

El afrontamiento ante situaciones de riesgo de recaída en poliadictos adultos medios

Copying used by middle aged poliadicts to the risk of relapse

Lic. Benon Tarzan-Kiyaga

kiyagabn@gmail.com

Universidad de Oriente, Santiago de Cuba, Cuba

MSc. Teresa Benítez-Grey

lsierra@uo.edu.cu

Universidad de Oriente, Santiago de Cuba, Cuba

Resumen

Las recaídas en pacientes adictos y poliadictos, problema que ocupó este estudio, están en aumento. Esta situación da cuenta de deficiencias en el tratamiento rehabilitatorio, para lo cual se requiere un diagnóstico previo de situaciones de riesgo y su afrontamiento, individuales para cada paciente objeto de estudio de esta investigación. El objetivo principal fue identificar situaciones de riesgo individuales que pueden llevar a recaídas y el afrontamiento ante las mismas, en los pacientes sujetos de investigación. La metodología empleada fue la cualitativa, a través de un estudio de casos múltiples. Se utilizó el método clínico, y las técnicas empleadas fueron entrevistas, observación, análisis de documentos y técnicas diagnósticas cognitivo-conductuales. Los resultados principales arrojaron que las situaciones de riesgo más identificadas resultaron la presión social y los conflictos interpersonales. El estilo de afrontamiento fue el centrado en la emoción, como estrategia, la búsqueda de apoyo social (Grupos de ayuda mutua, Alcohólicos Anónimos AA).

Palabras clave: afrontamiento, situaciones de riesgo (de recaída), adulto medio poliadicto.

Abstract

The relapses in addicted patients and poliadictos, problem that occupied this study, are in increase. This reveals the existence of deficiencies in the rehabilitatory treatment, and for that reason, a previous diagnosis of risk situations and there confrontation is required, singular for each patient object of study of this investigation. The main objective was to identify individual risk situations that can lead to relapse and the copying used before the same, by the patients subjects of investigation. The used

Methodology was the qualitative one, through a multiple cases study. The clinical method was employed, and the techniques applied were interviews, observation, documents analysis and diagnostic techniques of the cognitive-behavioral therapy. The main results threw that the most identified risk situations resulted to be, the social pressure (constant invitations from friends to consume alcohol) and the interpersonal conflicts (family, dysfunctions). The confrontation style was the one centered in the emotion, as copying strategy, the search of social support (Groups of mutual help, Alcoholics Anonymous AA).

Keywords: copying, middle aged poliadict adult, risk situations (relapse).

Introducción

Las recaídas de los adictos a sustancias o drogas durante su tratamiento rehabilitatorio continúa siendo uno de los problemas más acuciantes a resolver por la ciencia y la profesión. En muchos de los casos se observa la potenciación a la poliadicción, o sea, al abuso de varias sustancias psicoactivas con el fin de conseguir un mayor efecto.

Tal problemática social se deriva de otro problema social global, el aumento de los casos de personas adictas (“in crescendo” de casos nuevos y rehabilitación deficiente), magnitud solo comparable con la de los grandes flagelos que azotan hoy a la humanidad, dígase VIH-SIDA, guerras, terrorismo, cambios climáticos y sus catastróficas consecuencias, y otros. Este fenómeno no solo preocupa a la Salud Pública, sino a los estados y gobiernos, la educación, la economía, las instituciones sociales, religiosas y otras, debido a los altos índices que exhibe, principalmente su repercusión social (asociada al narcotráfico, crimen organizado, accidentalidad, suicidio, homicidio, trata y desaparición de personas, entre otros, con particular e inhumana afectación a las esferas familiar, individual, biológica y psicológico-espiritual).

Este aumento de casos responde, entre otras, a fallas en el Nivel Primario de Salud (prevención primaria o primordial), a conductas irresponsables de algunas instituciones sociales (en muchas ocasiones la familia, instituciones gastronómicas que violan las leyes establecidas con respecto al expendido del alcohol). Teniendo en cuenta la irreverencia de este flagelo a fronteras, país, grupo etario, sexo, raza, nivel de instrucción y cultural, credo, etc., y al carácter crónico que toma, una vez instalada la adicción, se considera que todo esfuerzo multimodal para prevenir su recaída sería un importante aporte hacia el logro de la estabilidad o control en el proceso de rehabilitación de estos enfermos.

