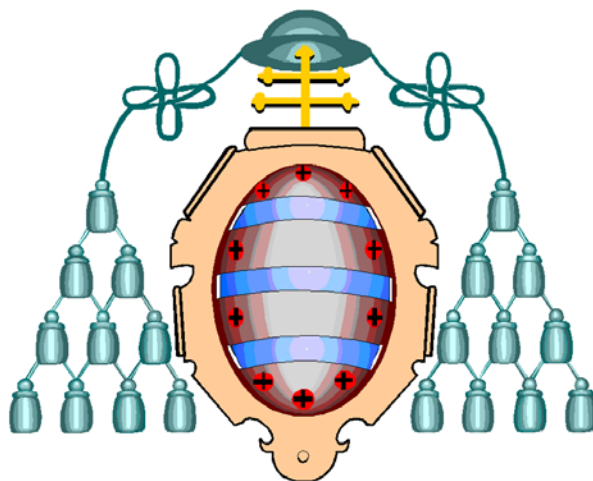


**Departamento de Psicología
Universidad de Oviedo**



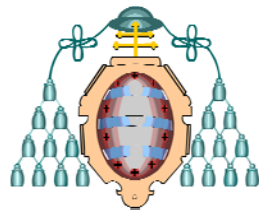
Tesis Doctoral

*La recuperación natural de la adicción al
alcohol y otras drogas*

Autor: *José Luis Carballo Crespo*

Director: *José Ramón Fernández Hermida*

Co-directores: *Roberto Secades Villa y Linda Carter Sobell*



Reservados todos los derechos
© El autor

Edita: Universidad de Oviedo,
Biblioteca Universitaria, 2009
Colección Tesis Doctoral-TDR nº 56
ISBN. 978-84-692-2756-5
D.L.: AS.00744-2009

A mis padres, a mi hermano y a Pipo

Agradecimientos

Al Dr. José Ramón Fernández Hermida, por haberme dado la oportunidad de trabajar durante los últimos 4 años en el Grupo de Conductas Adictivas. Por la confianza depositada en mí para formar parte de su proyecto de investigación. Por su dedicación y apoyo totales en la realización de esta Tesis Doctoral y en mi formación como investigador, docente y persona. Además me gustaría mostrarle mi agradecimiento por ayudarme, por entenderme, por respetarme y por consentirme. Por último, quisiera destacar la suerte que he tenido de trabajar y aprender de una gran persona, gran investigador y docente.

Al Dr. Roberto Secades, codirector de esta Tesis, por la confianza depositada en mí durante estos años para trabajar en el Grupo de Conductas Adictivas, por su colaboración en la realización de este trabajo y por su inestimable aportación en mi proceso de formación como investigador.

A Tere, por estos últimos tres años que ha compartido conmigo, durante los cuales siempre ha estado a mi lado ayudándome tanto en mi trabajo como en el resto de cosas de la vida. Gracias por quererme, por aguantarme, por sufrirme, por apoyarme, por entenderme, por estar siempre ahí, por hacerme feliz y por infinitas cosas más. Esta Tesis va dedicada a ella también.

A la Dra. Linda Sobell, por todo el apoyo y ayuda que me ha prestado durante estos años. Por haber dedicado tiempo, del cual escasea, en la tarea de dirigirme y enseñarme a ser mejor investigador. Gracias por las innumerables revisiones de mis escritos, por toda su ayuda en la realización de la investigación en Florida tanto económica como personal, por sus consejos, sus recomendaciones y por sus lecciones científicas y lingüísticas. Gracias por aguantar mi cabezonería en ocasiones (“big head”). Gracias al Dr. Mark Sobell por su ayuda en mi estudio y por todas las charlas sobre la vida en Florida, en Estados Unidos y por todas las historias de los grandes de la música y la psicología. Gracias a Linda, Mark, Kimberly, Raimie y a Sr. Meowy (“A sus órdenes el gato”) por haberme dado la oportunidad de pasar tres meses junto a ellos en su casa. Gracias por ser tan buenos anfitriones, por tratarme como uno más y por todos los cuidados extras.

Gracias a Mariam Dum por los cientos de horas que ha dedicado de su tiempo a ayudarme en la investigación, en los artículos y por hacerme partícipe de su formación como terapeuta. Por hacerme tan fácil mi adaptación a la vida de Florida. Gracias por ser una buena amiga, por las risas, las confidencias y por haberme enseñado como es la vida en Miami. Gracias también a su marido, Jose, por las noches en Miami Beach.

A toda la gente que ha hecho que mi estancia en Estados Unidos fuese inolvidable y que además me ayudaron en llevar a cabo mi investigación. Gracias al Dr. Marcelo Castro, a Burt, a Nick, a Drew, a Annmarie, y a todos los demás.

Gracias al Dr. José Manuel Errasti por ser partícipe de mi formación y por las risas en la cafetería. A la Dra. Olaya García por toda su ayuda y por los buenos momentos *pasados*. Gracias a Susana Al-Halabí por su amistad, por las confidencias mutuas y por su apoyo.

Al Dr. Julio Bobes por su ayuda desinteresada en el reclutamiento de participantes y en mi formación como investigador, facilitándome la participación de todo tipo de actividades científicas. A Cuca Bascarán por su eficiente apoyo y por sus sabios consejos. A toda la familia Bobes Bascarán (Julio, Cuca, Julio, José, Carlos, Tere, Javi y Nacho) por hacerme sentir uno más, especialmente a la hora de trabajar con Remango.

A todo el mundo que de algún modo ha hecho posible esta Tesis y que ha estado trabajando en el grupo de conductas adictivas. Gracias a Rebe y a Gloria por los caramelos y por su compañía. Al Dr. José Pedro Espada por su colaboración en el reclutamiento de participantes.

A mi padre y a mi madre, por toda la confianza que han depositado en mí, por todo el cariño, afecto y todos los cuidados tanto en mi casa como fuera de ella (los “taper”, la compra, el picadillo, etc.). A mis abuelos y al resto de mi familia por el apoyo que me han dado. A mi hermano Álvaro, por estos últimos años de convivencia lejos de casa.

A Pablo, Eva y Alfonso, por hacer que me olvidara de esta Tesis en los ratos de descanso, por las miles de risas, por las charlas, por las fiestas, por las cenas, por los viajes, por las aventuras y por todo lo demás.

Gracias también a todos mis amigos por todo el tiempo que hemos pasado juntos (Marga, Paula, Hernán, Choni, Andrea, Julio, Migue, Alex, René, Viti, Rebe, Vitor, Rive, Jesi, David, Chema, Marta, Chiqui, y un largo etcétera).

A Chus y Geli por los años que me han estado cuidando.

A todos las personas que participaron en la investigación tanto en España como en Estados Unidos, por haber compartido sus experiencias conmigo.

Gracias por último, a las entidades que han hecho posible esta Tesis:

Este trabajo ha sido financiado por el proyecto de investigación MCYT-03-BSO- 00732 (Ministerio de Ciencia y Tecnología), que además cuenta con una Beca Predoctoral para la formación de personal investigador (FPI): Referencia BES-2004-6693 (Ministerio de Educación y Ciencia).

ÍNDICE

PARTE TEÓRICA

| | |
|--|----|
| 1. Introducción teórica | 3 |
| 1.1. Revisión histórica del estudio de la recuperación natural | 3 |
| 1.1.1. El fenómeno de la remisión espontánea en Psicología | 3 |
| 1.1.2. La recuperación natural en conductas adictivas: estudios clásicos | 4 |
| 1.1.2.1. <i>Heroína</i> | 6 |
| 1.1.2.2. <i>Alcohol</i> | 7 |
| 1.2. Estado actual de la recuperación natural en conductas adictivas | 9 |
| 1.2.1. Estudios de prevalencia | 9 |
| 1.2.1.1. <i>Alcohol</i> | 9 |
| 1.2.1.2. <i>Otras drogas</i> | 11 |
| 1.2.2. Estudios realizados mediante reclutamiento mediático | 12 |
| 1.2.2.1. <i>Estudios con muestras de autocambiadores</i> | 13 |
| 1.2.2.2. <i>Comparaciones entre tratados y no tratados</i> | 19 |
| 1.2.2.3. <i>Comparaciones entre autocambiadores de alcohol y drogas ilegales</i> | 21 |
| 1.2.2.4. <i>Estudios transculturales</i> | 22 |
| 1.3. Análisis metodológico de la investigación sobre recuperación natural | 24 |
| 1.3.1. Características metodológicas de los estudios | 24 |
| 1.3.2. Metodología de reclutamiento | 27 |
| 1.3.3. Criterios de inclusión en las investigaciones de recuperación natural | 28 |
| 1.4. Implicaciones del estudio de la recuperación natural | 30 |
| 1.5. Limitaciones y líneas de investigación futuras | 32 |

PARTE EMPÍRICA

| | |
|---|----|
| 2. Objetivos | 39 |
| 3. Método | 41 |
| 3.1. Participantes | 41 |
| 3.1.1. Criterios de inclusión grupos | 41 |
| 3.1.2. Estrategias de reclutamiento | 43 |
| 3.1.2.1. <i>España</i> | 43 |
| 3.1.2.2. <i>Sur de Florida (Estados Unidos)</i> | 45 |
| 3.1.3. Descripción de la muestra | 47 |
| 3.2. Variables e instrumentos | 48 |
| 3.2.1. Variables sociodemográficas | 49 |
| 3.2.2. Gravedad de la adicción y variables relacionadas con la recuperación | 49 |
| 3.2.2.1. <i>Gravedad de la adicción</i> | 49 |
| 3.2.2.2. <i>Variables relacionadas con la recuperación</i> | 50 |
| 3.2.3. Razones para el cambio, razones para no solicitar ayuda formal y variables relacionadas con el mantenimiento de la recuperación. | 51 |
| 3.2.3.1. <i>Razones para el cambio</i> | 51 |
| 3.2.3.2. <i>Razones para no solicitar ayuda formal</i> | 52 |
| 3.2.3.3. <i>Variables relacionadas con el mantenimiento de la recuperación</i> | 52 |
| 3.3. Procedimiento | 54 |
| 3.4. Análisis de los resultados | 56 |
| 4. Resultados | 57 |
| 4.1. Perfil de los Autocambiadores hispanohablantes | 57 |
| 4.1.1. Perfil global de los autocambiadores | 57 |
| 4.1.1.1. Variables sociodemográficas | 58 |
| 4.1.1.2. Recuperación y gravedad de la adicción | 58 |
| 4.1.1.3. Razones para el cambio y factores relacionados con el mantenimiento de la recuperación | 59 |

| | |
|---|-----------|
| 4.1.1.3.1. <i>Acontecimiento vitales</i> | 59 |
| 4.1.1.3.2. <i>Razones para el cambio</i> | 60 |
| 4.1.1.3.3. <i>Factores de mantenimiento</i> | 61 |
| 4.1.1.4. Razones para no solicitar ayuda formal..... | 63 |
| 4.1.1.5. Descripción del perfil | 64 |
| 4.1.2. Comparación entre Autocambiadores de España y de Florida | 65 |
| 4.1.2.1. Variables sociodemográficas..... | 65 |
| 4.1.2.2. Recuperación y gravedad de la adicción | 66 |
| 4.1.2.3. Razones para el cambio | 69 |
| 4.1.2.4. Factores relacionados con el mantenimiento de la recuperación | 71 |
| 4.1.2.5. Razones para no solicitar ayuda formal..... | 73 |
| 4.2. Comparación entre Tratados y No Tratados de España | 75 |
| 4.2.1. Variables sociodemográficas..... | 75 |
| 4.2.2. Recuperación y gravedad de la adicción | 76 |
| 4.2.2.1. <i>Análisis bivariados</i> | 76 |
| 4.2.2.2. <i>Variables relacionadas con la asistencia a tratamiento</i> | 77 |
| 4.2.3. Razones para el cambio | 80 |
| 4.2.4. Factores relacionados con el mantenimiento de la recuperación | 82 |
| 4.3. Comparación entre Autocambiadores de Alcohol y Drogas ilegales .. | 84 |
| 4.3.1. Variables sociodemográficas..... | 84 |
| 4.3.2. Recuperación y gravedad de la adicción | 85 |
| 4.3.3. Razones para el cambio | 87 |
| 4.3.4. Factores relacionados con el mantenimiento de la recuperación | 89 |
| 4.3.5. Razones para no solicitar ayuda formal..... | 91 |
| 4.4. Efectividad y eficiencia de las estrategias de reclutamiento de Autocambiadores | 93 |
| 4.4.1. Efectividad..... | 93 |
| 4.4.2. Costes económicos de las estrategias | 94 |
| 4.4.3. Eficiencia económica..... | 96 |
| 4.4.4. Eficiencia temporal..... | 97 |

| | |
|--|-----|
| 5. Discusión y conclusiones | 99 |
| 5.1. Perfil de los Autocambiadores Hispanohablantes | 99 |
| 5.2. Comparación entre Autocambiadores de España y de Florida..... | 101 |
| 5.3. Comparación entre Tratados y No Tratados de España | 105 |
| 5.4. Comparación entre Autocambiadores de Alcohol y Drogas ilegales | 110 |
| 5.5. Efectividad y eficiencia de las estrategias de reclutamiento de Autocambiadores | 114 |
| 5.6. Conclusiones generales | 117 |
| 5.7. Limitaciones de la investigación | 119 |
| 5.8. Líneas futuras de investigación del fenómeno de la recuperación natural | 121 |
| | |
| 6. Referencias | 125 |
| | |
| ANEXO I | 141 |

PARTE TEÓRICA

1. INTRODUCCIÓN TEÓRICA

1.1. Revisión histórica del estudio de la recuperación natural

1.1.1. El fenómeno de la remisión espontánea en la psicología

La recuperación natural hace referencia a la mejoría que se da en determinados trastornos psicopatológicos a pesar de la ausencia de cualquier tipo de tratamiento formal. Se trata de un fenómeno muy estudiado que ha generado gran polémica en el estudio de los trastornos psicopatológicos y su recuperación.

Los primeros intentos de dar contenido a la noción de “recuperación espontánea” (*spontaneous remission*) surgen probablemente de los estudios realizados por Landis (1937) relacionados con las mejorías en las personas con trastornos mentales. Poco después, Denker (1946) también estudiaría el tema en pacientes que se quejaban de incapacidades debidas a la neurosis. En ambos estudios se encontró que la tasa de remisión espontánea entre los pacientes neuróticos era de dos tercios (Denker, 1946; Landis, 1938). Para muchos es claro que estos estudios tuvieron defectos pero también constituyeron el punto de partida de estudios posteriores y, sobre todo, de grandes discusiones. De hecho, las conclusiones de estos dos estudios fueron la fuente de inspiración de Hans J. Eysenck para gestar la idea de la recuperación espontánea, idea que se expresará en una serie de artículos (Eysenck, 1952, 1965, 1969) muy controvertidos pero vitales para el entendimiento del término antes expuesto.

La recuperación espontánea era utilizada en sus principios más como una manera de comparar métodos terapéuticos y determinar cuán eficientes podían ser (con la hipótesis de que si una forma de terapia es realmente efectiva debería evidenciar mejorías mucho mayores que aquéllas que podrían darse en casos donde no existiera tratamiento alguno), que como un fenómeno particular que mereciera un estudio exhaustivo independiente.

En un primer momento, Eysenck decide que necesita encontrar una base de comparación, que se pueda utilizar en los estudios que no incluyen grupos control, una estimación de las recuperaciones que suceden en ausencia de terapia. Con este fin, realizó una revisión de 24 estudios, en la que concluyó que las psicoterapias, freudianas y otras, no habían demostrado su utilidad en la recuperación de pacientes neuróticos. En

estos estudios, dos tercios de los pacientes se recuperaban o mejoraban a los dos años del inicio de la enfermedad, con independencia de que fueran tratados con psicoterapia o no (Eysenck, 1952).

Las conclusiones de Eysenck han sido ampliamente discutidas y criticadas (Pérez, 1981). A pesar de las debilidades metodológicas que pudieran tener estos trabajos originales, durante mucho tiempo fueron los únicos datos sobre el fenómeno de la recuperación espontánea en comparación con los efectos de la psicoterapia. De ahí que sea necesario reconocer que las recopilaciones de Eysenck permitieron hacerse una idea de la dimensión que puede alcanzar la recuperación espontánea.

1.1.2. El fenómeno de la recuperación natural en conductas adictivas: Estudios clásicos

Las primeras investigaciones en las que se estudió el fenómeno de la remisión espontánea en conductas adictivas, fundamentalmente de la heroína y el alcohol, surgen en los años 50 cuando el modelo biomédico de enfermedad como explicación de las conductas adictivas comienza a ser el predominante. Este modelo biomédico tradicional tiene gran relevancia aún hoy en día en el campo de las adicciones. Esto se aprecia tanto en el concepto de enfermedad crónica de carácter recidivante (Casas, Duro y Pinet, 2006) como en su evaluación y diagnóstico, mediante la CIE y el DSM fundamentadas en este modelo.

En un artículo publicado recientemente se señalan las tres principales características de este modelo (Fernández Hermida, Carballo Crespo, Secades Villa y García Rodríguez, 2007):

1. No hay recuperación en ausencia de tratamiento. El carácter crónico del trastorno y la pérdida de control asociada hacen que el paciente drogodependiente fracase en sus múltiples intentos de abandonar la sustancia por sí mismo. El tratamiento, por tanto, es la única respuesta posible.

2. No se aplica el concepto de curación, ya que la supuesta vulnerabilidad biológica siempre está presente y pueden ocurrir recaídas. Dichas recaídas no deben ser

vistas como un fracaso del tratamiento, sino como el resultado de la evolución crónica del trastorno en su relación, no siempre eficaz, con una supervisión y un tratamiento continuados en el tiempo. En este sentido, las recaídas son pruebas de la existencia subyacente crónica del trastorno.

3. No hay posibilidad de mantener un contacto auto-controlado permanente con la droga. El objetivo del tratamiento debe ser siempre la abstinencia, dado que el contacto del sujeto con el tóxico producirá la inmediata recaída. Desde esta perspectiva, se considera imposible el “consumo controlado” en las personas que han sido dependientes de una sustancia mediante la argumentación de que, o bien estamos antes un diagnóstico insuficiente o erróneo, o bien hay que dudar de la exactitud de los informes (Vaillant, 2005).

Hay que señalar que la recuperación natural en conductas adictivas no contó con el apoyo de los precursores del concepto de remisión espontánea en psicopatología, que se centraban exclusivamente en el terreno de las neurosis, dejando de lado a los trastornos adictivos. La razón era que estos mismos autores consideraban que las tasas de remisión espontánea para trastornos como el alcoholismo o la adicción a las drogas eran poco significativas en comparación con otros trastornos como las fobias, obsesiones y los estados de ansiedad (Eysenck y Beech, 1971).

Muchos investigadores coinciden en señalar a Charles Winick como el primero en hablar del fenómeno de recuperación natural o autocambio (Klingemann et al., 2001). A principios de los 60 publicó los datos de una investigación en la que observó que dos tercios de personas que se definían como consumidores regulares de heroína entre 1953 y 1954 no referían consumo a finales de 1959. La mayoría de estos casos no habían solicitado ningún tipo de ayuda terapéutica en ese período de tiempo, de ahí que este autor afirmase, aunque con ciertas reservas, que habían abandonado el consumo de heroína sin acudir a tratamiento. La certeza de esta inferencia se puso en cuestión cuando se comprobó que Winick desconocía el número de casos que se habían dejado de controlar. Esta imprecisión implicaba que no se pudiera afirmar con seguridad que el porcentaje de exconsumidores que no solicitaron ayuda se recuperasen por sí mismos (Winick, 1962), bien porque habrían muerto o bien por no haberse localizado, algo bastante común en los estudios de seguimiento a largo plazo.

Aún así, y suponiendo que hubiese un buen número de “recuperaciones naturales”, Winick especulaba con que éstas se debían a un proceso madurativo. La mayoría de estos exconsumidores de heroína tenían edades comprendidas entre los 30 y los 40 años. Winick pensaba que la explicación se encontraba en un ciclo de vida natural de la adicción a la heroína que respondía al cambio de responsabilidades y emociones que se producen en el paso de la adolescencia a la edad adulta.

Le Drew (1968) encontró un fenómeno similar en el caso del alcohol. Este autor observó que entre un 1% y un 33% de los bebedores problemáticos abandonaban su consumo antes de los 50, sin ayuda profesional (Le Drew, 1968). Al igual que Winick adoptó como explicación el concepto de maduración (el cambio de responsabilidades, el cambio de presiones sociales, de actividades, la propia edad, etc.).

Ambos estudios son pioneros en esta área, el primero en recuperación natural de los problemas con la heroína y el segundo de los problemas con alcohol. Estos trabajos tienen el problema de no contar con datos empíricos fiables, ya que sus resultados son meras estimaciones de porcentajes de autocambiadores en función de la reducción del número de casos de consumidores habituales en distintos informes. Sin embargo, suponen un fuerte golpe contra la noción de la adicción como algo progresivo e irreversible (Klingemann et al., 2001).

Los estudios de Winick y Le Drew marcaron el inicio de un fenómeno que ha dado lugar a un gran número de investigaciones y publicaciones en el campo de los trastornos de abuso y dependencia de sustancias durante los últimos 40 años (Sobell, Ellingstad y Sobell, 2000).

1.1.2.1. Heroína

Otros estudios pioneros en el ámbito de la adicción a la heroína fueron los de Snow (1973), Burt Associates (1977) y los famosos estudios de Robins con veteranos de Vietnam (Robins, 1974a, 1974b, 1993; Robins, Davis y Goodwin, 1974; Robins, Davis y Nurco, 1974; Robins, Helzer y Davis, 1975; Robins, Helzer, Hesselbrock y Wish, 1980).

Snow (1973) pretendió llevar a cabo una replicación de los datos obtenidos por Winick. Este autor observó que sólo uno de cada 4 abandonaba el consumo de heroína

por sí mismo en un período de 4 años. Concluyó que el fenómeno madurativo no era tan común como Winick había encontrado en su investigación (Snow, 1973). Esta tasa más baja se podría explicar porque solo recogió datos de Nueva York o por los cambios en la escena social de las drogas desde los estudios de Winick (Klingemann et al., 2001).

Burt Associates (1977) evaluaron programas de tratamiento y compararon a personas que habían acudido a tratamiento con aquellos que habían sido mínimamente tratados (consumidores que tan sólo habían asistido a tratamiento 5 días o menos). No encontraron diferencias significativas entre ambos grupos en la recuperación o la mejora de la adicción (Burt Associates, 1967). De todas formas, el criterio de recuperación abarcaba un corto espacio de tiempo, tan sólo de 2 meses. No se sabe si estos cambios se mantuvieron o simplemente fueron mejoras puntuales en el curso natural de la adicción.

Los estudios más conocidos en la recuperación natural de los problemas con la heroína fueron los de Robins (1974a,b y 1993), Robins, Davis y Goodwin (1974), Robins, Davis y Nurco (1974), Robins, Helzer y Davis (1975) y Robins, Helzre, Hesselbrock y Wish (1980). En estas investigaciones se evaluó a soldados que habían combatido en la guerra de Vietnam. El objetivo era estimar el consumo de heroína durante la guerra y la asistencia a tratamiento para este problema a su regreso a EEUU. Casi la mitad de los hombres consumieron heroína en su estancia en Vietnam, y un 20% tuvo problemas de dependencia. Sin embargo, menos de un 20% volvieron a consumir heroína en EEUU durante los tres años posteriores a su regreso.

Robins et al. concluyeron que la adicción a la heroína no era un trastorno unitario e intratable, sino más bien un condición compleja y transitoria donde influían múltiples factores que también determinaban la recuperación. Estos estudios marcaron un punto de inflexión importante en el fenómeno de la recuperación natural, y constituyen una evidencia muy fuerte de la existencia de este tipo de recuperación.

1.1.2.2. Alcohol

Podría decirse que el primer trabajo que trató el fenómeno de la recuperación natural en el alcoholismo fue el de Le Drew (1968), y a éste le siguieron múltiples investigaciones sobre este asunto a finales de los 60, en los 70 y a comienzos de los 80 (Cahalan, 1970; Cahalan, Cisin y Crossley, 1969; Cahalan y Room, 1974; Clark, 1976;

Clark y Cahalan, 1976; Fillmore, 1975, 1987a, 1987b; Fillmore y Midanik, 1984; Kendell y Staton, 1966; Kissin, Rosenblatt y Machover, 1968; Knupfer, 1972; Roizen y Fillmore, 2001; Temple y Fillmore, 1985; Vaillant, 1983, 1995).

En líneas generales, todos estos estudios encontraron la recuperación natural como la vía de cambio más frecuente entre las personas que modifican su consumo problemático de alcohol. En ellos se manejan distintos porcentajes de prevalencia en función de los datos de su muestra que van desde el 10% de los evaluados en los trabajos más conservadores al 75% en los estudios más optimistas. En todo caso, coinciden en la existencia e importancia del fenómeno en el problema del consumo de alcohol. Sólo Kissin, Rossenblatt y Machover (1968) encontraron la recuperación natural de los problemas de alcohol como un hecho poco frecuente frente a la asistencia a tratamiento.

