Revista TOXICODEPENDÊNCIAS
® Edição SPTT
Ano 4 • Número 1 • 1998
pp. 25 – 34

Factores asociados a la severidad de la recaída en pacientes heroinómanos

Fernández Gómez et al.

RESUMEN: Se describen 130 pacientes heroinómanos recaídos entre el quinto y el sexto mes de tratamiento en comunidades terapéuticas profesionales. Los pacientes fueron entrevistados en Centros de Salud Mental, un mes después de iniciarse la recaída. Identificamos algunos factores asociados a la escalada, autocontrol y estabilización en el consumo de heroína tras el reinicio del consumo. La recaída no condujo a un consumo incontrolado de heroína, sino que el 71,5% de los pacientes retomaron la abstinencia. La severidad de la recaída está asociada a diferentes factores anteriores y posteriores al reinicio del consumo: A) los deseos diarios de consumir heroína durante el último mes de tratamiento va asociado positivamente con los tres indicadores de severidad; B) el uso de sustancias ilícitas durante el tratamiento está asociado a la escalada y la estabilización en el consumo; y C) respuestas afectivas, actitudes hacia el consumo y la abstinencia, respuestas cognitivas (justificaciones del consumo, autoeficacia) y respuestas de afrontamiento ante los deseos de consumir heroína están asociadas con los tres indicadores de severidad de la recaída. Las variables históricas y estáticas mostraron escasa asociación con la severidad de la recaída. Concluimos que es necesario integrar diversas teorías psicológicas para un mejor comprensión de la recaída en el consumo de heroína.
Palabras-clave: **Heroína, Recaída, Severidad, Comunidad Terapéutica.**

RÉSUMÉ: Cette étude fait la description de 130 malades heroinomanes rechûtés entre le 5e et le 6e mois de traitement chez des communautés thérapeutiques professionnelles. Les malades ont été intervientés dans des Centres de Santé Mentale un mois après le début de la rechûte. Nous avons réussi à identifier des facteurs associés à l'escalade, l'auto-contrôle et la stabilisation de l'usage d'héroïne après la rechûte. Celle-ci n'a pas menné à un usage décontrolé et 71,5% des malades ont reprit l'abstinence. La sévérité de la rechûte a été rapportée à des facteurs différents, avant et après le recommencement de l'usage. Les facteurs plus influants ont été: A) Le besoin journalier d'héroïne pendant le dernier mois de traitement a été rapporté à des indicateurs de sévérité (escalade, autocontrôle et stabilisation); B) L'usage de drogues illicites pendant le traitement a été rapporté à l'escalade et à la stabilisation; et C) Les réponses affectives, d'attitude pendant l'usage et l'abstinence, cognitives (justifications, auto-efficacité) et d'étouffement en présence du désir d'usage d'héroïne sont rapportés aux trois indicateurs de sévérité. Les variables historiques et statistiques montrent un rapport inférieur à un association faible avec la sévérité de la rechûte. On a conclu que plusieurs théories doivent être intégrées afin qu'on puisse comprendre mieux la rechûte parmis les usagers d'héroïne.

ABSTRACT: This study describes 130 relapsed heroin-addicted patients. Their relapse began after the fifth month of treatment in therapeutic communities, and they were interviewed and tested in mental health centres one month after the beginning of the relapse. We identify some factors associated with the escalation, self-control and stabilisation of heroin consumption after relapse. Relapse did not lead to uncontrolled consumption, 71.5% returned to abstinence after relapse. Severity of relapse is related to different factors, prior and subsequent to relapse, the most influential of which are: A) daily heroin craving in the last month of treatment was associated with indicators of severity (escalation, self-control and stabilisation); B) use of illicit substances during treatment was associated with escalation and stabilisation; and C) affective, attitudinal, cognitive (justifications, self-efficacy) and coping responses associated with heroin craving were associated with the three indicators of severity. Historic and static variables show lesser association with severity of relapse. We conclude that various theories need to be integrated for relapse in heroin users to be understood.

INTRODUCCIÓN

Los estudios de evaluación de los tratamientos en pacientes heroinómanos revelan que el retorno al consumo de la sustancia es relativamente frecuente, durante y tras el tratamiento, (Tims et al., 1991; Nieva, 1988, Pickens & Fletcher, 1991; Comas et al., 1993). El estudio de los factores que determinan las recaídas no está aún suficientemente desarrollado, debido a diversos factores, entre otros: a) la definición operativa de conceptos como "lapso" (consumo puntual) y "recaída", b) la heterogeneidad de las muestras estudiadas y c) la falta de integración entre las diversas teorías y la investigación (Leukefeld & Tims, 1989; Weddington, 1991).

