas a eventos ambientales (problemas económicos, accidentes). En estos casos no se reporta a otra persona o personas como un disparador significativo (Marlatt, 1996).

La categoría II, *Determinantes interpersonales* (con tres subcategorías, ver Tabla 1), identifica episodios de recaída donde se observa la influencia significativa de otras personas, como en conflictos interpersonales o presión social (Marlatt, 1996)

El trabajo de Marlatt y Gordon (1985) permite tener elementos para la evaluación de situaciones que

Tabla 1. Taxonomía de Disparadores de Recaída

<p style="text-align: center;">Categoría I. Determinantes Intrapersonales-Ambientales</p> <p>Determinantes asociados con factores intrapersonales (dentro del individuo), y/o reacciones hacia eventos ambientales no personales. Las cinco subcategorías son:</p> <ul style="list-style-type: none"> A. Estados emocionales negativos. Ejemplos de ello son frustración, enojo, miedo, ansiedad, depresión, soledad, etc. B. Estados físicos/fisiológicos negativos. Reacciones físicas o fisiológicas desagradables o dolorosas asociadas al uso de la sustancia u otros estados físicos negativos como dolor o enfermedad que no se encuentran asociados con el consumo. C. Incremento de estados emocionales positivos. Uso de la sustancia para incrementar sentimientos de placer, alegría, celebración, etc. o experimentar los efectos estimulantes de la droga. D. Prueba de control personal. Uso de la sustancia para probarse a sí mismo que puede tener un uso moderado, probar los efectos de un tratamiento o el compromiso con la abstinencia. E. Tentación o urgencia de consumo. Uso de la sustancia como respuesta a tentaciones o deseo intenso. La tentación puede surgir en presencia de señales asociadas al consumo (por ejemplo, ver un paquete de cigarrillos) o en ausencia de señales, cuando la necesidad o tentación de uso viene “de repente”.
<p style="text-align: center;">Categoría II. Determinantes Interpersonales</p> <p>Determinantes asociados con factores interpersonales, con la presencia o influencia de otras personas como parte de un evento precipitante. Las tres subcategorías son:</p> <ul style="list-style-type: none"> A. Problemas interpersonales. Experimentar sentimientos desagradables. Pueden ser desencadenados por conflictos con otras personas como discusiones, peleas, celos, discordias, disputas, etc. B. Presión social. Respuesta a la presión directa o indirecta que ejerce otra persona o grupo en el individuo para consumir. C. Aumento de experiencias sociales placenteras. Uso de la sustancia en una situación interpersonal, para incrementar sentimientos de placer, celebración y/o excitación sexual.

Nota: Marlatt, G. A. (1996). Taxonomy of high-risk situation for alcohol relapse: Evolution and development of a cognitive-behavioral model, Section I, Theoretical perspectives on relapse. *Addiction*, 91 (Supplement), 37-49.

potencialmente pueden provocar una recaída y lograr su prevención dentro del tratamiento. La TDR ha servido de base para el desarrollo de diversos instrumentos que evalúan recaídas. Algunos de éstos son: la Cocaine Relapse Interview (CRI) (McKay, Rutherford, Alterman, Cacciola, & Kaplan, 1995). Esta entrevista obtiene información sobre el inicio, el curso y la ter-

minación de recaídas en consumidores de cocaína. Su aplicación dura aproximadamente 30 minutos y consta de 100 reactivos distribuidos en seis secciones que evalúan: información de la recaída, experiencias del sujeto un día y una semana antes de la recaída y atribuciones de la causa principal del inicio, curso y terminación de la recaída.

Miller y Marlatt (1996) desarrollaron la Relapse Interview (RI), una entrevista estructurada con 23 reactivos que indagan sobre la abstinencia, el lugar, día y hora de inicio de la recaída, los factores del contexto, pensamientos, emociones y sentimientos que pudieron disparar el consumo y presencia de otras personas.

La creciente demanda de tratamientos efectivos para el manejo de las conductas adictivas impone la necesidad de contar con instrumentos de medición confiables que permitan una mejor comprensión del fenómeno de las recaídas (Tapert, Ozyurt, Myers, & Brown, 2004).

