

LA RECAIDA EN EL TRATAMIENTO DE LA ABSTINENCIA EN ADICTOS A OPIACEOS

Vicente Tomás*

RESUMEN

Las recaídas son desde el punto de vista clínico el fenómeno que ataca de forma más directa, continua, e ineludible a los modelos de tratamiento y a veces a las actitudes de los profesionales. En este trabajo se exponen algunos conceptos sobre la recaída, los modelos explicativos y las estrategias de intervención a programar. El objetivo principal es plantear los puntos de referencia y parámetros que no se tiñan de elementos subjetivos para que no se distorsione totalmente el proceso terapéutico.

INTRODUCCION

Hace relativamente poco tiempo aún nos podíamos encontrar con profesionales (médicos y psicólogos) que ante un consumo-recaída en período de abstinencia exigían que se volviese al estado de abstinencia como si la adicción estuviese sometida a una norma standar bajo control.

A través de trabajos de autores como: Hunt 71, Nurco 83, Catalano 85, Marlatt 85, Prochaska y Diclemente 84-92, Gossop 87, Daley 89, Tejero y M. Casas 92, se confirman las dificultades encontradas en el mantenimiento de la abstinencia y en la adherencia al tratamiento, y lo amplían

a todas las sustancias objeto de dependencia. De manera que las recaídas quedan incluidas como un elemento más en el proceso de aprendizaje del mantenimiento de la abstinencia. De forma que cuando nos planteamos la recaída debemos tener siempre en cuenta: la frecuencia de la recaída, los factores internos-externos asociados y las estrategias de intervención y aplicación a programar.

RECAIDA: DEFINICIONES Y CONCEPTO FUNCIONAL

En general se considera una recaída como la vuelta al consumo de la sustancia que creó la dependencia.



* Psicólogo



Pero en realidad se han definido dando respuestas (generalmente los médicos) del tipo: "retorno a la enfermedad", "fracaso de tratamiento", "crisis sin solución", "la respuesta a un conflicto interno", "regreso a la adicción", etc. Estas definiciones corresponden a un modelo pesimista de la enfermedad en el que o se "ha curado" o se "vuelve a lo mismo" (recidiva). En este marco se entiende que la utilización de drogas es un indicativo ineludible de recaída, con lo cual la recaída es el estado final, "un vacío", "un punto muerto".

Con un punto de vista más evolutivo en los programas de abstinencia encontramos definiciones como:

Daley: "Recaída es el hecho de volver al uso de la sustancia después de un período de abstinencia, o el proceso de volver al uso de la sustancia".

Marlatt: separa el concepto de recaída del de un consumo puntual o "caída", error o desliz. Siendo la recaída un proceso y no una situación concreta.

Bajo el punto de vista de la eficacia clínica y del tratamiento, nuestro concepto

está en la línea de los últimos autores citados, dentro de los principios cognitivos-conductuales. Una visión funcional del concepto "recaída" nos la planteamos como:

— La consecuencia de un proceso, en el que no es necesario que se den consumos puntuales para que se produzca.

— Un proceso en el que los sujetos se van a encontrar con amenazas-desafíos a nivel subjetivo, que pueden facilitar la recaída, dependiendo de la percepción del individuo de las habilidades que posea para

afrontar esas situaciones amenazantes.

— Un mecanismo que no debe de ser entendido como negativo, y que avoca al sujeto a un proceso de dependencia.

— La respuesta motora de una Ecuación Funcional que nos obliga a realizar el análisis para prever las consecuencias y planificar la intervención.

MODELOS EXPLICATIVOS DE RECAIDA

Modelo cognitivo-conductual:

Los autores más representativos y que más han reevaluado los procesos de recaída son: Gloria Litman (Inglaterra), Helen Anis (Canadá), Alan Marlatt (USA).

En el *Modelo de Annis* la recaída está dentro de un programa de prevención de recaídas basado en las teorías de aprendizaje social de Bandura y más en el concepto de "autoeficacia" y expectativas de resultados. Según la teoría de la autoeficacia, las expectativas consisten en el juicio que una persona hace sobre su habilidad para realizar un patrón de conducta. Las técnicas terapéuticas serán efectivas sólo si aumentan las expectativas de eficacia personal. Los efectos positivos resultarán de la confianza de la persona de que podrá afrontar con éxito una determinada situación de riesgo. A menor número de expectativas de autoeficacia, mayor predictividad de posibles consumos posteriores.

