

R reflexiones desde un punto de vista Psicológico, entorno al problema del incumplimiento de propósitos (Recaídas) en el tratamiento.

Cortés Tomás, M.T.

Cantón Chirivella, E.

Facultad de Psicología. Departamento de Psicología Básica. Universitat de València.

RESUMEN

Este trabajo se plantea dar algunas directrices sobre la evolución del estudio del incumplimiento de propósitos -recaídas desde el modelo de enfermedad- a lo largo del tiempo. Para ello, intentando estructurar lo mejor posible la exposición, se comienza con el análisis del propio concepto de recaída, concretamente se muestra cómo se han ido incluyendo cada vez más aspectos en el estudio de las recaídas; cuales han sido los marcos de análisis teóricos fundamentales y donde han centrado su interés cada uno de ellos, así como cual es el interés que despierta entre los profesionales españoles este tema; cómo han estudiado las recaídas y cuales han sido las conclusiones a las que se han llegado. Finalmente, se dan algunas directrices respecto a por donde podría discurrir la investigación y la intervención en estos momentos.

PALABRAS CLAVE

Adicciones, Drogodependencias, Incumplimiento de propósitos, Recaída.

ABSTRACT

This paper describes the evolution of the study of unmet objectives or relapses from the medical model to the present. It includes an analysis of the concept «relapse» showing how more and more aspects have been included in the study of relapses; a description of the principal theoretical models and their primary center of interest; how Spanish researchers have studied relapses and the conclusions they have reached. Finally, some suggestions regarding how to continue a study of relapse prevention will be given.

KEY WORDS

Addiction, Drogodependences, Un reached objectives, Relapse.

EL CONCEPTO DE «RECAIDA»

Si queremos adentrarnos en el estudio de una problemática, lo primero que debemos hacer es conocer aquello sobre lo que pretendemos investigar y/o intervenir. Por ello, se inicia la exposición con una reflexión sobre el propio concepto de recaída. Con este fin, se pueden adoptar distintas vías: dar un listado de las múltiples definiciones existentes; definir la recaída en función de las tasas de retención que aparecen o adoptar la definición sostenida por algún investigador relevante en este área. En este caso estimamos más adecuado mostrar cómo, conforme se ha avanzado en el tiempo, se han ido incluyendo cada vez más aspectos a evaluar en este concepto.

A *grosso modo*, se ha pasado de tratar las recaídas desde el modelo de enfermedad, a analizar el incumplimiento de propósitos desde acercamientos más globales¹, fundamentalmente desde la perspectiva cognitivo-conductual. Ello ha llevado asociado toda una serie de cambios en la consideración de esta problemática que intentamos plasmar de forma genérica en nuestros comentarios, apoyándonos para ello en la Tabla I.

¹ Al igual que ha ocurrido en terapia de conducta hemos pasado en el estudio de las adicciones y más concretamente de las recaídas, hacia acercamientos más globales de tipo cognitivo-conductual (Díaz Salabert, 1995).

DOSSIER

Tabla 1: Algunas definiciones de recaída desde la perspectiva cognitivo-conductual, ordenadas temporalmente.

AUTOR/ES	AÑO	DEFINICION
Litman y cols	1983	La recaída puede considerarse de 3 formas: - como un <i>evento discreto</i> que se inicia con la vuelta al consumo de drogas - como el <i>retorno al consumo</i> de drogas con la misma intensidad - como un <i>proceso</i> que de forma insidiosa conduce de nuevo al consumo - como el <i>uso diario</i> durante un número específico de días - como una <i>consecuencia del uso</i> de sustancias
Marlatt y George	1984	Un fracaso o crisis en el intento de una persona para cambiar o modificar su conducta meta
Marlatt y Gordon	1985	Recaída = consumo continuado y compulsivo de la droga Lapso = episodio singular de abuso
Saunders y Allsop	1987	Un cambio, bien temporal o bien permanente, en una resolución hacia el cambio.
García y Graña	1987	Cualquier retorno al comportamiento adictivo o al estilo de vida anterior, después de un período inicial de abstinencia y de cambio de estilo de vida (como mínimo entre 1 y 3 meses)
Shiffman	1989	Recaída = fin sin éxito de todo el esfuerzo para el cambio de conducta Lapso = un único episodio en el que se infringe la restricción
DeLeón	1990-1991	Uso recurrente de drogas después de un período de abstinencia. slip o lapse = consumo aislado binges = episodio de múltiples consumos en un tiempo limitado relapse = retorno a la frecuencia y patrón de uso anteriores a la abstinencia
Catalano y cols	1990-1991	- un <i>evento discreto</i> que ocurre con el simple uso de una droga, después de un intervalo de abstinencia - un <i>proceso</i> que se desarrolla a lo largo del tiempo. Puede entenderse como uso diario, retorno a la línea base; consecuencias como la readmisión a tratamiento o diagnóstico de nueva dependencia según diferentes criterios.
Chiauszi	1991	Restablecimiento de la <i>conducta adictiva, pensamientos y sentimientos</i> , después de un período de abstinencia Se considera como una falta que puede corregirse mediante un examen y cambiando los factores de riesgo individuales
Shiffman	1992	<i>Proceso interactivo</i> que incluiría al sujeto y a su medio
Graña	1994	Un continuo a lo largo de una dimensión en un extremo de la cual está el desliz y en el otro la recaída
Graña	1996	La recaída en adicciones puede manifestarse de distintas formas: unas veces como el retorno al estilo de vida antiguo; otras en forma de consumo de drogas, sustitutas y/o actividades de azar y riesgo; sexualidad compulsiva. Aunque generalmente, la característica más importante consiste en volver a consumir de forma regular la droga característica de abuso
Solis, Tapia, Gallardo y Gamiochipi	1998	Incluyen tres posibles definiciones de recaída en su trabajo: - un episodio en el que un alcohólico retorna a niveles previos de ingestión, tras un intento por detener o reducir la cantidad que bebe (Solis y Guizar, 1996) - una violación a una regla o a un conjunto de reglas autoimpuestas que se llevan a cabo por medio de una conducta seleccionada (NIAA, 1993) - un incremento en el patrón y problemas relacionados con el consumo. (Valiant y cols, 1983).