La única solución posible hasta hoy para las adicciones es sin duda la prevención primaria; si esta falla entonces debe enfatizarse en la rehabilitación con el objetivo máximo de espaciar las recaídas. Como se ha dicho, una vez instalado este morbo su carácter evoluciona a la cronicidad, lo que exige de todos los profesionales de las ciencias implicadas en su asistencia, garantizar el mejor de los tratamientos rehabilitatorios a los enfermos -adictos- (García, 2008), fundamentalmente basado en la prevención de recaídas o de progresión, o lo que es lo mismo, que no avance a estadios superiores de la enfermedad. Estas acciones de prevención secundaria o de progresión se realizan en el Nivel Primario de Salud, específicamente en los Centros Comunitarios de Salud Mental -CCSM-, en la fase de reinserción comunitaria según comenta González (2012), y guiadas por las etapas clásicas del tratamiento de rehabilitación del modelo transteórico de Prochaska y Di Clemente, esencialmente en la tercera fase del protocolo de actuación profesional para el tratamiento de esta enfermedad en Salud Pública (Zaldívar, Roca y Vega, 2004, p. 300).

Actualmente el tratamiento de rehabilitación se lleva a cabo por un grupo multidisciplinario de trabajo, dado el carácter multideterminado de esta enfermedad. El psicólogo tiene un desempeño esencial en el logro de la prevención de recaídas, a través de su recurso principal, la psicoterapia, individual y grupal, esta última incluyendo la versión de grupos de ayuda mutua, de autoayuda y comunidad terapéutica (González, 2012).

La recaída ha sido descrita desde los modelos cognitivos-conductuales como cualquier retorno al comportamiento adictivo o al estilo de vida anterior, después de un período inicial de abstinencia y de cambio en el estilo de vida. Se habla de recaída cuando el paciente adicto vuelve al comportamiento anterior (Litman et al., 1983).

Cognitivistas como Prochaska y Di Clemente en su modelo Transteórico (1984), a partir de diversos análisis sobre adicciones, clasifican el proceso de cambio en cinco estadios denominados: Precontemplación, Contemplación, Preparación, Acción y Mantenimiento, este visto como la etapa más larga caracterizada por mayor número de crisis (situaciones de alto riesgo). Dicho modelo se aleja de la concepción tradicional del proceso de recuperación dicotómico, pues anteriormente se pensaba el proceso en dos pasos: del consumo a la abstinencia, y entendían la recaída como un fracaso en el proceso. Por el contrario, la nueva propuesta habla acerca de un proceso en espiral y no lineal, que corresponde a pasar por diferentes estadios, teniendo en cuenta la recaída como parte del proceso y como aprendizaje del mismo. Así, las personas que recaen posiblemente retoman el proceso e inician en una etapa distinta, a partir de los aprendizajes que les deja la misma recaída.

Según el modelo teórico de recaídas de Marlatt y Gordon (1980, 1985) la recaída se produce al exponerse el sujeto a una situación de riesgo (interpersonales o intrapersonales), sin ser capaz de responder con las estrategias de afrontamientos

pertinentes para garantizar el mantenimiento de su abstinencia. Como reflejan estos autores, el sujeto puede emitir una respuesta de afrontamiento adecuada; la probabilidad de recaída disminuirá significativamente, ya que el afrontamiento satisfactorio a las situaciones de riesgo se percibe como una sensación de control que además se asocia con la expectativa positiva de ser capaz de superar con éxito el próximo acontecimiento conflictivo. Por ello se produce un considerable aumento de la percepción de autoeficacia. A medida que aumente la duración de la abstinencia y el individuo pueda afrontar eficazmente cada vez más las situaciones de riesgo, la percepción de control se incrementará de forma acumulativa y la probabilidad de recaída disminuirá (Marlatt, 1993, 1985); pero si pasa lo contrario, la probabilidad de recaer aumentará porque por una parte disminuirá la percepción de autoeficacia y por otra le será mucho más fácil por su experiencia previa y su patrón de conducta anterior (habitual) el anticipar la expectativa positiva del consumo y sus consecuencias negativas.

