Variables relacionadas con la recaída en el consumo de tabaco. Estrategias de prevención

En las conductas adictivas, el éxito de una intervención se basa principalmente en la abstinencia obtenida a largo plazo, y ésta depende directamente de las recaídas que se produzcan una vez finalizado el tratamiento. Ésta es una de las principales dificultades con las que se enfrentan las intervenciones en tabaquismo, es decir, mantener la efectividad de los tratamientos a largo plazo, ya que en torno a un tercio de los exfumadores recaen en los tres primeros meses de abstinencia.

Aunque han sido bien documentados los beneficios significativos para la salud que se derivan de dejar de fumar, y a pesar de que en el momento actual hay acuerdo acerca de las técnicas que son efectivas y de las que no funcionan, todavía no se consiguen los resultados que a todos los clínicos les gustaría obtener.

Los estudios prospectivos que han empleado muestras clínicas indican que las curvas de recaída habitualmente ofrecen una forma hiperbólica, con mayores proporciones de recaída temprana, disminuyendo la probabilidad de recaer con los largos periodos de abstinencia. Entre la población general, los resultados encontrados son similares. Así, en muestras de fumadores reclutados en la comunidad se ha informado que el periodo de mayor riesgo es el primer año, con proporciones de recaída entre el 54 y el 67% hasta los 12 meses; por encima de este periodo el riesgo decrece hasta estabilizarse en torno a los tres años en aproximadamente un 10% anual.

El conocimiento de las variables predictoras y de los factores situacionales precipitantes de la recaída constituye un elemento básico para diseñar estrategias dirigidas a disminuir el riesgo de reiniciar el consumo y, por ende, incrementar la efectividad a largo plazo de los tratamientos.

El concepto de recaída

Uno de los principales problemas con los que se enfrenta este campo de investigación es la propia delimitación del concepto de recaída. Marlatt ha establecido una distinción conceptual, aceptada por otros muchos autores, entre el consumo puntual de una sustancia (lapso, desliz, caída), entendido como el primer consumo después de un primer periodo de abstinencia; y la recaída, que supondría el retorno a la conducta dependiente que se había intentado cambiar, recuperando o no, los niveles de la línea base anterior al tratamiento. Es decir, por caída se entiende volver a fumar en un momento aislado en el tiempo una vez que se ha dejado de fumar, mientras que se considera que un fumador ha recaído cuando vuelve a tener un patrón regular de fumar. Los lapsos pueden ser consumos esporádicos de una sustancia o episodios de consumo intenso durante algunos días. En palabras de Marlatt, un lapso se definiría como un obstáculo o un retroceso en el intento que una persona hace para cambiar o modificar una conducta concreta. La recaída supondría, desde esta perspectiva, el uso continuado de la sustancia desde ese desliz inicial, y se entendería como una dinámica que se va desarrollando a lo largo del tiempo, de un modo gradual.

Modelo cognitivo-conductual de Marlatt y Gordon

En 1985, Marlatt y Gordon publicaron una de las obras más representativas en el ámbito de las recaídas. En ella, proponen el primer modelo cognitivo-conductual explicativo del proceso de recaída, además de una clasificación de las situaciones de alto riesgo (intrapersonales e interpersonales) y las habilidades de afrontamiento (cognitivas y conductuales) necesarias para evitar la recaída en dichas situaciones.

El modelo de Marlatt, inicialmente construido para el alcoholismo, ha sido actualmente extendido a otras adicciones, incluyendo también el tabaquismo. Los estudios que han analizado la recaída en el tabaquismo han seguido fundamentalmente este modelo. En este, las causas de las recaídas, tanto en esta como en otras adicciones, son debidas a determinantes o factores ambientales intrapersonales y a determinantes o reacciones a los eventos ambientales interpersonales (tabla 1).

En los determinantes intrapersonales se incluyen todos los determinantes que están asociados con factores intrapersonales (dentro del individuo) y/o reacciones a los eventos ambientales no personales y se consideran los siguientes:

1. Afrontamiento de estados emocionales negativos (afrontamiento de la frustración o ira, afrontamiento de otros estados emocionales negativos).
2. Afrontamiento de estados físico- fisiológicos negativos (afrontamiento de estados físicos negativos asociados con el uso previo de la sustancia, afrontamiento de otros estados negativos).
3. Mejora delos estados emocionales negativos.
4. Prueba de control personal.
5. Cesión a las tentaciones o impulsos (en presencia de indicios de la sustancia o en ausencia de indicios de la sustancia).