Los modelos de la adicción como "enfermedad" y el modelo de Marlatt sobre la recaída consideran básicamente que los reinicios del consumo "lapsos" y la escalada hacia el consumo intenso y continuado son fenómenos que están determinados por diferentes procesos. En el primer caso, la explicación de tales fenómenos es el deseo irresistible de consumir y una falta de control tras el "lapso". En el modelo de Marlatt la escalada y continuación en el consumo tras el "lapso" depende del denominado "Efecto de Violación de la Abstinencia (EVA) (Marlatt, 1993; Annis, 1989). La recaída más severa tendrá lugar en los individuos que están más comprometidos con la abstinencia y que atribuyen el "lapso" a factores internos e incontrolables.

Los modelos sobre la recaída basados en la toma de decisiones sostienen que la decisión de volver a consumir es mantenida tras el "lapso", aunque el individuo sospeche que tal decisión pueda ser errónea, (Saunders, 1993). Los modelos de la recaída basados en la elección conductual argumentan que el consumo puntual o "lapso" puede ir asociado a la disponibilidad instantánea de la sustancia, mientras que la recaída más severa iría asociada a la disponibilidad de reforzadores alternativos al consumo (Tucker et al., 1991). Los modelos motivacionales-condicionados sugieren que una activación motivacional hacia el consumo ("craving") de baja intensidad y corta duración producirá un "lapso", mientras que un "craving" intenso y duradero producirá una "recaída" más severa (Tucker et al., 1991).

El presente estudio pretende identificar factores comportamentales y cognitivos asociados a la severidad de la recaída en pacientes heroinómanos en tratamiento. Se trata de un estudio preliminar, descriptivo y exploratorio, que utiliza datos clínicos disponibles.

MATERIAL Y MÉTODO

La muestra está formada por 130 pacientes que cumplen criterios DSM-III-R de dependencia de opiáceos (heroína), tratados en 15 comunidades terapéuticas profesionales de la Asociación de Intervinientes en Comunidad Terapéutica (ICT) entre los años 1992 y 1994. Este grupo incluye todos los pacientes recaídos (que consumieron heroína en más de dos ocasiones entre el quinto y el sexto mes de tratamiento), siendo los casos en que no fue posible retomar la abstinencia en la comunidad terapéutica tras el consumo puntual o "lapso". Se eligió este periodo temporal por ser cuando se produce un mayor número de recaídas, cuando los pacientes comienzan a realizar salidas programadas de los centros durante los fines de semana. El consumo de heroína durante el tratamiento en la C.T. fue evaluado mediante el autoinforme del paciente y análisis de orina. Estos pacientes abandonaron la C.T. y fueron derivados a los Centros de Salud de referencia, donde fueron seguidos y evaluados posteriormente mediante entrevistas estructuradas realizadas por los terapeutas de referencia.

De los 130 pacientes entrevistados, 110 eran hombres (84,6%) y 20 mujeres (15,4%), con una media de edad de 28 años. La mayoría están solteros (73,8%) y conviven con sus familias de origen (76,2%). El nivel educativo más frecuente es bajo, con ocho años o menos de educación (66,2%) y están desempleados (66%). La duración media del consumo habitual de heroína es de 8,8 años, el 93% ha sido tratado con anterioridad por abuso o dependencia de heroína y la media de modalidades diferentes de tratamiento recibidas es de 2. El 82% han tenido problemas legales y el 47% son seropositivos al VIH.

Estos 130 pacientes fueron entrevistados un mes después de producirse la recaída (definida como más de dos consumos de heroína) y de finalizar la estancia en las CC.TT. En estas entrevistas se recogían los siguientes datos: A) información relativa al consumo de heroína, incluyendo: A.1) el número de consumos de heroína habidos durante el mes anterior (mediante autoinforme), A.2) el "estatus" respecto al consumo (si el paciente está abstinente o sigue

consumiendo) y A.3) el nivel de consumo actual (estas dos últimas variables evaluadas mediante autoinforme y análisis de orina). Además de estos datos, se registró información acerca de: B) datos sociodemográficos, nivel educativo, ocupación, historia de consumo y situación legal y médica y C) información retrospectiva referida al periodo de tratamiento en la comunidad terapéutica anterior a la recaída.