Una de las causas del escaso interés mostrado hacia esta materia a la década de los años 70, fue la aplicación de la terminología del modelo de enfermedad a la misma. Concretamente, se consideraba la recaída como algo inmutable, de carácter irreversible y característico de la persona adicta y se le asociaban los conceptos de "deseos irresistibles" -una necesidad incontrolable de utilizar droga, que aceleraba el uso por parte del consumidor- y "pérdida de control" -consecuencia fisiológica del consumo que producía la eliminación de la voluntad del sujeto de detener el uso continuado-, lo que haría que se convirtiesen en algo inamovible y fuera del alcance de los clínicos.

La recaída se explicaba como una consecuencia derivada de la pérdida de control sobre el consumo de la sustancia, que ocurría cuando el sujeto era víctima del ansia-impulso abrumador a consumir que podía ser tan poderoso que podía exceder el deseo del sujeto a permanecer abstinentes. En estos casos la única estrategia disponible era la de animar al cliente a que no tomara la primera dosis o copa, pues la creencia era que tras ese primer consumo no serían capaces de controlar su situación. Con este planteamiento es lógico que la intervención clínica fuese mínima, ya que la pérdida de control así como la subsiguiente recaída excedían al propio sujeto y eran internos a

la condición de la persona. El tema de la recaída era intratable, ya que la sola alusión a la misma podía provocar o precipitar la vuelta al consumo. Además, bajo esta perspectiva al sujeto se le atribuía un carácter pasivo.

De esta concepción tan pesimista hemos pasado a otra en la que cada vez se le ha ido dando un papel más activo al sujeto, abriendo la posibilidad de intervenir sobre el proceso de recaída. Se inicia con ello una perspectiva más optimista en las intervenciones terapéuticas de las conductas adictivas. En este cambio de punto de vista tienen especial relevancia las aportaciones efectuadas por Gloria Litman (Reino Unido), Helen Annis (Canadá) y Alan Marlatt (Estados Unidos), los cuales han investigado sobre las recaídas desde una base teórica cognitivo-conductual, en lugar de partir de un concepto de patología médica (Saunders, 1993). Así, se pasó a entender la recaída como un proceso cuyo curso podía ser influenciado y alterado.

Es realmente en los años 80 cuando comienzan a plantearse las formulaciones acerca de la recaída y su posibilidad de prevención, introduciéndose una serie de cambios y nuevas perspectivas desde la propia dimensión cognitivo-conductual. Los cambios que hemos considerado más relevantes aparecen en la Tabla 1.

Analizando el conjunto de la información reseñada, extraída de distintas publicaciones especializadas en el área, se aprecia cómo hemos pasado de considerar la recaída bajo un enfoque dicotómico del resultado del tratamiento -o se está curado o se ha recaído- (modelo de enfermedad) a hacerlo como un proceso, en el que incluso se introduce la idea de estimar algún grado de severidad y duración. En la recopilación efectuada por Litman, a principios de los ochenta, se ve claramente esta diferenciación. Litman introduce entre las cinco definiciones que recoge, las concepciones defendidas desde el modelo de enfermedad (evento discreto, retorno al consumo con la mis-

ma intensidad) así como algunas de las críticas que se efectuaron a este tipo de definiciones, pasando a considerarla como un proceso y a delimitarla con una mayor precisión, por ejemplo, especificando el número de días.

Asimismo, podemos observar como se desplaza el foco de interés desde el consumo de drogas hacia la interrupción del intento o propósito de cambiar una conducta determinada. Aparece con ello la idea de normalidad, tan defendida en la década de los noventa, pues interrumpir el propósito de dejar de consumir no es diferente a lo que hacemos al interrumpir cualquier otro propósito que nos planteamos, por ejemplo cuando tenemos la intención de adelgazar y dejamos la dieta, o nos proponemos ir al gimnasio y acudimos tan solo a las 2 ó 3 primeras sesiones. No estaríamos pues ante una conducta específica del área de las adicciones, sino ante algo que solemos hacer en cualquier área de nuestra vida que deseamos cambiar. En todos los casos, decidimos hacer cambios y después reconsideramos la decisión inicial tomada.

En esta misma línea de normalidad, otro aspecto a matizar aunque no aparezca en las definiciones de forma explícita, es como hemos pasado de entender la recaída como el eslabón final del proceso de retorno al consumo y estilo de vida anterior (modelo lineal) a verla como un proceso de carácter circular o en espiral, en donde el sujeto que recae aprende de su error y va evolucionando hacia la mejora y control de su propio proceso adictivo. Esta idea es la que se defiende desde los principales modelos de carácter motivacional como el de Prochaska y DiClemente

Además, actualmente ya no se considera imposible el poder variar el curso de una recaída (impensable desde el modelo médico, pues no estaba bajo control del sujeto, sino todo lo contrario). En estas definiciones, de carácter cognitivo-conductual, además de asumir que la toma de decisiones consti-

tuye el elemento central, se enfatiza el carácter activo del sujeto en todo el proceso.