Al ser los primeros trabajos que se llevaron a cabo sobre la recuperación natural del alcohol, todos ellos adolecen de errores metodológicos que se han intentado subsanar en posteriores investigaciones. Una de las mayores críticas que se les ha realizado es que se centran únicamente en el análisis de las prevalencias a lo largo de la vida y concentran su explicación sólo en el fenómeno madurativo que se produce en el paso de la juventud a la edad adulta, olvidando casi siempre la participación de importantes factores que influyen en la recuperación natural, ya sean de tipo individual o contextual. De todas formas, su principal importancia reside en su carácter pionero en llamar la atención sobre la existencia de este tipo de recuperación en el campo de las conductas adictivas, que a su vez supone una ruptura con el concepto tradicional de la irreversibilidad del trastorno adictivo en ausencia de tratamiento.

1.2. Estado actual de la recuperación natural en conductas adictivas

El estudio de la recuperación natural en las conductas adictivas se ha llevado a cabo básicamente utilizando dos metodologías: encuestas a población general y reclutamiento mediático. Con la primer metodología se pretende analizar la prevalencia o frecuencia con la que se produce este fenómeno entre los recuperados de las distintas adicciones, mientras que con la segunda se pretenden estudiar los procesos y determinantes de este tipo de recuperación.

1.2.1. Estudios de prevalencia

Algunos de los estudios más relevantes en este campo han tratado de establecer cuál es la prevalencia de la recuperación natural entre los que dejan o reducen el consumo de alcohol y otras sustancias. La conclusión principal que se ha extraído de ellos es que la recuperación natural es la principal vía de recuperación entre los adictos a alcohol y otras sustancias (Cunningham, 1999; Dawson et al., 2005; Hasin y Grant, 1995; Sobell, Cunningham y Sobell, 1996).

Este tipo de trabajos se han servido de la utilización de encuestas a población general que les han permitido estimar porcentajes de recuperación natural entre sujetos que, habiendo tenido problemas adictivos en el pasado, no los referían en el momento de la evaluación. A continuación, se describirán las investigaciones más relevantes llevadas a cabo en torno al alcohol y a las drogas ilegales.

1.2.1.1. Alcohol

Hasin y Grant (1995) llevaron a cabo uno de los primeros trabajos centrados en la investigación sobre la prevalencia de la recuperación natural en alcohol. Utilizaron los datos extraídos de un estudio sobre salud nacional (National Health Interview Study) llevado a cabo varios años antes en EEUU.

El 19% de los entrevistados, un total de 43.809, eran exconsumidores de alcohol. La mayoría de ellos habían sido abusadores de alcohol. Tan solo el 17% de estos exconsumidores habían acudido a Alcohólicos Anónimos (AA) o solicitado algún

tipo de ayuda terapéutica. La gran mayoría referían haber cambiado sus hábitos de consumo de alcohol sin ayuda.

El objetivo del estudio de Sobell, Cunningham y Sobell (1996) era determinar la prevalencia de la recuperación de los problemas con el alcohol con y sin tratamiento, evaluando además si la recuperación incluía abstinencia o consumo moderado. Se utilizaron los datos de dos encuestas llevadas a cabo en población general de Canadá. Una de ellas de ámbito nacional (n= 10796) y otra local, en Ontario (n=1001). Los sujetos que respondieron a la encuesta fueron clasificados en 4 grupos:

- 1) El primer grupo estaba formado por aquellos que en el pasado habiendo tenido problemas relacionados con el alcohol (trabajo, familia, salud, entre otros) y que en el momento de la encuesta se mantenían abstinentes, durante al menos, el año anterior al estudio.
- 2) El segundo grupo incluía a sujetos que habiendo tenido problemas relacionados con el alcohol en el momento de la entrevista mantenían un consumo moderado, desde por lo menos el año anterior a este trabajo. Los criterios para hablar de consumo moderado eran los criterios utilizados por la OMS para definir el consumo de bajo riesgo para la salud.
- 3) En el tercer grupo se clasificaron a las personas que aún mantenían un patrón de consumo de alcohol problemático. Se incluían a los que tenían un consumo de alto riesgo para la salud, durante ese último año: 7 bebidas estándar por día o más para los hombres y 5 bebidas estándar por día o más para las mujeres.
- 4) El cuarto grupo se constituía con los llamados “bebedores sociales”, estos eran consumidores a niveles aceptables y que nunca habían tenido problemas con el consumo de alcohol.

En la muestra de la encuesta a nivel nacional, el 22,5% de los sujetos acudieron a tratamiento, mientras que el 77,5% no recibieron tratamiento. En el caso de la encuesta de Ontario, el 22,3% acudió a tratamiento, frente al 77,7% que no lo hizo. De los abstinentes de alcohol, en la encuesta nacional el 34,3% acudió a tratamiento, frente al 65,7% que no acudió. Mientras que en la encuesta de Ontario, el 44% sí acudió,

frente al 56% que no lo hizo. Entre los consumidores moderados tan solo el 3,3%, en la encuesta nacional, y el 9,4% en la de Ontario, solicitaron tratamiento. El 96,7% y el 90,6% restantes no solicitaron ayuda terapéutica.

En esta línea, Dawson et al. (2005) encontraron también que los sujetos que mantenían la abstinencia a largo plazo del alcohol acudían en mayor medida a tratamiento, que los que mantenían un consumo moderado. De los 4.422 sujetos que habían cumplido los criterios de DSM de dependencia de alcohol en el pasado, 1.486 mantenían un consumo de bajo riesgo y 1.710 eran abstinentes. Entre los sujetos que mantenían un consumo de alcohol de bajo riesgo, la vía más frecuente de recuperación era la recuperación natural, con tasas cercanas al 80%, mientras que entre los abstinentes las tasas de este tipo de recuperación eran cercanas al 50%.

Aunque no sea el tema de esta Tesis no se ha de olvidar que los porcentajes de autocambio entre los que abandonan la adicción al tabaco también son muy altos, situándose por encima del 80% de los casos (Prochaska y DiClemente, 1983; Prochaska, DiClemente y Norcross, 1994).

1.2.1.2. Drogas ilegales

Los estudios de prevalencia, y en general, de recuperación natural en drogas ilegales son escasos (Carballo et al., 2007). El estudio más relevante sobre prevalencia de autocambio en drogas ilegales ha sido el de Cunningham (1999). En esta investigación se evaluaron los resultados obtenidos en la “Canadian Alcohol and Drug Survey”. La encuesta fue aplicada en Canadá en 1994 a un total de 12.000 personas y en ella se les preguntaba a personas, que habían realizado consumos de drogas ilegales en el pasado, por el uso de éstas en el último año. A los que decían no haber consumido en el último año, se les preguntaba además si habían utilizado algún servicio terapéutico o de ayuda para dejar de consumir. Se encontró que entre aquellos que no consumieron en el último año eran muy pocos los que habían solicitado tratamiento.

En el caso de los consumidores habituales de marihuana, sólo el 16% había solicitado algún tipo de tratamiento, entre los consumidores de LSD el 14,1%, cocaína y crack, el 16%. En los casos de consumo de “speed” y heroína, los porcentajes de consumidores que habían acudido a tratamiento fueron mayores, un 20,4% y un 34,5% respectivamente. Al resto de consumidores que no habían solicitado ayuda profesional y

que no referían problemas con las sustancias en el último año, se les consideró como recuperados sin ayuda.

Este estudio tiene bastantes limitaciones metodológicas que no permiten afirmar con seguridad la veracidad de los datos sobre prevalencia de recuperación natural en drogas ilegales. La principal es que a partir de los datos recogidos en esta encuesta no se puede saber con claridad el nivel de gravedad de los problemas de consumo, ya que no se recogía información de cantidad y frecuencia.

1.2.2. Estudios realizados mediante reclutamiento mediático

A diferencia de los trabajos anteriores que investigaban la prevalencia del fenómeno de la recuperación natural en conductas adictivas, la gran mayoría de los trabajos llevados a cabo con la metodología de reclutamiento mediático se ha centrado en el estudio de los procesos y determinantes que intervienen en la recuperación natural en este tipo de trastornos. Concretamente, estas investigaciones han tratado de analizar cuáles son las características sociodemográficas de estos sujetos, cuál es su perfil adictivo previo, y cuáles son las razones y motivaciones que impulsan el cambio y qué factores lo mantienen. Se utilizan varias metodologías de reclutamiento de participantes, siendo la fundamental los anuncios en prensa, seguida del procedimiento de “bola de nieve”. También se valen de las encuestas realizadas previamente para reclutar participantes que hubiesen participado en éstas.

En general, se ha trabajado con muestras de autocambiadores de alcohol y, en menor medida, de otras drogas ilegales. La media (DT) de autocambiadores que utilizan estos estudios se sitúa en 383 (791,3) sujetos como se muestra en la reciente revisión de Carballo et al. (2007), aunque esta media varía en función de la sustancia evaluada como se puede apreciar en la Tabla 2. De todos modos, estos datos se han de tomar con cautela ya que estas muestras están infladas debido a que algunos de los estudios incluidos en esta revisión utilizan también encuestas a población general.

Tabla 2. *Medias de autocambiadores*

| Revisión Carballo et al. (N=22) | |
|--|---------------|
| Media (DT) de autocambiadores en los estudios revisados (n=22) | 383,0 (791,3) |
| <i>Rango</i> | 12-3177 |
| Media (DT) de autocambiadores en los estudios de alcohol (n=15) | 215,2 (532,7) |
| <i>Rango</i> | 7-2117 |
| Media (DT) de autocambiadores en los estudios de heroína (n=3) | 28,6 (24,0) |
| <i>Rango</i> | 4-52 |
| Media (DT) de autocambiadores en los estudios de cocaína (n=4) | 151,7 (131,6) |
| <i>Rango</i> | 26-333 |
| Media (DT) de autocambiadores en los estudios de cannabis (n=6) | 456,8 (830,8) |
| <i>Rango</i> | 25-2143 |
| Media (DT) de autocambiadores en los estudios de policonsumo (n=1) | 3,0 (0,0) |
| <i>Rango</i> | 3 |

Muchas de estas investigaciones han utilizado varios grupos de recuperados con el fin de estudiar la recuperación natural en un espectro más amplio. A pesar de que el mayor porcentaje de estudios han incluido solo autocambiadores de alcohol o drogas ilegales, cada vez son más los trabajos que tratan de realizar comparaciones con los sujetos tratados y entre los propios autocambiadores en función del país de pertenencia y de la sustancia de consumo.

1.2.2.1. Estudios con muestras de autocambiadores

La mayoría de las investigaciones que se han llevado a cabo para estudiar los procesos y determinantes que influyen en la recuperación natural se han centrado en los autocambiadores del alcohol (Carballo et al., 2007). Sin embargo, el crecimiento reciente del consumo de otras sustancias, como la cocaína y el cannabis, ha provocado un aumento de trabajos sobre la recuperación natural de otras sustancias.

En el caso de la recuperación natural del alcohol se han estudiado muchos tipos de factores con el fin de entender mejor el fenómeno. Uno de los posibles determinantes de la recuperación natural es la edad, no tanto como factor causal sino como modulador

de otros determinantes que influyen en el autocambio. Así, en adultos jóvenes de entre 20 y 40 años, el cambio puede tener que ver con el hecho de asumir nuevas responsabilidades con el paso a la vida adulta/familiar, aunque, esto por sí solo, no parece ser causa suficiente de la recuperación (Klingemann, 2001a). En los casos en los que los problemas con el alcohol se inician a edades tardías, el autocambio parece ser la vía de recuperación más utilizada, ya que las consecuencias del consumo no suelen ser tan graves como los que empiezan a tener problemas a edades más tempranas (Klingemann et al., 2001). Por lo demás, no se han realizado comparaciones de recuperados en función de las edades.

Por lo que se refiere al género de los recuperados sin tratamiento, el número de casos es mayor entre los varones, lo cual no es sorprendente, ya que el número de consumidores problemáticos también lo es (Carballo et al., 2007). Tan sólo Bischof, Rumpf, Hapke, Meyer y John (2000) compararon a un grupo de mujeres y otro de hombres que habían abandonado el consumo de alcohol por sí mismos. A pesar de que, en general, no se encontraron muchas diferencias relevantes, se detectó que las mujeres tendían a tener más ocultos sus problemas con el alcohol, en gran medida porque su entorno niega la existencia de éstos. Perciben que tienen menos presión y apoyo social para abandonar el consumo y mantener la abstinencia. Los autores de este estudio concluyeron que las diferencias en género vendrían dadas por el entorno social de los sujetos (Bischof, Rumpf, Hapke, Meyer y John, 2000).

Los acontecimientos vitales que ocurren en la vida de las personas podrían actuar también como determinantes de un cambio en los hábitos de consumo. En algunos de los trabajos acerca de la recuperación natural de la adicción al alcohol se han evaluado los acontecimientos vitales que le habían ocurrido a los participantes en el último año de consumo (Bischof, Rumpf, Hapke, Meyer y John, 2000, 2001; Rumpf, Bischof, Hapke, Meyer y John, 2000; Sobell, Sobell, Toneatto y Leo, 1993). Se habla de los acontecimientos vitales como posibles desencadenantes o disparadores del autocambio, encontrándose que los problemas relacionados con la salud, las relaciones maritales y la familia son los más frecuentemente mencionados por los autocambiadore.

La abstinencia es el tipo de recuperación más frecuente entre los autocambiadore, pero el consumo moderado o de bajo riesgo se sitúa por encima del

40% de los casos (Carballo et al., 2007; Sobell et al., 2000). Este es un dato muy importante ya que como se ha dicho anteriormente el modelo biomédico imperante niega la posibilidad de consumos moderados en la recuperación. King y Tucker (2000) analizaron el proceso de recuperación en términos de abstinencia y consumo moderado. Estos autores encontraron que entre los sujetos que se mantenían con un consumo moderado sin haber recibido ayuda terapéutica, unos habían pasado anteriormente por un período de abstinencia total frente a otros que habían reducido su consumo gradualmente. El camino hacia la moderación, por tanto, es variable, el caso de la abstinencia total suele ser de iniciación abrupta. En este mismo estudio, los sujetos que hacían uso moderado del alcohol cambiaron sus prácticas de consumo y el contexto que les rodeaba, a través de estrategias relacionadas con la limitación del consumo a ciertos contextos (King y Tucker, 2000).

En el caso del cannabis, entre los factores que más influyen en el mantenimiento de la abstinencia están estrategias conductuales, tales como, la evitación de situaciones de tentación, los cambios en el estilo de vida y el desarrollo de nuevos intereses más allá del consumo (Ellingstad, Sobell, Sobell, Eickleberry y Golden, 2006). Entre las razones que refieren los consumidores de cannabis para no solicitar tratamiento están el no creer que necesiten tratamiento y el deseo de recuperarse por sí mismos. Ellingstad et al. (2006) sugieren que los determinantes implicados en el inicio y mantenimiento de la recuperación sin ayuda difieren de otras sustancias ilegales y legales. Por ejemplo, se ha visto que los problemas de salud son una de las principales razones por las que consumidores de alcohol y tabaco cambian sus hábitos, sin embargo esto no ocurre en el caso del cannabis. Otro ejemplo sería el hecho de que entre los exconsumidores de drogas uno de los principales factores de mantenimiento es la desaparición de las ansias de consumo, mientras que en el cannabis destaca más los cambios en el estilo de vida y el desarrollo de actividades no relacionadas con el consumo.

Toneatto et al. (1999), por su parte, estudiaron los factores que influyen en la recuperación natural en sujetos adictos a la cocaína. Para ello compararon a un grupo de sujetos que dejaron de consumir por sí mismos con personas que estaban consumiendo. El perfil adictivo previo a la recuperación que los autocambiadores describieron fue similar al de los participantes que consumían actualmente. Ambos grupos eran similares en patrones de consumo de cocaína, historia psiquiátrica, uso de

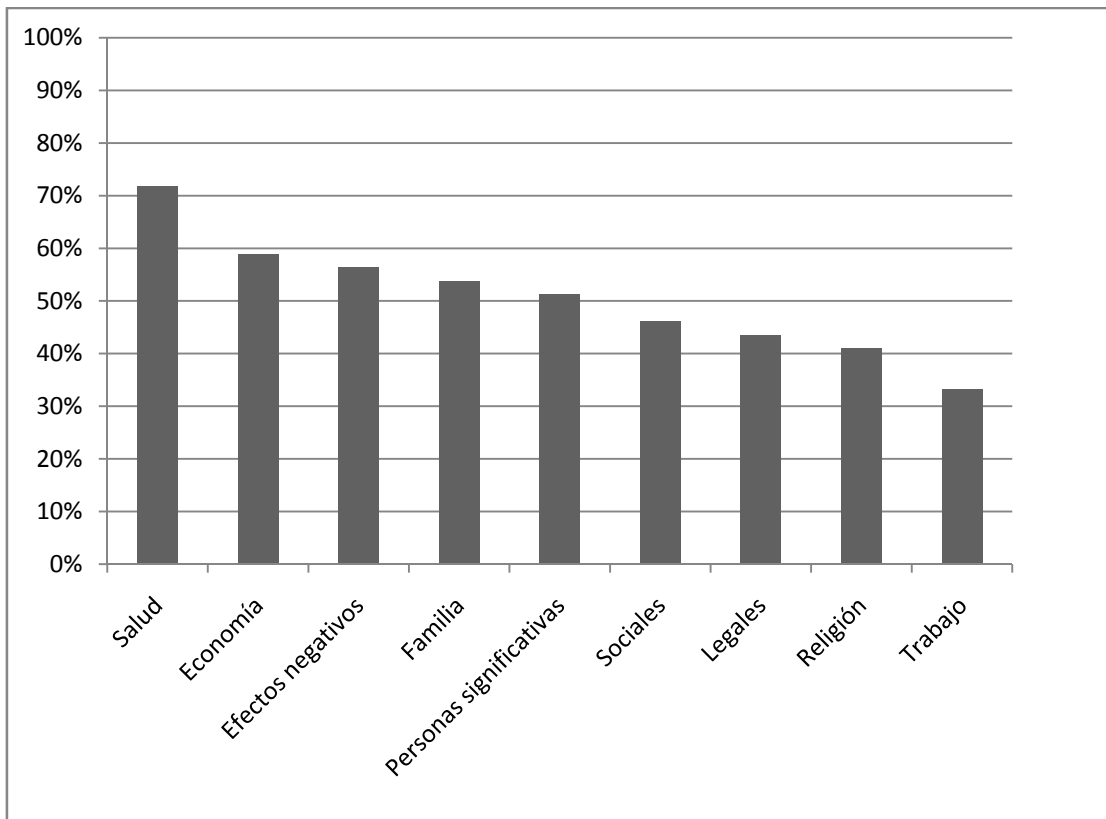
otras sustancias y consecuencias negativas del uso tanto psicológicas como psiquiátricas (Toneatto, Sobell, Sobell y Rubel, 1999). Además, se encontró que la evaluación cognitiva de pros y contras era un aspecto fundamental a la hora de iniciar la recuperación. Los datos son similares a los encontrados en otros estudios anteriores en cocaína (Waldorf, Reinerman y Murphy, 1991).

La “evaluación cognitiva” es uno de los aspectos que más se destaca en los trabajos de recuperación natural en alcohol y drogas ilegales. Se trata de la evaluación de los “pros” y “contras” que el consumo tiene para el sujeto (Ellingstad et al., 2006; Klingemann, 2001b; Sobell y Sobell, 1995). Esta evaluación cognitiva es muy habitual en sujetos con problemas de alcohol, aunque no en otras adicciones a sustancias y conductuales. Por ejemplo, en estudios recientes de recuperación natural en juego patológico no se encuentra excesiva relevancia de este aspecto entre los jugadores patológicos (Carballo Crespo, Secades Villa, Fernández Hermida, García Rodríguez y Sobell, 2005; Hodgins y el-Guebaly, 2000).

Sobell et al. (2000) y Carballo et al. (2007) han revisado cuales son las razones para el cambio, los factores que influyen en el mantenimiento de la recuperación y las razones para no acudir a tratamiento mencionadas por los participantes en los distintos estudios de recuperación natural. Estos aspectos han centrado gran parte de los esfuerzos de los investigadores de la recuperación natural por su importancia a la hora de analizar cuáles son los determinantes que motivan y mantienen el cambio.

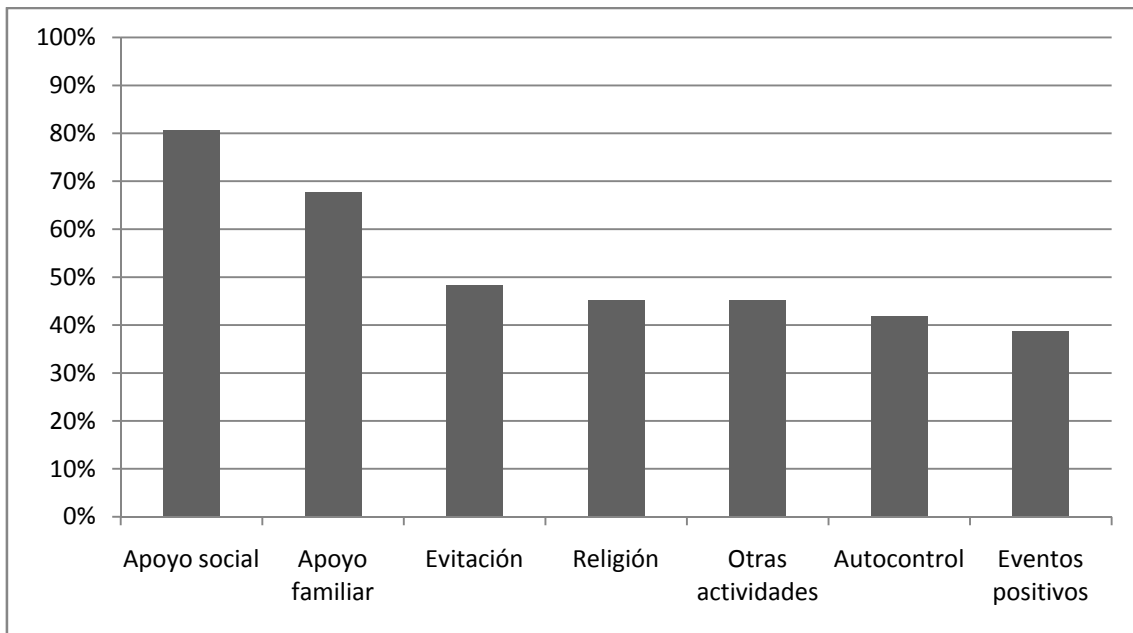
Un total de 39 de los 62 estudios evaluados en las revisiones analizaron razones para el cambio (Figura 1). Se ha encontrado que tanto los problemas de salud (p.ej., alteraciones hepáticas), como los problemas económicos, juegan un papel central en la puesta en marcha del cambio. A estas dos razones les siguen, los efectos negativos del propio consumo (p. ej., la pérdida del control), los problemas familiares (p.ej., rupturas con la pareja), los problemas de relación con otras personas significativas (p. ej., amigos), los problemas sociales (p. ej., pérdida de amigos), los problemas legales (p. ej., multas de tráfico), las razones religiosas y los problemas laborales (p.ej., pérdida del trabajo).

Figura 1. Razones para el cambio más frecuentes en la literatura



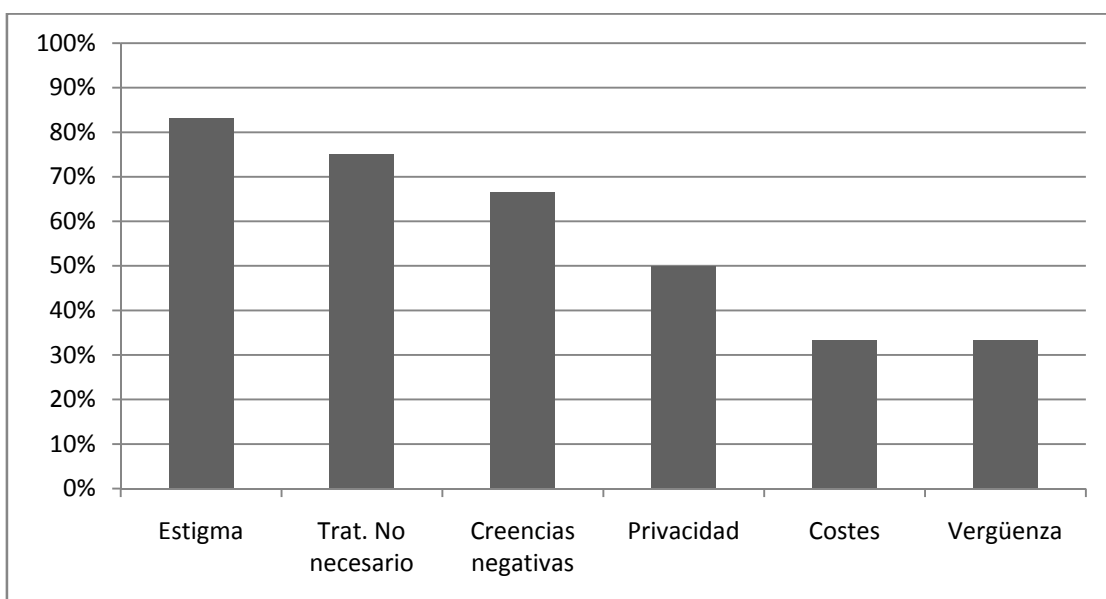
Los factores de mantenimiento de la recuperación (Figura 2) son analizados por 31 de los 62 estudios revisados. Los factores de mantenimiento que más parecen influir según estas revisiones serían: los cambios en el apoyo social, en el apoyo de familiar u otras personas significativas, la evitación de situaciones donde previamente consumía (p.ej., no acudir a los bares), la religiosidad (p.ej., acudir más a la iglesia), el desarrollo de intereses que no impliquen el consumo de sustancias (p.ej., ir al gimnasio), los cambios en el autocontrol y en la voluntad, y sucesos positivos que ocurren en sus vidas posteriores al consumo (p.ej., se ven mejor a sí mismos). Otros factores que aparecen en estas revisiones pero que no son tan frecuentes como los anteriores son los cambios en el trabajo, las mejoras en problemas de salud, las mejoras económicas y los cambios en el estilo de vida previo al abandono del consumo.