Las variables referidas al periodo de tratamiento en la C.T. incluyen: C.1) el consumo de sustancias ilegales y alcohol; C.2.) frecuencia de los episodios de "craving"; C.3.) respuesta de afrontamiento utilizadas por el paciente ante los episodios de craving; C.4.) situaciones ante las que el paciente "justificaba para sí mismo el consumo de heroína" y C.5.) contexto de aparición del deseo de consumo que desencadenó el "lapso" y la recaída posterior: contexto social, lugar y momento de aparición, estados afectivos, alteraciones psicofisiológicas y pensamientos concurrentes con dicho deseo de consumo, incluyendo la decisión previa de consumir y su planificación. Finalmente, se preguntó a los pacientes acerca de los factores que justificaban el consumo y la abstinencia en el momento de la entrevista y las expectativas de poder abandonar definitivamente el consumo de heroína. Las respuestas cognitivas y actitudinales (pensamientos, justificaciones del consumo, autoeficacia, planificación y decisión del consumo durante el tratamiento), respuestas psicofisiológicas alteradas, estados afectivos, respuestas de afrontamiento ante el "craving" y variables situacionales asociadas al deseo de consumo que desencadenó el "lapso" fueron registradas como variables dicotómicas (ocurrencia o ausencia de la respuesta o factor situacional).

En otro informe se muestran las diferencias halladas en todas estas variables entre este grupo y otro grupo formado por 130 sujetos seleccionados al azar entre los pacientes que permanecieron abstinentes en las mismas CC.TT. durante el mismo periodo (LLorente, Fernández, Gutiérrez et al., en prensa). Este informe describe los factores que mostraron asociación con la severidad de la recaída, definida según tres indicadores: I) el número de consumos de heroína durante el mes posterior al "lapso" y finalización del tratamiento en C.T. fue usado como indicador de la "escalada" en el consumo; II) la vuelta a la abstinencia después de tres o más consumos de heroína durante ese mes fue usado como indicador de "autocontrol", III) la frecuencia de consumo de heroína durante el tiempo en que se desarrolló la entrevista de seguimiento fue usado como indicador de "estabilización del consumo".

Según el criterio I ("escalada"), dividimos arbitrariamente la muestra en tres subgrupos: 1) los pacientes que consumieron heroína en tres ocasiones durante un mes (consumo denominado "bajo"), 2) los pacientes que consumieron heroína entre 3 y 20 veces durante ese mes (consumo denominado "intermedio") y 3) los pacientes que consumieron heroína más de 20 veces durante dicho mes (consumo denominado "alto"). Según el criterio II ("autocontrol") comparamos los pacientes que retomaron la abstinencia tras la recaída, dentro de cada uno de los tres subgrupos definidos anteriormente, con los que seguían consumiendo heroína en el periodo de la entrevista de seguimiento. Según el criterio III ("estabilización") dividimos la muestra en tres subgrupos: 1) los pacientes que permanecían abstinentes, 2) los pacientes que consumían heroína ocasionalmente (una o dos veces al mes) y 3) los pacientes que consumían heroína habitualmente (semanal o diariamente). Se realizó una comparación entre los diferentes subgrupos definidos por cada uno de los tres indicadores de severidad de la recaída. Las variables sometidas a estudio eran categóricas, por lo que se utilizó el estadístico de la Chi-cuadrado con un nivel de significación $p = 0,05$. Los análisis estadísticos se realizaron utilizando el paquete SPSS V. 6.0.

RESULTADOS

Un subgrupo de pacientes (n= 14, 10,8% de la muestra) consumieron heroína en tres ocasiones durante el mes porterior al "lapso" (grupo denominado de "consumo bajo"). Otro subgrupo consumió heroína entre 4 y 20 veces durante ese mes (n= 79, 60,7% de la muestra, denominado arbitrariamente grupo de "consumo intermedio") y los 37 pacientes restantes (28,5% de la muestra) consumieron heroína más de 20 veces durante dicho mes (grupo denominado de "consumo alto"). El número y porcentaje de pacientes dentro de cada uno de esos tres subgrupos que retomaron la abstinencia de heroína tras ese mes fue de n = 12 (85.7%) en el primero, n = 59 (74,7%) en el segundo y n = 22 (59,5%) en el grupo de consumo "alto". En el momento de la entrevista, un mes

más tarde del "lapso", 93 pacientes afirmaban no consumir heroína (71,5% de la muestra), 23 pacientes (17,7%) mantenían un consumo ocasional de heroína (una o dos veces al mes) y los 14 restantes (10,8%) consumían heroína semanal o diariamente (consumo habitual). La tabla número 1 muestra estos resultados

Tabla número 1 – Número de consumos de heroína, autocontrol y estatus en el periodo de la entrevista de seguimiento (estabilización del consumo de heroína).