La literatura de las conductas adictivas reporta que la entrevista es uno de los procedimientos más utilizados para evaluar recaídas. Con base en la TDR de Marlatt y Gordon (1985), se ha desarrollado la Entrevista de Recaídas para Usuarios de Sustancias Adictivas (ERSA, García, Oropeza y Vázquez, 2006). Un aspecto importante es que, además de la TDR, se tomó en cuenta la categoría de afecto positivo previo al consumo de McKay et al. (1995) para el desarrollo de la entrevista. La ERSA es una propuesta para identificar disparadores de recaídas en usuarios de sustancias que asisten a tratamiento e intentan detener su consumo. El objetivo de esta investigación fue estimar la confiabilidad de la ERSA.

MÉTODO

Participantes

En el estudio participaron 73 usuarios de sustancias adictivas (tabaco, alcohol, marihuana, cocaína, crack

e inhalables), 69 hombres (94.5%) y 4 mujeres (5.5%). Al momento de la entrevista, todos los participantes estaban en un periodo de abstinencia del consumo de sustancias. En promedio tenían 21 semanas de abstinencia (rango de 2 a 104 semanas).

La media de edad de los participantes fue de 32 años (rango, 19 a 65 años). A través del Cuestionario Diagnóstico del Consumo de Sustancias (CDCS), los participantes reportaron en promedio 10 síntomas de dependencia.

Instrumentos

Se utilizaron dos instrumentos: el CDCS y la ERSA (García, Oropeza y Vázquez, 2006). El primero de ellos, desarrollado específicamente para esta investigación, está constituido por 13 reactivos con respuesta dicotómica elaborados con base en los criterios (APA, 1994) para la dependencia de sustancias del DSM-IV. Arroja información sobre el patrón desadaptativo del consumo de drogas e indicadores de dependencia en un periodo de 12 meses.

La ERSA identifica situaciones asociadas con recaídas. Se sustenta en las ocho subcategorías de la TDR y en la categoría de afecto positivo previo al consumo (McKay, Rutherford, Alterman, Cacciola, & Kaplan, 1995; ver Tabla 2). Esta entrevista define recaída como el primer uso de una sustancia (legal e ilegal) que rompe con un periodo de abstinencia.

La ERSA se organiza en dos partes:

I. Antecedentes de Consumo. Está constituida por diez reactivos divididos en tres secciones.

Sección A: Identificación, obtiene datos generales.

Tabla 2. Categorías y Subcategorías de la ERSA

Área Intrapersonal-Ambiental	Área Interpersonal
1. Afecto displacentero 2. Estados físicos negativos 3. Búsqueda de sensaciones positivas 4. Control personal 5. Tentación y necesidad de consumo 6. Afecto positivo previo al consumo	7. Problemas interpersonales 8. Presión social 9. Experiencias sociales placenteras

Sección B: Patrón de Consumo, formada por 6 reactivos, identifica la forma en que la persona ha utilizado la sustancia.

Sección C: Abstinencia, formada por dos reactivos, identifica la forma y la duración del periodo de abstinencia anterior a la recaída.

II. Recaída. Está constituida por 47 reactivos divididos en cuatro secciones:

Sección 1: Contexto de Recaída, conformado por siete preguntas abiertas que identifican la fecha, situación, lugar, día y hora en que ocurrió la recaída, así como la presencia o ausencia de otras personas.

Sección 2: Categorías de Recaída, identifica la categoría en la que se encuentran los disparadores de recaída de la persona entrevistada. Esta sección consta de 27 reactivos divididos en tres partes: a) señala la categoría de recaída; b) identifica la influencia de la categoría en la recaída; y c) determina el grado de influencia de la categoría en la recaída. Las respuestas a esta sección son de dos tipos: dicotómicas para la parte a y b; y de porcentaje para la parte c, con una escala que va desde 0% (no influyó) hasta 100% (influyó totalmente).

Sección 3: Disparadores de Recaída, identifica los disparadores específicos de recaída asociados con las categorías de la sección 2. Está formada por nueve reactivos con dos tipos de respuesta: abierta y de opción múltiple.