En cuanto a los determinantes interpersonales, los autores incluyen lo siguientes

1) El conflicto interpersonal, que es el conflicto asociado a una relación interpersonal, tal como el matrimonio, una amistad, familia, relaciones con el jefe, etc. Se puede dividir en el afrontamiento de la frustración o enfado (desacuerdos, peleas, celos, disputas), y en otros conflictos interpersonales distintos a la frustración y enfado (por ejemplo, ansiedad, miedo, preocupación).
2) La presión social, tanto directa como indirecta, hacia el consumo del tabaco.
3) Mejora de los estados emocionales positivos.

Tabla 1. Categorías para la clasificación de los episodios de recaída (Adaptada de Marlatt y Gordon, 1985)

I. DETERMINANTES INTRAPERSONALES
A. Estados emocionales negativos
1. Frustración y/o ira
2. Otros estados emocionales negativos
B. Estados físicos, fisiológicos negativos
1. Estados físicos negativos asociados al uso anterior de la sustancia
2.Otros estados físicos negativos
C. Estados emocionales positivos
D. Prueba del control personal
E. Tentaciones e impulsos
1. En presencia de señales de la sustancia
2. En ausencia de señales de la sustancia
II. DETERMINANTES INTERPERSONALES
A. Conflictos interpersonales
1. Frustración y/o ira
2. Otros conflictos interpersonales
B. Presión social
1. Presión social directa
2. Presión social indirecta
C. Estados emocionales positivos

Estudio de las variables predictoras y de los factores precipitantes de la recaída

La reconceptualización de la recaída como un proceso dinámico, multidimensional, en el cual se da una interrelación entre todos los elementos implicados (factores predisponentes que incrementan la vulnerabilidad del individuo a la recaída, precipitantes inmediatos, estado físico y afectivo, procesos cognitivos, y habilidades de afrontamiento) ha guiado las investigaciones modernas y el diseño de los tratamientos.

Los resultados de las investigaciones han encontrado evidencia de la asociación entre ciertas variables predictoras y la recaída a corto y largo plazo. Algunas son variables estáticas, relacionadas fundamentalmente con factores personales más distales y que son predictores de la abstinencia y de la recaída; y otras son variables dinámicas, asociadas a determinados contextos (estresores, apoyo social, etc.) y a ciertas características personales (como la expectativa de autoeficacia o el estado motivacional del sujeto) y que actúan durante el periodo de mantenimiento de forma conjunta con los factores distales, para situar al individuo en un estado de predisposición a la recaída o para protegerle de la misma. Finalmente, estarían los factores precipitantes, derivados del modelo de Marlatt e incluidos en las categorías de su taxonomía (tabla 1).

En la tabla 2 se presenta una descripción de algunas de las variables predictoras informadas.