Figura 2. Factores para el mantenimiento de la recuperación.



Por último, 12 de los 62 artículos evaluaron razones para no solicitar ayuda. Las que más se reflejan en estas revisiones son (Figura 3): la posible estigmatización, las concernientes a considerar el tratamiento inapropiado o no creer que se necesita ayuda para ese problema, las creencias o experiencias negativas relacionadas con tratamientos, no querer compartir sus problemas con otros, los costes económicos y la vergüenza.

Figura 3. Razones para no solicitar ayuda formal.



1.2.2.2. Comparaciones entre tratados y no tratados

Son muchos los trabajos que han pretendido dar explicación al fenómeno de la recuperación natural en alcohol a través del estudio comparativo de personas que habiendo tenido problemas con el alcohol en alguna etapa de su vida en el momento de los estudios mantenían abstinencia o un consumo moderado. Se ha intentado evaluar qué aspectos definen a las personas que se recuperan por sí mismas comparándolas también con aquellos que solicitan ayuda terapéutica

Se ha encontrado, en la mayoría de los casos, una relación entre dependencia, problemas causados por ésta y la asistencia o no a tratamiento. Parece bastante claro que a mayores problemas generados por la adicción previa y dependencia de la sustancia (p.ej., mayor comorbilidad psicopatológica) mayor será la probabilidad de que el sujeto acuda a tratamiento (Bischof, Rumpf, Hapke, Meyer y John, 2002; Bischof, Rumpf, Meyer, Hapke y John, 2005; Cunningham, Lin, Ross y Walsh, 2000; Chitwood y Morningstar, 1985; Dawson et al., 2005; Klingemann y Sobell, 2007; Sobell et al., 1996). Parece ser que aquellos con problemas menos graves relacionados con su consumo están más predispuestos a la recuperación natural. Muchos de estos trabajos muestran que el porcentaje de dependientes entre los que acuden a tratamiento es mayor que entre los que se recuperan sin ayuda, el consumo previo de la sustancia es también mayor en cantidad y duración y, además, la comorbilidad médica y psicopatológica es sensiblemente superior.

Pero no se ha de olvidar que aspectos como el funcionamiento social (Fiorentine y Hillhouse, 2001), el capital social (buenas redes sociales, recursos para mantenerlas, estabilidad) (Granfield y Cloud, 1996) y otros aspectos del entorno social del sujeto, como pueden ser el estatus socioeconómico y el estado laboral, influyen en la gravedad del problema (Humphreys, Moos y Cohen, 1997). Los niveles altos de funcionamiento social y mayor capital social son más comunes entre los que no solicitan tratamiento que entre los que acuden.

Las diferencias entre tratados y no tratados no son muy numerosas cualitativamente, aunque sí cuantitativamente, según lo que se extrae de los trabajos llevados a cabo sobre todo en la recuperación natural de los problemas de alcohol. Se ha detectado con frecuencia que las diferencias entre los tratados y los autocambiadores

tienen que ver con factores de mantenimiento y sus redes de apoyo social y familiar. El apoyo y la presión familiar se ha mostrado como un elemento muy influyente, tanto entre los tratados como entre los que se recuperan por sí mismos (Bischof et al., 2002). Los grupos de tratamiento, en donde se incluyen los asistentes a grupos de autoayuda, se caracterizan por un mayor esfuerzo en la búsqueda de apoyo, contar más sus problemas a las personas que les rodean, por hacer más esfuerzos por mantener la abstinencia, mayores mejoras en la satisfacción con su vida y el establecimiento de buenas relaciones con su familia y amigos (Bischof et al., 2000, 2002).

Por otro lado, los autocambiadores parecen estar más motivados por refuerzos o incentivos positivos para abandonar o reducir su consumo, produciéndose esta recuperación de forma más gradual en comparación a los tratados, en los que el proceso de recuperación es más abrupto y relacionado con la evitación de estímulos negativos (Blomqvist, 1999).

En lo que se refiere al momento posterior al cambio, algunos estudios señalan que la asistencia o no al tratamiento determina en cierto modo el tipo de recuperación, ya que en el caso de los tratados, el tipo de recuperación predominante es la abstinencia, mientras que entre los no tratados es el consumo moderado (Dawson et al., 2005; Sobell et al., 1996). En este sentido, y en lo que atañe al mantenimiento del cambio, tanto en tratados como no tratados se produce, durante el primer año de abstinencia, una reducción de los acontecimientos y consecuencias negativas asociadas al consumo y un aumento de los eventos positivos. No existen diferencias significativas entre ambos grupos, aunque el aumento de los eventos positivos que refieren los tratados es mayor (Tucker, Vuchinich y Rippens, 2002).

Otro de los aspectos que diferencia a los que acuden a tratamiento de los autocambiadores tiene que ver con las barreras o razones para no acudir a tratamiento. La motivación más común para no solicitar ayuda terapéutica es que este tipo de sujetos no cree tener problemas graves que necesiten de tratamiento y piensa que lo puede hacer por sí mismos. Además, los sujetos que se recuperan sin ayuda no perciben excesiva presión por parte de su entorno social para acudir a tratamiento (Tucker, 1995; Tucker, Vuchinich y Rippens, 2004).

A pesar de todo, en el caso de los estudios relacionados con las drogas ilegales queda pendiente identificar mejor las variables personales y del estilo de vida, que diferencian a los que se recuperan naturalmente frente a los que lo hacen en tratamientos o grupos de autoayuda. Se ha estudiado este fenómeno en muestras de cocainómanos y de adictos al cannabis que se recuperan por sí mismos, en comparación a aquellos que acuden a tratamiento o que actualmente consumen (Blomqvist, 2002; Chitwood y Morningstar, 1985; Waldorf et al., 1991).

En líneas generales, los resultados de los trabajos sobre recuperación natural en drogas ilegales van en la línea de los estudios del alcohol. Por ejemplo, en el estudio de Chitwood y Morningstar (1985) se comparó a personas que habían abandonado el consumo de cocaína por sí mismos con aquellos que lo habían hecho a través de tratamiento. Las diferencias fundamentales que encontraron entre ambos grupos de sujetos fueron que los tratados habían sido consumidores de mayores cantidades de cocaína, estaban más afectados por las consecuencias negativas del consumo, estuvieron desempleados durante más tiempo, no tenían el apoyo de amigos cercanos, sus principales fuentes de ingresos provenían de actividades ilegales y habían sido arrestados más frecuentemente. A la vista de estos datos se observa que la gravedad del problema con la cocaína era mayor entre los que habían solicitado ayuda terapéutica.

1.2.2.3. Comparaciones entre autocambiadores de alcohol y drogas ilegales

Es importante conocer también cuáles son los factores que influyen en la recuperación natural de otras adicciones y con qué tipo de casos nos encontramos. ¿Son consumidores menos dependientes, como en el alcohol?, ¿influyen los mismos factores en la recuperación? La evidencia empírica muestra que el fenómeno de la recuperación natural no es exclusivo del alcohol y el tabaco, Cunningham (1999), por ejemplo, encontró que gran parte de los sujetos adictos a drogas ilegales no solicitaban ayuda terapéutica para solucionar sus problemas.

Se conoce poco sobre las posibles diferencias en las características del autocambio entre los consumidores de los distintos tipos de drogas. Revisiones recientes (Carballo et al., 2007; Sobell et al., 2000) inciden en el hecho de la necesidad de un incremento de estudios en el caso de la recuperación natural de drogas ilegales, que

permitan comparar ambos grupos de autocambiadores. En estas revisiones se refieren porcentajes superiores al 75% de estudios de recuperación natural que se centran únicamente en el estudio de la recuperación natural de la adicción al alcohol. Hasta ahora las comparaciones que se han realizado no muestran excesivas diferencias significativas en las variables que explican el autocambio en consumidores de alcohol y consumidores de drogas ilegales (p.ej. razones para el cambio, razones para no acudir a tratamiento, acontecimientos vitales, factores de mantenimiento). Sólo algunos estudios han encontrado diferencias puntuales en algunas razones para la recuperación, como la mayor influencia de los problemas relacionados con la salud entre los que dejan de consumir alcohol, frente a los problemas familiares entre los autocambiadores de drogas ilegales (Cunningham, Koski-Jannes y Toneatto, 1999).

En otro estudio se encontró una mayor presencia de motivaciones emocionales para el abandono del consumo entre los autocambiadores de drogas ilegales frente a los del alcohol. Además, se encontraron diferencias en aspectos relacionados con la asistencia a tratamiento formal y a grupos de autoayuda, siendo más frecuente la asistencia a grupos de autoayuda entre los sujetos con problemas de alcohol (Koski-Jannes y Turner, 1999).

En definitiva, la recuperación natural en adicciones a drogas ilegales es un fenómeno con cierta evidencia que necesita de más estudios. Los factores asociados a esta recuperación, aunque con ciertas diferencias, parecen seguir la misma línea de lo estudiado en alcohol. De todas formas, aún se necesita de más investigaciones que comparen entre adicciones con el fin de dilucidar si los aspectos que influyen en el inicio y el mantenimiento de la recuperación natural son los mismos en todas las sustancias o son distintos para cada una.

1.2.2.4. Estudios transculturales

Hasta el momento actual la mayoría de los estudios han sido realizados en Norteamérica (Estados Unidos y Canadá). A pesar del crecimiento de este tipo de trabajos en Europa, el conocimiento que se tiene de este fenómeno ha sido fundamentalmente extraído de muestras norteamericanas (Carballo et al., 2007). Los estudios transculturales que analizan si los procesos de recuperación natural son universales a los distintos países y culturas son por el momento muy escasos.

Las diferencias culturales pueden tener gran importancia sobre el proceso de recuperación natural, ya que estas pueden determinar la forma de uso de la sustancia y la tolerancia social del consumo, entre otros aspectos. Un ejemplo de esto puede encontrarse en España que es un país vitivinícola y donde el uso diario de alcohol se extiende a todo tipo de situaciones y celebraciones, mientras que en Estados Unidos el uso de alcohol se circunscribe a contextos determinados relacionados principalmente con el ocio y a períodos de tiempo concretos, como por ejemplo, los fines de semana y los días festivos. En este sentido, la generalización del consumo a varios contextos y situaciones, junto con algunos aspectos legales, tales como, la facilidad de acceso a la sustancia o la edad mínima para poder usar la sustancia, podrían hacer que la tolerancia social del consumo fuese mayor o menor. ¿Podrían de algún modo los diferentes usos del alcohol y otras drogas, y la tolerancia social que éstos tienen, condicionar el proceso de recuperación? Esta es una de las preguntas que se ha de resolver con la realización de estudios que analicen factores culturales o simplemente con estudios llevados a cabo en diferentes culturas.

El único ejemplo reseñable que sigue un diseño transcultural se realizó en 2001 en investigaciones llevadas a cabo en Canadá y Suiza (Sobell, Klingemann et al., 2001). En este estudio se compararon grupos de autocambiadores de alcohol, cocaína y heroína que habían sido evaluados mediante metodologías cuantitativas y cualitativas similares. La evaluación cognitiva de pros y contras vuelve ser un aspecto central en la puesta en marcha de la recuperación en este trabajo. Esta evaluación sigue la lógica de que cuando los pros superan a los contras se inicia la recuperación. Con respecto a los perfiles de gravedad previos a la recuperación de la adicción, no se encontraron diferencias destacables.

Este estudio tiene varias limitaciones importantes como son su carácter retrospectivo, que las investigaciones hayan sido realizadas en distintos momentos y que las metodologías no sean exactamente las mismas, como cabe esperar en un diseño transcultural. De todos modos marca el punto de inflexión para futuros estudios que investiguen estas cuestiones.

1.3. Análisis metodológico de la investigación sobre recuperación natural

1.3.1. Características metodológicas de los estudios

A lo largo de las últimas décadas el estudio de la recuperación natural en conductas adictivas ha generado un gran número de publicaciones (Klingemann y Sobell, 2007). Tanto es así que varios autores han tratado de analizar a través de revisiones empíricas cuales son las características metodológicas y los principales hallazgos de las investigaciones que se han realizado en este campo. La revisión de Sobell et al. (2000) y la de Carballo et al. (2007), comparten los criterios de inclusión de artículos en sus revisiones, excepto en el caso del marco temporal en el que fueron publicados, ya que la revisión de Sobell et al. abarca un período de aproximadamente 30 años (1972-1998) mientras que la revisión de Carballo et al. (2007) analiza los estudios publicados en 6 años (1999-2005).

Ambas revisiones comparten un metodología muy similar: (1) la búsqueda e identificación de los estudios se realizó mediante las bases de datos Medline y Psychlit, lectura de otras revisiones y apartados de referencias de los artículos que tratan el tema, y también a través del contacto con investigadores claves en esta área; (2) para la búsqueda se utilizó la palabra clave “recuperación natural” o alguno de los múltiples utilizados para referirse a este fenómeno (p.ej., self-change, spontaneous remission, self-quitters, etc.); (3) se buscaron artículos en inglés y español (solamente en la revisión de 2007); (4) publicados o en prensa en revistas “*peer review*”; (5) que presentasen resultados originales (p.ej. no se seleccionan revisiones) o que fuesen una parte de grandes estudios; (6) no se incluyeron estudios de caso o historias personales; (7) los participantes de estos estudios debían tener una historia pasada de problemas de consumo de alcohol u otras drogas. Los estudios que cumplían estos criterios fueron evaluados con respecto a: la presentación de grupos de participantes de recuperación natural, datos sociodemográficos (ej. edad, educación), variables de historia de consumo y relacionadas con el proceso de recuperación, y rigor metodológico (p.ej. utilización de varios grupos). Se evaluaron un total de 62 estudios entre ambas revisiones (40 en la del 2000 y 22 en la del 2007). El número de publicaciones en este campo era muy superior, pero en muchos casos no cumplían los criterios de inclusión y en otros las publicaciones eran parte de un estudio más global. Los resultados de ese segundo grupo de

publicaciones se tuvieron en cuenta en estas revisiones pero se consideraron como referencias secundarias (Carballo et al., 2007).

Este tipo de estudios permiten hacerse una idea de cuáles son las características metodológicas y de diseño de las investigaciones de recuperación natural del alcohol y otras sustancias. Como se puede observar en la Tabla 1, la mayoría de los trabajos se centran en el alcohol con porcentajes superiores al 75% en ambas revisiones. Estados Unidos es el país donde más se llevan a cabo este tipo de estudios, con porcentajes cercanos al 60%. Canadá y Europa están a la par con porcentajes que rondan el 20% respectivamente. Como se ha dicho anteriormente, y salvo en el caso de esta Tesis, tan solo se ha encontrado un estudio transcultural. El 100% de los artículos publicados están en inglés, no se han encontrado estudios en español que cumplieren los criterios de estas revisiones.

Ambas revisiones muestran que muchas de las investigaciones incentivan económicamente la participación, a pesar de los inconvenientes que la recompensa económica pueda tener para la fiabilidad de la información de los participantes. Los autoinformes son el instrumento principal de recogida de información, utilizándose en todos los trabajos tanto para información pre como post-recuperación, mientras que el uso de colaterales aparece entre el 20% y el 30% de los trabajos. En este sentido, muchos estudios muestran que las personas con este tipo de problemas no suelen mentir en los autoinformes (Secades Villa y Fernández Hermida, 2003). La información que recogen este tipo de estudios es fundamentalmente cuantitativa (72,7%), aunque cada vez son más numerosos los estudios que se deciden por análisis cualitativos que complementen la información cuantitativa (27,3%).

Por otro lado, el principal método de captación de la muestra varía de una revisión a otra, siendo actualmente las encuestas el procedimiento más utilizado (45,5%) lo cual está directamente relacionado con incrementos en el tamaño muestral. Los anuncios en prensa han pasado a ser la segunda estrategia más utilizada, seguidos por otras estrategias, como por ejemplo, solicitar ayuda a los profesionales sanitarios. Por último, la técnica de “snowball” o “bola de nieve” ha disminuido significativamente en este tipo de trabajos.

Tabla 1. Porcentajes (n) de variables relacionadas con el estudio de la recuperación natural evaluadas en las distintas investigaciones

| VARIABLES | Revisión Carballo et al. (N=22) | Revisión Sobell et al. (N=40) |
|---|------------------------------------|----------------------------------|
| Sustancia evaluada ^a | | |
| <i>Alcohol</i> | 81,8 (18) | 75,0 (30) |
| <i>Heroína</i> | 22,7 (5) | 22,5 (9) |
| <i>Cocaína</i> | 22,7 (5) | 7,5 (3) |
| <i>Cannabis</i> | 31,8 (7) | 2,5 (1) |
| <i>Otras drogas</i> | 27,3 (6) | 12,5 (5) |
| Método de reclutamiento ^c | | |
| <i>Anuncios</i> | 40,9 (9) | 38,5 (15) |
| <i>Snowball (“Bola de nieve”)</i> | 9,1 (2) | 28,2 (11) |
| <i>Encuestas</i> | 45,5 (10) | 23,1 (9) |
| <i>Otros</i> | 27,3 (6) | 17,9 (7) |
| Incentivos/ pagos | 31,8 (7) | 20,0 (8) |
| Método de evaluación ^d | | |
| <i>Autoinformes</i> | 100,0 (24) | 100,0 (40) |
| <i>Colaterales</i> | 18,2 (4) | 30,0 (12) |
| Tipo de información recogida | | |
| <i>Cuantitativa</i> | 72,7 (16) | NE ^b |
| <i>Mixta (cuantitativa + cualitativa)</i> | 27,3 (6) | NE ^b |
| País | | |
| <i>EEUU</i> | 59,1 (13) | 59,1 (22) |
| <i>Canadá</i> | 22,7 (5) | 16,2 (6) |
| <i>Europa</i> | 18,2 (4) | 18,9 (7) |
| Definición de tratamiento | 68,2 (15) | 82,5 (33) |
| Diseño del estudio | | |
| <i>Retrospectivo</i> | 77,3 (17) | NE ^b |
| <i>Longitudinal</i> | 22,7 (5) | NE ^b |
| Inclusión de grupos control | 18,2 (4) | 17,5 (7) |
| Evaluación de tasa de recaídas | 9,1 (2) | 5,0 (2) |
| Evaluación de múltiples grupos de recuperados | 63,3 (14) | 57,5 (23) |

^aAlgunos estudios evaluaron varias sustancias; ^bNE= No evaluado; ^cAlgunos estudios utilizaron varios métodos de reclutamiento; ^dAlgunos estudios utilizaron varios métodos de evaluación

En la primera revisión se mostraba que tan sólo el 5% llevaban a cabo varias entrevistas a lo largo del tiempo para analizar la estabilidad de la recuperación. Actualmente, este porcentaje no se ha incrementado significativamente, el 22% de los trabajos analizados tiene un carácter longitudinal y la evaluación de las tasas de recaídas aparece en el 9% del total. El diseño retrospectivo continúa siendo hoy en día el más utilizado (77,3%) con todas las limitaciones que éste acarrea.

1.3.2. Metodología de reclutamiento

Las estrategias de reclutamiento utilizadas en la investigación de la recuperación natural son parte muy importante en este campo, ya que por definición los sujetos que se recuperan sin ayuda tienden a ocultar sus problemas. En el apartado anterior se ha descrito la frecuencia de uso de las distintas estrategias, se trata aquí de describirlas brevemente.

Los *anuncios en prensa* consisten en la publicación en periódicos, radios o televisiones de anuncios que se dirigen al reclutamiento de personas que han cambiado sus hábitos de consumo de sustancias sin ayuda terapéutica. Son una estrategia efectiva (Bjornson-Benson et al., 1993; Sorocco, Vincent, Collins, Johnson y Lovallo, 2006) y de uso frecuente en la tarea de reclutamiento de participantes en muchas investigaciones, y no solamente en circunscritos al campo de la recuperación natural. Algunos estudios han analizado los sesgos asociados a esta estrategia destacando sobretodo el hecho de que solamente parecen llegar al sector de la población que lee los periódicos, lo que puede limitar el reclutamiento a un rango de edad y género determinados (Cross, Parsons y Letley, 2003; Hebert, 2000). En el campo de la recuperación natural, Rumpf et al. (2002) analizaron el sesgo asociado a los participantes reclutados mediante anuncios en prensa en comparación a los reclutados mediante encuestas de población general. En este estudio se encontró que los sujetos que acuden a través de anuncios tendían a exagerar sus problemas adictivos previos a la recuperación (Rumpf et al., 2000).

La *técnica de “bola de nieve”* consiste en pedir a los participantes de la investigación que comenten la existencia del estudio entre las personas que conozcan y que podrían participar. También se aplica entre los conocidos de los propios investigadores y otros profesionales que colaboren en la investigación. Aunque fue una estrategia muy usada en los estudios previos al año 2000 en este campo, actualmente se encuentra prácticamente en desuso.

Las *encuestas a población general* han servido para reclutar un gran número de casos y su objetivo principal es analizar la prevalencia del fenómeno de la recuperación natural en conductas adictivas. Algunos de los estudios más importantes en recuperación natural se han basado en esta estrategia (Cunningham, 1999; Dawson et

al., 2005; Hasin y Grant, 1995; Sobell et al., 1996). En algunos casos también han servido de forma indirecta al reclutamiento de participantes, es decir, los sujetos que habían respondido a estas encuestas y que podrían cumplir los criterios de las investigaciones de recuperación natural, fueron captados a posteriori.

Otras estrategias que se han usado aunque con menos frecuencia son los carteles en lugares clave (p.ej., universidades y estaciones de autobús) y la solicitud de ayuda a profesionales sanitarios que diariamente están en contacto con este tipo de casos sin aplicar intervención alguna. Algunos estudios han tenido éxito en el reclutamiento a través de la ayuda de los médicos de atención primaria con muestras superiores a 100 autocambiadores del alcohol (Brown, Saunders, Bobula y Lauster, 2000).

1.3.3. Criterios de inclusión en las investigaciones de recuperación natural

Los estudios de recuperación natural de las conductas adictivas cuentan con unos criterios que determinan qué es tratamiento, qué es conducta adictiva y qué es recuperación que hacen posible el estudio de los factores que influyen en el proceso de cambio, en los que se pueden detectar diferencias entre los autocambiadores y los que acuden a tratamiento.

Resulta evidente que los conceptos de tratamiento, conducta adictiva y recuperación, que se manejan en este tipo de estudios, son de singular importancia para poder obtener conclusiones sobre los resultados encontrados. Si no se establece una definición clara de tratamiento, entonces podrían confundirse los efectos de intervenciones terapéuticas con los que se derivan de los procesos de autocambio, por lo que en torno al 70% de los estudios definen lo que es tratamiento (ver Tabla 1). Si no se delimita claramente el concepto de adicción, entonces será imposible determinar si la elección de la vía del tratamiento o del autocambio se debe a la propia naturaleza del problema adictivo o a los otros factores psicológicos y sociales que son objeto de estudio. Por último, si se establece que la recuperación es igual a abstinencia, entonces se puede infravalorar el potencial de cambio en las conductas adictivas.

Aunque no siempre las investigaciones han dejado claro lo que entienden por tratamiento, existe ya cierto consenso sobre su significado en los estudios de recuperación natural. Klingemann *et al.* (2001) recogen una definición en la cual el tratamiento comprende distintos tipos de recursos o servicios terapéuticos dirigidos al cambio en las conductas adictivas, tales como Alcohólicos anónimos u otros grupos de autoayuda; tratamientos psicológicos o psiquiátricos, recursos relacionados con servicios sociales; consejo del médico o enfermera; hospital o urgencias y centros de desintoxicación. La asistencia a 2 ó 3 reuniones a grupos de autoayuda o a una única sesión de tratamiento sin que el sujeto perciba que eso le ha servido para su recuperación, no se incluye como tratamiento en varias investigaciones (Sobell, Sobell y Toneatto, 1992; Sobell et al., 1993; Tucker, Vuchinich y Gladsjo, 1994).

En lo que se refiere al tipo de conducta adictiva, la mayoría de los estudios de autocambio incluyen dentro de las muestras a aquellos sujetos que manifiestan haber tenido problemas médicos y/o sociales ocasionados por un consumo de riesgo principalmente de alcohol y, en menor medida, de otras drogas. El criterio mínimo de entrada suele ser que los sujetos sean consumidores de riesgo y que deseen o hayan deseado dejar de consumir, no requiriéndose que sean dependientes, tal y como se entiende esta categoría por el DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) o la CIE 10 (World Health Organization, 1992). Quedan fuera los consumos de bajo riesgo en el caso del alcohol o los meramente exploratorios en las drogas ilegales.