Para *Alan Marlatt* su Modelo cumple dos funciones fundamentales:

— Es un modelo de comprensión de las recaídas.

— Es un modelo de conductas adictivas, al considerar que las conductas adictivas a drogas son adquiridas y pueden ser modificadas por adquisición de numerosos aprendizajes.

La prevención de recaídas (PR) plantea como objetivo un programa de autocontrol para ayudar al individuo a conseguir mantener cambios estables en aquellos hábitos que se quieren corregir. El modelo de PR de Marlatt se basa en tres supuestos determinantes para el cambio conductual:

— Las causas de un hábito por consumo de sustancias psicoactivas y los procesos de cambio conductual están regidas por principios distintos.

— El cambio del hábito adictivo implica: el establecimiento de un compromiso y motivación para el cambio, la instauración del cambio (del consumo a la abstinencia), el mantenimiento a largo plazo del cambio (Adquisición de habilidades para mantener la abstinencia).

— En la fase del mantenimiento de la abstinencia es cuando podemos observar la consistencia del cambio y lo viable de los resultados a largo plazo.

Marlatt categoriza las amenazas o "situaciones de alto riesgo" que favorecen las recaídas en:

— Interpersonales: conflictos interpersonales, presión social, estados emocionales positivos o momentos agradables con los demás.

— Intrapersonales: estados y emociones positivos y negativos, estados físicos negativos, intentos de control sobre la conducta de consumo, o experiencias de Craving desencadenadas por estímulos condicionados ambientales.

En este modelo las atribuciones que el sujeto hace sobre la causalidad de un consumo inicial después de estar en abstinencia, si es atribuida más a elementos estables e internos, la probabilidad de seguir consumiendo será mayor que si la atribución es a variables externas y específicas. Bajo este prisma la respuesta cognitiva y afectiva del individuo asociada a las

primeras situaciones de consumo en un período de abstinencia reciben el nombre de Efecto de Violación de la Abstinencia (EVA). A mayor intensidad de la R. cognitiva y cuanto más internos, globales y estables sean las características del estilo atribucional asociado al consumo mayor EVA.

Modelo medico-neurológico:

Bajo un punto de vista estrictamente sanitario de la dependencia a opiáceos, la dependencia es considerada una enfermedad crónica y recidivante, por lo que la recaída casi que es aceptada como algo básico en el dependiente. Con este punto de vista se va eliminando el término "curación" para pasar a utilizar "abstinencia de larga duración". El éxito terapéutico en el tratamiento de la drogodependencia debe ser entendido como éxitos parciales que aproximan cada vez más a períodos de abstinencia más largos. Es muy raro que un paciente efectúe un proceso terapéutico sin tener ningún contacto con el tóxico. De tal manera que hoy se entiende que si el paciente acude a tiempo y rápidamente a buscar ayuda, no debe ser interpretado como un fracaso del tratamiento, sino que debe ser entendido como una fase más del proceso, que conducirá a una forma de vida abstinente. Aunque son muchas las causas que pueden facilitar los procesos de recaída en pacientes heroínómanos correctamente desintoxicados, se aceptan dos grupos de factores precipitantes:

— Factores exógenos: disponibilidad de la sustancia, pertenencia a un grupo social de consumidores, el medio y los ligados a características físicas y de personalidad.

— Factores endógenos: en el supuesto de una adecuada cobertura familiar y social.

— Presencia de un síndrome de abstinencia tar-

dío, que se define como un conjunto de disregularizaciones del sistema nervioso vegetativo de los procesos de homeostasia y analgesia, y de las funciones psíquicas básicas que con una duración entre semanas, meses o años interfiere en la capacidad del paciente ya desintoxicado para mantener una vida libre de drogas.

— Posible existencia de una enfermedad por disfunción del sistema opioide (EDSO). Se parte del supuesto de que si todos los sistemas cerebrales presentan disfunciones asociadas a enfermedades psíquicas y neurológicas graves, no existe ninguna razón lógica que no permita pensar que el sistema opioide no pueda enfermar. Siguiendo con la hipótesis para los trastornos relacionados con una hipofunción de este sistema, lo ideal sería forzar la síntesis y liberación de opioides, o bien tratamientos sustitutivos encaminados a suplir el déficit. Dado que la primera hipótesis no es posible se puede recurrir a programas de mantenimiento con agonistas opiáceos. Según este planteamiento un sujeto con EDSO que esté tomando heroína como una fuente de regularización de su sistema opioide, no se beneficiaría demasiado de un tratamiento de desintoxicación y mucho menos de uno de abstinencia.