Variables	Obsevaciones
Variables sociodemográficas: - Edad joven - Ser mujer - Estatus socio económico bajo - Nivel educativo bajo	De todas las variables sociodemográficas, la que más consistentemente se ha asociado con la recaída, en estudios con análisis uni y multivariantes ha sido la edad.
Síntomas de abstinencia	Síntomas tal y como recoge el DSM-5: irritabilidad, frustración o enfado, ansiedad, dificultad de concentración, incremento del apetito, impaciencia, estado de ánimo deprimido, insomnio.
Dependencia de la nicotina	Medida por el test de Fageström. La mayor dependencia se asocia a una menor probabilidad de realizar un inetnto de abandono y mayor de racaída.
Craving	Experiencia subjetiva de deseo o intensa necesidad de uso de tla sustancia. Es un criterio para el diagnóstico de desorden por uso del tabaco en el DSM-5.
Historia de consumo de la sustancia - Cantidad de consumo - Edad de inicio - Años de fumador - Intentos previos - Tiempo máximo de abstinencia en intentos anteriores.	Un patrón de consumo elevado, un menor número de intentos previos y menor tiempo de abstinencia en los intentos anteriores son variables que se ha demostardo conducen a la recaída
Motivación para el abandono	La alta motivación predice la realización de un intento de abandono, pero no se ha demostrado su asociación con el mantenimiento de la abstinencia.
Expectativa de autoeficacia	La baja confianza en mantenerse abstinente es una variable predictora de la recaída. Smit et al (2014) encontraron que este fue la principal variable predictora en un grupo de fumadores motivados tratados.
Variables emocionales y de personalidad - Ansiedad - Depresión - Impulsividad	La impulsividad, medida a través de instrumentos como el Delay Discounting , se ha asociado consistentemente con la probabilidad de recaída.
Variables situacionales - Exposición a señales - Presencia de estresores - Apoyo social	La exposición a situaciones de riesgo constituye algunos de los principales factores precipitantes. El apoyo social, con su efecto amortiguador del estrés –entre otros- se relaciona negativamente con la recaída.
Preocupación por el peso	El incremento de peso tras la cesación es el motivo por el que algunos ex fumadores reinician el consumo.

Una cuestión interesante es que la investigación también indica que un número sustancial de fumadores son capaces de evitar la recaída durante intervalos mayores de tiempo, aunque muchos a la larga vuelven a fumar. Tanto la teoría como la investigación sugieren que la recaída temprana y la tardía pueden obedecer a variables diferentes: los fumadores que presentan un mayor consumo de cigarrillos, un craving más intenso o una mayor puntuación en el test de Fageström son particularmente propensos a recaer después de permanecer abstinentes durante periodos cortos de tiempo. Sin embargo, estas variables ya son más cuestionables como causa de la recaída después de periodos más largos de abstinencia, pasando a tener más relevancia otro tipo de variables, como la depresión.

Prevención de la recaída

En líneas generales, las intervenciones diseñadas para prevenir la recaída pueden ser de dos tipos: intervenciones específicas que se llevan a cabo, una vez finaliza el tratamiento para dejar de fumar, identificadas en una fase diferenciada (por ejemplo, el mantener contactos presenciales o telefónicos durante las primeras semanas tras la cesación o facilitar las llamadas de los fumadores en los episodios de craving-); o la inclusión de elementos de prevención de recaída dentro del programa de intervención. Esta última opción es la más utilizada, pues las intervenciones intensivas y específicas son muy escasas, porque resultan muy costosas y presentan el problema de la asistencia de los fumadores a tales sesiones. Se ha visto que los programas conductuales multicomponentes que incluyen técnicas de prevención de recaída son los tratamientos psicológicos más eficientes.

Dentro del programa aplicado en nuestra unidad, se incluyen algunos componentes que directa o indirectamente se orientan al mantenimiento de la abstinencia. Entre otros cabe mencionar:

- La cumplimentación de autorregistros y gráfica de progresos.
- Rechazar ofrecimientos desde el inicio del tratamiento
- Técnicas de afrontamiento conductual: relajación y ejercicio físico, limitación del consumo de café y alcohol, evitación/escape de las situaciones de riesgo (a corto plazo), búsqueda de apoyo social.
- Técnicas de afrontamiento cognitivo: la revisión mental de los beneficios de dejar de fumar o las consecuencias negativas de continuar fumando, parada de pensamiento y distracción ensayo conductual.
- Identificación de las situaciones de riesgo y entrenamiento en habilidades de afrontamiento.
- Entrenamiento en resolución de problemas y el manejo de la ira y el estrés.

Se han ensayado también algunas técnicas novedosas como el uso de la realidad virtual para el afrontamiento del craving; y el manejo de contingencias.

Las evidencias acerca de la efectividad de las intervenciones son escasas. Una revisión de la Cochrane ha concluido que existe insuficiente evidencia para apoyar el uso de alguna intervención conductual específica para ayudar a prevenir la recaída a los fumadores que han abandonado el consumo recientemente. Esta misma revisión concluye que extender el tratamiento con vareniclina puede prevenir a recaída. No obstante, se necesitan más investigaciones para llegar a conclusiones firmes.