VARIABLE	NUMERO DE CONSUMOS DE HEROÍNA			
ESTATUS	BAJO	MODERADO	ALTO	TOTAL
ABSTINENTE	12 (85.7% parcial)	59 (74.7% parcial)	22 (59.5% parcial)	93 (71.5%)
OCASIONAL	2 (14.3% parcial)	16 (20.3% parcial)	5 (13.5% parcial)	23 (17.7%)
HABITUAL	0	4 (5% parcial)	10 (27% parcial)	14 (10.8%)
TOTAL	14 (10.8% total)	79 (60.8% total)	37 (28.4% total)	130 (100%)

Las tablas siguientes muestran los efectos significativos y no significativos hallados en la comparación entre los diferentes subgrupos. La última columna de cada tabla muestra el nivel de significación. La tabla nº 2 indica los efectos observados en relación con la "escalada" en el consumo de heroína tras la interrupción del tratamiento en la C.T.

Tabla número dos – Diferencias significativas entre los diferentes niveles de consumo de heroína tras el "lapso".

NIVEL DE CONSUMO DE HEROÍNA (ESCALADA)	BAJO	INTERMEDIO	ALTO	Sig. c2
Características sociodemográficas e historia de consumo				
Sexo (porcentaje de varones)	92.9%	79.8%	91.9%	0.16
Nivel educativo bajo (porcentage)	71.4%	64.6%	67.6%	0.86
Pacientes con trabajo estable (porcentage)	14.3%	11.4%	16.2%	0.76
HIV+	42.9%	46.8%	48.6%	0.93
Pacientes con problemas legales actuales	64.3%	49.4%	37.8%	0.68
Media de edad (años)	29	28	28	0.62
Años de consumo habitual de heroína (media)	8.8	8.7	9.1	0.81
VARIABLE (Ocurrencia: Afirmativo)				
Estado de "desengaño" asociado al "craving" disparador.	14.3%	45.6%		*
Durante el tratamiento, el paciente consideraba su situación como estable, implicándose en lo cotidiano.	0%	29.5%		*
Los proyectos de futuro (tras la recaída) justificaban la abstinencia de heroína.	42.9%	15.2%		*
La compañía de consumidores justificaba el consumo de heroína (tras la recaída).	50%	21.6%		*
El paciente consumía heroína durante el tratamiento en C.T.	24.7%	37.8%	*	
Pacientes tratados anteriormente en C.T.	33.3%	75.7%	***	
Pacientes que experimentaban "craving" diario de heroína durante el último mes en la C.T.	22.6%	48.6%	**	
Pacientes que tuvieron contacto visual o verbal con consumidores tras el "craving" disparador de la recaída.	82.8%	97.3%	*	
Pacientes que decidieron o planificaron consumir antes del "lapso".	57.1%	40.5%	48.6%	0.43

*= p ‹ .05; **= p ‹ .01; ***= p‹ .001.

Las primeras 7 filas indican que las variables sociodemográficas y la historia de consumo no muestran diferencias entre los tres subgrupos definidos por este indicador, por lo tanto no están asociadas con la "escalada" en el consumo de heroína en nuestra muestra. Las siguientes cuatro filas muestran que existen diferencias significativas entre el subgrupo de "consumo bajo" y el subgrupo denominado de "consumo intermedio". Estas diferencias consisten en que el primer grupo justificaba más frecuentemente que el segundo, el consumo de heroína, por que facilitaba el contacto ocasional con consumidores (un consumo "social" de la substancia). Asimismo, el primer grupo consideraba más frecuentemente a los proyectos de futuro como factores mantenedores de la abstinencia de heroína.

Finalmente, el grupo de consumo "intermedio" afrontaba el "craving" durante el tratamiento en la C.T. considerando su situación como "estable" e implicándose en las actividades cotidianas, y el "craving" que desencadenó la recaída se produjo más frecuentemente asociado con sentimientos de desengaño.

Las siguientes cuatro filas muestran las diferencias significativas entre el subgrupo de consumo más alto y los demás pacientes. Los primeros experimentaban más frecuentemente "craving" diario durante el último mes en la C.T., consumían con mayor probabilidad cocaína durante las salidas del programa, habían sido tratados con mayor probabilidad en una C.T. anteriormente y tuvieron contacto verbal o visual tras el "craving" que desencadenó la recaída.

La última fila indica que los pacientes que decidieron consumir heroína con antelación se distribuyen aleatoriamente en los tres subgrupos definidos según el indicador "escalada" en el consumo de heroína.

La tabla nº 3 muestra los efectos significativos asociados con el "autocontrol" del consumo de heroína, tras diferentes niveles de consumo de la substancia durante el mes anterior.