Por ello, la explicación de la recaída está basada en la dificultad para hacer frente a la situación y la incapacidad de negarse a repetir las experiencias anteriores del consumo:

Esto se ha atribuido a la posibilidad de que el sujeto no haya adquirido nunca las capacidades de afrontamiento necesarias, o que las respuestas apropiadas estén inhibidas por el miedo o la ansiedad, de modo que el individuo no reconozca la situación como peligrosa (Blasco, J y colaboradores, 2008, p. 76).

La posibilidad de crisis debidas a acontecimientos vitales (etapa de adultez media) es algo inherente a la existencia humana (Caballo, 1997, p. 335). Las diversas situaciones (prejuicios, rechazo, conflictos familiares, las crisis que pueden ser generadas o no en la adultez media, etc.) en que viven estos pacientes generan según su grado de dificultad unas crisis que son inevitables, y retoman mayor significancia cuando la persona se encuentra en proceso de recuperación y sobre todo cuando la persona está altamente comprometida con su propósito de mantener la abstinencia. Sin embargo, resulta oportuno hablar de la forma en que cada paciente reacciona a estas, como plantea Lazarus y Folkman (1980, p. 45): “un evento en sí mismo no determina su calidad de estresor, sino que depende de la manera en la que es interpretado o evaluado por las personas”, es decir la percepción de la situación como de alto riesgo dependerá primero de la evaluación de la nocividad de las consecuencias producto de la situación y después la capacidad que el individuo tiene para afrontarlas.

Los mismos autores en 1986 definieron el afrontamiento como “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes, que el poliadicto desarrolla para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (Lazarus y Folkman, 1986, citado en Zaldívar, 2002, p. 20). Consideran así el afrontamiento como un proceso

subjetivo (que parte de la experiencia personal), contingente (dependiente de la situación) que regula las consecuencias negativas de las situaciones de riesgos. El sujeto puede enfocar estos esfuerzos hacia el control de las respuestas emocionales asociadas a la situación de estrés (afrentamiento centrada en la emoción), regular los estados emocionales que están relacionados o son una consecuencia de las situaciones estresantes, o se centraría en hacer frente a la situación y resolverla (afrentamiento centrada en el problema); es decir, actuar directamente sobre la fuente de origen del estrés, para modificarla, eliminarla y buscar una solución satisfactoria. Estos han sido denominados estilos de afrontamiento y son relativamente estables, y determinan el uso de ciertas estrategias de afrontamiento. Lazarus (1980) plantea que ningún afrontamiento en sí es bueno o malo; sin embargo, se comparte el criterio de Frydenberg (1997) de que en el adicto pueden haber afrontamiento productivos o funcionales (que no solamente se convierten en un factor protector de las recaídas sino también que facilitan un crecimiento psico-espiritual) y disfuncionales, ya que las estrategias pertenecientes a este no permiten encontrar una solución a los problemas. Esta autora plantea 18 estrategias de afrontamiento agrupadas en tres estilos de afrontamiento. El primero de estos estilos llamado “Resolver el problema” comprende las estrategias: concentrarse en resolver el problema, esforzarse y tener éxito, invertir en amigos íntimos, buscar pertenencia, fijarse en lo positivo, buscar diversiones relajantes, distracción física y reservarlo para sí. El segundo estilo se denomina “Referencia a otros” y las estrategias son: buscar apoyo social, acción social, buscar apoyo espiritual y buscar ayuda profesional. El último estilo, el “Afrontamiento no productivo” comprende las siguientes estrategias: preocuparse, hacerse ilusiones, falta de afrontamiento, ignorar el problema, reducción de la tensión, reservarlo para sí y autoinculparse.