Por último, la recuperación se ha definido por la ausencia de consecuencias negativas asociadas al consumo de alcohol, la ausencia de síntomas de dependencia y por la abstinencia total o por consumo de bajo riesgo para la salud. Esta recuperación debe de ser mantenida durante, al menos, los dos últimos años. El criterio temporal es variable y aunque la mayoría de los trabajos utiliza dos años, otros muchos sólo exigen un año (Bischof et al., 2000; Burman, 1997; Cunningham et al., 2000; Humphreys, Moos y Finney, 1995; Rumpf et al., 2000).

En una reciente revisión se ha observado que la media del tiempo de recuperación entre los que dejan de consumir sin ayuda se sitúa en torno a los 6 años (Carballo et al., 2007; Sobell et al., 2000) por lo que este tipo de recuperación parece ser estable. Por otro lado, la casi totalidad de los trabajos no reduce el concepto de recuperación a la abstinencia. Si se hiciera así, entonces se dejaría fuera a un 40,3% de

los alcohólicos que se recuperan por sus propios medios (Klingemann, 2001b). Por esta razón, los trabajos de recuperación natural incluyen dentro del epígrafe de recuperados tanto a sujetos abstinentes como aquellos que realizan consumos de bajo riesgo.

1.4. Implicaciones del estudio de la recuperación natural

Existen muchas razones para estudiar el fenómeno de la recuperación natural en conductas adictivas, en un estudio de principios de los 90 se proponen varias para el caso del alcohol que también podrían ser aplicables a otras sustancias (Sobell et al., 1992):

- a. *No existen tratamientos que hayan demostrado una eficacia absoluta.* Algunos tratamientos han mostrado aceptables tasas de eficacia como por ejemplo la CRA (Community Reinforcement Approach), la CBT (Terapia Cognitivo-Conductual), la Terapia Conductual Familiar y de Pareja, en el caso del alcohol; y la CRA más terapia de incentivo y el manejo de contingencias en cocaína, y el manejo de contingencias para la reducción de heroína en programas de mantenimiento con metadona (Secades Villa y Fernández Hermida, 2003). Sin embargo, las tasas de recaída a largo plazo en todas las conductas adictivas siguen siendo elevadas (Secades Villa y Fernández Hermida, 2003). El conocimiento de los procesos de recuperación natural podrían ser de gran utilidad para el desarrollo de terapias de mayor eficacia, mediante el estudio de las variables que motivan el cambio y los factores que lo mantienen. Uno de los hallazgos más importantes de los estudios de autocambio tiene que ver con que los autocambiadores prefieren pasar a consumos moderados frente a la abstinencia. Si los tratamientos ofrecen esta posibilidad, la adherencia de los pacientes y la elección de esta vía de cambio podría ser mayor.
- b. *Se ha fallado en la identificación y captación de un gran número de personas con problemas de alcohol.* La relación de tratados frente a no tratados se estima de forma conservadora en 3 a 1 y de forma menos restrictiva de 13 a 1. En este sentido, los trabajos de prevalencia en el campo de las conductas adictivas, que en gran medida justifican y avalan la importancia de trabajar sobre el fenómeno de la recuperación natural, indican que los procesos de autocambio no son un fenómeno aislado o raro, sino más bien la vía preferente de recuperación entre los que abandonan o reducen su consumo a cantidades moderadas de sustancias psicoactivas (Cunningham, 1999; Dawson et al., 2005; Hasin y Grant, 1995; Sobell et al., 1996).

- c. *Basándose en los estudios de recuperación natural, se podrían desarrollar estrategias para aquellos que no quieren, no pueden o no están preparados para asistir a tratamiento, pero que al mismo tiempo, sí quieren eliminar o reducir el consumo.* En relación a este punto, se han llevado a cabo estudios con el fin de promover el autocambio, con muy buenos resultados. En uno de esos trabajos se les enviaba a personas con problemas de alcohol materiales de autocambio, y una vez realizado un seguimiento, se observó que se producían cambios significativos en los hábitos de consumo. En un porcentaje muy alto de los casos los sujetos pasaban a consumir moderadamente y mantenían esta situación tras un año de seguimiento (Sobell, Sobell, Leo et al., 2002). Este tipo de actuaciones también ha tenido éxito con otro tipo de adicciones conductuales, como el juego patológico, con resultados similares a los del alcohol (Hodgins, Currie y el-Guebaly, 2001). En publicaciones recientes se proponen líneas de trabajo y de actuación en el camino de promover el autocambio entre aquéllos que no quieren o no pueden acceder al tratamiento (Klingemann y Sobell, 2007; Klingemann et al., 2001). También existen algunos programas de tratamiento de formato breve, diseñados en relación a los hallazgos en el campo de la recuperación natural del alcohol, que se han mostrado eficaces en la resolución de este tipo de problemas (Sobell y Sobell, 1993).
- d. *Puesto que los individuos que asisten a programas de tratamiento representan una pequeña parte de aquellos que tienen problemas con alcohol, el conocimiento de este trastorno podría verse afectado y sesgado únicamente por aquellos que acuden a tratamiento.* De este modo, las tasas de prevalencia de uso, abuso y trastornos de dependencia podrían estar infraestimadas. Además, el conocimiento sobre procesos y determinantes del cambio en estas adicciones podría ampliarse y mejorarse si se incluyesen aquéllos sujetos que abandonan o reducen su consumo por sí mismos. También otros aspectos de las conductas adictivas podrían verse beneficiados por el acceso a un porcentaje mayor de población con este tipo de problemáticas, como por ejemplo, el área de la prevención o el estudio de factores biológicos implicados en las adicciones.

1.5. Limitaciones y líneas de investigación futuras

Las limitaciones en el estudio de la recuperación natural son numerosas, muchas de las publicaciones en este campo tratan de describirlas. En un primer intento de sintetizarlas Sobell et al. (2000) recogieron las siguientes:

- 1) No se describen adecuadamente las características sociodemográficas de la muestra.
- 2) Tampoco se describen los patrones de gravedad de la adicción previa al abandono del consumo.
- 3) No se valoran los factores relacionados con el mantenimiento de la abstinencia a largo plazo.
- 4) No se evalúa la psicopatología comórbida de los participantes en los estudios.

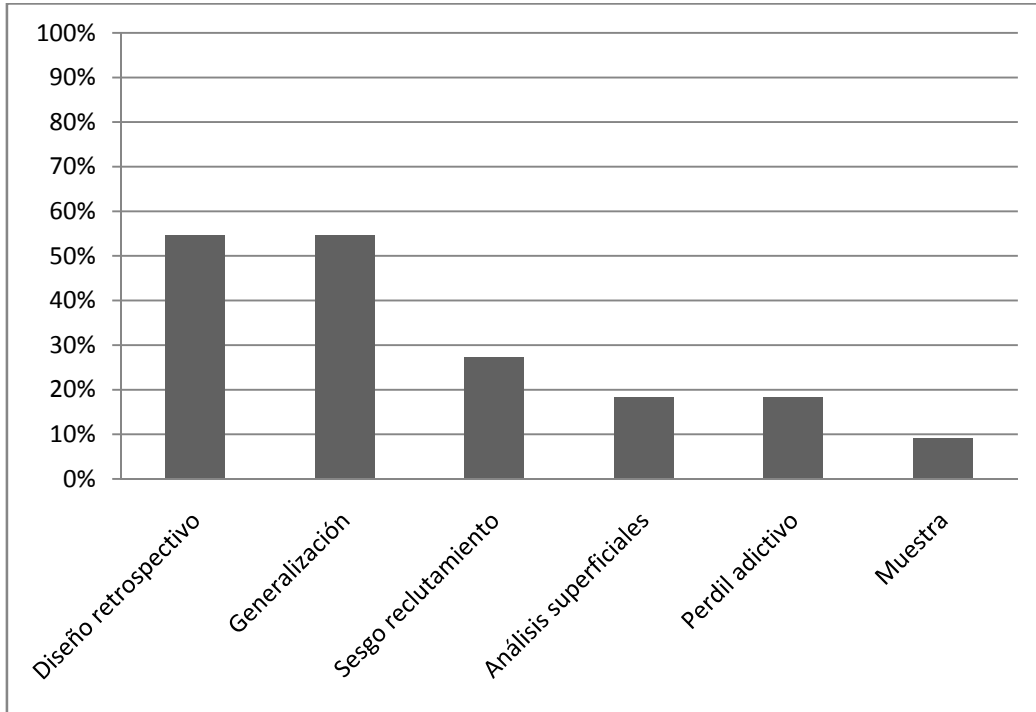
En esta revisión de Sobell et al. (2000) también se proponen una serie de orientaciones para futuras investigaciones de recuperación natural. Los aspectos más relevantes que mencionan son: el estudio de la historia familiar de consumo de alcohol y otras drogas, más trabajos de recuperación natural en drogas ilegales y psicofármacos, realizar estudios de recuperación natural en distintos países para realizar evaluaciones transculturales, evaluar consumo pos-recuperación, ya que la mayoría de estos casos pasan a un consumo moderado y, por último, realizar análisis más completos de cuáles son los factores que influyen en el inicio y mantenimiento de este tipo de recuperación comparando entre distintas adicciones y poblaciones.

Más recientemente Carballo et al. (2007) comprobaron que los estudios posteriores a la revisión de Sobell et al. en el 2000 no solventaban todas las dificultades descritas y no aplicaban a sus diseños las mejoras que estos autores proponían, salvo en casos aislados. El estudio de la recuperación natural sigue fundamentándose, en gran medida, en estudios con problemas metodológicos que están pendientes de solucionar.

En la revisión de 2007 se recogieron de forma sistematizada las limitaciones más frecuentes mencionadas en los distintos estudios analizados (Figura 4). El 95% de los trabajos describían algún tipo de limitación en sus diseños. Las más frecuentes fueron las limitaciones causadas por usar diseños retrospectivos y la dificultad en generalizar sus resultados a poblaciones más amplias y del ámbito clínico. Los sesgos

de reclutamiento, los análisis superficiales, la falta de información sobre el perfil adictivo previo y los tamaños muestrales también fueron recogidas en esta revisión.

Figura 4. *Limitaciones mencionadas en los distintos estudios*



Los futuros estudios de recuperación natural en conductas adictivas deberían implementar en sus diseños las mejoras propuestas en la revisión de Sobell del 2000 (Carballo et al., 2007). Además, en base a las limitaciones expuestas en los propios estudios, los futuros trabajos deberían: (a) utilizar en la medida de lo posible diseños prospectivos que eviten las dificultades de los diseños retrospectivos y aporten nuevos datos al estudio de la recuperación natural, (b) realizar análisis más exhaustivos de la información que recojan, como por ejemplo, metodologías de análisis de la información cualitativa, (c) aumentar el tamaño de sus muestras de recuperación natural y hacer nuevos estudios de prevalencia de este fenómeno, (d) evitar sesgos en el reclutamiento, utilizando varias metodologías de captación simultáneamente, y (e) llevar a cabo más comparaciones entre grupos de recuperados (p.ej. tratados y no tratados, adicciones a distintas sustancias, nivel de gravedad de los adictos, características sociodemográficas como el género, la edad o la etnia) con el fin de que los resultados sean generalizables y extrapolables a otras poblaciones. En esta última recomendación se deberían incluir los diseños transculturales que ayuden a comprender las diferencias y similitudes entre las poblaciones de recuperación natural en distintas culturas y países.

Todas estas recomendaciones pueden no ser fácilmente implementadas, de hecho, los problemas en el reclutamiento, que en gran medida afectan al resto de mejoras, son muy difíciles de superar actualmente. En este sentido, el estudio de la efectividad, los costes económicos y temporales, junto con los beneficios de las distintas estrategias de reclutamiento en el campo de la recuperación natural de las conductas adictivas podría proporcionar información muy útil para el diseño de futuras investigaciones, tal y como se hace en otras áreas de investigación donde se le da mucha importancia a esos aspectos a la hora de diseñar presupuestos para la tarea de reclutamiento en términos de tiempo y gasto económico (Keyzer et al., 2005).

Por último, los estudios de recuperación natural de varias drogas pueden ayudar al análisis de las relaciones existentes entre el consumo de varias sustancias, evaluando las tasas de abandono simultáneo o aportando datos acerca de si el abandono del uso de unas drogas influye sobre el consumo o la recuperación de otras. De este modo, una línea de investigación futura podría tener que ver con los procesos de recuperación natural de múltiples sustancias y su comparación con los que se pueden dar en grupos de tratamiento. Así por ejemplo, se ha visto que cuanto mayor es la dependencia al alcohol menor es la probabilidad de que cese el consumo de tabaco. Además entre los más dependientes que tienen mayor necesidad de consumir es frecuente el uso del tabaco como sustitutivo, como estrategia de afrontamiento de las ansias de consumir alcohol (Sobell, Sobell y Agrawal, 2002).

En definitiva, a pesar de ser un fenómeno bastante estudiado en la última década, especialmente en los problemas de alcohol, es necesario realizar una serie de mejoras y de nuevos estudios que permitan evaluar y analizar con mayor claridad este tipo de recuperación, dada su importancia que tiene en el conocimiento y tratamiento de las conductas adictivas.

En esta línea, la presente investigación pretende dar respuesta a la necesidad de realizar estudios que den cuenta del fenómeno de la recuperación natural en diversos contextos sociales y culturales. Hasta el momento no se ha llevado a cabo ninguna investigación sobre este tópico en población hispanohablante, ni en sociedades con un uso de alcohol diferente al que puede encontrarse en poblaciones anglosajonas y del norte y centro de Europa.

Los resultados que se encuentren pueden ofrecer respuesta a diversas cuestiones, tales como la universalidad de la recuperación natural, las diferencias entre autocambiadores en función del ámbito cultural, o la relación entre el autocambio y el tipo de sustancia consumida. Este último aspecto debe entenderse que está también en conexión con el contexto cultural. Así por ejemplo, es bien conocido el hecho de que el consumo de alcohol en las culturas vitivinícolas como la española es sustancialmente distinto al de otras culturas como la anglosajona, tal y como se ha comentado anteriormente, y esto puede tener efecto tanto en el proceso adictivo como en la recuperación.

En esta aproximación transcultural se han implementado un buen número de las recomendaciones que se han expuesto anteriormente. Las dificultades que se encuentren darán una medida de la viabilidad de dichas mejoras en el proceso de investigación dentro de la recuperación natural.

PARTE EMPÍRICA

2. OBJETIVOS

1. El objetivo principal de esta Tesis Doctoral es analizar los procesos, las circunstancias y las características que explican cómo y porqué los adictos a sustancias (alcohol y otras drogas) se recuperan sin tratamiento formal o grupo de autoayuda y mantienen la abstinencia o el consumo moderado a largo plazo. Se pretende aportar información sobre este fenómeno por primera vez en países de habla hispana.

2. Un segundo objetivo consiste en comparar los factores que explican la recuperación natural en una población española con los determinantes que explican el mismo fenómeno en la población hispanohablante de otros países, en este caso con población del Sur de Florida de los Estados Unidos. Se trata, por tanto, de analizar en qué medida el fenómeno de la recuperación natural puede estar condicionado por aspectos culturales. En este sentido, se pretenden analizar las diferencias y similitudes entre los resultados de esta Tesis con los hallazgos previos en otros países y culturas.

3. En tercer lugar, se pretenden analizar las posibles diferencias y similitudes existentes en los determinantes de la recuperación entre un grupo de autocambiadores de alcohol y otras sustancias y un grupo de participantes recuperados tras haber acudido a algún programa de tratamiento o grupo de autoayuda.

4. El cuarto objetivo consiste en analizar si los resultados encontrados en la literatura cuando se comparan tratados y no tratados son similares a los del estudio llevado a cabo en España. Se trata de evaluar si estos trabajos presentan diferencias en función del entorno social y cultural en el que se estudian.

5. En quinto lugar, se trata de analizar las posibles diferencias existentes entre la experiencia de recuperación natural en individuos adictos a las diferentes sustancias, con el fin de ayudarnos a comprender si existen unos procesos y características “universales” de recuperación natural o bien, habría que hablar de perfiles diferentes en función de la sustancia adictiva.

6. Por último, un objetivo secundario de esta Tesis es analizar la efectividad y la eficiencia de las estrategias de reclutamiento a la hora de captar participantes autocambiadores para este tipo de estudios, ya que el acceso a personas que no recurren a ningún tipo de servicio para solucionar sus problemas adictivos parece complicado. El

estudio de la efectividad, los costes económicos y temporales, junto con los beneficios de las distintas estrategias de reclutamiento en el campo de la recuperación natural de las conductas adictivas podría ser útil a la hora de diseñar futuras investigaciones con el fin de facilitar el reclutamiento de autocambiadores. Se entiende efectividad como el grado en el que determinadas estrategias pueden ser útiles para reclutar autocambiadores, mientras que la eficiencia es la comparación entre los costes de esas estrategias y los resultados que proporcionan, que en este caso se refieren al número de sujetos captados. Cuando se habla del coste de esas estrategias se hace referencia a todos los costes que implican las mismas, desde el económico, pasando por el personal, hasta el tiempo que se invierte en cada una de ellas.

3. MÉTODO

3.1. Participantes

3.1.1. Criterios de inclusión

En este estudio se han incluido tres grupos de participantes: (1) autocambiadores del alcohol y/o drogas ilegales españoles, (2) autocambiadores del alcohol y/o drogas ilegales hispanohablantes de Estados Unidos, y (3) sujetos españoles que acudieron a tratamiento para problemas con el alcohol y/o drogas ilegales. Para la selección de la muestra se establecieron unos criterios generales, comunes en las investigaciones en este campo (Carballo et al., 2007), que todos los participantes debían cumplir:

- a. 18 años de edad como mínimo.
- b. Haber cumplido los criterios de **dependencia o abuso** de sustancias del DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) para el alcohol, cocaína, marihuana, heroína u otras drogas ilegales, o haber realizado un **consumo problemático** de esas sustancias, definido por un consumo prolongado por encima de los límites establecidos en esta Tesis como consumo de bajo riesgo o moderado (Cuadro 1), que además haya causado problemas de tipo psicológico, legal, laboral, social, familiar o de salud en la vida del sujeto.
- c. **Abstinencia o consumo moderado o de bajo riesgo** durante al menos un año. El consumo de bajo riesgo se define como un consumo de la sustancia con una determinada frecuencia y cantidad (Cuadro 1) que no cause o haya causado ningún problema psicológico, legal, laboral, social, familiar o de salud en la vida del sujeto. En el caso del alcohol los criterios para definir consumo de bajo riesgo son los propuestos por la Organización Mundial de la Salud (World Health Organization, 1998). Para las drogas ilegales los criterios de consumo moderado fueron establecidos por consenso entre los investigadores que participaron en el proyecto.

Cuadro 1. *Criterios de consumo de bajo riesgo*

| |
|--|
| <p>Alcohol- Hombres: 21 bebidas estándar o menos por semana Mujeres: 12 bebidas estándar o menos por semana</p> <p style="text-align: center;"><i>Bebidas estándar (1 bebida estándar= 10 gramos de alcohol)</i></p> <p>Una botella de cerveza: 285ml Copa de vino: 120ml Copa bebida destiladas: 30ml Bebidas aperitivo como el Vermouth: 60ml 3 vasos de Sidra: 285ml</p> <p>Marihuana, hachís- 2 consumos o menos al año Cocaína, heroína y otras drogas- 1 consumo al año como máximo (no inyectado).</p> |
|--|

Con el fin de establecer quienes se recuperan por sí mismos y quienes con ayuda formal, se definió tratamiento como cualquier intervención dirigida a producir cambios en la conducta adictiva del sujeto, pudiendo tener cualquiera de los siguientes formatos:

1. **Tratamiento formal** (médico, psiquiátrico o psicológico).
2. **Grupos de autoayuda:** tales como Alcohólicos Anónimos (AA) o Narcóticos Anónimos (NA).
3. **Intervenciones mínimas,** tales como las que lleva a cabo el médico de cabecera, o las que se puedan derivar de libros de autoayuda que les ayudasen a abandonar o reducir el consumo.

El grupo de sujetos tratados incluyó a los participantes que acudieron a tratamiento formal, grupo de autoayuda o se sirvieron de intervenciones breves con éxito, y que se encuentran recuperados desde como mínimo hace un año.

En los grupos de autocambiadores, tanto en España como en Estados Unidos, el haber acudido a tratamiento tal y como se ha definido se consideraba un criterio excluyente de estos grupos. Se admitieron en este grupo a personas que acudieron a menos de tres sesiones de grupos de autoayuda tal y como se ha hecho en investigaciones previas (Sobell et al., 1992; Sobell et al., 1993; Tucker et al., 1994). No se excluyeron tampoco de estos grupo a sujetos que recibieron consejo de personas sin formación terapéutica, tales como sacerdotes, abogados o parapsicólogos. En la muestra reclutada en los Estados Unidos además se les exigía saber hablar español fluidamente.

3.1.2. Estrategias de reclutamiento

Las estrategias de reclutamiento utilizadas fueron una combinación de las que frecuentemente se usan en las investigaciones sobre recuperación natural (p.ej., anuncios y “bola de nieve”), y alguna otra desarrollada por los investigadores para este estudio.

La muestra fue reclutada en dos ciudades de España y también en el Sur de Florida (Estados Unidos). En el estudio español se reclutaron autocambiadores y sujetos que habían pasado por tratamiento mientras que en el de Florida únicamente se reclutaron autocambiadores.

La única diferencia destacable entre los dos reclutamientos se produjo en que para la captación de participantes en Florida se ofreció un incentivo económico de 25\$ por participar en el estudio, mientras que en España no se ofrecía ningún tipo de compensación. Esta diferencia en el proceso de reclutamiento se debió a que en Estados Unidos, casi todas las investigaciones que se llevan a cabo recompensan económicamente a los participantes con el fin de fomentar la colaboración. Las estrategias utilizadas en cada caso se describen a continuación.

3.1.2.1. España

Anuncios. Al igual que en la mayoría de las investigaciones previas en el campo de la recuperación natural de las conductas adictivas, la estrategia más utilizada en el presente estudio para la captación de autocambiadores de alcohol y drogas ilegales fueron los anuncios en prensa escrita (Carballo et al., 2007; Sobell et al., 2000).

Se colocaron un total de 5 anuncios en periódicos de gran difusión a lo largo de 1 año en distintas semanas con el fin de reclutar autocambiadores. 4 de los anuncios se publicaron en Asturias (España): tres en La Nueva España (60.000 ejemplares vendidos diariamente- 386.000 lectores aproximadamente), y uno en el Diario Qué! (40.101 ejemplares repartidos diariamente- 260.000 lectores aproximadamente). Otro anuncio más fue publicado en Elche (España) en el Diario Información de Alicante (34.000 ejemplares vendidos diariamente- 220.000 lectores aproximadamente). También se colocó un anuncio más en La Nueva España con el fin de reclutar a participantes que hubiesen asistido a tratamiento o grupo de autoayuda con éxito.

Estos anuncios se colocaron en páginas intermedias de los periódicos debido al elevadísimo coste que tenía hacerlo en las primeras y últimas páginas de los diarios (5 veces superior). Cada uno de los anuncios tuvo una vida media de una semana, esto quiere decir que durante la semana posterior a la publicación del anuncio se pusieron en contacto con los investigadores los posibles participantes.

En los 5 primeros anuncios se buscaba a personas que en el pasado hubiesen tenido problemas de consumo de alcohol u otras drogas y que en el presente estuviesen recuperados sin haber acudido a tratamiento. El texto utilizado fue el siguiente:

¿Has cambiado tus hábitos de consumo de alcohol u otras drogas sin ayuda? ¿Has abandonado o reducido el consumo de alcohol u otras drogas por ti mismo? ¿Has modificado tu forma de consumir alcohol u otras drogas sin tratamiento?
Investigadores de la Facultad de Psicología de la Universidad de Oviedo están interesados en entrevistar a cualquier persona que haya cambiado sus hábitos de consumo de alcohol u otras drogas sin tratamiento o ayuda profesional. Si eres una de esas personas, creemos que puedes proporcionarnos información valiosa que nos ayude a mejorar los tratamientos existentes para solucionar los problemas de alcohol y otras drogas. Confidencialidad absoluta.

En el último anuncio destinado a reclutar participantes para el grupo de tratamiento, el texto fue el siguiente:

¿Has acudido en alguna ocasión a tratamiento por problemas con el consumo de alcohol u otras drogas? *Si eres una de esas personas, creemos que puedes proporcionar información valiosa a investigadores de la Facultad de Psicología de la Universidad de Oviedo para mejorar los tratamientos existentes de alcohol y drogas. Ofrecemos confidencialidad absoluta.*

Carteles. Esta estrategia fue utilizada para reclutar únicamente autocambiadores de alcohol y drogas ilegales. Durante un período de 10 días se colocaron un total de 100 carteles en lugares clave de Oviedo, Gijón y el Valle del Nalón. Estos lugares clave incluían los distintos centros de la Universidad de Oviedo, estaciones de autobús, centros comerciales, centros sociales y centros sanitarios de

atención primaria. El texto reflejado en estos carteles era el mismo que el de los anuncios en prensa destinados a reclutar autocambiadores. Con estas estrategias se estuvieron reclutando sujetos durante un total de 32 semanas.