En las primeras definiciones del modelo cognitivo-conductual ya se estableció una clara diferenciación entre lo que se ha venido considerando un lapsos o caída respecto de lo que se ha considerado una recaída. Pero esta distinción con el tiempo ha ido adoptando la forma de un continuo en cuyos extremos se sitúan estos dos aspectos (Graña, 1994). Ello lleva asociado la posibilidad de diferenciar entre distintos tipos de recaídas, pudiendo explicar la introducción de una temporalización en las definiciones que se hacen al respecto (ej. entre 1 y 3 meses), aunque este último aspecto es un tema todavía pendiente de evaluar. Además se considera motivo de desliz o indicio de recaída el consumo no necesariamente del mismo tipo de sustancia sino también de otra sustancia o conducta adictiva

Recientemente, dado que ya no se trabaja desde el modelo médico estricto, se plantea también la necesidad de adoptar una nueva terminología, más acorde con la perspectiva de normalidad, que desvincule el estudio de las recaídas de esa visión tan pesimista inherente a este modelo. Por este motivo se alude a conceptos del tipo "incumplimiento de propósitos" (Saunders, 1993).

Por otra parte, el estudio del incumplimiento de propósitos se focaliza cada vez más desde una perspectiva biopsico-social apareciendo claramente, a nivel de intervención, la necesidad de incluir no solo estrategias dirigidas al sujeto, sino también otras orientadas al ambiente que le rodea, dado que se considera determinante en la resolución hacia el cambio. Además, se va avanzando hacia definiciones cada vez más operativas en donde se hace alusión no solo al retorno de la conducta adictiva sino también al restablecimiento de pensamientos y sentimientos tras un período de abstinencia, o incluso la vuelta al estilo de vida anterior; consi-

derando que todos estos cambios pueden producirse conjuntamente o no en el sujeto.

La última de las definiciones que hemos incluido engloba, a grandes rasgos, la perspectiva actual desde la que se consideran las recaídas. En este caso, aparece una clara interrelación entre la definición que parte del modelo de enfermedad y las relacionadas con la orientación cognitivo-conductual. Continúa dándosele mayor importancia al retorno al consumo que a la toma de decisiones, aunque a nivel de intervención esto se invierte y se le da más énfasis a las técnicas dirigidas a incrementar el autocontrol del sujeto en las «situaciones peligrosas o de alto riesgo».

En cuanto a la noción de recaída, ¿por donde tendríamos que ir?. En nuestra opinión sería adecuado encontrar una definición más concreta y sobre todo de carácter más operativo que delimitase también el intervalo temporal así como el de seguimiento adecuado. De este modo podríamos llegar a establecer comparaciones entre los diferentes estudios, cosa que en estos momentos resulta difícil, y extraer más información relevante sobre este tema. Es necesario que se consensuen criterios de recaída aceptados por la comunidad científica internacional, pues esta disparidad de criterios entorpece los estudios transculturales y la comparación de resultados en las diferentes investigaciones, dispersando y atomizando las aportaciones realizadas en este campo, con el empobrecimiento que esto supone para el tratamiento de las adicciones.

MODELOS Y/O MARCOS DE REFERENCIA PARA TRATAR EL INCUMPLIMIENTO DE PROPOSITOS

La investigación psicológica sobre el problema del incumplimiento de propósitos ha avanzado notablemente en la última década, con la elaboración de modelos teóricos y de intervención que

DOSSIER

actualmente están siendo evaluados y reformulados, en un intento de ajustarlos cada vez más a la problemática que intentan abordar. Tucker y cols. (1991), engloban estos modelos en tres grandes categorías a partir de ciertos criterios: los factores de riesgo primario y secundario; el papel jugado por las variables ambientales y los estados afectivos; la distinción entre caída y recaída; los factores protectores de la abstinencia; los objetivos de la intervención clínica; las variables relevantes de ser consideradas en la historia de cada sujeto, así como el diagnóstico y evaluación. Todas estas características se comentan seguidamente (Tabla 2).

Modelos de afrontamiento del estrés (Marlatt y Gordon, 1985; Shiffman, 1989)

Basados en los trabajos de A. Lazarus (1966) sobre el estrés y su afrontamiento, consideran el consumo de sustancias psicoactivas como una posible respuesta de afrontamiento al estrés.

Los distintos modelos que se incluyen en esta categoría se diferencian en

cuanto a los predictores de la recaída, aunque todos ellos comparten la importancia de la interacción entre los factores protectores de la abstinencia y los factores de riesgo de la recaída. En líneas generales, en todos ellos el reinicio en el consumo depende de la percepción del grado de estrés o amenaza; de la expectativa del uso de la sustancia como una respuesta de afrontamiento viable y de la disponibilidad de respuestas alternativas de afrontamiento.