— Aparición de un Síndrome de Abstinencia o condicionado a estímulos internos o externos y subsecuentemente desencadenamiento de conductas compulsivas de búsqueda y consumo.

— Presencia de trastornos psíquicos concomitantes.

LA ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN DEL TERAPEUTA PSICOLOGO

Partiendo del modelo cognitivo-conductual en el tratamiento de la adicción damos por base los programas de PR, así como algu-



nas de las aportaciones del modelo médico. Sólo hacer hincapié en que el modelo médico del EDSO es sólo una hipótesis teórica que aún necesita de ser empíricamente demostrada.

Siendo que el proceso de recaída en todas las personas que hacen programas de mantenimiento de la abstinencia, es un fenómeno que aunque en algún caso no se dé, es tenido siempre en cuenta, nos debemos de ceñir a los planteamientos de los que va a depender nuestra actuación, que serán básicamente:

— La metodología aplicada en la evaluación de la recaída.

— La preparación académica del terapeuta.

— El estilo del terapeuta al abordar la recaída.

Por lo objetivo haremos

sólo hincapié en el primer punto.

Frente a una recaída debemos de plantearnos como instrumento fundamental el Análisis Funcional de ese proceso de consumo, utilizaremos la ecuación Funcional E-O-R-C-K (Kanfer 70, Pastor y Sevilla 90). Haremos una distinción fundamental:

— Recaída cuando estamos en un proceso adaptativo al principio de una abstinencia y recién acaba una desintoxicación.

— Recaída como un proceso que se da en un programa de mantenimiento de abstinencia.

Tanto en uno como en el otro proceso y aparte de la utilización de pruebas de psicodiagnóstico y de cuestionarios, debemos de realizar un Análisis Funcional para cada una de las opcio-

nes. Y lo repetiremos tantas veces como recaídas se den. Ya que a partir del análisis del proceso podremos realizar un mapa para realizar la programación de la intervención y elegir las técnicas más adecuadas.

Hay que dar por supuesto que en el caso de una recaída en un proceso de mantenimiento de abstinencia, generalmente los sujetos han sido entrenados en programas de autocontrol que están dotados de contenidos referidos a autoaplicación sobre:

- Depresión.
- Ansiedad.
- Habilidades Sociales.
- Salud.
- Familia.

BIBLIOGRAFIA

CASAS, M.; GUARDIA, J.; DURO, P.: *Otras toxicomanías*. Psiquiatría fundamental. Barcelona. Salvat.

CASAS, M.: *Trastornos por dependencia a opiáceos*. Jano 943: 11-12. 91.

LITMAN, G.; DESMOND, D.: *Relapse and recovery in substance abuse careers*. NIDA Research Monograph 72: 49-71. 86.

MARLATT, G.A.; GORDON, J.R.: *Relapse prevention*. New York. Guildford Press. 85.

MARLATT, A.; GEORGE, W.: *Relapse prevention: Introduction and overview of the model*. Brit. J. Addict. 79: 261-273. 84.

GOSSOP, M.; CASAS, M.: *Tratamientos psicológicos en drogodependencias*. Neurociencias.



FORMACION PSICOTERAPEUTICA

TERAPIA FAMILIAR FASICA
Método para el tratamiento de
familias y parejas

IMPARTE: **Dra. Carole Gammer**
(Fundadora de la Escuela Fásica)

CURSO BLOQUE: III

Separación y Divorcio.
4 días completos de enseñanza teórica y
práctica con sesiones en vivo llevadas a cabo
por C. GAMMER.

LUGAR:
VALENCIA

FECHAS:
16 al 19 de
Diciembre, 1993

(La formación completa comprende
6 cursos bloque además de
supervisión opcional y trabajo en
grupos pequeños)

INFORMACION, INSCRIPCION Y SOLICITUD DEL PROGRAMA COMPLETO:

ANNETTE KREUZ (ref. TFF)
Avda. Blasco Ibáñez, 8 - Tel. (96) 361 76 87 - 46010 VALENCIA