Medios de comunicación. Durante el período de reclutamiento se acudió a difundir la investigación a varios medios de comunicación, tanto de prensa escrita como radiofónica, con el fin de reclutar sujetos que se hubiesen recuperado con y sin tratamiento de problemas adictivos. Se participó en dos entrevistas radiofónicas y otra en prensa escrita. Esta estrategia sirvió para reclutar a participantes durante una semana.

Centros de Atención Primaria. Se acudió a solicitar ayuda a médicos de atención primaria que diariamente tienen en su consulta pacientes con problemas con el alcohol y otras drogas y que no les proporcionan ningún tipo de tratamiento. Durante 8 meses se llevaron a cabo contactos con los médicos de atención primaria de las principales áreas sanitarias de Asturias. Se contactó con 27 coordinadores de estos centros sanitarios que comunicaron a los profesionales de sus centros el tipo de población que se estaba buscando. Estos contactos consistieron en una primera entrevista personal y un seguimiento telefónico de cada uno de los centros.

Especialistas. Con la colaboración de especialistas en el campo de las adicciones se trató de reclutar a sujetos que hubiesen pasado por tratamiento de conductas adictivas o que estuviesen actualmente en período de seguimiento. Durante un total de dos meses se estuvieron reclutando participantes en el Centro de Salud Mental de Teatinos (Oviedo) y en una consulta psiquiátrica privada de Oviedo.

3.1.2.2. Sur de Florida (Estados Unidos)

Anuncios. Se colocaron un total de 5 anuncios en distintas semanas durante un período de seis meses. Todos los anuncios buscaban autocambiadores hispanohablantes de alcohol y otras drogas. Estos anuncios fueron colocados en El Nuevo Herald de Miami (86.958 ejemplares vendidos al día- 450.000 lectores diarios aproximadamente) que es la versión en español del The New Herald de Miami y el diario más leído por hispanohablantes en el Sur de Florida.

Estos anuncios se colocaron en páginas intermedias del Nuevo Herald debido al elevadísimo coste que tenía hacerlo en las primeras y últimas páginas de los diarios

con un coste hasta 6 veces superior. Cada uno de estos anuncios tuvo una vida media de una semana.

El anuncio publicado fue el siguiente:

**Gane \$25 por Participar en una Simple Investigación si es Elegible
¿Has cambiado tus hábitos de consumo de alcohol u otras drogas sin
tratamiento o ayuda profesional?**

- *Si eres una de esas personas, creemos que puedes proporcionar información valiosa a investigadores de la Universidad de Nova Southeastern para mejorar los tratamientos existentes de alcohol y drogas.*
- *Los participantes recibirán \$25 por su participación.*
- *Ofrecemos confidencialidad absoluta.*

Medios de comunicación. Durante el período de reclutamiento se acudió a difundir la investigación a varios medios de comunicación de prensa escrita con el objetivo de reclutar participantes que se hubiesen recuperado sin tratamiento de problemas adictivos. Se publicaron 2 artículos en periódicos y 1 en una revista del Sur de Florida difundiendo la temática de la investigación y las características de las personas que podían participar.

Carteles. Con esta estrategia se pretendió reclutar autocambiadores de alcohol y drogas ilegales. Durante un período de 15 días se colocaron un total de 100 carteles en lugares clave para el reclutamiento de hispanohablantes de la ciudad de Miami y de Fort Lauderdale. Estos lugares clave incluían los distintos centros de la Nova Southeastern University, estaciones de autobús, centros comerciales, farmacias, iglesias, centros sociales, centros de salud y pequeños comercios. El texto reflejado en estos carteles era el mismo que el de los anuncios en prensa. Con estas estrategias se estuvieron reclutando sujetos durante un total de 12 semanas.

Técnica bola de nieve. Se buscaron posibles participantes entre los conocidos de los investigadores y de los participantes que acudieron a la investigación a través de otras estrategias de captación. Con esta estrategia se estuvieron reclutando sujetos durante unas 4 semanas.

3.1.3. Descripción de la muestra

La muestra total de este estudio está formada por 83 participantes recuperados de sus problemas adictivos con el alcohol y otras sustancias. Del total de participantes 29 eran Autocambiadores de España (AE); otros 29 Tratados de España (TE); y 25 eran Autocambiadores de Florida (AF).

En la Tabla 3 se exponen las principales características de cada uno de los grupos y de la muestra total. Principalmente los participantes son varones, mayores de 40 años, casados, con empleo estable, con nivel de formación medio/alto y que han tenido problemas en el pasado con el consumo de alcohol.

Tabla 3. Descripción de la muestra

| | <i>AE</i> <i>N=29</i> | <i>TE</i> <i>N=29</i> | <i>AF</i> <i>N=25</i> | <i>Total</i> <i>N=83</i> |
|------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------------|
| Variables Sociodemográficas | | | | |
| Edad | | | | |
| Media (DT) | 41,68 (12,58) | 43,13 (9,68) | 42,12 (15,36) | 42,32 (12,47) |
| Rango | 22-66 | 23-60 | 18-70 | 18-70 |
| Sexo | | | | |
| Hombres | 25 (86,2%) | 25 (86,2%) | 15 (60,0%) | 65 (78,3%) |
| Mujeres | 4 (13,8%) | 4 (13,8%) | 10 (40,0%) | 18 (21,7%) |
| Estado civil | | | | |
| Solteros | 10 (34,5%) | 8 (27,6%) | 8 (32,0%) | 26 (31,3%) |
| Casado / pareja | 12 (41,4%) | 12 (41,4%) | 8 (32,0%) | 32 (38,6%) |
| Separados/ Divorciados | 7 (24,1%) | 9 (31,0%) | 9 (36,0%) | 25 (30,1%) |
| Estudios | | | | |
| Sin estudios | 1 (3,4%) | 0 (0,0%) | 0 (0,0%) | 1 (1,2%) |
| Primaria | 6 (20,7%) | 11 (37,9%) | 2 (8,0%) | 19 (22,9%) |
| Secundaria/ Técnicos | 12 (41,4%) | 12 (41,4%) | 8 (32,0%) | 32 (38,6%) |
| Universitarios/ Postgrado | 10 (34,5%) | 6 (29,7%) | 15 (60,0%) | 31 (37,3%) |
| Empleo | | | | |
| Inactivos | 3 (10,3%) | 7 (24,1%) | 5 (20,0%) | 15 (18,1%) |
| En activo | 26 (89,7%) | 22 (75,9%) | 20 (80,0%) | 68 (81,9%) |
| Variables de Consumo | | | | |
| Sustancia principal | | | | |
| Alcohol | 17 (58,6%) | 16 (55,2%) | 17 (68,0%) | 50 (60,2%) |
| Otras drogas | 12 (41,4%) | 13 (44,8%) | 8 (32,0%) | 33 (39,8%) |
| Cocaína | 7 (24,1%) | 4 (13,8%) | 4 (16,0%) | 15 (18,1%) |
| Heroína | 1 (3,4%) | 7 (24,1%) | 0 (0,0%) | 8 (9,6%) |
| Cannabis | 3 (10,3%) | 0 (0,0%) | 3 (12,0%) | 6 (7,2%) |
| Otras | 1 (3,4%) | 2 (2,4%) | 1 (4,0%) | 4 (4,8%) |

3.2. Variables e instrumentos

Con el fin de llevar a cabo una evaluación lo más completa posible de los autocambiadores de alcohol y otras sustancias, se utilizó una entrevista semiestructurada compuesta por preguntas abiertas y también por escalas de respuesta cerrada. A esta entrevista se le dio el nombre de: *Entrevista para la Evaluación del Autocambio en Consumidores de Drogas (EACD)* (ver ANEXO I). Este instrumento evalúa algunas de las áreas más importantes que influyen en la recuperación natural. La duración de su aplicación es de unos 40 minutos aproximadamente.

La EACD está dividida en distintas secciones: datos sociodemográficos, historia psiquiátrica y médica, criterios de dependencia del DSM-IV-TR, historia de consumo, historia de tratamientos, presión y apoyo social, acontecimientos vitales, razones para el cambio, razones para no acudir a tratamiento, estrategias para el cambio y el mantenimiento y factores de mantenimiento. Las secciones compuestas por *escalas de respuesta cerrada* (criterios de dependencia DSM-IV-TR, historia de consumo, acontecimientos vitales, razones para el cambio, razones para no acudir a tratamiento, estrategias para el cambio y el mantenimiento y factores de mantenimiento) son la adaptación al español de pruebas ya existentes y frecuentemente utilizadas en la literatura sobre el fenómeno de la recuperación natural. Las secciones de *preguntas abiertas* (datos sociodemográficos, historia psiquiátrica y médica, historia de tratamientos y presión y apoyo social) se diseñaron y construyeron *ex novo* para medir las variables que han demostrado, en diferentes estudios, su influencia sobre este fenómeno. En el caso de las escalas de respuesta cerrada se calculó el Alfa de Cronbach para la muestra evaluada, ya que las propiedades psicométricas de estos instrumentos podrían ser dependientes de la muestra.

La EACD se ha elaborado para su aplicación tanto con aquellos que han cambiado por sí mismos como con los que asistieron a tratamiento o grupo de autoayuda, salvo el apartado de “razones para no asistir a tratamiento” que, lógicamente, solo se aplica a los que se recuperan sin ayuda formal. A continuación, se describen los instrumentos que conforman esta entrevista, agrupados en función de las variables que se pretenden evaluar.

3.2.1. Variables sociodemográficas

- a. *Datos sociodemográficos*: La EACD incluye un apartado llamado *Datos sociodemográficos* de 15 ítems de respuestas abiertas que son codificadas por el entrevistador, en el que se evalúan variables sociodemográficas en el momento de su aplicación y también en el momento en el que se había producido el cambio (el abandono o reducción del consumo). Este instrumento fue construido “*ex novo*”, utilizando variables que habían sido evaluadas en estudio previos y que habían podido tener relación con el autocambio. Las variables evaluadas son: edad, género, nivel educativo, situación laboral, convivencia, estrato socioeconómico, familiares con problemas de consumo y número de hijos. En el caso del estudio llevado a cabo en Estados Unidos, se incluyó un ítem de etnia debido a la diversidad étnica de ese país.

3.2.2. Gravedad de la adicción y variables relacionadas con la recuperación.

3.2.2.1. Gravedad de la adicción

- a. *Dependencia y gravedad de la dependencia*: para la evaluación de la dependencia a la sustancia consumida por el sujeto, se utilizan los criterios diagnósticos para los trastornos de abuso y dependencia de sustancias del DSM-IV-TR (2000). La EACD incluye la versión en español (Canino et al., 1999) de los módulos de alcohol y otras drogas del *Alcohol Use Disorder and Associated Disabilities Interview Schedule-IV (AUDADIS)*. Este instrumento ha mostrado en estudios previos muy buena consistencia interna y fiabilidad test-retest (Grant et al., 2003; Hasin, Carpenter, McCloud, Smith y Grant, 1997). Se compone de 11 ítems de respuesta dicotómica (Si o No) que reflejan los criterios diagnósticos de trastornos de dependencia de sustancias del DSM-IV-TR. El AUDADIS permite además establecer cuál es la gravedad de la dependencia teniendo en cuenta el número de criterios que el evaluado cumple. El alfa de este instrumento en nuestro estudio es de 0,859.
- b. *Historia de consumo*: Se utiliza el *Drug Use History Questionnaire (DUHQ)*, que ha mostrado buenas propiedades psicométricas con una alta consistencia

interna (Sobell, Kwan y Sobell, 1995). Esta prueba evalúa la historia de uso de 11 drogas a través de una tabla donde se recoge: si la sustancia ha sido consumida en alguna ocasión, el tiempo que se ha consumido o se lleva consumiendo, la vía de administración, el último año que se ha usado y la frecuencia de uso en el último año. Es útil para conocer la historia de consumo de la sustancia principal y para evaluar el consumo simultáneo de otras sustancias.

En la EACD además de este cuestionario también se recoge información detallada mediante preguntas abiertas de la historia de consumo del sujeto (pregunta 6 del apartado *Historia de consumo*) con la sustancia con la que ha tenido problemas (diferentes fases de consumo, cantidad, frecuencia, problemas asociados, etc.).

- c. *Comorbilidad psicopatológica y médica*: Se analiza la historia psiquiátrica y médica del sujeto y la posible relación con la conducta adictiva. En el apartado *Historia Psiquiátrica y médica* de la EACD, se recogen preguntas elaboradas específicamente para la evaluación del tipo de diagnóstico recibido, si recibió tratamiento, dónde, cuándo y la posible influencia sobre el cambio. La evaluación de la comorbilidad tanto psicopatológica como médica sirve para completar el perfil de gravedad de la adicción de los participantes previo al proceso de recuperación con y sin tratamiento.

3.2.2.2. Variables relacionadas con la recuperación

- a. *Tipos de recuperación*: se evalúa a través de los apartados de la EACD de *Historia de consumo* (preguntas 5, 7, 8 y 9). Se analiza el tipo de recuperación (abstinencia frente a consumo de bajo riesgo) y la duración de ésta. Se le pregunta al participante si ha dejado de consumir la sustancia con la que tenía problemas o si por el contrario ha continuado consumiéndola durante el tiempo que lleva recuperado. Se evalúan tanto consumos en el último año de recuperación como durante todo el tiempo que llevan recuperados. En el caso de posibles consumos durante el período de recuperación se analiza si estos consumos han sido de bajo riesgo en función de los criterios que se han descrito anteriormente.

- b. *Tratamiento*: Por último, en la sección de *historia de tratamiento* se evalúa mediante preguntas abiertas si el sujeto ha acudido a tratamiento psicológico, médico, psiquiátrico y/o grupo de autoayuda, y también la duración de los mismos en el caso de haber asistido. En este apartado de historia de tratamiento también se refleja un posible consejo médico o la influencia de libros de autoayuda en su recuperación.

3.2.3. Razones para el cambio, razones para no solicitar ayuda formal y variables relacionadas con el mantenimiento de la recuperación.

3.2.3.1. Razones para el cambio

- a. *Cambios vitales*: Determinados acontecimientos en la vida de las personas con problemas adictivos pueden poner en marcha procesos de recuperación. El interés de este estudio se centra en conocer cuáles son los acontecimientos que más influyen entre aquellos que no acuden a tratamiento o grupo de autoayuda para abandonar el consumo de sustancias. Para esto la EACD incluye una escala de 14 ítems donde se evalúan situaciones o sucesos que ocurrieron en la vida de los sujetos en el año anterior a reducir o abandonar el consumo. Se le pide que diga si le ocurrieron, y en el caso de que le ocurrieran que los valore de 1 a 5 en función de la importancia que tuvieron en su decisión de cambio, siendo 5 equivalente a una importancia máxima. Los ítems que forman esta escala han sido extraídos del *Life Experiences Survey* (Sarason, Johnson y Siegel, 1978). La valencia de estos sucesos se mide con la escala *Likert* que sirve para valorar la importancia que el sujeto les da a estas situaciones en su recuperación. El alfa de este instrumento en nuestro estudio es de 0,71.
- b. *Razones para dejar o reducir el consumo*: La EACD recoge una escala, *Reason for quitting scale (RQS)*, de 12 ítems donde se exponen las razones o motivos más comunes entre los consumidores de sustancias para el cambio de hábitos de consumo. La forma de puntuarla es mediante una escala *Likert* con un rango de 0 a 4, en función de la importancia de ese motivo en su decisión de cambio en el consumo, siendo 4 el valor de máxima importancia. La RQS es un instrumento validado psicométricamente para la medida de motivación extrínseca e

intrínseca en el cambio (Curry, Grothaus y McBride, 1997; Curry, Wagner y Grothaus, 1990, 1991). El alfa de esta escala en esta investigación fue de 0,782.

- c. *Presión social*: En la EACD se evalúa, mediante autoinforme con preguntas abiertas (apartado *Presión y apoyo social*), la presión social en el momento del cambio como un posible factor desencadenante del abandono o reducción. Se le pregunta al participante si recibió presión por parte de alguna persona importante para que abandonase o redujese el consumo, y además se le pregunta quién.

3.2.3.2. Razones para no solicitar ayuda formal

- a. *Razones para no solicitar tratamiento*: Se evalúan posibles razones por las cuales el sujeto no solicitó ayuda profesional. La entrevista cuenta con un apartado de 9 ítems, *Reasons for not seeking formal help or treatment (Razones para no acudir a ayuda formal o tratamiento)*, que se valoran de 1 a 5 en función de la correspondencia con las suyas, siendo 5 igual a alta correspondencia. Los ítems han sido construidos a partir de las razones que se han mostrado más influyentes en estudios anteriores de autocambio. Esta metodología ha sido utilizada en multitud de investigaciones sobre recuperación natural en alcohol y otras drogas (Ellingstad et al., 2006; Sobell et al., 1993; Toneatto et al., 1999). El alfa de esta escala para la muestra evaluada en esta investigación es de 0,565.

3.2.3.3. Variables relacionadas con el mantenimiento de la recuperación

- a. *Estrategias para el cambio y el mantenimiento*: Para la evaluación de este aspecto se utilizan ítems de la adaptación española (García González y Alonso Suárez, 2002) del *Coping Behavior Inventory* (Litman, Stapleton, Oppenheim y Peleg, 1983). Es una prueba que evalúa estrategias de afrontamiento a través de cuatro factores: pensamiento positivo, pensamiento negativo, evitación y distracción. Aunque es una prueba destinada al alcohol se puede utilizar con el resto de drogas ya que las situaciones no son específicas del consumo de alcohol. Esto facilita la comparación entre grupos de sustancias. El individuo tiene que valorar de 0 a 3 los ítems en función de si ha utilizado las estrategias que en ellos se reflejan, siendo 3 el nivel de frecuencia más alto. Este

instrumento ha mostrado en estudios previos muy buena consistencia interna y validez de constructo (García González y Alonso Suárez, 2002; Litman et al., 1983). El alfa que se encontró en este estudio para este instrumento fue de 0,882.

- b. *Apoyo social*: En la EACD se evalúa, mediante autoinforme con preguntas abiertas (apartado *Presión y apoyo social*), el apoyo social como un factor que puede ayudar al mantenimiento del abandono o la reducción del consumo. Se le pregunta al participante si recibió apoyo para mantener la situación de cambio por parte de alguna persona importante, y además se le pregunta quién.
- c. *Mantenimiento*: En base a los factores de mantenimiento más comunes en este tipo de casos se ha elaborado una prueba para evaluar cuáles de ellos son los que han influido en el mantenimiento de la recuperación de los sujetos. Se trata de un instrumento de 23 ítems, *Maintenance factors (Factores de Mantenimiento)*, que se corresponden con los factores que más influyen en el mantenimiento de aquellos que no solicitan ayuda en estudios previos de recuperación natural. Se le pide al sujeto que valore de 1 a 5 las preguntas según la importancia que tengan los posibles cambios, que se pudieron producir en el año posterior al cambio, en el mantenimiento de la abstinencia o consumo de bajo riesgo. La lista de factores de mantenimiento se ha elaborado en función de investigaciones anteriores en este campo y ha sido usada en otras investigaciones de recuperación natural (Blomqvist, 1999; McCartney, 1996; Sobell et al., 1992; Sobell et al., 1993). El alfa de estos 23 ítems en este estudio fue de 0,844.

3.3. Procedimiento

La investigación en la que se centra esta Tesis forma parte de un proyecto de investigación financiado por el Ministerio de Educación y Ciencia que tuvo lugar entre 2003 y 2006. Esta investigación contaba con el objetivo de analizar el fenómeno de la recuperación natural en muestra española y también en muestra hispanohablante de los Estados Unidos. Para la consecución de este objetivo se llevaron a cabo dos estudios: el primero de ellos en España y el segundo en el Sur de Florida a través de la Nova Southesatern University de Florida en colaboración con los Doctores Sobell.

Entre abril de 2004 y abril de 2006, se llevó a cabo la investigación en España. Durante esos dos años se construyeron los instrumentos de evaluación (usados también en la investigación de Florida) y los participantes fueron reclutados y evaluados. El estudio con hispanohablantes en Florida (EEUU) tuvo lugar entre los meses de septiembre de 2006 y marzo de 2007. Este segundo estudio fue realizado por el becario de investigación, autor de esta Tesis, asignado al proyecto español con la supervisión desde España y Estados Unidos como parte de una estancia breve en un centro extranjero en colaboración con Mariam Dum, becaria predoctoral de la Nova Southeastern University.

Ambos estudios tienen una metodología prácticamente idéntica y en Estados Unidos fue aprobado por el Institucional Research Board (IRB) de la Nova Southeastern University.

a) *Fase de elaboración de los instrumentos de evaluación*

En una primera fase de la investigación (abril 2004-septiembre 2004) se desarrollaron los instrumentos para la evaluación de las variables relacionadas con la recuperación natural en conductas adictivas. Concretamente se elaboró una entrevista semiestructurada por parte de los investigadores que llevaron a cabo esta investigación en colaboración con la Dra. Sobell, una de las mayores expertas en esta área de trabajo, teniendo en cuenta los instrumentos utilizados previamente en esta área de trabajo. A esta entrevista se la denominó *Entrevista para la Evaluación del Autocambio en Consumidores de Drogas (EACD)*.

Algunos de los instrumentos incluidos tuvieron que ser traducidos al español ya que la versión existente estaba en inglés. El resto, o bien estaban traducidos o fueron creados “*ex novo*”. Este fue el caso del DHQ, RQS, LES y el instrumento para evaluar factores de mantenimiento. Una de las formas habituales de conseguir traducciones fiables es a través de dos traductores independientes (Babor et al., 1994; Room, Janca, Bennett, Schmidt y Sartorius, 1996; Sobell, Agrawal et al., 2001). En este estudio se contó con las traducciones independientes de un psicólogo experto y un traductor profesional. La versión final de estos instrumentos fue un consenso entre ambas traducciones.

b) *Fase de reclutamiento*

Uno de los retos de esta investigación era el reclutamiento de participantes ya que al ser un estudio pionero se desconocía cual iba a ser la respuesta de la población. Con el asesoramiento desde Estados Unidos y siguiendo los estudios previos se diseñaron las estrategias que se debían utilizar para la captación de participantes tanto autocambiadores como tratados que ya han sido descritas en el apartado de *Participantes*.

En el caso del diseño llevado a cabo en España este período se estuvieron poniendo en marcha estas estrategias durante más de año y medio (septiembre 2004-abril 2006), mientras que en el diseño de Florida el reclutamiento duró seis meses (septiembre 2006-febrero 2007) por motivos de finalización de proyecto.

Una vez se pusieron en marcha las estrategias de reclutamiento se llevó a cabo una selección previa de los posibles participantes en función de los criterios de inclusión establecidos previamente. En el caso de España se contó con un cuestionario de preguntas abiertas donde se les preguntaba a los sujetos por la sustancia de uso principal, el tiempo que estuvieron consumiéndola, el tiempo que llevaban recuperados y en el caso de los que aún consumían la cantidad y frecuencia además de si les había causado algún problema. En el grupo de Florida se utilizó un instrumento de similares características.

c) Fase de evaluación de los participantes

Una vez reclutados los participantes, y tras que aceptasen participar firmando un consentimiento informado, las entrevistas se llevaron a cabo cara a cara, excepto en un caso en España en el que se realizó telefónicamente y cinco en Florida. Los lugares de aplicación de los instrumentos clínicos fueron las dependencias de la Facultad de Psicología de la Universidad de Oviedo en España y de la Nova Southeastern University en Estados Unidos. Las entrevistas fueron aplicadas por el autor de esta Tesis y parte de las llevadas a cabo en Florida por Mariam Dum, becaria predoctoral en la NOVA.

Las evaluaciones se llevaron a cabo en una única sesión, en esta se les aplicó la entrevista diseñada. Las evaluaciones de los 58 sujetos tuvieron lugar entre noviembre de 2004 y abril de 2006, mientras que las 25 de Estados Unidos tuvieron lugar entre septiembre de 2006 y abril de 2007. En el caso de España, además, las entrevistas fueron grabadas, siempre con el consentimiento del evaluado, con el fin de poder hacer análisis más completos sobre la información que se recoge.

3.4. Análisis de los resultados

Los datos obtenidos de la entrevista se codificaron y analizaron por medio del programa SPSS 12 para Windows. Se llevaron a cabo análisis de frecuencias y se utilizaron estadísticos descriptivos para la descripción de la muestra de la investigación y del perfil de los autocambiadores. Para el estudio de diferencias en frecuencias y porcentajes en las variables no continuas, se utilizó la prueba de chi-cuadrado, mientras que para el análisis de las diferencias de medias cuando las variables eran continuas y normales se procedió mediante la prueba de *t* de Student para muestras independientes. El nivel de confianza utilizado fue del 95%. Se utilizó el ajuste de Bonferroni para un alfa de 0,05 en grupos de variables relacionadas con el fin de reducir el error tipo I al mínimo que puede causar el uso de múltiples comparaciones en un análisis.