Al ser entendidos como esfuerzos para manejar las demandas, permite incluir en el proceso cualquier cosa que el poliadicto haga o piense para manejar, reducir, minimizar, evitar, tolerar y aceptar las condiciones estresantes, así como intentar dominar el entorno relacional o social. La evaluación de los mismos permite identificar nuevos aspectos personales que aporten a los nuevos planes de tratamiento psicológico o a la modificación de los ya existentes, argumentando la necesidad de enfocar el beneficio del mismo en el sujeto, es decir, que dicho estudio será útil si posterior a este se emplean medios de intervención que partan de la particularidad de cada sujeto teniendo en cuenta sus maneras personales de afrontar las situaciones vulnerables y las situaciones estresantes (situaciones de riesgo) también referidas como “minas de contacto” (García, 2010). Por tanto, este estudio cobra utilidad teniendo en cuenta que dichos aspectos no habían sido tratados en el proceso rehabilitatorio psicológico en la asistencia al paciente adicto en Santiago de Cuba.

Varios han sido los estudios del afrontamiento en el campo de las adicciones. En el contexto internacional Guevara, Hernández y Flores (2001), en su estudio: *Estilos de*

afrontamiento al estrés en pacientes drogodependientes, obtuvieron como resultados la preferencia en estilos de afrontamiento como: planificación, afrontamiento activo, postergación del afrontamiento y acudir a la religión. Nieto (2012) en su investigación *Estrategias de afrontamiento ante el riesgo de recaída en adolescentes que realizaron tratamiento de recuperación para el trastorno por consumo de sustancias psicoactivas* describe las estrategias de afrontamiento que usan los adolescentes ante el riesgo de la recaída; estas son: la solución de problemas, búsqueda de apoyo social y profesional.

En el contexto cubano, García, Verdecia y Fernández (2011) en sus estudios encontraron como resultados relevantes estilos de afrontamiento con predominio de la reevaluación positiva, aceptación de la responsabilidad y la búsqueda de apoyo social; este último muy alto en ambos grupos. Las estrategias empleadas incluyen afiliarse a grupos de autoayuda como son los Alcohólicos Anónimos, iglesias evangélicas, instituciones de salud, culturales y el apoyo familiar. González y colaboradores (2006) constatan en su práctica asistencial que a pesar del tratamiento rehabilitatorio muchos adictos hacen recaídas ante las situaciones de riesgo que le invitan al consumo.

En Santiago de Cuba, contexto donde se desarrolló la investigación, los estudios que sirven de antecedentes se han enfocado en el desarrollo de la resiliencia. Rodríguez y Benítez Grey (2014), Pearrich Tur (2012), *Logoterapia y sentido de vida*, Molina y Benítez Grey (2014) y Milanés y Benítez Grey (2015). Sin embargo, no se han encontrado investigaciones del afrontamiento en las adicciones, lo que hace este estudio novedoso en nuestra área.

Todo lo mencionado anteriormente lleva a cuestionarse ¿cómo los poliadictos adultos medios afrontan las situaciones de alto riesgos? Como objetivo general se define caracterizar el afrontamiento de los poliadictos adulto medios, sujetos de la investigación. Como específico: identificar las situaciones de riesgos para cada sujeto e identificar el afrontamiento ante las mismas.

Metodología

El diagnóstico de la situaciones personales de riesgo y el afrontamiento empleado ante cada una de ellas se realizó en el Policlínico “Armando García Aspuru”, al cual pertenece el Centro de Salud Mental del Distrito 4, en el período comprendido entre enero-junio de 2014 y octubre de 2015, con el objetivo de caracterizar el afrontamiento de cuatro pacientes poliadictos (alcohol y marihuana) ante situaciones de riesgo. Con este fin se empleó la metodología cualitativa a partir de un estudio de casos múltiples que busca comprender al máximo algunos casos seleccionados; se empleó el método clínico como fundamento de la estrategia diagnóstica. Para dar cumplimiento a los objetivos de esta investigación se llevó a cabo un muestreo intencional de sujetos de

investigación. Estos son pacientes que pertenecen al Centro de Salud Mental del Distrito 4 de Santiago de Cuba con un diagnóstico de la poliadicción (alcohol y marihuana), que están en etapa de rehabilitación (en específico mantenimiento) de esta enfermedad; son adultos medios con más de un año sin consumir, dispuestos a cooperar en la investigación, y que han vivenciado recaídas anteriores. Las técnicas aplicadas fueron las entrevistas a especialistas con el objetivo de conocer cómo ha sido abordado el afrontamiento en el proceso asistencial al paciente adicto.