Tabla número tres – Diferencias significativas asociadas al autocontrol tras diferentes niveles de consumo de heroína tras el "lapso"

AUTOCONTROL TRAS DIFERENTES NIVELES DE CONSUMO DE HEROÍNA (AFIRMATIVO)					
	VARIABLE (Ocurrencia: SI/NO)	BAJO	INTERMEDIO	ALTO	Sign. c2
Las dificultades para dormir justificaban el consumo de heroína (durante el tratamiento).	83.3% / 100%			*	
La falta de ayuda de otras personas justificaba el consumo de heroína (durante el tratamiento).	83.3% / 100%			*	
Los problemas familiares justificaban el consumo de heroína (durante el tratamiento).	83.3% / 100%			*	
Mejorar el rendimiento justificaba el consumo de heroína (durante el tratamiento).	83.3% / 100%			*	
Mejorar las relaciones sociales justificaba el consumo de heroína (durante el tratamiento).	83.3% / 100%			*	
Pacientes que no encontraban ninguna justificación para el consumo de heroína (tras la recaída).		93.8% / 59.6%	***		
Expectativas de poder abandonar definitivamente la heroína (tras la recaída).		75.3% / 45.3%	**		
Pacientes que viven solos.			0% / 54.5%	*	
Pacientes que experimentaban "craving" diario de heroína durante el último mes en la C.T.			38.9% / 78.9%	*	
Pacientes que experimentaron el "craving" disparador al iniciar el día.			45.8% / 84.6%	*	
El criticismo familiar durante el tratamiento por comportamientos pasados justificaba el consumo de heroína.			88.9% / 50%	*	

*= p < .05; **= p < .01; ***= p< .001.

Las primeras 5 filas indican las diferencias significativas observadas dentro del subgrupo de consumo "bajo", indicando que los pacientes que durante el tratamiento justificaban el consumo de heroína en esas cinco situaciones retomaron la abstinencia con menor probabilidad. Las filas 6 y 7 indican que en los subgrupos de consumo "intermedio" y "alto" los pacientes que retomaron la abstinencia de esa sustancia mostraban mayor probabilidad de tener expectativas de poder abandonar definitivamente la heroína y no encontrar justificación alguna para seguir consumiendo la sustancia. Las últimas cuatro filas indican que en el subgrupo de consumo "alto" los pacientes que no retomaron la abstinencia de heroína vivían más frecuentemente solos, experimentaron con mayor probabilidad "craving" diario de heroína durante el último mes en la C.T. e iniciaron la recaída tras un "craving" que surgió en las primeras horas del día. Inversamente, los pacientes que retomaron la abstinencia en este subgrupo habían experimentado con mayor probabilidad el criticismo familiar por conductas anteriormente asociadas al abuso de heroína.

La tabla nº 4 muestra las diferencias significativas observadas entre los diferentes niveles de consumo de heroína un mes después de iniciarse la recaída.

Tabla número cuatro – Diferencias significativas entre diferentes niveles de consumo de heroína un mes después del "lapso" (estabilización del nivel de consumo de heroína).

ESTABILIZACIÓN DE LA ABSTINENCIA O DEL CONSUMO DE HEROÍNA				
VARIABLE (Ocurrencia: SI)	**ABSTINENCIA**	**OCASIONAL**	**HABITUAL**	**Sign. c2**
Pacientes que reiniciaron el consumo "para celebrar".	7.8%	27.3%		**
Pacientes que afrontaban el "craving" durante el tratamiento considerando las consecuencias del consumo.	30%	0%		**
La insatisfacción con la vida abstinente justificaba el consumo de heroína tras la recaída.	42.2%	65%	*	
El contacto con consumidores de heroína justificaba el consumo de heroína tras la recaída.	20%	50%	***	
El malestar físico durante el tratamiento justificaba el consumo de heroína.	8.9%	22.5%	*	
El rechazo familiar durante el tratamiento justificaba el consumo de heroína.	7.8%	22.5%	*	
El escape de problemas legales durante el tratamiento justificaba el consumo de heroína.	2.2%	17.5%	**	
Pacientes que consideraban su situación como estable y se implicaban en lo cotidiano durante el tratamiento.	24.4%	7.5%	*	
Pacientes que consideraban durante el tratamiento el "craving" de heroína como un estado muy poco frecuente.	23.3%	5%	*	
Pacientes que consumieron hashish durante las salidas de la C.T.		54.5%	83.3%	*
Pacientes que experimentaban "craving" diario de heroína durante el último mes en la C.T.		22.3%	77.8%	***
Pacientes que no valoraron las consecuencias de un consumo puntual de heroína durante el tratamiento.		40.2%	66.7%	*
Pacientes que evitaban considerar las consecuencias de consumir heroína durante el tratamiento.		24.1%	50%	*
Pacientes que decidieron o planificaron el consumo con antelación.	41.9%	56.5%	42.9%	0.45
Características sociodemográficas e historia de consumo				
Sexo (porcentaje de varones)	80.6%	91.3%	100%	0.1
Nivel educativo bajo (porcentage)	64.5%	73.9%	64.3%	0.67
Pacientes con trabajo estable (porcentage)	12%	17.4%	21.4%	0.43
HIV+	75.5%	60.9%	50%	0.29
Pacientes con problemas legales actuales	48.4%	52.2%	35.7%	0.14
Media de edad (años)	28	28.7	27	0.38
Años de consumo habitual de heroína (media)	8.7	9.3	9	0.77

*= p < .05; **= p < .01; ***= p< .001.