Por último, con la finalidad de estimar el valor predictivo de ciertas variables relacionadas con la gravedad de la adicción y el proceso de cambio, sobre el hecho de asistir o no a tratamiento, se utilizó la regresión logística binaria. Para este análisis se utilizó el método *introducir*, con el fin de conocer el poder clasificador del conjunto de variables.

4. RESULTADOS

En este apartado se describen los principales resultados obtenidos en relación a los objetivos propuestos. En primer lugar, se trata de describir el perfil de los autocambiadores que participaron en este estudio, en términos de determinantes del proceso de autocambio y del patrón adictivo previo. En segundo lugar, se presenta la comparación entre autocambiadores españoles e hispanohablantes de Florida (EEUU) con el fin de realizar un análisis transcultural. En tercer lugar, se presentan los resultados de la comparación entre los participantes españoles que se habían recuperado de sus problemas adictivos con y sin tratamiento. En cuarto lugar, se analizan las posibles diferencias entre autocambiadores de alcohol y otras drogas ilegales con el objetivo de evaluar la posible homogeneidad del proceso de autocambio entre adicciones. Por último, se discute la efectividad y la eficiencia de las estrategias de reclutamiento a la hora de captar participantes autocambiadores hispanohablantes para este estudio.

4.1. Perfil de los autocambiadores hispanohablantes

Este apartado tiene dos objetivos, por un lado, describir el perfil global de los 54 autocambiadores de la adicción al alcohol y a otras sustancias que participaron en esta investigación, y por otro lado, analizar las posibles diferencias entre el perfil de los autocambiadores reclutados en España y los reclutados en Florida (Estados Unidos), con el fin de confirmar o descartar la posible homogeneidad.

4.1.1. Perfil global de los autocambiadores

En este primer apartado se describen las características de los autocambiadores que participaron en esta investigación en términos de variables sociodemográficas, de patrón de consumo y gravedad de la adicción, de variables de recuperación, de motivaciones para el cambio, mantenimiento de la recuperación y razones para no solicitar ayuda formal. Se pretende identificar al perfil “tipo” del autocambiador que facilite la formulación de hipótesis sobre las circunstancias y determinantes de la recuperación natural o autocambio.

En total se contó con 54 autocambiadores de alcohol y otras drogas; 34 de ellos eran autocambiadores de problemas adictivos con el alcohol (63%), 11 lo eran de cocaína (20,4%), 6 de cannabis (11,1%), 2 de alucinógenos (3,7%) y 1 de heroína (1,9%). Para la elaboración de este perfil se realizaron análisis univariados descriptivos utilizando medias, frecuencias y porcentajes.

4.1.1.1. Variables sociodemográficas

En la Tabla 4 se presentan las características sociodemográficas de los 54 autocambiadores hispanohablantes que participaron la investigación.

Tabla 4. *Medias (DT) y porcentajes de variables sociodemográficas en los Autocambiadores Hispanohablantes (AH).*

| | <i>AH</i> <i>N= 54</i> |
|---|---------------------------|
| % Hombres | 74,1 (40) |
| Edad media (DT) en la entrevista | 41,88 (13,80) |
| Edad media (DT) en la recuperación | 36,88 (12,94) |
| % Desempleo en la entrevista | 14,8 (8) |
| % Desempleo en la recuperación | 5,6 (3) |
| Nivel educativo | |
| % <i>Elemental/primario</i> | 14,8 (8) |
| % <i>Secundario/técnico</i> | 37,0 (20) |
| % <i>Superior</i> | 46,3 (25) |
| % Pareja estable o casados en la entrevista | 37,0 (20) |
| % Pareja estable o casados en la recuperación | 44,4 (24) |

4.1.1.2. Recuperación y gravedad de la adicción.

En la Tabla 5 se exponen las características principales de los autocambiadores hispanohablantes (AH) en variables relacionadas con la recuperación y en el patrón de gravedad de la adicción previo al abandono o reducción del consumo.

Tabla 5. *Medias (DT) y porcentajes para variables de gravedad de la adicción y de recuperación en Autocambiadores Hispanohablantes (AH).*

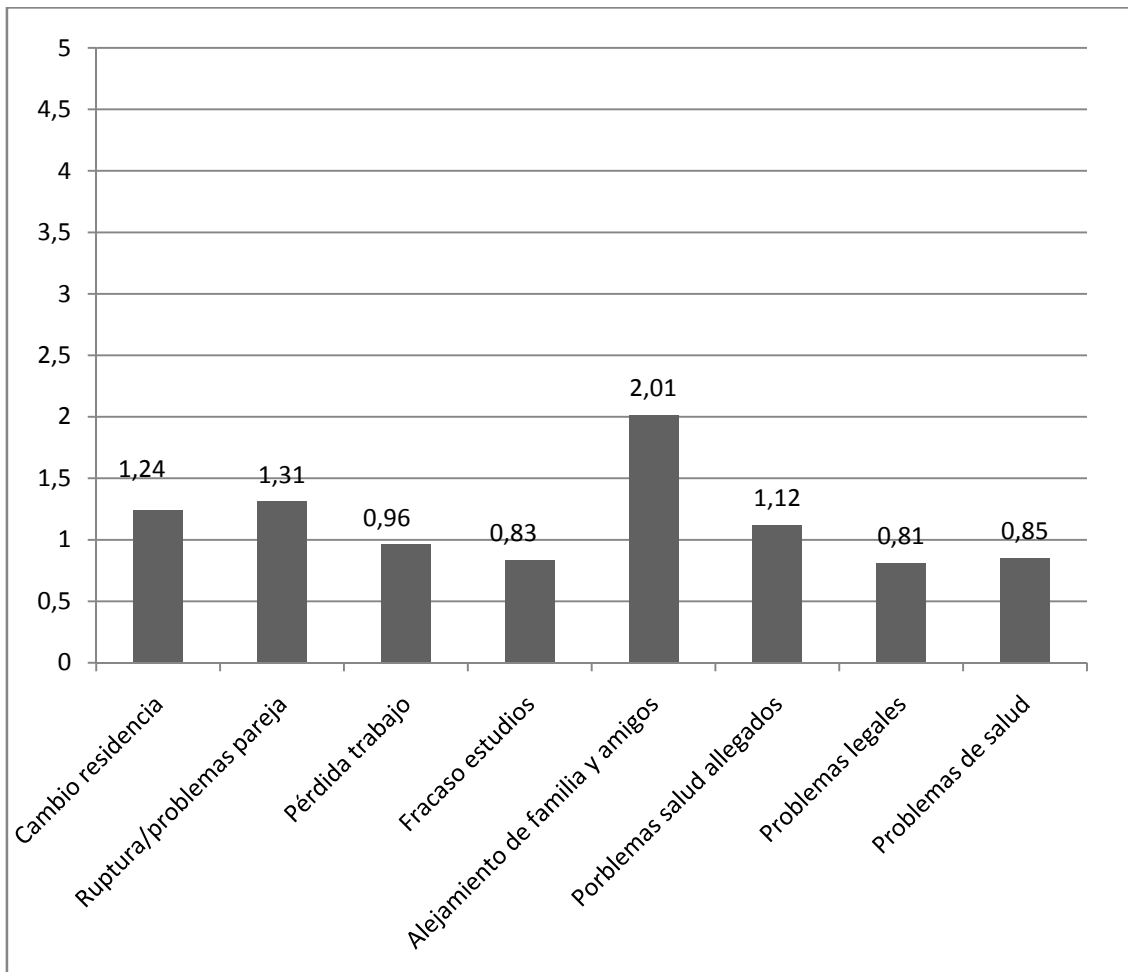
| | <i>AH</i> <i>N= 54</i> |
|--|---------------------------|
| Media (DT) duración de la recuperación (años) | 5,0 (5,84) |
| Tipo de recuperación | |
| % <i>Abstinentes último año</i> | 75,9 (41) |
| % <i>Abstinentes largo plazo</i> | 75,9 (41) |
| Media (DT) sustancias consumidas | 3,7 (2,08) |
| Porcentajes de consumo de sustancias | |
| % Alcohol | 100 (54) |
| % Tabaco | 77,8 (42) |
| % Cannabis | 61,1 (33) |
| % Cocaína | 48,1 (26) |
| Media (DT) años de uso sustancia principal | 16,4 (12,48) |
| Media (DT) criterios DSM-IV-TR de dependencia antes de la recuperación | 4,16 (2,09) |
| % Sujetos dependientes | 77,8 (42) |
| % Tratamiento problemas psicopatológicos | 40,7 (22) |

4.1.1.3. Razones para el cambio y factores relacionados con el mantenimiento de la recuperación.

4.1.1.3.1. Acontecimientos vitales

Algunos acontecimientos o cambios que ocurrieron en la vida del sujeto en el último año de consumo pueden haber influido de algún modo en la puesta en marcha de la recuperación. En la Figura 5 aparecen los acontecimientos más relevantes de los 14 que fueron evaluados con la Escala de Acontecimientos Vitales incluida en la EACD. El rango de puntuaciones para cada acontecimiento puede ir desde 0 hasta 5.

Figura 5. Acontecimientos vitales.

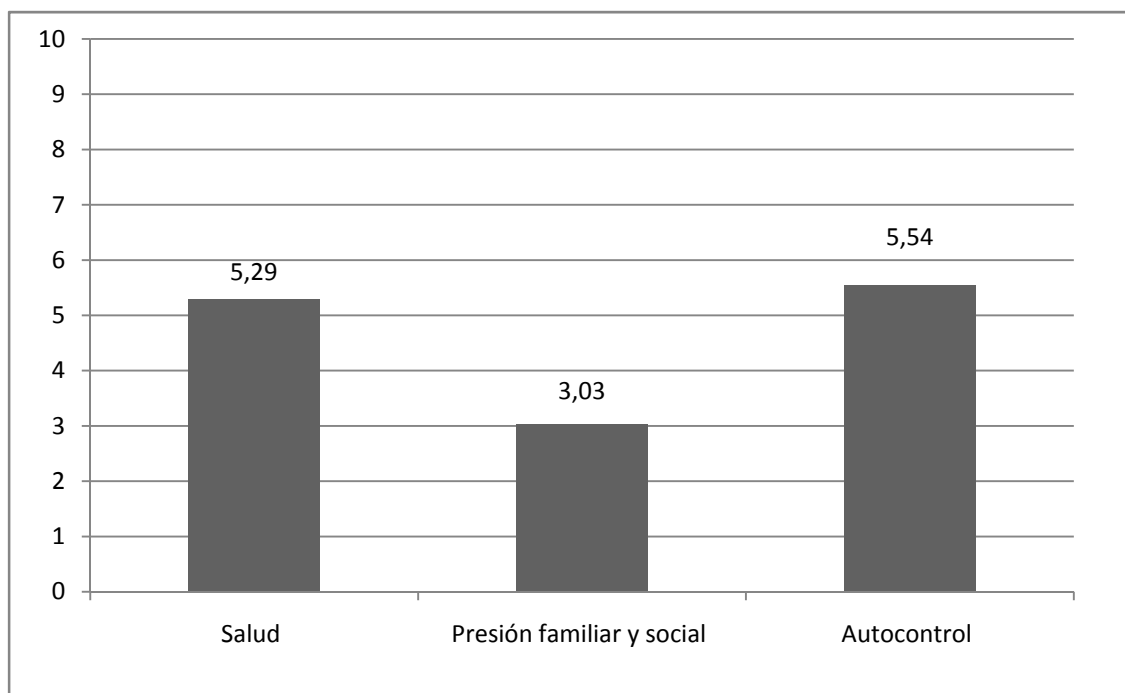


Los autocambiadores refieren como acontecimientos más relevantes a la hora de impulsar el cambio los relacionados con haberse alejado de su familia y amigos, el haber tenido problemas con su pareja, y los cambios de residencia como puede observarse en la Figura 5.

4.1.1.3.2. Razones para el cambio

En la Figura 6 aparecen las principales razones para el cambio referidas por los autocambiadores que participaron en este estudio. Las razones para el cambio fueron agrupadas en tres factores extraídos racionalmente de los ítems de la Escala de Razones para el Cambio; el primero incluye los ítems 1, 4, 5, 8 y 11, que están relacionados con la salud (el rango de puntuaciones en este factor es de 0 a 20); el segundo incluye los ítems 3, 6 y 10, relacionados con la presión social y familiar (el rango de puntuaciones en este factor es de 0 a 12); por último, el tercer factor incluye los ítems 2, 7, 9 y 12, relacionados con el autocontrol (el rango de puntuaciones en este factor es de 0 a 16).

Figura 6. Razones para el cambio.



Nota: Con el objetivo de tener una mejor representación visual las puntuaciones medias se han transformado y colocado en una escala de 0 a 10, debido a los distintos rangos de puntuaciones de cada factor.

Las razones relacionadas con la salud (p.ej., notar síntomas físicos que indicaban que el consumo estaba dañando la salud) y las relacionadas con el autocontrol (p.ej., probarse que no era un adicto) fueron las más referidas por los autocambiadores como motivación para abandonar o reducir el consumo de alcohol u otras drogas. La presión y apoyo familiar no parece tener tanto peso en este grupo de recuperados.

4.1.1.3.3. Factores de mantenimiento

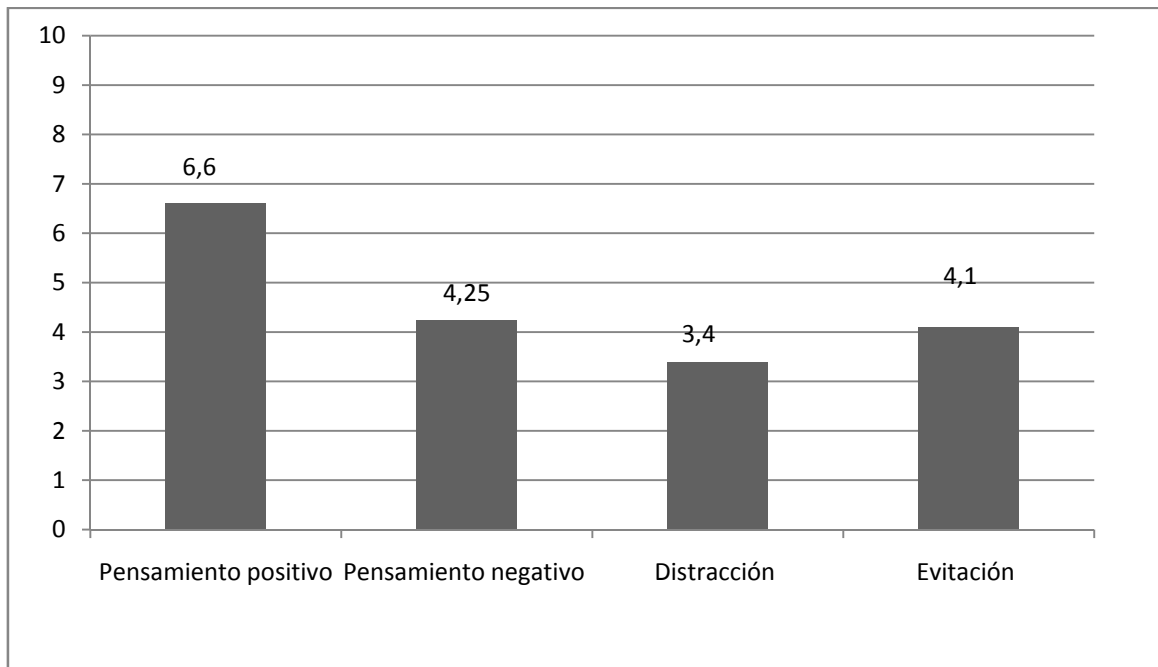
a) Estrategias de afrontamiento

Las estrategias de afrontamiento fueron evaluadas con el Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CBI) que evalúa 4 grandes grupos de conductas que aparecen reflejadas en la Figura 7: pensamiento positivo (rango: 1-15); pensamiento negativo (rango: 1-12); distracción (rango 1-27) y evitación (rango 1-9).

Las estrategias más utilizadas por los participantes son las relacionadas con el pensamiento positivo (p.ej., pensar en cuanto mejor se está sin consumir) con una media de 6,6, seguidas de las relacionadas con el pensamiento negativo (p.ej., pensar en los

problemas que les causó el consumo) y las asociadas a las evitación (p. ej., dejar de ir a lugares donde antes consumía) con una medias ambas superiores a 4.

Figura 7. *Estrategias de Afrontamiento.*



Nota: Con el objetivo de tener una mejor representación visual las puntuaciones medias se han transformado y colocado en una escala de 0 a 10, debido a los distintos rangos de puntuaciones de cada factor.

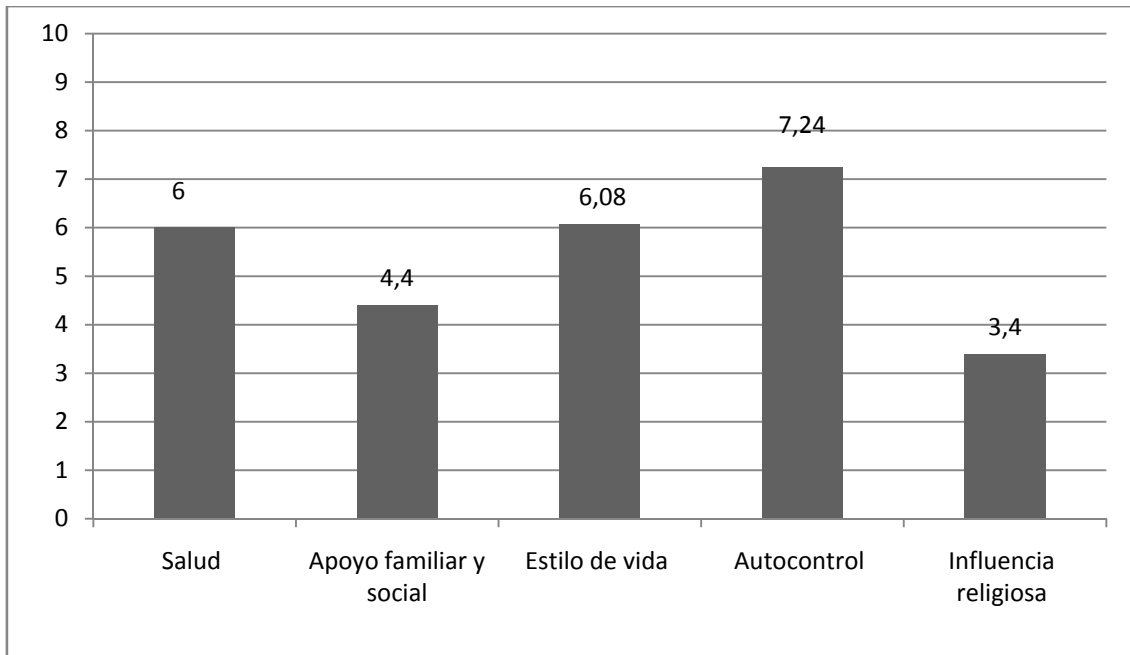
b) *Factores de mantenimiento.*

Los ítems utilizados para evaluar los factores de mantenimiento en la EACD fueron agrupados en 5 factores extraídos racionalmente. El primer factor incluye los ítems 4 y 10, relacionados con cambios en la salud (el rango de puntuaciones en este factor es de 1 a 10); el segundo factor incluye los ítems 1,3, 6 y 16, relacionados con el apoyo social y familiar (el rango de puntuaciones en este factor es de 1 a 20); el tercer factor está relacionado con cambios en el estilo de vida e incluye los ítems 5, 7, 8, 9, 11, 15 y 18 (el rango de puntuaciones en este factor es de 1 a 35); el cuarto factor está relacionado con el autocontrol y agrupa los ítems 2, 13, 17, 19 y 20 (el rango de puntuaciones en este factor es de 1 a 25); el último factor incluye el ítem 12 que tiene que ver con la influencia religiosa (el rango de puntuaciones es de 1 a 5).

En la Figura 8 aparecen los factores de mantenimiento más utilizados por el los autocambiadores hispanohablantes. Teniendo en cuenta los diferentes rangos de puntuaciones de cada uno de los factores evaluados, los factores relacionados con las

mejoras en el autocontrol (p.ej., mejoras en la “fuerza de voluntad”) fueron los más referidos para el mantenimiento de la recuperación, seguidos por los relacionados con los cambios en el estilo de vida (p.ej., cambio de actividades de ocio), y los relacionados con la salud (p.ej., mejoras en la salud tras reducir o abandonar el consumo).

Figura 8. *Factores de mantenimiento.*



Nota: Con el objetivo de tener una mejor representación visual las puntuaciones medias se han transformado y colocado en una escala de 0 a 10, debido a los distintos rangos de puntuaciones de cada factor.

4.1.1.4. Razones para no solicitar ayuda formal.

Las razones mencionadas por los autocambiadores para no solicitar ayuda formal o grupo de autoayuda aparecen en la Tabla 6. Las razones más relevantes para no acudir a tratamiento fueron las relacionadas con querer tratar el problema por sí mismos, el sentir que no necesitaban tratamiento para resolver sus problemas adictivos y el temor a la posibilidad de ser etiquetados como alcohólicos o drogodependientes.

Tabla 6. *Medias (DT) de razones para no solicitar ayuda formal de los Autocambiadores Hispanohablantes (AH).*

| | <i>AH</i> <i>N= 54</i> |
|---|---------------------------|
| Vergüenza | 1,85 (1,43) |
| Estigmatización o ser etiquetado | 2,29 (1,68) |
| Actitudes hacia tratamientos | 1,88 (1,55) |
| No querer compartir problemas con otros | 1,92 (1,45) |
| Coste económico | 1,79 (1,50) |
| Sentir que no necesitaba tratamiento | 3,57 (1,79) |
| Querer tratar el problema por sí mismo | 4,03 (1,58) |
| No conocer las opciones de tratamiento | 1,44 (1,20) |

4.1.1.5. Descripción del Perfil

El perfil medio de los autocambiadores incluidos en este estudio es el siguiente: un hombre de unos 44 años, con trabajo, estudios medios o superiores, no casado, en el pasado tuvo problemas de dependencia del alcohol, sustancia que estuvo consumiendo durante 16 años, y de la que lleva abstinentes durante los últimos 5 años. Además, ha consumido a lo largo de su vida una media de dos sustancias más, en general, tabaco y cannabis.

El alejamiento de sus familiares y amigos y los problemas maritales podrían haber puesto en marcha su recuperación, motivada, en gran medida, por razones de salud y por recuperar el control sobre su vida. No habría solicitado ayuda formal porque quería tratar el problema por sí mismo y no creía necesitar tratamiento alguno por considerarlo menos grave. El uso de estrategias de evitación y de pensamiento positivo podría ayudarle a mantenerse abstinentes además de las mejoras en la salud y en su estilo de vida.

4.1.2. Comparación entre autocambiadores de España y Florida

En este apartado se analizan las diferencias y similitudes entre los 29 autocambiadores reclutados en España y los 25 hispanohablantes reclutados en el Sur de Florida. Con esta comparación se pretende responder al segundo objetivo de la Tesis de analizar la similitud de las características de los autocambiadores y los determinantes del autocambio, en relación con el medio cultural.

Esta comparación se llevó a cabo mediante el análisis sistemático de las diferencias entre ambos grupos en las variables sociodemográficas, las relacionadas con la recuperación y la gravedad de la adicción, las razones para el cambio, los factores de mantenimiento y las razones que refieren los autocambiadores para no acudir a tratamiento o a un grupo de autoayuda para solucionar sus problemas.

4.1.2.1. Variables sociodemográficas

La comparación en variables sociodemográficas entre los grupos de autocambio de España y Florida tanto en la actualidad como en el momento del cambio aparecen reflejadas en la Tabla 7. Se llevó a cabo un ajuste de Bonferroni para las ocho variables sociodemográficas que dejó un $\alpha = 0,0062$ ($0,05/8$) con intención de reducir el error Tipo I asociado al uso de múltiples comparaciones, como ya se ha mencionado anteriormente. No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las variables sociodemográficas entre ambos grupos ni en la actualidad ni tampoco en el momento del cambio.

El porcentaje de hombres es mayor al de mujeres en ambos grupos. La edad media en el cambio se sitúa por encima de los 35 años en ambos grupos y en el momento de la entrevista por encima de los 41. Por otro lado, el porcentaje de desempleados es bajo en ambos grupos, el nivel educativo es superior al elemental y los porcentajes de casados o con pareja estable son altos. Por tanto se puede considerar que ambos grupos responden a un perfil sociodemográfico determinado y bien definido, es decir, se trata de grupos prácticamente equivalentes en los que se refiere a variables de esta índole.