Modelos motivacionales-condicionados (Ludwig y Wikler, 1986; Baker y cols, 1987; Niaura y cols, 1988)

Todos estos modelos sostienen que el uso de sustancias se inicia y mantiene por la activación de estados motivacionales que dirigen la conducta hacia la consecución de una sustancia específica. Encontramos dos tipos de planteamiento: aquellos en los que la motivación principal es escapar o evitar los síntomas de la retirada, y aquellos otros en los que la principal moti-

vación es experimentar los efectos positivos y placenteros derivados del consumo. Pero todos afirman que estos estados motivacionales hacia el consumo pueden ser condicionables a determinadas propiedades del entorno, tras repetidas asociaciones de estos entornos con el uso de la sustancia. De este modo, las situaciones estimulantes adquieren la propiedad de elicitar los estados motivacionales que subyacen al uso de sustancias. Por este motivo, el sujeto puede volver a consumir tras el tratamiento si se encuentra en un contexto ambiental que ha asociado al consumo y que activa el estado motivacional.

Modelo de elección conductista (Tucker y col, 1985; Vuchinich y Tucker, 1988, 1991).

Las teorías generales de la elección intentan explicar cómo se efectúa una conducta de entre un conjunto de actividades disponibles, en función de las limitaciones que existen para poder realizarla. En este caso el consumo de sustancias se considera una de las múl-

Tabla 2. Categorías en las que pueden enmarcarse los modelos teóricos de incumplimiento de propósitos en base a la clasificación de Tucker y col., (1991)

	RIESGO PRIMARIO (-) / SECUNDARIO (*)	ROL VARIABLES AMBIENTALES	ROL ESTADOS AFECTIVOS	CAIDA-RECAIDA	FACTORES PROTECTORES	EVALUACION E INTERV. CLINICA	VAR. INDIV. IMPORTANTES
Afrontamiento del estrés	<ul style="list-style-type: none"> Los factores principales son las situaciones de alto riesgo, los avales de estrés percibido, la falta de respuestas de afrontamiento alternativas al consumo y la baja autoeficacia para evitar consumir. Los factores secundarios son algunas situaciones sociales que implican la disponibilidad de la sustancia, la presión social hacia el consumo... 	<ul style="list-style-type: none"> Las pistas de droga se pueden combinar con los estados afectivos aumentando la prob. de recaída. Los eventos negativos aumentan los avales negativos y el estrés percibido, aumentando la prob. de recaída. Las actividades alternativas son importantes como respuestas de afrontamiento en las situaciones de alto riesgo. 	<p>Su papel es el justificarse como determinantes críticos de la recaída. Pueden representar la respuesta final a variables ambientales.</p>	<p>Esta distinción así como sus determinantes específicos varía según autores (Efecto de violación de la abstinencia; efectos acumulativos o interactivos entre distintos factores...)</p>	<p>Son las respuestas de afrontamiento cognitivo-conductuales ante las situaciones de riesgo</p>	<ul style="list-style-type: none"> Se centra en las situaciones de alto riesgo inmediatas para el uso de sustancias, el estrés percibido y las respuestas de afrontamiento. La intervención se dirige hacia el cambio del estado psicológico del sujeto ante las situaciones de riesgo, aumentando la autoeficacia y disminuyendo las expectativas positivas del efecto de la sustancia. 	<p>Son las situaciones específicas asociadas con el uso pasado de sustancias y las var. que determinan los niveles actuales de autoeficacia e esas situaciones, así como las expectativas positivas de resultados del consumo de sustancias.</p>
Motiv. condic.	<ul style="list-style-type: none"> La activación de los estados motivacionales asociados con episodios pasados de abstinencia o retirada de la sustancia, o bien, con los efectos positivos de la sustancia. Los estados positivos que pueden reproducir de modo similar el efecto positivo de la sustancia. 	<ul style="list-style-type: none"> Las pistas de droga juegan un papel crítico como elicitoras para los estados motivacionales hacia el consumo. Los eventos positivos aumentan el riesgo incrementando los avales afectivos negativos que se asocian o elicitan por sí mismos hacia el consumo. Las actividades alternativas al consumo no poseen un rol positivo en la activación posible de esos estados. 	<p>Los estados afectivos pueden producir la recaída limitando o reproduciendo de forma similar estados motivacionales relevantes, y/o pueden funcionar como estímulos condicionados para su elicitación.</p>	<p>Esta distinción se establece en función de la intensidad y duración de la activación del estado motivacional. Caída: debida a una activación de intensidad y duración relativamente baja. Recaida: debida a una activación interna y duradera.</p>	<p>Se reconocen factores protectores con un papel específico.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Se centran en identificar las pistas de droga y los índices que reflejan la intensidad y duración de los estados motivacionales elicitados por éstas. Dirigidas hacia la alteración de los estados motivacionales hacia el consumo, en cada sujeto y cada situación concreta de alto riesgo. Esto se conseguirá mediante el condicionamiento de reacciones selectivas a las pistas de droga y mediante la evitación de las reacciones positivas. 	<p>Las pistas ambientales asociadas en el pasado con la retirada de la sustancia y con los efectos positivos de la misma.</p>
Elección conductual	<ul style="list-style-type: none"> Las limitaciones mínimas al acceso de la sustancia; las escasas recompensas alternativas a las limitaciones excesivas para poder acceder a ellas. Los "retornos" de las recompensas que son consistentes con el momento de la abstinencia. 	<ul style="list-style-type: none"> Las pistas se consideran menos influyentes que el grado de acceso a recompensas alternativas al uso de sustancias. Los eventos negativos son importantes al señalar una reducción en el acceso a recompensas alternativas. Las actividades alternativas son importantes en determinar las preferencias hacia el uso, y su influencia escasea a las situaciones relacionadas con el consumo. 	<p>Pueden estar asociados al consumo, pero no se considera que sean variables controladoras y determinantes del mismo.</p>	<p>Se apoya en las condiciones de acceso a la sustancia.</p> <p>Caída: disponibilidad inmediata de la sustancia. Recaida: acceso reducido a reforz. alternativos.</p>			