Revisión de documentos: Son revisadas las historias clínicas del centro de salud mental con el objetivo de conocer los casos con esta adicción exclusivamente, datos generales del paciente, diagnóstico y evolución en las sesiones realizadas en el centro de salud mental.

Entrevista en profundidad: Se emplea con el objetivo de establecer el rapport, y obtener una visión general de las personas en estudio, al explorar las diferentes esferas de su vida, la etiopatogénesis de su enfermedad, que también son consideradas situaciones de riesgos potenciales.

Autorregistros de deseos (García, 1994): Mediante este instrumento el sujeto que ya se encuentra abstinentemente registra las situaciones de riesgo (internas y externas), la estrategia que utiliza para controlarlo cuando experimenta el deseo o la urgencia de consumir.

Mediante la revisión teórica se asumieron como categorías fundamentales las situaciones de riesgo y el afrontamiento.

Situaciones de riesgo: Se evaluaron a través de los indicadores propuestos por Marlatt (1978) desde un enfoque cognitivo-conductual, que son:

- Intrapersonales o internos: Estados emocionales negativos y positivos, estados físicos negativos, control personal, deseos intensos y tentaciones.
- Interpersonales o externos: Conflictos interpersonales, presión social hacia el consumo y celebración.

Afrontamiento: se evaluó a través de varios indicadores elaborados por Lazarus, Folkman y Frydenberg, los cuales no son más que los estilos de afrontamiento y las estrategias de afrontamiento.

- Estilos de afrontamiento centrados en la emoción: esfuerzos hacia el control de las respuestas emocionales asociadas a la situación de estrés.
- Estilos de afrontamiento centrados en el problema: comportamientos orientados a actuar directamente sobre la fuente de origen del estrés, para modificarla o eliminarla.

- Estilos de afrontamiento funcionales o productivos: “Resolver el problema” consiste en estrategias como: concentrarse en resolver el problema, esforzarse y tener éxito, invertir en amigos íntimos, buscar pertenencia, fijarse en lo positivo, buscar diversiones relajantes, distracción física y reservarlo para sí.

El segundo estilo se denomina “Referencia a otros” y las estrategias son: buscar apoyo social, acción social, buscar apoyo espiritual y buscar ayuda profesional.

El afrontamiento no productivo comprende las siguientes estrategias: preocuparse, hacerse ilusiones, falta de afrontamiento, ignorar el problema, reducción de la tensión, reservarlo para sí y autoinculparse.

Análisis de los resultados

Caso 1: E. L. C., paciente masculino de 45 años de edad, reside en una localidad urbana (en centro de la ciudad).

Técnica: Autorregistros de deseos

Situaciones de riesgo: Discusiones contantes con la abuela sobre la irresponsabilidad hacia su hija y los demás miembros de la familia por la falta de entendimiento y la no asertividad en la comunicación con los mismos. No existen límites en el espacio familiar por la falta de respeto, consecuencia del estigma “el borracho”. Constante consumo de bebidas alcohólicas en su presencia (conflictos interpersonales). En cuanto los miembros de la familia desconocen que la adicción es una enfermedad. La familia se ha convertido en factor de riesgo para este sujeto. En este caso el paciente declara que para desestresarse se va de la casa para buscar sus amigos de Alcohólicos Anónimos; sin embargo, cuando regresa encuentra la misma dinámica, evidenciándose un afrontamiento de evitación centrada en la emoción, pero no productivo en cuanto no resuelve la situación.

Otras situaciones de riesgos son se manifiestan en las invitaciones al consumo de los antiguos amigos de consumo y su familia (presión social).

Los recuerdos de su hija fallecida (duelo no resuelto).

Ira y depresión (emociones negativas).

Afrontamiento: Evitación, falta de afrontamiento y la búsqueda de apoyo social (ir a AA), pensar en lo positivo.

Caso 2: A. M. L. V, paciente masculino de 41 años de edad, reside en una localidad urbana. Convive con su mamá y está separado de su pareja. Nivel escolar de doce grado y actualmente se desempeña como cuentapropista.