Sección 4: Similitud entre Recaídas, identifica el parecido de la recaída comentada con respecto a otras que ha tenido el usuario. Esta sección está formada por cuatro reactivos divididos en dos partes: a) identifica el parecido de las recaídas; y b) señala el grado en que se parecen las recaídas. Las respuestas a esta sección son de dos tipos: para la parte a), dicotómica y para la parte b), de porcentaje, con una escala que va desde 0% (no se parecen) hasta 100% (se parecen totalmente).

Procedimiento

Se solicitó autorización para entrevistar a usuarios de sustancias en ocho instituciones, públicas y privadas, dedicadas al manejo de conductas adictivas. Seis de ellas fueron agrupaciones de Alcohólicos Anónimos.

La participación de los usuarios en el estudio fue voluntaria. Todas las entrevistas se realizaron de forma individual y en privado.

Para estimar la confiabilidad temporal de la ERSA se utilizó el procedimiento test-retest con un intervalo de ocho días entre las aplicaciones (Hogan, 2004). Al inicio se aplicó el CDCS para evaluar la dependencia a sustancias de los participantes. Después se aplicó el apartado *Antecedentes de Consumo* de la ERSA. Con la obtención de información en este apartado, se realizó una evaluación de la capacidad cognitiva aparente del participante. En este sentido la aplicación de la entrevista sólo se suspendió con dos personas que mostraron lenguaje incoherente y olvido.

Después de la evaluación se aplicó el apartado de Recaída. Se entrevistó a los participantes sobre la recaída más reciente en los últimos dos años, después de permanecer en abstinencia, al menos por una semana. Al término de la entrevista se acordó la cita para el retest. En el retest se aplicó solamente el apartado de Recaída de la ERSA.

RESULTADOS

Para el análisis de los datos obtenidos en las entrevistas, primero se realizó una evaluación cualitativa comparando la congruencia entre las respuestas dadas en test y retest del *Contexto de Recaída*. Después se aplicó la V de Cramer para analizar la consistencia temporal de los reactivos test y retest (Hogan, 2004). Este procedimiento fue utilizado en las secciones 2, 3 y 4 (*Categorías de Recaída*, *Disparadores de Recaída* y *Similitud entre Recaídas*).

Al comparar la información entre test y retest del *Contexto de Recaída* se observó alta similitud entre las respuestas dadas por los participantes durante ambas entrevistas (100% de congruencia).

Con la prueba V de Cramer (a través de tablas de contingencia) se obtuvieron puntajes generales (de todos los reactivos) cuyo rango va de $V=0.719$ a $V=1.000$, con una $\chi^2 = 0.861$ y una moda de 0.943. Estos resultados indican que la relación entre test y retest es significativa ($p < 0.0001$), y muestran alta estabilidad temporal del instrumento. En el Cuadro 3 se muestran los puntajes de confiabilidad obtenidos en cada una de las secciones de la ERSA.

Tabla 3. Puntajes de Confiabilidad por Secciones de la ERSA

Sección	Área	Confiabilidad (V de Cramer)	Significancia
1	Contexto de recaída	Comparación cualitativa	
2	Categorías de recaída	$\bar{\chi} = 0.838$	P<.0001
3	Disparadores de recaída	$\bar{\chi} = 0.914$	P<.0001
4	Similitud entre recaídas	$\bar{\chi} = 0.894$	P<.0001

DISCUSIÓN

El objetivo de la presente investigación fue la estimación de confiabilidad de la ERSA (García, Oropeza y Vázquez, 2006). Los resultados muestran que la entrevista tiene consistencia temporal. Por lo anterior, se puede afirmar que las respuestas dadas por los usuarios no se debieron a la casualidad, lo cual revela la confiabilidad en la estabilidad del instrumento.

Si bien la confiabilidad no es la única propiedad psicométrica de los instrumentos de medición, sí es una condición necesaria para justificar su uso e interpretación.

Por otro lado, al comparar la ERSA con dos entrevistas desarrolladas con el mismo propósito, la Cocaine Relapse Interview (CRI, McKay, Rutherford, Alterman, Cacciola & Kaplan, 1995) y la Relapse Interview (RI, Miller, & Marlatt, 1996), se observan las siguientes ventajas: 1) Además de las subcategorías de Marlatt y Gordon (1985), se evalúa el afecto positivo previo al consumo, el cual es un factor mencionado en la literatura y en la clínica de las adicciones como un disparador importante de recaídas; 2) Indaga la representatividad de la recaída evaluada con respecto a otras que ha tenido el usuario; 3) Obtiene datos de patrón de consumo, información que amplía el contexto clínico en el que ocurre la recaída.