Tabla 3. Principales modelos utilizados por los investigadores españoles para estudiar el incumplimiento de propósitos (recaída)

Litman y col., 1979	ESQUEMA	EVALUACIÓN	RESULTADOS	MEJORAS	
Marlatt y col., 1985	<p>ESQUEMA</p>	<p>VENTAJAS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ofrece estrategias concretas de prevención e intervención, abordando la recaída como algo a tener en cuenta en la intervención. <p>MEJORAS</p> <ul style="list-style-type: none"> - No considera la posibilidad de que más de una clase de razones pueda estar presente en la recaída. Puede que los distintos precipitantes de la recaída no se excluyan. - Tampoco considera que los distintos precipitantes puedan estar relacionados temporal y casualmente. - Las pistas de droga son más importantes a lo largo del proceso de recaída y no simplemente en los estados iniciales de la abstinencia. - No se enfatizan adecuadamente los factores fisiológicos. - La definición de determinados acontecimientos como ambientales, personales o interpersonales suele proceder de una valoración subjetiva. Por ejemplo, la presión social siempre implica una disponibilidad. Los estados emocionales negativos suelen vincularse al entorno y producirse en un contexto interpersonal (Hodgson, 1993). - El EVA (efecto de violación de la abstinencia) aparece cuando el sujeto está comprometido a mantenerse abstinentemente durante un período temporal y en el curso de este período se produce un fallo, pero los programas para no abstinentes (por ejemplo, control del consumo de alcohol o los de metadona) están excluidos de la experiencia de un EVA. - El mecanismo por el cual funciona el EVA implica que la mayoría de los sujetos comprometidos experimentarán una recaída grave, mientras que los que duden o se muestren poco decididos no se verán afectados de forma tan intensa, por lo que no recaerán tan gravemente. Esto es ilógico. - Los sujetos pueden que progresen del consumo inicial al uso continuado por otras razones distintas a la presencia del EVA. (por ejemplo, la recuperación espontánea de una conducta sobreaprendida, las situaciones repletas de estímulos relevantes para continuar el consumo...) - El EVA puede ser más que causa del progreso de un fallo a una recaída, una consecuencia de haber recaído. Es posible que los sujetos que recaen y saben que han fracasado en su intento de cambiar, informen de niveles más bajos de autoestima y mayor sensación de culpa que los que recaen pero luego interrumpen el consumo. - Se necesita más evidencia empírica para corroborar la eficacia de cada uno de los componentes derivados del modelo para la intervención clínica. 	<p>ESQUEMA</p> <p>Interacción múltiple entre distintas variables:</p> <p>Situaciones peligrosas para el suj. → RECAIDA ← Auto percepción Autoestima Grado de indef aprendida, con que juzgan la sit de riesgo</p> <p>Disponib de estrat. de afrontam. → RECAIDA ← Efectividad de las cond. de afrontam.</p>	<p>EVALUACIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> * Cuestionario de precipitantes de recaída, incluye situaciones en las que están implicadas: emociones negativas; acontecimientos externos; ansiedad social y vigilancia cognitiva * Cuestionario de conductas de afrontamiento. Destacan 4 factores: pensar positivamente; pensar negativamente; estrategias de distracción y estrategias de evitación 	<p>MEJORAS</p> <p>La evidencia empírica existente no permite mantener de forma general los supuestos de los que parte</p>

tiples actividades posibles, íntimamente relacionada con la accesibilidad de la sustancia, e inversamente con la disponibilidad de refuerzos alternativos. Por ello, el objetivo básico en estos modelos consiste en identificar las condiciones en que el consumo aparece como una de las actividades preferidas de entre un conjunto de alternativas.

Una revisión en mayor profundidad de los programas de prevención de recaída aplicados en los últimos 15 años (García, 1991), nos lleva a destacar cinco de ellos: Programa de Litman y col, 1979; Programa de daño neurológico de Gorski y Miller (1979); Programa de Marlatt y col. (1985); y los programas motivacionales de Prochaska y DiClemente (1983) y el de Brownell (1988). Basándonos en su repercusión y uso en el estudio de las recaídas entre los investigadores y clínicos españoles, caben destacar el de Gloria Litman, el de Marlatt y, recientemente, el de Prochaska. Los dos primeros apa-

recen comentados en la Tabla 3, incluyendo el planteamiento que asumen, los principales resultados obtenidos y las ventajas y mejoras presentadas. Las implicaciones terapéuticas las trataremos más adelante.

Litman y Marlatt desarrollan modelos incluidos en la categoría «modelos de afrontamiento del estrés». De ellos, el menos estructurado es el de Gloria Litman y cols. (1979), que consideran que la recaída es debida a la interacción compleja entre situaciones peligrosas para el sujeto, conductas de afrontamiento, la efectividad percibida de esas conductas y características intraindividuales. En este, se da prioridad a las situaciones peligrosas y conductas de afrontamiento, lo que condujo a elaborar instrumentos de evaluación específicos para poder analizarlas. Este modelo se considera relevante por ser de los primeros en plantear y evaluar una serie de hipótesis respecto a la recaída.