Los pacientes abstinentes se distinguen de los consumidores en las variables indicadas en las primeras 9 filas de la tabla. Los consumidores "ocasionales" utilizaban menos frecuentemente que los abstinentes durante el tratamiento la estrategia de considerar las consecuencias negativas de consumir heroína, y reiniciaron más frecuentemente el consumo de heroína como una "celebración".

Las filas 3-9 muestran las diferencias significativas entre los pacientes abstinentes y los consumidores, sean estos "ocasionales" o "habituales". La filas 3-7 indican las "justificaciones" para el consumo de heroína que fueron más frecuentes en los que seguían consumiendo. Las filas 3 y 4 se refieren a "justificaciones" concurrentes a la entrevista y las filas 5-7 a "justificaciones" utilizadas durante el tratamiento en la C.T. Las filas 8-9 muestran dos estrategias de afrontamiento más utilizadas por los abstinentes durante el tratamiento: considerar su situación como estable, implicándose en lo cotidiano y considerar el "craving" como un fenómeno poco frecuente.

Las siguientes 4 filas (10-13) muestran diferencias significativas entre consumidores "ocasionales" y "habituales". Los últimos muestran mayor frecuencia de consumo de hashish durante las salidas de la C.T., "craving" diario de heroína durante el último mes en la C.T. , evitar considerar las consecuencias del consumo puntual de heroína e infravalorar su importancia.

La siguiente fila (15) indica que la decisión de consumir de nuevo heroína o su planificación tampoco distingue entre los tres subgrupos de esta tabla, mostrando falta de asociación con la estabilización del consumo de heroína tras la recaída. Lo mismo ocurre con las variables sociodemográficas e históricas.

DISCUSIÓN

El porcentaje de pacientes que mantiene un uso continuado de heroína tras el "lapso" o la recaída, así como los factores que determinan este proceso, son temas relativamente poco estudiados y no existen estudios publicados que estudien la escalada en el consumo y el autocontrol tras la recaída en diferentes muestras.

El primer resultado importante hallado es que la mayoría de los pacientes recaídos controlaron y cesaron el consumo de heroína, incluso tras un consumo habitual de la sustancia durante semanas. Este hecho coincide con los hallazgos de otros autores (Gossop et al., 1987, 1988, 1989, 1990) y apoya la hipótesis de que el consumo de heroína tras la recaída durante el tratamiento es susceptible de autocontrol.

Las variables sociodemográficas, historia de consumo, estatus en las áreas educacional, ocupacional, legal y médica no han mostrado una asociación consistente con la severidad de la recaída, aunque son factores que limitan el acceso a reforzadores alternativos a la sustancia. Los escasos resultados hallados sugieren la necesidad de tener en cuenta la motivación y recursos en los pacientes que repiten tratamiento en C.T., así como la posible falta de presión social hacia la abstinencia en los pacientes que viven solos.

La asociación entre el uso de sustancias ilegales durante las salidas de la C.T. y dos de los tres indicadores de severidad de la recaída apoya la importancia de la abstinencia durante el tratamiento en C.T. Diversas teorías psicológicas sobre la recaída afirman que el consumo de sustancias ilegales aumenta el riesgo de recaída en la sustancia-problema, aunque las razones de su influencia no estén suficientemente explicadas (Saunders & Allsop, 1987; Siegel, 1988).

La asociación lineal observada entre la existencia de "craving" diario durante el último mes en la C.T. y los tres indicadores de severidad de la recaída apoya las hipótesis de los modelos motivacionales-condicionados (Tucker et al., 1991). La aparición del "craving" de heroína en las primeras horas del día es un indicador de mayor dependencia psicológica de la sustancia y su asociación negativa con el autocontrol en el grupo de consumo "alto" también apoya las hipótesis del "craving" como determinante de las recaídas.

Las asociación entre expectativas de poder abandonar definitivamente la heroína (autoeficacia) y el autocontrol tras un consumo intermedio-alto sugiere que la autoeficacia podría ser un constructo explicativo válido en el autocontrol del consumo de heroína, en la línea de lo propuesto por algunos autores (Burling et al., 1989), aunque otros autores presentan resultados contradictorios (Powell et al., 1993).