Por tanto, la ERSA cuenta con ventajas prácticas, de aplicación y de obtención de información diagnóstica que permiten conocer de manera rápida y a profundidad el patrón de recaídas en los usuarios evaluados.

Es necesario mencionar un par de limitaciones de este estudio: primero, el difícil acceso a la población consumidora de sustancias. Esto se debe a las políticas de las instituciones dedicadas al manejo de las conduc-

tas adictivas, así como a la poca disponibilidad de los usuarios para participar en el estudio. Este hecho provocó que no se respetaran las proporciones de sexo y número de usuarios por sustancia como lo refiere la Encuesta Nacional de las Adicciones (Secretaría de Salud, 2002). Es decir, se obtuvo una muestra pequeña de la población. El hecho de ampliar la muestra permitiría evaluar la validez de la entrevista, elemento deseable en todos los instrumentos de medición y de esta manera, obtener un instrumento válido y confiable para evaluar a la población mexicana.

En segundo lugar, en México no se cuenta con instrumentos de evaluación desarrollados con el mismo objetivo que la ERSA. Este aspecto impide la comparación sistemática de estos resultados con los obtenidos en otros estudios realizados en esta población.

Se concluye que en esta investigación se obtuvo un instrumento de medición confiable, la ERSA, que puede auxiliar en la evaluación general de situaciones de recaída en usuarios de sustancias adictivas. En términos psicométricos, la ERSA satisface parte de la necesidad de crear instrumentos adecuados para el análisis y comprensión del fenómeno de la recaída, además de contribuir a mejorar la calidad de los tratamientos para conductas adictivas, pues es un instrumento diagnóstico que, en combinación con otros, permite realizar una intervención oportuna en la prevención de recaídas.

Finalmente, se sugiere seguir con esta línea de investigación en el desarrollo de instrumentos de evaluación en recaídas que permitan realizar intervenciones eficaces y oportunas, además de ahondar más sobre el tema.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) por el financiamiento otorgado al proyecto G36266-H “Desarrollo y Evaluación de un Programa de Detección Temprana e Intervención

Breve para Usuarios de Cocaína”, al Centro Acasulco de la Facultad de Psicología de la UNAM y a las instituciones y usuarios de sustancias que cooperaron en el estudio.