En el mismo enfoque se sitúa el modelo de Marlatt y cols, de los años ochenta, uno de los más influyentes e integradores en el estudio de las recaídas. Este es mucho más amplio que el anterior, aunque comparte con él la importancia otorgada a las situaciones de alto riesgo y las conductas de afrontamiento. Sin embargo, Marlatt defiende que la simple identificación de las situaciones y el aprendizaje de respuestas específicas no constituyen una estrategia suficiente ante la amenaza de una recaída, lo que condujo al estudio de la importancia de los factores cognitivos que interfieren en este proceso de recaída: las razones iniciales para el cambio; las expectativas de efecto de las drogas; las expectativas subjetivas de la capacidad para desplegar ciertas habilidades y las reacciones de atribución de emociones ante un fallo (Saunders, 1993). Entendiendo el planteamiento de Marlatt como un modelo de autocontrol de orientación psicoeducativa

DOSSIER

y fundamentado en los principios del aprendizaje social de Bandura, pretende enseñar al sujeto que intenta cambiar su conducta cómo anticipar y cómo afrontar el problema de la recaída. En este caso, la confianza en sí mismo, la autoeficacia y el autocontrol en relación al afrontamiento de los riesgos, pueden predecir una evolución libre de las drogas.

A nivel de intervención, combina el entrenamiento en habilidades conductuales, las intervenciones cognitivas y los procedimientos para el cambio del estilo de vida. A medida que la persona realiza un proceso de descondicionamiento, reestructuración cognitiva y adquisición de habilidades va asumiendo mayor responsabilidad sobre su propio cambio de conducta.

Si bien este modelo ha guiado la mayor parte de la investigación efectuada hasta el momento en el área de las recaídas, es cierto también que sobre el mismo podemos verter multitud de recomendaciones de mejora, algunas de las principales aparecen indicadas en la Tabla 3.

Recientemente, aparece con más claridad el influjo en el estudio de las recaídas de modelos motivacionales que sostienen que los sujetos atraviesan distintos estadios en el proceso de cambio. Se trata de modelos circulares que consideran que la recaída puede ocurrir en un estadio temprano desde el cual el sujeto no puede hacer un intento de cambio. Esto permite valorar la recaída como menos negativa y como un paso necesario hacia el éxito, aunque ya se ha apuntado que no todos los sujetos se rigen por estos principios, de hecho todos conocemos a personas que intentan en innumerables ocasiones dejar de consumir y no lo logran (García, 1991). Este tipo de modelos se han aplicado especialmente en el incumplimiento de propósitos relacionado con la conducta de dejar de fumar y no disponemos de mucha investigación experimental realizada al respecto en nuestro país.

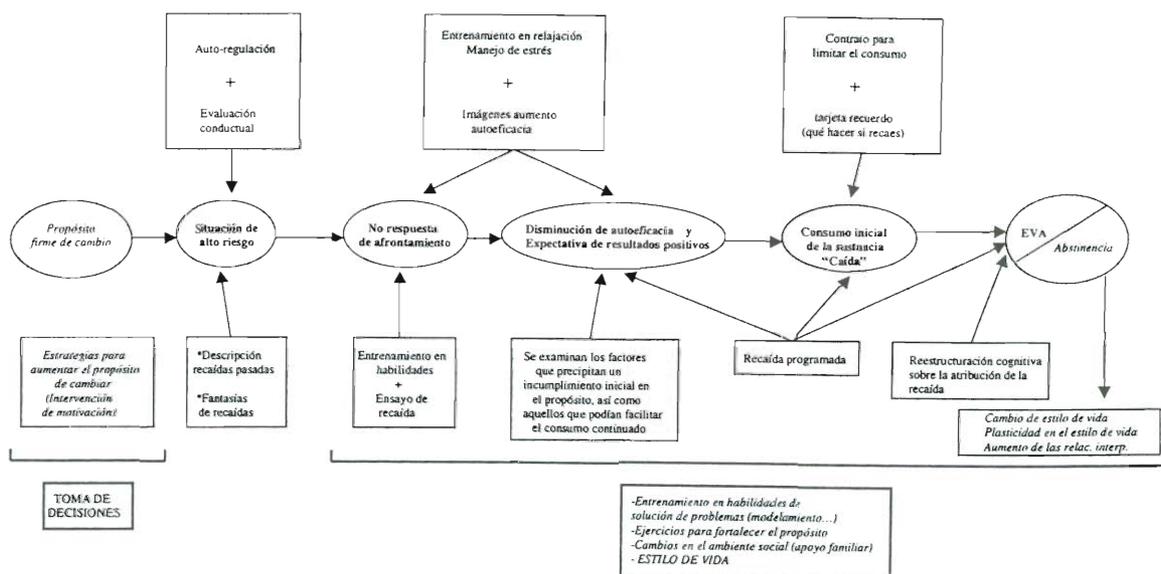
A la vista de esta información, podemos señalar algunas consideraciones para mejorar la investigación y fundamentalmente la intervención, en el incumplimiento de propósitos. Para ello,

tomamos como punto de partida los modelos de afrontamiento del estrés, que a la luz de la literatura especializada, parecen ser los que cuentan con mayor apoyo. Concretamente partimos del modelo de Marlatt, por ser el más integrador y el que propone una más clara intervención sobre el proceso que pretendemos evaluar. En el Gráfico 1 queda constancia tanto del modelo de referencia, como de las estrategias de intervención que se han propuesto desde este planteamiento, al tiempo que hemos intentado incluir las principales mejoras que seguidamente pasamos a comentar.