Actitudes, justificaciones y motivaciones hacia la abstinencia y el consumo de heroína durante el tratamiento y tras la recaída son respuestas que pueden activarse con deseos de consumir heroína e ir asociadas a la gravedad de la recaída, de manera semejante a lo afirmado por otros

autores (Powell, 1993). El papel de estas actitudes y variables motivacionales hacia el consumo y la abstinencia de heroína ha sido poco estudiado. Algunos estudios indican que estas variables son determinantes en heroinómanos tratados (DeLeon, 1992), y el la autorregulación sin tratamiento (Klingemann, 1991, 1992). Recientemente algunos autores han subrayado el papel de la motivación hacia la abstinencia (Miller & Rollinick, 1991), y el balance motivacional en la conducta adictiva (Prochaska, 1993).

Nuestros resultados no confirman que la decisión de consumir heroína o su planificación previa al "lapso" favorezca posteriormente el mantenimiento del consumo. Sin embargo, el estilo "impulsivo", sin considerar la consecuencias negativas del consumo y el uso de heroína como "celebración" si va asociado con la severidad de la recaída, en la línea de lo sugerido por otros autores (Saunders, 1993).

El afrontamiento pasivo del craving durante el tratamiento (considerando la situación de abstinencia como estable) puede ir asociada a un nivel bajo de "vigilancia cognitiva" y a un riesgo elevado de recaída ante episodios de "craving" asociados a estados emocionales negativos. La búsqueda de contacto con consumidores también revela un patrón comportamental asociado al consumo y a la exposición voluntaria a situaciones de riesgo para la recaída. Nuestros resultados indican que la falta de estrategias cognitiva de afrontamiento del craving durante el tratamiento (justificaciones del consumo de heroína e infravaloración de las consecuencias del consumo) puede ser un factor determinante de la recaída posterior.

Este estudio clínico muestra la complejidad de los factores individuales que mantienen la recaída, sin olvidar que otros factores individuales (psicopatología, etc.) y del entorno (familia, apoyo social, etc.) pueden ser igualmente importantes. Muchos de estos factores también distinguen a los pacientes recaídos de los que se mantienen abstinentes durante el tratamiento, como hemos mostrado en otro estudio (Llorente, Fernández, Gutiérrez et al., en prensa), indicando su validez como determinantes de la recaída. Esto sugiriere que "lapso" y "recaída" pueden ser fenómenos influidos por factores muy semejantes, y que las respuestas que previenen la recaída también favorecen el control tras producirse el "lapso". En general, nuestros resultados sugieren que la conducta del paciente durante el tratamiento y sus actitudes y motivaciones tras la recaída pueden determinar la severidad de una eventual recaída. Los modelos psicológicos sobre las recaídas en el consumo de heroína han de ser modelos multifactoriales que integren el fenómeno del "craving", el compromiso con la abstinencia y las respuestas de afrontamiento del craving (comportamentales y cognitivas). Finalmente, estos modelos han de ser contrastados empíricamente, mediante estudios prospectivos diseñados a tal efecto, que definan de manera fiable y válida las variables identificadas como posibles determinantes en este estudio. ■

Fernández Gómez, C.; Psicólogo; LLorente del Pozo, J.M.; Ph.D.; Gutiérrez Fraile, M.; M.D.; Onaindía Rivera, E.; Psicólogo
Barrio Samese
48114, Líbano – Arrieta
Vizcaya
Espanha

Este trabajo ha sido realizado en la Asociación de Intervinientes en Comunidad Terapéutica (I.C.T.), ESPAÑA

BIBLIOGRAFIA

ANNIS, H.M.; (1990). Relapse to Substance Abuse: Empirical Findings Within a Cognitive -Social Learning Approach. Journal of Psychoactive Drugs, 22 (2), 117-124.

BURLING, T.; REILLY, P.; MOLTZEN, J.; ZIFF, D.; (1989). Self-Efficacy and relapse among inpatient drug and alcohol abusers: A predictor of outcome. Journal of Studies on Alcohol. 50 (4), 354-360.

COMAS, D.; CARRON, J.; HERNANDEZ, M.I.; NIEVA, P.; SILVA, A.; (1993). Los estudios de seguimiento. Una experiencia metodológica. GID. Fundamentos.

DELEON, G.; MELNICK, G.; SCHOKET, D.; JAINCHILL, N.; (1992). The CRMS: Readiness for Treatment as a Predictor of TC Retention. Proceedings of the World Conference of Therapeutic Communities. Venice, Italy.