Tabla 7. *Medias (DT) y porcentajes de variables sociodemográficas en los grupos de Autocambio de España (AE) y Autocambio de Florida (AF).*

| | <i>AE</i> N= 29 | <i>AF</i> N= 25 | <i>t/χ² (p)</i> |
|---|--------------------|--------------------|----------------------------|
| % Hombres | 86,20 (24) | 60,0 (10) | 3,53 (,06) |
| Edad media (DT) en la entrevista | 41,68 (12,58) | 42,12 (15,36) | -,11 (,91) |
| Edad media (DT) en la recuperación | 35,41 (11,30) | 38,6 (14,67) | -,90 (,37) |
| % Desempleo en la entrevista | 10,34 (3) | 20,0 (5) | ,37 (,54) |
| % Desempleo en la recuperación | 0,00 (0) | 12,0 (3) | 1,75 (,18) |
| Nivel educativo | | | |
| % <i>Elemental/primario</i> | 24,14 (7) | 8,0 (2) | |
| % <i>Secundario/técnico</i> | 41,37 (12) | 32,0 (8) | 4,52 (,21) |
| % <i>Superior</i> | 34,48 (10) | 60,0 (15) | |
| % Pareja estable o casados en la entrevista | 41,37 (12) | 32,0 (8) | ,18 (,66) |
| % Pareja estable o casados en la recuperación | 51,72 (15) | 36,0 (9) | ,78 (,37) |

Nota: Las comparaciones estadísticas en los grupos de variables no-continuas fueron calculadas con la prueba de Pearson chi-cuadrado. Las diferencias entre grupos de variables continuas fueron calculadas usando la *t* de Student para muestras independientes.

* Significativo para $\alpha = ,0062$ (Ajuste de Bonferroni).

4.1.2.2. Recuperación y gravedad de la adicción

En ambos grupos de autocambiadores, el porcentaje de sujetos que refirieron como sustancia principal el alcohol fue superior al del resto de drogas, más del 58% de los casos en ambos grupos. Dentro de las drogas ilegales, cocaína, cannabis y alucinógenos fueron las sustancias más frecuentemente referidas (ver Tabla 3). En ambos grupos el porcentaje de participantes que había consumido alguna otra sustancia además de la principal a lo largo de su vida se situaba por encima del 88%. La sustancia que más habían consumido en ambos grupos, aparte de la de uso principal, fue el alcohol, de hecho el 100% de los participantes habían consumido alcohol alguna vez en su vida. En segundo lugar se encuentra el tabaco, con porcentajes superiores al 86% en los AE y superiores al 65% en los AF. En tercer lugar, en el caso de los AE se sitúa el uso de cannabis (72% del total de casos) y en los AF el uso de cocaína (52% del total).

Las variables relacionadas con la recuperación y la gravedad de la adicción se muestran en la Tabla 8. Se realizó un ajuste de Bonferroni para las tres variables relacionadas con la recuperación, que dejó un $\alpha = 0,016$ ($0,05/3$). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las tres variables de recuperación entre ambos grupos de autocambiadores. El número de casos que mantenían la abstinencia tanto en el último año como durante toda la recuperación son similares en ambos grupos, al igual que el número de años que llevaban recuperados.

Tabla 8. *Medias (DT) y porcentajes para variables de gravedad de la adicción y de recuperación en los grupos de Autocambio de España (AE) y de Autocambio de Florida (AF).*

| | AE N= 29 | AF N= 25 | t/ χ^2 (p) |
|---|---------------|---------------|-----------------|
| Media (DT) duración de la recuperación (años) ^a | 6,27 (7,01) | 3,52 (3,70) | 1,76 (,84) |
| Tipo de recuperación ^a | | | |
| % Abstinentes último año | 62,06 (18) | 84,0 (21) | ,94 (,33) |
| % Abstinentes a largo plazo | 65,5 (19) | 88,0 (22) | 2,58 (,108) |
| Media (DT) sustancias consumidas ^b | 3,86 (2,08) | 3,52 (2,12) | ,59 (,55) |
| Media (DT) años de uso ^b | 16,27 (13,21) | 16,56 (11,86) | -,08 (,93) |
| Media (DT) criterios DSM-IV-TR de dependencia antes de la recuperación ^b | 3,24 (1,61) | 5,24 (1,45) | -3,93 (,00)* |
| % Sujetos dependientes (n) ^b | 65,5 (19) | 92,0 (23) | 4,02 (,045) |
| % Tratamiento problemas psicopatológicos (n) ^b | 13,79 (4) | 36,0 (9) | ,14 (,70) |

Nota: Las comparaciones estadísticas en los grupos de variables no-continuas fueron calculadas con la prueba de Pearson chi-cuadrado. Las diferencias entre grupos de variables continuas fueron calculadas usando la t de Student para muestras independientes.

^a Variables de recuperación. ^b Variables de gravedad de la adicción

* Significativo para $\alpha = ,016$ (Ajuste de Bonferroni para las dos variables de recuperación)

** Significativo para $\alpha = ,01$ (Ajuste de Bonferroni para las cinco variables de gravedad de la adicción)

Por otro lado, para las cinco variables relacionadas con la gravedad de la adicción (media de sustancias consumidas, media de años de consumo, media de criterios DSM de dependencia, porcentaje de sujetos dependientes y porcentaje de participantes que refirieron tratamiento para otros problemas psiquiátricos) se llevó a

cabo el ajuste de Bonferroni, dejando el $\alpha = 0,01$ ($0,05/5$). Tras realizar el ajuste del alfa, tan solo se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la media de criterios DSM de dependencia cumplidos ($p= 0,00$), siendo de 5,24 (1,45) criterios para los AF, frente a los 3,24 (1,61) de los AE. Aunque no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el porcentaje de participantes que habían sido dependientes de la sustancia principal, existe una diferencia más que notable, con un 65,5% de los AE frente al 92% de los AF ($p= 0,045$). Esta diferencia es lógica teniendo en cuenta las diferencias en la media de criterios DSM cumplidos.

En el caso de los participantes que refirieron haberse recuperado de problemas adictivos con el alcohol como sustancia principal, se calculó también la cantidad en gramos consumida por día en el período de máximo consumo a partir de los datos de consumo que los participantes refirieron. Los participantes del grupo de autocambiadores de Florida refirieron un mayor consumo (182,94 gr/día) frente a los autocambiadores españoles (139 gr/día), aunque esta diferencia no se mostró estadísticamente significativa.

Por último, se calcularon las posibles diferencias en los porcentajes de casos en cada grupo de autocambiadores que cumplían cada uno de los criterios DSM para la dependencia de sustancias. Estos análisis fueron llevados a cabo debido a las diferencias significativas encontradas en la media de criterios cumplidos entre ambos grupos de autocambiadores, que en principio no eran esperables por la similitud entre ambos grupos en otras variables relacionadas con la gravedad de la adicción.

Tras ajustar el alfa mediante la prueba de Bonferroni de los 7 criterios, se situó en 0,007 ($0,05/7$), como se puede observar en la Tabla 9. Tan solo se encontraron diferencias significativas en el *Criterio 4*. Sin embargo, si no se es tan estricto en el ajuste del nivel de significación, se encuentran diferencias significativas en los *Criterios 3, 5 y 7* ($p<0,05$). Los porcentajes de casos que cumplen estos 4 criterios son claramente superiores en el grupo de autocambiadores de Florida. Este dato parece lógico si se tiene en cuenta que la media de criterios cumplidos por los AF es significativamente superior a la de los AE.

Tabla 9. Porcentajes (n) de Autocambiadores españoles (AE) y de Florida (AF) que cumplen cada uno de los criterios DSM-IV-TR para la dependencia de sustancias.

| | AE N= 29 | AF N= 25 | χ^2 (p) |
|--|-------------|-------------|--------------|
| Pérdida de control (<i>Criterio 1</i>) | 58,62 (17) | 84,0 (21) | 3,02 (,082) |
| Intentos infructuosos de abandono o reducción (<i>Criterio 2</i>) | 31,01 (9) | 56,0 (14) | 2,47 (,115) |
| Ocupación excesiva de tiempo en consumo, obtención y recuperación de efectos del consumo (<i>Criterio 3</i>) | 51,72 (15) | 84,0 (21) | 4,92 (,026) |
| Detención o reducción de actividades sociales, ocupacionales o recreativas (<i>Criterio 4</i>) | 48,27 (14) | 92,0 (23) | 9,95 (,002)* |
| Continuar con el uso a pesar de problemas en su vida por consumo (<i>Criterio 5</i>) | 51,72 (15) | 84,0 (21) | 4,92 (,026) |
| Tolerancia (<i>Criterio 6</i>) | 48,27 (14) | 52,0 (13) | 0,00 (,99) |
| Abstinencia (<i>Criterio 7</i>) | 34,48 (10) | 72,0 (18) | 6,14 (,013) |

*Significativo para $\alpha = ,007$ (Ajuste de Bonferroni para los criterios DSM para la dependencia de sustancias)

4.1.2.3. Razones para el cambio.

En la Tabla 10 se presentan algunas de las variables de carácter psicosocial que podrían estar relacionadas con la puesta en marcha del autocambio. En concreto, se analizaron las variables relacionadas con las razones para el cambio. En el análisis de este grupo de variables se incluyeron la escala de razones para el cambio, los acontecimientos vitales y la presión familiar y social para el abandono. Tras realizar el ajuste de Bonferroni de este grupo de variables se obtuvo un $\alpha = 0,016$ (0,05/3).

Se encontraron diferencias significativas tanto en la puntuación media total de la Escala de Acontecimientos vitales ($p = 0,00$) como en el porcentaje de participantes que refirieron haber recibido presión social o familiar para el cambio de hábitos de consumo ($p = 0,009$). Los participantes del grupo de AF refieren más acontecimientos vitales que pudieron motivar la puesta en marcha de la recuperación (19 frente a 9,13) y

un mayor porcentaje de ellos también mencionan haber recibido presión para abandonar o reducir el consumo frente a los del grupo de AE (80% frente a 41,37%).

Tabla 10. *Media (DT) y porcentajes de razones para el cambio en los grupos de Autocambio de España (AE) y Autocambio de Florida (AF).*

| | <i>AE</i> N= 29 | <i>AF</i> N= 25 | <i>t/χ²</i> (p) |
|--|--------------------|--------------------|----------------------------|
| Puntuación media (DT) en la Escala de Razones para el cambio ^a | 23,17 (10,64) | 26,08 (11,47) | -1,86 (,06) |
| Puntuación media (DT) en la Escala de Acontecimientos vitales ^b | 9,13 (6,15) | 19,00 (9,7) | -5,1 (,00)* |
| % Participantes que refirieron presión para el cambio | 41,37 (12) | 80,0 (20) | 6,77 (,009)* |

Nota: Las comparaciones estadísticas en los grupos de variables no-continuas fueron calculadas con la prueba de Pearson chi-cuadrado. Las diferencias entre grupos de variables continuas fueron calculadas usando la *t* de Student para muestras independientes.

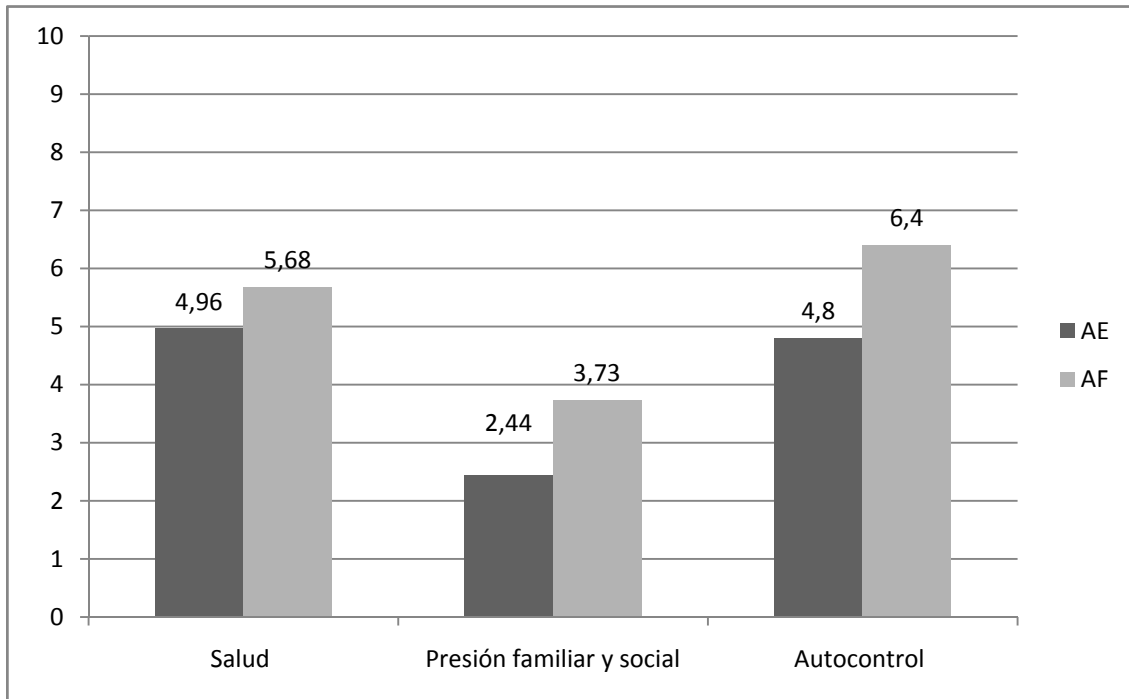
^aLas puntuaciones pueden ir de 0 a 52. ^bLas puntuaciones pueden ir de 22 a 75.

*Significativo para $\alpha = ,01$ (Ajuste de Bonferroni para las variables de razones para el cambio)

En el caso concreto de la Escala de Razones para el Cambio los ítems fueron agrupados en tres factores, salud, presión social y familiar y autocontrol, tal y como ya se ha descrito en el apartado anterior de resultados donde se analizó el perfil global de los autocambiadores hispanohablantes.

En líneas generales, los AF refieren más razones para dejar o reducir el consumo que los AE. Al analizar las diferencias por grupos de razones, los AF puntúan más alto tanto en razones relacionados con la salud, las de presión social y las relacionadas con el autocontrol (Figura 9). Tan solo se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las razones relacionadas con el autocontrol ($t = -2,12$; $p = 0,03$), donde los participantes del grupo de Autocambio de Florida puntúan más alto quizás motivado por una mayor pérdida de control durante las fases de consumo.

Figura 9. *Diferencias en Razones para el cambio entre Autocambiadores españoles (AE) y Autocambiadores de Florida (AF).*



Nota: Con el objetivo de tener una mejor representación visual las puntuaciones medias se han transformado y colocado en una escala de 0 a 10, debido a los distintos rangos de puntuaciones de cada factor.

4.1.2.4. Factores relacionados con el mantenimiento de la recuperación.

Los factores relacionados con el mantenimiento de la recuperación también fueron evaluados y comparados entre ambos grupos de autocambiadores. En este grupo de variables se incluyeron la puntuación total en el instrumento diseñado para medir factores de mantenimiento, la puntuación total en el Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CBI) y sus 4 factores (pensamiento positivo, pensamiento negativo, evitación y distracción), y por último, el porcentaje de participantes que refirieron apoyo familiar y/o social para el mantenimiento de la recuperación. Respecto a estas siete variables relacionadas con el mantenimiento tras el ajuste de Bonferroni el α se situó en 0,007 (0,05/7).

Tras los análisis de comparación de medias se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos en la puntuación media total en el cuestionario diseñado para evaluar factores de mantenimiento, en el Inventario de estrategias de afrontamiento (CBI) y también en cada uno de los factores en los que se divide este

inventario como se observa en la Tabla 11. Los AF puntuaron significativamente más alto que los AE en el CBI ($p= 0,00$), en Factores de mantenimiento ($p= 0,00$).

Esto indica que estos sujetos usan un mayor número de estrategias de afrontamiento en el mantenimiento de la recuperación y que refieren un mayor número de cambios en su vida que les han ayudado a mantener la recuperación. De igual forma, los participantes del grupo de Florida obtuvieron puntuaciones significativamente más altas en los cuatro factores en los que se divide el CBI con valores de p inferiores a 0,001: pensamiento positivo, pensamiento negativo, distracción y evitación.

Tabla 11. *Media (DT) y porcentajes de variables de mantenimiento del cambio en los grupos de Autocambio de España (AE) y Autocambio de Florida (AF).*

| | <i>AE</i> N= 29 | <i>AF</i> N= 25 | <i>t/χ² (p)</i> |
|---|--------------------|--------------------|-----------------------------|
| Puntuación media (DT) en Factores de Mantenimiento ^a | 50,75 (14,02) | 66,08 (13,34) | -4,57 (,00)* |
| Puntuación media (DT) en el Inventario de Estrategias de Afrontamiento ^b | 23,10 (11,17) | 40,56 (13,78) | -5,8 (,00)* |
| <i>Pensamiento positivo</i> | 8,37 (3,92) | 11,68 (2,95) | -3,44 (,001)* |
| <i>Pensamiento negativo</i> | 3,31 (3,43) | 7,2 (3,66) | -4,02 (,00)* |
| <i>Distracción</i> | 4,96 (4,45) | 14,12 (6,76) | -5,94 (,00)* |
| <i>Evitación</i> | 2,51 (2,47) | 5,12 (2,35) | -3,94 (,00)* |
| % Participantes que refirieron apoyo para el mantenimiento | 41,37 (12) | 52,0 (13) | ,25 (,61) |

Nota: Las comparaciones estadísticas en los grupos de variables no-continuas fueron calculadas con la prueba de Pearson chi-cuadrado. Las diferencias entre grupos de variables continuas fueron calculadas usando la t de Student para muestras independientes.

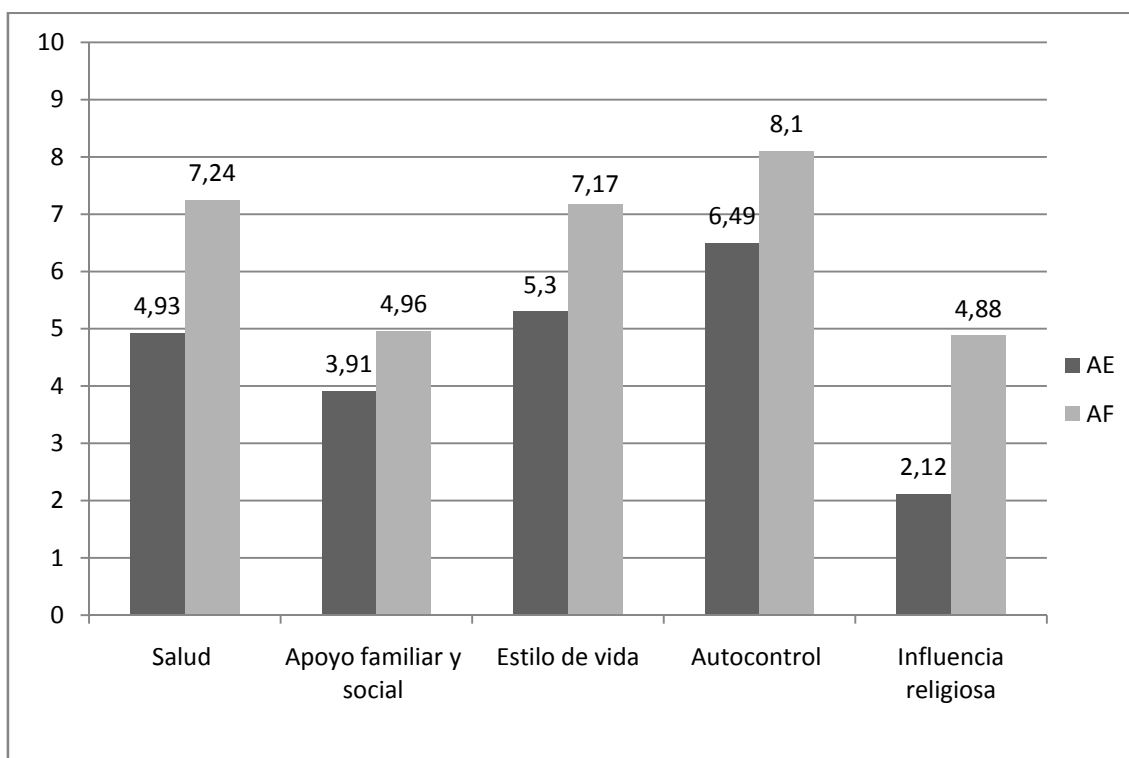
^a Las puntuaciones pueden ir de 23 a 115. ^b Las puntuaciones pueden ir de 0 a 70

* Significativo para $\alpha= ,007$ (Ajuste de Bonferroni para las variables de mantenimiento)

En segundo lugar, se analizaron las diferencias entre ambos grupos en los factores relacionados con el mantenimiento de la recuperación (Figura 10) agrupados en aquellos relacionados con la salud, los relacionados con el apoyo familiar y/o social, el estilo de vida, el autocontrol y la influencia religiosa, tal y como se ha hecho en el apartado anterior. Los participantes del grupo de AF puntuaron significativamente más

alto que los AE en cambios en la salud ($t= -3,32$; $p= 0,002$), cambios en el estilo de vida ($t= -3,50$; $p= 0,001$), cambios en el autocontrol ($t= -3,23$; $p= 0,002$) y en influencia religiosa ($t= -3,90$; $p= 0,00$). En general, parece que los autocambiadores del grupo de Florida refieren un mayor número de mejoras en su vida que los del grupo de España para el mantenimiento de la recuperación. Los cambios en el autocontrol, el estilo de vida y la salud son los más destacados en ambos grupos.

Figura 10. *Diferencias en Factores de mantenimiento entre Autocambiadores españoles (AE) y Autocambiadores de Florida (AF).*



Nota: Con el objetivo de tener una mejor representación visual las puntuaciones medias se han transformado y colocado en una escala de 0 a 10, debido a los distintos rangos de puntuaciones de cada factor.

4.1.2.5. Razones para no solicitar ayuda formal.

Los AF refieren un mayor número de razones para no solicitar ayuda formal a la hora de recuperarse de sus problemas adictivos. Esto se refleja que puntúan significativamente más alto que los AE en la Escala de Razones para no solicitar Ayuda Formal ($p= 0,00$). En la Tabla 12 se reflejan las puntuaciones de ambos grupos de autocambiadores en las 8 razones reflejadas en el instrumento de Razones para no solicitar ayuda formal. Tras realizar un ajuste del nivel de significación mediante la

prueba de Bonferroni para las 9 variables relacionadas con no solicitar ayuda formal el α se situó en 0,005 (0,05/9).

Las razones más comunes para no solicitar ayuda formal en ambos grupos son la de querer tratar el problema adictivo por sí mismos y la de sentir que no necesitaban tratamiento. Se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos en las razones relacionadas con la estigmatización ($p=0,002$) y las actitudes hacia los tratamientos ($p=0,002$), ya que los AF refieren estas razones significativamente más que los AE. Aunque tras el ajuste del alfa no se apreciaron diferencias estadísticamente significativas, los AF también refieren más razones relacionadas con la vergüenza y el no querer compartir sus problemas con otros ($p=0,024$).

Tabla 12. Medias (DT) de razones para no solicitar ayuda formal en los grupos de Autocambio de España (AE) y Autocambio de Florida (AF).

| | AE N= 29 | AF N= 25 | t (p) |
|--|--------------|--------------|---------------|
| Puntuación total Escala de Razones para no solicitar ayuda formal ^a | 15,74 (4,07) | 22,40 (6,14) | -4,67 (,000)* |
| Vergüenza | 1,44 (1,08) | 2,32 (1,65) | -2,31 (,024) |
| Estigmatización o ser etiquetado | 1,65 (1,23) | 3,04 (1,85) | -3,26 (,002)* |
| Actitudes hacia tratamientos | 1,31 (,089) | 2,56 (1,80) | -3,29 (,002)* |
| No querer compartir problemas con otros | 1,51 (1,02) | 2,40 (1,73) | -2,31 (,024) |
| Coste económico | 1,48 (1,18) | 2,16 (1,77) | -1,67 (,101) |
| Sentir que no necesitaba tratamiento | 3,31 (1,85) | 3,88 (1,71) | -1,16 (,249) |
| Querer tratar el problema por sí mismo | 3,72 (1,72) | 4,40 (1,35) | -1,58 (,12) |
| No conocer las opciones de tratamiento | 1,27 (,88) | 1,64 (1,44) | -1,10 (,273) |

^aLas puntuaciones pueden ir de 1 a 40.

*Significativo para $\alpha= ,005$ (Ajuste de Bonferroni para las 8 razones para no solicitar ayuda profesional)

4.2. Comparación entre tratados y no tratados de España

Uno de los objetivos de esta Tesis es analizar las diferencias entre un grupo de tratados y otro de autocambiadores de alcohol y drogas ilegales reclutados en España, poniendo en relación los resultados de este estudio con los hallazgos previos encontrados en otros países. Se trata de conocer si los resultados en España son equiparables a los encontrados en estudios previos en población no hispanohablante.

Para realizar esta comparación, se contó con una muestra de 58 participantes que se habían recuperado de sus problemas de adicción al alcohol en algunos casos y en otros de sus problemas de adicción a drogas ilegales. Del total de participantes 29 eran autocambiadores y 29 habían pasado por tratamiento. Estos participantes fueron comparados en determinantes de la recuperación y también en variables relacionadas con el proceso adictivo.

Las importantes diferencias entre los autocambiadores de España y Florida hicieron que solamente se pudiesen comparar los grupos de autocambio de España con el de tratamiento de España, ya que no se pudieron unir ambos grupos de autocambiadores en uno para tal fin. En este estudio tampoco se contó con una muestra de tratados de Florida por lo que este tipo de comparación se limitó a la muestra reclutada en España.