En principio, destacar un aspecto no muy considerado a nivel de intervención, aunque en la investigación está justificada su importancia, que es el papel de la familia y de los amigos en el proceso de recuperación.

Billings y Moos, en 1983, observaron que los dependientes alcohólicos que puntuaban alto en las escalas de satisfacción familiar y trabajo tendían a obtener mejores resultados, mientras que los que carecían de este tipo de ayudas tenían mayor probabilidad de re-

Gráfico 1. Sugerencias para la intervención en Prevención de Recaídas.



caer. Asimismo, el apoyo de la familia y amigos se considera una de las pocas variables asociadas con el éxito terapéutico en las dietas de adelgazamiento y en el abandono del tabaquismo (Brownell, 1984; Coppotelli y Orleans, 1985). Resultados de este tipo permiten justificar la necesidad de incorporar técnicas para trabajar directamente con los familiares, con objeto de disminuir las situaciones de riesgo, por lo que sería adecuado ampliar la intervención, propuesta en la mayoría de los modelos de prevención de recaídas, más allá de la dirigida a los propios sujetos dependientes. Parece ser que los programas centrados únicamente en el sujeto no representan una alternativa suficiente. Al respecto, Wallack ya escribió en los años ochenta, que los profesionales dedicados a la educación sanitaria no sólo tenían que fortalecer a los sujetos para que pudiesen cambiarse a sí mismos, sino que se les debía enseñar habilidades para que fuesen capaces de cambiar situaciones básicas para su problema. Si no cambiaba la mayor parte del entorno, el cambio individual, cuando se producía, era completamente insuficiente.

Además, los investigadores del «abandono» de la conducta adictiva parecen estar de acuerdo en un factor que trasciende todos los factores psicológicos: el de la calidad del estilo de vida tras el cambio (Biernacki, 1986; Billings y Moos, 1983; Azrin y cols. 1976). Si los sujetos se esfuerzan por cambiar pero la calidad de su vida no mejora, el compromiso con el propósito será débil. Es necesario que el cambio aporte recompensas en lugar de comportar problemas mayores.

Así pues, si la intervención se centra únicamente en el sujeto y se dirige a incrementar su propósito de cambio y a ofrecerle unas cuantas estrategias de afrontamiento, pero se le presta poca atención al ambiente en el que se va a desenvolver esa persona, la probabilidad del incumplimiento del propósito será elevada.

Otro problema añadido es que se suele trabajar con sujetos que han recaído y han vuelto al tratamiento, con lo que los datos obtenidos pueden estar claramente sesgados por dos motivos: no se sabe qué ocurre con los sujetos que recaen pero no vuelven a tratamiento y además en el caso de los que sí son analizados puede ocurrir que tanto sus atribuciones como sus respuestas estén sesgadas por la deseabilidad social, tanto del terapeuta como de la familia y compañeros de grupo (en caso de que sea tratado así).

Partimos pues de un desconocimiento de parte de la población que incumple el propósito de mantenerse abstinentes. Una buena solución podría ser la que ya apuntaba Saunders, aludiendo al estudio del incumplimiento de propósitos entre la población general, conocimiento éste que consideramos relevante para poder entender esta misma conducta en el área adictiva.

Además, en los modelos revisados no se recoge la influencia de planear y al placer inherente a muchos incumplimientos de propósitos (muchas recaídas se atribuyen a una incapacidad de afrontamiento y no a una decisión activa de hacer esa conducta que fue inicialmente placentera y puede que posteriormente problemática), cuestionándose claramente el que las recaídas estén más allá del control del sujeto. Así, coincidiendo con Saunders (1993) entendemos que en la comprensión del incumplimiento de propósitos, es probable que se le haya concedido una importancia excesiva a los precipitantes de las recaídas y estrategias de afrontamiento, subestimándose la toma de decisiones de los sujetos.

No sólo hay que considerar la toma de decisiones del sujeto sino también la calidad de la decisión de cambiar que ha tomado, pues la persona que valora de forma poco importante el cambio, tiene más probabilidades de incumplir sus propósitos ante diversas situaciones amenazadoras. Esto lleva implícita

la idea de que las situaciones amenazantes se controlan a través de la firmeza de la decisión de abandonar y no mediante el desarrollo de habilidades de afrontamiento. Sin embargo, la calidad de la resolución tiene mucha influencia en su duración.

Además, es clave que delimitemos el concepto de incumplimiento de propósitos si queremos agrupar investigación suficiente para poder justificar empíricamente alguno de estos modelos, porque el problema que surge es que no podemos comparar muchos de los resultados de los estudios efectuados, porque en ellos se evalúan aspectos diferentes. Hay un gran déficit metodológico y de validación en este tipo de modelos. En ocasiones, desde un mismo modelo se realizan estudios desde distintas formas y maneras lo que nos impide poder comparar los resultados obtenidos.

En definitiva, y tal como aparece en el Gráfico 1, el alejamiento de la conducta adictiva incluye un proceso de toma de decisión inicial de cambiar, que se traduce en un compromiso y en el desarrollo de estrategias en relación con ese compromiso. El mantenimiento de este cambio estará influido por los factores del estilo de vida, particularmente la calidad de ésta en el sujeto tras el cambio (Saunders, 1993).