REFERENCIAS

- Alati, R., Liamputtong, P., & Peterson, C. (2003). It was a nice day... a beautiful day: An analysis of relapse into substance misuse among indigenous drinkers. *Drug and Alcohol Review*, 22, 135-141.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington: APA.
- Annis, H. (1986). A relapse prevention model for treatment of alcoholics. En W. Miller & N. Heather (Eds), *Treating Addictive Behaviors* (pp. 407-433). New York: Plenum Press.
- Bottlender, M., & Soyka, M. (2004). Impact of craving on alcohol relapse during, and 12 months following outpatient treatment. *Alcohol and Alcoholism*, 39, 4, 557-561.
- Connors, G., Longabaugh, R., & Miller, W. (1996). Clinical commentary on replications and extensions of Marlatt's relapse research. Looking forward and back to relapse: Implications for research and practice. *Addiction*, 91 (Supplement), 191-196.
- Connors, G., Maisto, S., & Donovan, D. (1996). Conceptualizations of relapse: A summary of psychological and psychobiological models. *Addiction*, 91 (Supplement), 5-13.
- Echeburua, E., & De Corral, P. (1986). Predicción de la recaída en las conductas adictivas: Estrategias de intervención. *Drogalcohol*, 11, 1, 16-24.
- García, L., Oropeza, R., & Vázquez, F. (2006). *Entrevista de recaídas en usuarios de sustancias adictivas*. En L. García, Desarrollo y confiabilidad de la entrevista de recaídas en usuarios de sustancias adictivas. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología, UNAM.
- Gorski, T. & Miller, M. (1982). *Counseling for relapse prevention*. Independence, MO: Herald House.
- Hogan, T. P. (2004). *Pruebas psicológicas. Una introducción práctica*. México: Manual Moderno.
- Katz, J. L., & Higgins, S. T. (2003). The validity of the reinstatement model of craving and relapse to drug use. *Psychopharmacology*, 168, 21-30.
- Kelly, M., Chick, J., Gribble, R., Gleeson, M., Holton, M., Winstanley, J. et al. (2006). Predictors of relapse to harmful alcohol after orthotopic liver transplantation. *Alcohol and Alcoholism*, 41, 3, 278-283.
- Larimer, M., Palmer, R., & Marlatt, G. A. (1999). Relapse prevention: An overview of Marlatt's cognitive-behavioral model. *Alcohol Research and Health*, 23, 2, 151-160.
- Litman, G. (1986). *Alcoholism survival: The prevention of relapse*. En W. Miller & N. Heather (Eds). *Treating Addictive Behaviors*. (pp. 391-405). New York: Plenum Press.
- Ludwing, A. & Winkler, A. (1974). Craving and relapse to drink. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 35, 108-130.
- Marlatt, G. A. (1996). Taxonomy of high-risk situation for alcohol relapse: Evolution and development of a cognitive-behavioral model, Section I: Theoretical perspectives on relapse. *Addiction*, 91 (Supplement), 37-49.
- Marlatt, G. A. & George, W. (1984). Relapse prevention: Introduction and overview of the model. *British Journal of Addiction*, 79, 261-273.
- Marlatt, G. A., & Gordon, J. (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford.
- McKay, J., Alterman, A., Mulvaney, F., & Koppenhaver, J. (1999). Predicting proximal factors in cocaine relapse and near miss episodes: Clinical and theoretical implications. *Drug and Alcohol Dependence*, 56, 1, 67-78.
- McKay, J., Rutherford, M., Alterman, A., Cacciola, J., & Kaplan, M. (1995). An examination of cocaine relapse process. *Drug and Alcohol Dependence*, 38, 35-43.

- Miller, W., & Marlatt, G. A. (1996). Relapse interview-intake. Appendix A, Part I. *Addiction*, 91 (Supplement), 231-240.
- Mossberg, D., Liljerberg, P., & Borg, S. (1985). Clinical conditions in alcoholics during long-term abstinence: A descriptive, longitudinal treatment study. *Alcohol*, 2, 551-553.
- Prochaska, J., & DiClemente, C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy. Theory, Research and Practice*, 19, 276-288.
- Quesada, M., Carreras, J., & Sánchez, L. (2002). Recaída en el abandono del consumo de tabaco: una revisión. *Adicciones*, 14, 1, 65-78.
- Sánchez-Craig, M. (1976). Cognitive and behavioral coping strategies in the reappraisal of stressful social situations. *Journal of Counseling Psychology*, 23, 7-12.
- Saunders, B., & Allsop, S. (1987). Relapse: a psychological perspective. *British Journal of Addiction*, 82, 417-429.
- Secretaría de Salud (2002). Encuesta Nacional de Adicciones. *Drogas ilegales*. México: Secretaría de Salud.
- Shaham, Y., Shalev, U., Lu, L., De Wit, H. & Stewart, J. (2003). The reinstatement model of drug relapse: history, methodology and major findings. *Psychopharmacology*, 168, 3-20.
- Shiffman, S. (1989). *Conceptual issues in the study of relapse*. En M. Gossop (Ed.), *Relapse and Addictive Behavior*. (pp. 149-179). London: Routledge Press.
- Solomon, R. (1980). The opponent-process theory of acquired motivation: the costs of pleasure and the benefits of pain. *American Psychologist*, 35, 691-712.
- Tapert, S. F., Ozyurt, S. S., Myers, M. G., & Brown, S. A. (2004). Neurocognitive ability in adults coping with alcohol and drug relapse temptations. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 30, 2, 445-460.
- Willinger, U., Lenzinger, E., Hornik, K., Fischer, G., Schönbeck, G., Aschauer, H. N. et al. (2002). Anxiety as predictor of relapse in detoxified alcohol-dependent patients. *Alcohol & Alcoholism*, 37, 6, 609-612.

Fecha de recepción: febrero 2009
 Fecha de publicación: diciembre 2009