LLORENTE, J.M.; FERNANDEZ, C.; GUTIÉRREZ, M.; VIELVA, I.; Psychological and Behavioural Factors Associated With Relapse among Heroin Misusers treated in Therapeutic Communities. Aceptado para publicación en Addictive Behaviors..

GOSSOP, M.; GREEN. L.; PHILLIPS, G.; BRADLEY, B.; (1987). What happens to opiate addicts immediately after treatment: a prospective follow-up study. British medical Journal, 294, 1377-1380.

GOSSOP, M.; (1988). Addiction and After. British Journal of Psychiatry, 152, 307-309.

GOSSOP, M.; GREEN. L.; PHILLIPS, G.; BRADLEY, B.; (1989). Lapse, Relapse and Survival among Opiate Addicts after Treatment. A Prospective Follow-up Study. British Journal of Psychiatry, 154, 348-353.

GOSSOP, M.; GREEN. L.; PHILLIPS, G.; BRADLEY, B.; (1990). Factors predicting outcome among opiate addicts after treatment. British Journal of Clinical Psychology. 29, 209-216.

KLINGEMANN, H.; (1991). The motivation for change from problem alcohol and heroin use. British Journal of Addiction; Jun. Vol. 86 (6), 727-744.

KLINGEMANN, H.; (1992). Coping and Maintenance Strategies of Spontaneous Remitters from Problem Use of Alcohol and Heroin in Switzerland. The International Journal of the Addictions, 27 (12), 1359-1388.

LEUKEFELD, C.G.; TIMS, F.M.; (1989). Relapse and Recovery in Drug Abuse: Research and Practice. The International Journal of the Addictions, 24 (3), 189-201.

MARLATT, A.; GORDON, J.R.; (Eds.). (1985). Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors. New York: Guilford Press.

MARLATT, A.; (1990). Cue exposure and relapse prevention in the treatment of addictive behaviors. Addictive Behaviors, Vol. 15 (4) 395-399.

MARLATT, A.; (1993). La Prevención de Recaídas en las conductas adictivas: Un enfoque de tratamiento Cognitivo-Conductual. En Casas, M.; & Gossop, M.; (Coord.). Recaída y Prevención de Recaídas. CITRAN. 137-159.

MILLER, W.R.; & ROLLINICK, S.; (1991). Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior. New York: Guilford Press.

NIEVA, P.; (1988). Evaluación de centros de tratamiento de drogodependencias. Tesis Doctoral, UNED. Madrid.

PICKENS, R.W.; FLETCHER, B.W.; (1991). Overview of Treatment Issues. In Pickens, R.W.; Leukefeld, C.G.; Schuster, C.R.; Improving Drug Abuse Treatment. NIDA Research Monograph Series, Nº 106, 1-19.

POWELL, J.; DAWE, S.; RICHARDS, D.; GOSSOP, M.; MARKS, I.; STRANG, J.; GRAY, J.; (1993). Can opiate addicts tell us about their relapse risks? Subjective predictors of clinical prognosis. Addictive Behaviors, Vol. 18, 473-490.

PROCHASKA, J.O.; DICLEMENTE, C.; NORCROSS, J.C.; (1992). In Search of How People Change. Applications to Addictive Behaviors. American Psychologist, September, 1102-1114.

PROCHASKA, J.O.; PROCHASKA, J.M.; (1993). Modelo transteórico de cambio para conductas adictivas. En Casas, M.; y Gossop, M.; Coord. Recaída y Prevención de Recaídas. CITRAN, 85-136.

SAUNDERS, B.; ALLSOP, S.; (1987). Relapse: A psychological perspective. British Journal of Addiction; Apr. Vol. 82 (4) 417-429.

SAUNDERS, B.; (1993). Conductas adictivas y recaída. Una visión de conjunto. En Casas, M.; & Gossop, M.; (Coord.): Recaída y Prevención de Recaídas. CITRAN. 45-84.

SIEGEL, S.; (1988). Drug anticipation and the treatment of dependence. National Institute on Drug Abuse Research Monograph Series, Monograph 84, 1-24.

TIMS, F.M.; FLETCHER, B.W.; HUBBARD, R.L.; (1991). Treatment Outcomes for Drug Abuse Clients. In Pickens, R.W.; Leukefeld, C.G.; Schuster, C.R.; Improving Drug Abuse Treatment. NIDA Research Monograph Series, Nº 106, 93-113.

TUCKER, J.A.; VUCHINICK, R.E.; GLADSJO, J.A.; (1990-1991). Environmental Influences on Relapse in Substance Use Disorders. The International Journal of the Addictions, 25 (7A & 8A), 1017-1050.