Aparte de esta carencia metodológica en parte favorecida por la ambigüedad de lo que se pretende valorar, mucha de la investigación realizada con objeto de intentar analizar posibles determinantes de las recaídas no parten de ningún marco teórico y se limitan a un análisis de variables fundamentalmente de carácter demográfico (edad, problemas de salud,...) que se intentan relacionar con la vuelta o no al consumo y estilo de vida anterior. Sin embargo, desde los años 80 ya se plantea que variables tales como la edad, educación, ingresos salariales, antecedentes de tabaquismo, motivaciones para fumar, síntomas de abstinencia y los problemas de salud, tienen un valor predictivo del

DOSSIER

mantenimiento de la abstinencia a los cinco meses de abstinencia del tabaco, mucho menor que otras variables (Wilcox, Pochaska, Velicer y DiClemente, 1985).

Esto nos da claras pautas de por donde deberíamos dirigir nuestra investigación psicológica. La clave parece estar en delimitar más las variables psicológicas que están influyendo en el proceso de toma de decisiones y en el proceso de resolución de conflictos ante ese problema, y siempre trabajando dentro de la línea de la normalidad y bajo la idea de un incumplimiento de propósitos como una situación de la que extraer un aprendizaje. No es aconsejable centrarnos en aquellas variables estáticas sobre las que no podemos intervenir ni tampoco en aquellas posturas radicales que consideran que el problema de las recaídas es del sujeto únicamente, pues el terapeuta tiene mucho que decir no solo en cuanto a su preparación -en caso de la intervención- y/o formación -por ejemplo metodológica en el caso de la investigación- sino también en cuanto a las expectativas que transmite ante el sujeto, tanto al inicio del tratamiento como ante una posible caída, y que en cierta forma van a influir en su proceso de cambio.

Conviene por tanto iniciar el tratamiento con cautela, planteando objetivos realistas y adecuados a cada caso y, asumiendo las recaídas como parte del proceso e incluso plantearnos a veces como único objetivo el conseguir que el intervalo entre recaída y recaída sea cada vez más amplio, que el sujeto sepa que hacer en cada momento, dotándole de cierta autonomía y que su familia pueda responder de la misma forma, -debemos tranquilizar a la familia y preparar el terreno para que ésta desarrolle las habilidades y estrategias que se han ido trabajando durante el proceso- logrando con ello cada vez una más pronta recuperación.

Somos de la opinión, que ya Litman defendía en los años 80, de que para

paliar las recaídas no es necesario dar más tratamiento al sujeto sino aplicar una buena prevención de recaídas que incluya una intervención multidisciplinar al tiempo que específica a las necesidades de cada sujeto.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Casas, M.; Gossop. 1993. *Recaídas y prevención de recaídas* ed. Neurociencias. Barcelona.

Díaz Salabert, J. 1995. Prevención de recaídas. *II Encuentro Nacional sobre drogodependencias y su enfoque comunitario*. Chiclana de la Frontera (Cádiz).

Espina, A. y García, E. 1993. Factores pronosticos de abandono terapéutico y recaída en heroínómanos. *Adicciones*, vol 5 (2), 185-202.

Espina, A. y García, E. 1998. Factores asociados a la recaída y abandono terapéutico en toxicómanos. En Sirvent y Rodríguez. *Drogodependencias. Sociología, evaluación y proceso*. Editorial Spiral. Universidad de Oviedo.

García González, R. 1991. *La prevención de recaída en la dependencia del alcohol: Desarrollo y valoración de un programa experimental de intervención*. Tesis Doctoral. Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Madrid.

Graña Gómez, J.L.; García Álvarez, A. 1994. Prevención de recaídas en drogodependencias. En Graña, J.L. *Conducts Adictivas*. Ed. Debate.

Guirado, Y.; Freixa, M.; Guardia, J.; Salafranca, L.; Tubany, J. 1994. Predicción del riesgo de recaída en tratamientos de drogodependientes. *Adicciones*, vol 6 (4), 453-463.

Llorente del Pozo, J.M.; Gutiérrez Fraile, M.; Ruiz Apodaca, J.; Jiménez Lerma, J.M. 1993. Prevención de recaídas y dependencia a opiáceos. Factores asociados al mantenimiento de la abstinencia. *4º Congreso de la Sociedad Española la Toxicomanías*.

Marlatt y George. 1984. *Relapse Prevention: Introduction and overview*

of the model. *Brit. J. Addict*, 79; 261-273.

Marlatt y Gordon, 1985. *Relapse Prevention*. Guilford Press. Nueva York.

Saunders, B. 1993. Conductas adictivas y recaída. Una visión de conjunto. Casas y Gossop. *Recaída y prevención de recaídas*, ed. Neurociencias. Barcelona.

Saunders, W.; Allsop, S. 1987. Relapse: a psychological perspective. *Br. J. Addiction*, 82, 417-429.

Secades Villa, R.; Torres Lobo, M. 1994. "Primera evaluación de las habilidades de afrontamiento de drogodependientes en situaciones de alto riesgo". *Primeras Jornadas de Prevención de Recaídas en adicciones*. Torremolinos.

Solis, L.; Tapia, R.; Gallardo, A.; Gamiochipi, A. 1998. Curso de postratamiento y recaídas en pacientes dependientes al etanol del Centro de Ayuda al Alcohólico y sus familiares. *Salud Mental*, vol, 21 (3), junio de 1998.

Vela Rubio, A.; Alarcón Fernández, M.; Reboilar, R. 1994. "Análisis de los factores de recaída de toxicómanos en prisión". *Primeras Jornadas de Prevención de Recaídas en adicciones*. Torremolinos.