Técnica: Autorregistros de deseos

Situaciones de riesgo: Invitaciones de consumo por los antiguo amigos y vuelta a los lugares de consumo, Sentimiento de irresponsabilidad como padre hacia su hija (característica de la etapa), relación de pareja disfuncional, euforia caracterizada por estar muy contento por ser exitoso (celebración), y la posesión de mucho dinero.

Afrontamiento: Búsqueda de información acerca de la enfermedad, búsqueda de apoyo social, confrontación impulsiva, estrategia de distracción física y el escuchar música, que refiere a la estrategia de buscar diversiones relajantes. El estilo dominante es el afrontamiento centrada en la emoción, ya que todas las estrategias empleadas tienen el propósito de aliviar su malestar.

Caso 3: P. N. C, paciente masculino de 42 años de edad, reside en una localidad urbana. Convive con la hermana, no tiene pareja en este momento.

Técnica: Autorregistros de deseos.

Situaciones de riesgo: El rechazo laboral y familiar, las relaciones sexuales disfuncionales.

La depresión, la ira.

Afrontamiento: Búsqueda de apoyo social, leer, búsqueda de apoyo profesional, falta de afrontamiento y acudir a la religión.

Caso 4: J. A., paciente masculino de 48 años de edad, reside en una localidad suburbana en un municipio de la provincia. Convive con su esposa y su hijo de 7 años.

Técnica: Autorregistros de deseos

Situaciones de riesgo: Volver a lugares donde antes consumía y ver los antiguos amigos de consumo (presión hacia el consumo por ellos) y la ira (estado emocional negativa) causada por varios motivos. El estar solo por mucho tiempo.

Afrontamiento: Buscar apoyo social, evitación, distracción física (correr y hacer ejercicios).

Conclusiones

Las situaciones de riesgo y el afrontamiento en los sujetos pueden ser los mismos pero su manifestación en cada uno de ellos es particular, singular y personal por la situación social del desarrollo de cada sujeto.

La principal situación de riesgo para los pacientes en nuestro contexto consiste en la presión social caracterizada por las constantes invitaciones al consumo por los viejos amigos de consumo, y las situaciones familiares desfavorables como la falta de apoyo, estigmas del borracho, así como el desconocimiento de que la adicción es una enfermedad.

Los sujetos de la investigación prefieren el estilo de afrontamiento que se centra en la emoción, y como principal estrategia de afrontamiento que utilizan en el estilo empleado es la búsqueda de apoyo social (grupos de auto ayuda, Alcohólicos Anónimos).

Existen varias estrategias de afrontamiento no productivo y se manifiesta la falta de afrontamiento, es decir, existe improductividad en el afrontamiento, lo que pudiera provocar recaídas. Por ello será importante un entrenamiento de las habilidades de afrontamiento ante las varias situaciones de riesgo. Resulta imprescindible trabajar con la familia para que pueda ser una fuente de apoyo social (afrontamiento) para el adicto.

Referencias bibliográficas

1. Penado, G. (2008). *Dinámica psicológica del adicto*. La Habana: Editorial científico técnica.
2. González, M., Donaire, I. (2012) *Sendero Rehabilitatorio del paciente Adicto*. La Habana: Editorial José Martí.
3. Marlatt, G. A. (1985). Relapse prevention: Theoretical rationale and overview of the model. En Marlatt, G. A. y Gordon J. R. (Eds.), *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors* (pp.711-27). New York: Guilford Press.
4. Blasco, J., Martínez, J., Carrasco, E. y Dida, J. (2008). *Atención y craving o ganas compulsivas. Avances en su conceptualización y su implicación en la prevención de recaídas*, 20(4), 365-376.
5. Zaldívar, D. P., Vega Vega, R., Roca Perara. (2004). *Psicoterapia General* La Habana: Editorial Félix Valera.
6. Caballo, V. (1997). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos* (Vol. 1). España: Siglo XXI Editores.
7. Frydenberg, E. (1997). *Adolescent coping: Theoretical and research perspectives*. Londres: Routledge.