4.2.1. Variables sociodemográficas

Las diferencias en variables sociodemográficas entre los grupos de autocambio de alcohol y otras drogas y el de tratamiento, tanto en la actualidad como en el momento del cambio aparecen reflejadas en la Tabla 13. Se llevó a cabo un ajuste de Bonferroni para las ocho variables sociodemográficas que dejó un $\alpha = 0,0062$ (0,05/8).

Ambos grupos de recuperados son muy similares en este grupo de variables, como por ejemplo, en la edad media, el mayor porcentaje de hombres, el nivel educativo y el porcentaje de casados. Tan solo, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el caso de la variable desempleo en el momento de la recuperación aparece un porcentaje claramente superior y estadísticamente significativo

tras el ajuste del error tipo I permitido ($p= 0,002$). Los tratados se encuentran con más frecuencia en desempleo que los autocambiadores (34,48% frente a 0,0%).

Tabla 13. Medias (DT) y porcentajes de variables sociodemográficas en los grupos de Autocambio (AE) y Tratamiento de España (TE).

| | AE N= 29 | TE N= 29 | t/ χ^2 (p) |
|---|---------------|---------------|------------------|
| % Hombres | 86,20 (24) | 86,20 (24) | 0,00 (,99) |
| Edad media (DT) en la entrevista | 41,68 (12,58) | 43,13 (9,68) | -,49 (,62) |
| Edad media (DT) en la recuperación | 35,41 (11,30) | 38,34 (10,00) | -1,04 (,30) |
| % Desempleo en la entrevista | 10,34 (3) | 24,13 (7) | 1,08 (,29) |
| % Desempleo en la recuperación | 0,00 (0) | 34,48 (10) | 9,78 (,002)* |
| Nivel educativo | | | |
| % Elemental/primario | 24,14 (7) | 37,93 (11) | |
| % Secundario/técnico | 41,37 (12) | 41,37 (12) | 5,04 (,41) |
| % Superior | 34,48 (10) | 20,69 (6) | |
| % Pareja estable o casados en la entrevista | 41,37 (12) | 41,37 (12) | 0,00 (,99) |
| % Pareja estable o casados en la recuperación | 51,72 (15) | 44,82 (13) | ,69 (,79) |

Nota: Las comparaciones estadísticas en los grupos de variables no-continuas fueron calculadas con la prueba de Pearson chi-cuadrado. Las diferencias entre grupos de variables continuas fueron calculadas usando la *t* de Student para muestras independientes.

* Significativo para $\alpha= ,0062$ (Ajuste de Bonferroni).

4.2.2. Recuperación y gravedad de la adicción

4.2.2.1. Análisis bivariados

Tanto en tratados como no tratados, el porcentaje de sujetos que refirieron como sustancia principal el alcohol fue superior al del resto de drogas, más del 55% de los casos en ambos grupos. Dentro de las drogas ilegales, cocaína, heroína y cannabis fueron las sustancias más frecuentes (ver Tabla 3). En ambos grupos, el porcentaje de participantes que había consumido tabaco alguna vez en su vida era muy elevado, situándose por encima del 93%. El cannabis se sitúa como la segunda sustancia que más habían consumido ambos grupos, con porcentajes superiores al 55% del total de casos.

El consumo del resto de sustancias en ambos grupos era muy bajo. Esta distribución es bastante representativa de la población del consumo de drogas en España (Plan Nacional Sobre Drogas, 2007).

Tabla 14. *Medias (DT) y porcentajes para variables de gravedad de la adicción y de recuperación en los grupos de Autocambio (AE) y Tratamiento de España (TE).*

| | AE N= 29 | TE N= 29 | t/χ^2 (p) |
|---|---------------|---------------|----------------|
| Media (DT) duración de la recuperación (años) ^a | 6,27 (7,01) | 4,79 (5,44) | ,89 (,37) |
| Tipo de recuperación ^a | | | |
| % <i>Abstinentes último año</i> | 62,06 (18) | 93,10 (27) | 6,34 (,012)* |
| % <i>Abstinentes largo plazo</i> | 65,5 (19) | 96,6 (28) | 9,08 (,003)* |
| Media (DT) sustancias consumidas ^b | 3,86 (2,08) | 5,17 (2,77) | -2,03 (,047) |
| Media (DT) años de uso ^b | 16,27 (13,21) | 18,06 (11,47) | -,55 (,58) |
| Media (DT) criterios DSM-IV-TR de dependencia antes de la recuperación ^b | 3,24 (1,61) | 5,24 (2,14) | -4,00 (,000)** |
| % Sujetos dependientes (n) ^b | 65,5 (19) | 85,7 (26) | 3,56 (,059) |
| % Tratamiento problemas psicopatológicos (n) ^b | 13,79 (4) | 48,27 (14) | 6,52 (,01)** |

Nota: Las comparaciones estadísticas en los grupos de variables no-continuas fueron calculadas con la prueba de Pearson chi-cuadrado. Las diferencias entre grupos de variables continuas fueron calculadas usando la *t* de Student para muestras independientes.

^a Variables de recuperación. ^b Variables de gravedad de la adicción

* Significativo para $\alpha = ,016$ (Ajuste de Bonferroni para las dos variables de recuperación)

** Significativo para $\alpha = ,01$ (Ajuste de Bonferroni para las cinco variables de gravedad de la adicción)

Las variables relacionadas con la recuperación y la gravedad de la adicción se muestran en la Tabla 14. Por un lado, se realizó un ajuste de Bonferroni para las tres variables relacionadas con la recuperación (duración, abstinencia en el último año y abstinencia durante toda la recuperación) que dejó un $\alpha = 0,016$ (0,05/3). En este grupo de variables sólo se hallaron diferencias significativas en el tipo de recuperación que referían los sujetos, tanto en el último año de recuperación como a largo plazo durante toda la recuperación. El porcentaje de abstinentes en el último año es significativamente superior entre los sujetos del grupo de tratamiento ($p = 0,01$), un 93,1% de los casos frente a un 62,06% en el caso del grupo de autocambio. Ocurre lo mismo con el porcentaje de participantes que habían mantenido la abstinencia durante toda la

recuperación, siendo superior en el grupo de tratados con un 96,6% del total de casos, frente a un 65,5% en el grupo de autocambiadores ($p= 0,003$) que habían tenido algún tipo de consumo de bajo riesgo en algún momento de la recuperación.

Por otro lado, para las cinco variables relacionadas con la gravedad de la adicción se llevó a cabo el ajuste de Bonferroni, dejando el $\alpha = 0,01$ ($0,05/5$). Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la media de criterios DSM de dependencia cumplidos ($p= 0,00$), siendo de 5,24 criterios para los tratados frente a los 3,24 de los autocambiadores. También se encontraron diferencias significativas en el porcentaje de sujetos que recibieron tratamiento por otros problemas psicopatológicos ($p =0,01$), donde casi el 50% de los tratados refirieron haber tenido otros problemas psicológicos asociados al consumo, frente al 14% de los autocambiadores.

En el caso de los participantes que refirieron haberse recuperado de sus problemas adictivos con el alcohol, se calculó también la cantidad en gramos consumida por día en el período de máximo consumo. Se encontró que los sujetos con problemas con el alcohol que solicitaron ayuda terapéutica refirieron un mayor consumo (158,57 gr/día) frente a los 139 gr/día de los que no acudieron a tratamiento, aunque esta diferencia no se mostró estadísticamente significativa.

En líneas generales, aunque algunas diferencias no sean significativas, los sujetos que acudieron a tratamiento refirieron puntuaciones más altas en las variables relacionadas con la gravedad de la adicción previa a la recuperación, por ejemplo, más años de consumo y mayor número de sustancias consumidas a lo largo de la vida (ver Tabla 5). Los resultados indican tendencias a un patrón adictivo previo más grave en el grupo de participantes que pasaron por tratamiento o grupo de autoayuda.

4.2.2.2. Variables relacionadas con la asistencia a tratamiento

Se llevó a cabo una regresión logística para analizar el poder predictivo y clasificador de determinadas variables sobre el hecho de acudir o no a tratamiento. Se incluyeron como variables independientes el número de criterios DSM de dependencia cumplidos, el número de años de consumo de la sustancia principal con la que tuvieron problemas adictivos, el porcentaje de casos que refirieron comorbilidad psicopatológica y la media de sustancias usadas a lo largo de la vida. Como variable dependiente se incluyó la asistencia o no a tratamiento. A la vista de los análisis bivariados podría

pensarse que el patrón adictivo previo determina la asistencia o no a tratamiento, por lo que estas fueron las variables seleccionadas, las cuales están directamente relacionadas con la gravedad de la adicción. Se utilizó el método *introducir todas* porque se pretendía conocer el poder clasificatorio del conjunto de las tres variables. Estas variables son independientes entre sí y no violan el principio de multicolinealidad, ya que las correlaciones entre ellas son muy bajas, situándose la mayor en 0,3.

Los resultados de la regresión logística que aparecen en la Tabla 15 mostraron que el grupo de tratamiento presentaba mayor porcentaje de participantes que refirieron comorbilidad psicopatológica (OR= 5,04; $p < ,05$), cumplían más criterios de dependencia (OR= 1,58; $p < 0,05$), han usado más sustancias a lo largo de su vida (OR= 1,15; $p > 0,05$) y habían consumido durante más tiempo la sustancia de uso principal (OR= 1,05; $p > 0,05$). Solamente la comorbilidad psicopatológica y los criterios DSM de dependencia aparecen como predictores significativos en el modelo ($p < ,05$).

Tabla 15. *Valor predictivo de las variables de gravedad de la adicción para el tipo de recuperación (Autocambio o Tratamiento).*

| | B | E.T. | Wald | Sig. | OR | I.C. 95,0% para OR | |
|------------------------------|-------|------|-------|------|-------|--------------------|----------|
| | | | | | | Inferior | Superior |
| Años de uso | ,049 | ,028 | 3,081 | ,079 | 1,050 | ,994 | 1,109 |
| Otras drogas usadas | ,142 | ,146 | ,947 | ,330 | 1,153 | ,866 | 1,536 |
| Comorbilidad psicopatológica | 1,619 | ,767 | 4,457 | ,035 | 5,048 | 1,123 | 22,693 |
| Criterios DSM | ,461 | ,190 | 5,916 | ,015 | 1,586 | 1,094 | 2,300 |

El conjunto de estas variables clasifica correctamente el 69% (40/58) del total de los casos, agrupando correctamente el 65,5% (19/29) de los no tratados y el 72,4% (21/29) de los tratados. Estos son porcentajes altos de clasificación y más aún si tenemos en cuenta que el tamaño del efecto de este análisis es importante, representado por un coeficiente de determinación alto ($R^2 = 0,412$), que indica que este modelo empleado en esta regresión podría ser replicado en otras muestras.

4.2.3. Razones para el cambio

En la Tabla 16 se presentan algunas de las variables de carácter psicosocial que podrían estar relacionadas con el fenómeno del autocambio. En concreto, se analizaron las variables relacionadas con las razones para el cambio. Dentro del grupo de las variables relacionadas con las razones para el cambio, se incluyeron, como en la comparación anterior, las puntuaciones en la escala de razones para el cambio, los acontecimientos vitales y la presión familiar y social para el abandono. Tras realizar el ajuste de Bonferroni, se obtuvo un $\alpha = 0,016$ (0,05/3). Para este grupo de variables no se encontraron diferencias estadísticamente significativas al comparar ambos grupos de participantes, aunque el porcentaje de sujetos tratados que refirieron presión para el cambio es claramente superior (72,41% frente a 41,37%) al de los sujetos del grupo de autocambio sin llegar a ser significativa esta diferencia ($p = 0,03$).

Tabla 16. *Media (DT) y porcentajes de razones para el cambio en los grupos de Autocambio (AE) y Tratamiento en España (TE).*

| | <i>AE</i> N= 29 | <i>TE</i> N= 29 | <i>t/χ² (p)</i> |
|--|--------------------|--------------------|----------------------------|
| Puntuación media (DT) en la Escala de Razones para el cambio ^a | 23,17 (10,64) | 22,24 (10,53) | ,33 (,73) |
| Puntuación media (DT) en la Escala de Acontecimientos vitales ^b | 9,13 (6,15) | 13,48 (11,73) | -1,76 (,083) |
| % Participantes que refirieron presión para el cambio | 41,37 (12) | 72,41 (21) | 4,49 (,034) |

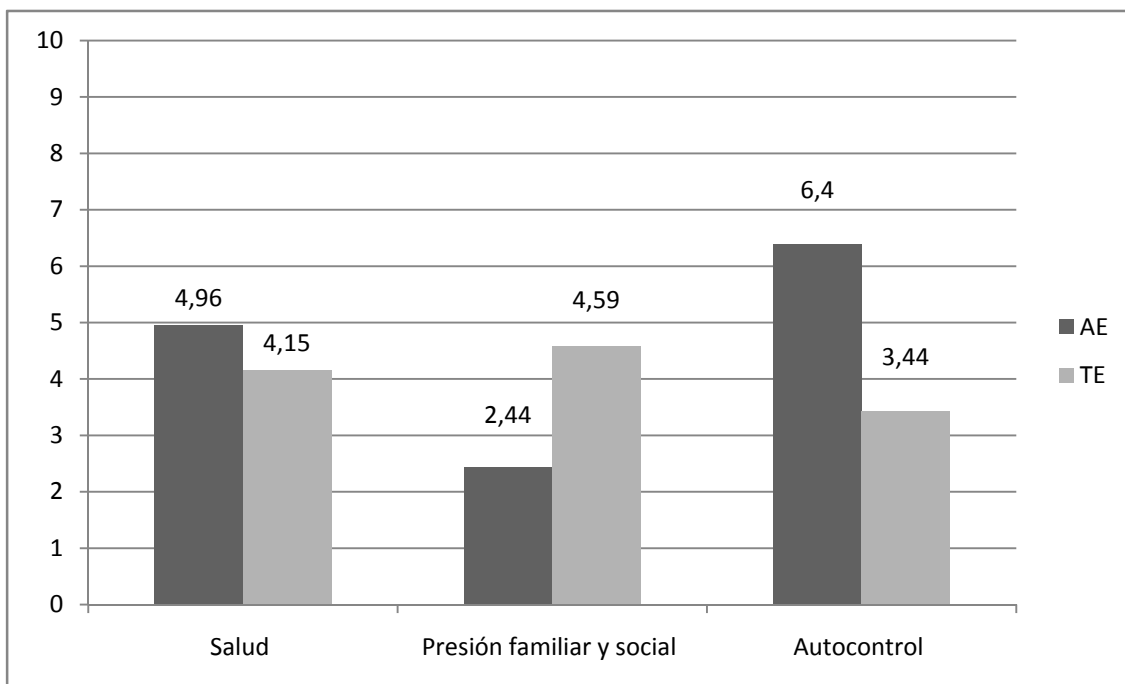
Nota: Las comparaciones estadísticas en los grupos de variables no-continuas fueron calculadas con la prueba de Pearson chi-cuadrado. Las diferencias entre grupos de variables continuas fueron calculadas usando la *t* de Student para muestras independientes.

^aLas puntuaciones pueden ir de 0 a 52. ^bLas puntuaciones pueden ir de 22 a 75.

*Significativo para $\alpha = ,01$ (Ajuste de Bonferroni para las variables de razones para el cambio)

Al igual que en el apartado anterior, donde se compararon autocambiadores de España y de Florida, también se analizaron por separado las posibles diferencias en los tipos de razones para el cambio entre autocambiadores y tratados de España. Estas diferencias aparecen gráficamente en la Figura 11.

Figura 11. *Diferencias en Razones para el cambio entre Autocambiadores (AE) y Tratados de España (TE).*



Nota: Con el objetivo de tener una mejor representación visual las puntuaciones medias se han transformado y colocado en una escala de 0 a 10, debido a los distintos rangos de puntuaciones de cada factor.

Tal y como se puede observar en la Figura 11, los AE puntúan más alto en las razones relacionadas con la salud (p. ej., problemas físicos asociados al consumo) y también en las relacionadas con el autocontrol (p. ej., querer recuperar el control de sus vidas). Estas diferencias no son estadísticamente significativas. Por su parte, los TE puntúan significativamente más ($t = -2,81$; $p < 0,01$) en las razones relacionadas con la presión social y familiar (p. ej., dejar de consumir para no disgustar a su familia), este resultado podría estar relacionado con la mayor gravedad de la adicción.

4.2.4. Factores relacionados con el mantenimiento de la recuperación

Las diferencias entre autocambiadores y tratados de España en los factores relacionados con el mantenimiento se pueden observar en la Tabla 17. Tras el ajuste de Bonferroni para las siete variables relacionadas con el mantenimiento (factores de mantenimiento, Inventario de estrategias de afrontamiento, los 4 factores del CBI y apoyo familiar y social), el alfa se situó en 0,007 (0,05/7).

Una vez llevados a cabo los análisis de comparación de medias se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos en la puntuación total del Inventario de estrategias de afrontamiento (CBI) y también en cada uno de los factores en los que se divide este inventario. Los participantes que acudieron a tratamiento puntuaron significativamente más alto ($p= 0,00$) en el CBI que los autocambiadores. De igual forma, los participantes del grupo de tratamiento obtuvieron puntuaciones significativamente más altas en los cuatro factores en los que se divide el CBI, con valores de p inferiores a 0,007: pensamiento positivo, pensamiento negativo, distracción y evitación. Estos resultados indican que estos sujetos usan un mayor número de estrategias de afrontamiento en el mantenimiento de la recuperación.

El grupo de tratados también refirió recibir más apoyo para el mantenimiento de su recuperación, en comparación al grupo de autocambiadores. El 82,75% del total de tratados refirió haber recibido apoyo para el mantenimiento por parte de su familia, pareja y amigos, frente al 41,37% de los autocambiadores ($p= 0,003$).

Tabla 17. *Media (DT) y porcentajes de variables de mantenimiento del cambio en los grupos de Autocambio (AE) y Tratamiento en España (TE).*

| | <i>AE</i> <i>N= 29</i> | <i>TE</i> <i>N= 29</i> | <i>t/χ² (p)</i> |
|---|---------------------------|---------------------------|----------------------------|
| Puntuación media (DT) en Factores de Mantenimiento ^a | 50,75 (14,02) | 58,20 (18,03) | -1,75 (,085) |
| Puntuación media (DT) en el Inventario de Estrategias de Afrontamiento ^b | 23,10 (11,17) | 38,34 (13,40) | -4,70 (,000)* |
| <i>Pensamiento positivo</i> | 8,37 (3,92) | 11,34 (4,00) | -2,85 (,006)* |
| <i>Pensamiento negativo</i> | 3,31 (3,43) | 7,44 (3,65) | -4,44 (,000)* |
| <i>Distracción</i> | 4,96 (4,45) | 11,37 (3,27) | -4,49 (,000)* |
| <i>Evitación</i> | 2,51 (2,47) | 4,79 (2,85) | -3,24 (,002)* |
| % Participantes que refirieron apoyo para el mantenimiento | 41,37 (12) | 82,75 (24) | 8.86 (,003)* |

Nota: Las comparaciones estadísticas en los grupos de variables no-continuas fueron calculadas con la prueba de Pearson chi-cuadrado. Las diferencias entre grupos de variables continuas fueron calculadas usando la t de Student para muestras independientes.

^a Las puntuaciones pueden ir de 23 a 115. ^b Las puntuaciones pueden ir de 0 a 70

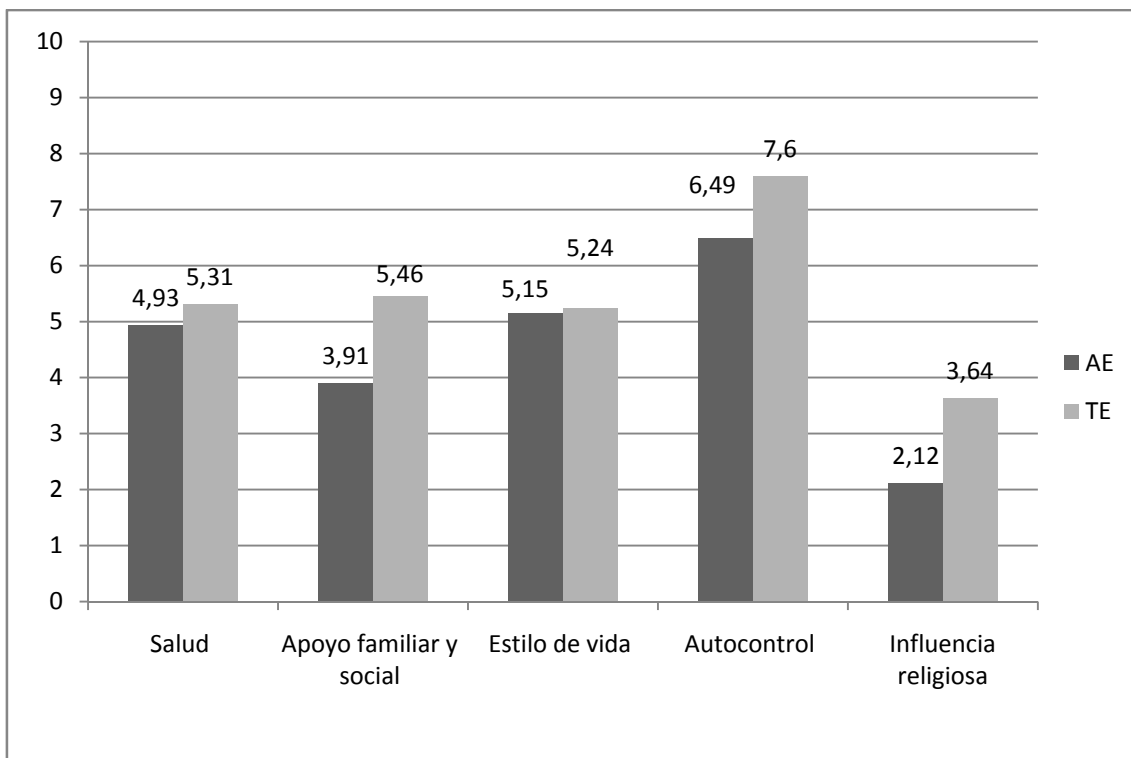
* Significativo para $\alpha= ,007$ (Ajuste de Bonferroni para las variables de mantenimiento)

Tal y como se ha hecho en la comparación anterior entre autocambiadores de Florida y de España, se han analizado las diferencias entre autocambiadores y tratados

de España en los distintos tipos de factores de mantenimiento de la recuperación más referidos por cada grupo. Estas diferencias aparecen descritas en la Figura 12.

En líneas generales, los participantes del grupo de Tratamiento puntúan más alto en todos los factores relacionados con el mantenimiento del cambio: salud, apoyo familiar y social, cambios en el estilo de vida, cambios en el autocontrol e influencia religiosa. Sin embargo, tan solo se hallaron diferencias estadísticamente significativas en el apoyo familiar y social ($t = -2,91$; $p < 0,01$) y en influencia religiosa para el mantenimiento ($t = -2,38$; $p = 0,02$). Las puntuaciones más altas en estos factores en el grupo de tratamiento podrían indicar que durante el proceso adictivo se vieron más áreas de su vida afectadas, que con la recuperación mejoraron. Estos resultados podrían estar relacionados con la gravedad de la adicción previa tal como se discutirá en la sección de Discusión y conclusiones.

Figura 12. *Diferencias en Factores de mantenimiento entre Autocambiadores (AE) y Tratados de España (TE).*



Nota: Con el objetivo de tener una mejor representación visual las puntuaciones medias se han transformado y colocado en una escala de 0 a 10, debido a los distintos rangos de puntuaciones de cada factor.

4.3. Comparación entre autocambiadores de alcohol y drogas ilegales

En este apartado se describen los resultados más importantes que se encontraron al comparar al grupo de autocambiadores de alcohol con el grupo de autocambiadores de drogas ilegales. Se pretende dar respuesta a otro de los objetivos de esta Tesis que está directamente relacionado con el análisis de la supuesta homogeneidad del autocambio entre los distintos tipos de adicciones a distintas sustancias.

Para llevar a cabo esta comparación, se seleccionaron de la muestra total de 84 participantes, los 34 autocambiadores de alcohol y los 20 de drogas ilegales. De los 20 sujetos del grupo de drogas ilegales, 11 habían tenido problemas en el pasado con la cocaína (55%), 6 con el cannabis (30%), 2 con los alucinógenos (10%) y 1 con la heroína (5%). Estos grupos de autocambiadores fueron comparados en variables sociodemográficas, variables relacionadas con la gravedad del patrón adictivo previo a la recuperación, variables relacionadas con la recuperación, razones que impulsaron el cambio, factores de mantenimiento y razones por las que no acudieron a tratamiento formal o grupo de autoayuda.

4.3.1. Variables sociodemográficas

Como en las comparaciones anteriores entre grupos de recuperados, se llevó a cabo un ajuste de Bonferroni para las ocho variables sociodemográficas en el momento de la entrevista y en el momento de la recuperación (sexo, edad, desempleo, nivel educativo y estado civil) que dejó un $\alpha = 0,0062$ (0,05/8).

Tal y como se puede apreciar en la Tabla 18, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo del autocambiadores de Alcohol y el de Drogas ilegales, en ninguna de las variables sociodemográficas en las que se les comparó. Se trata de sujetos varones en su mayoría, con un nivel educativo superior a los estudios primarios en situación de empleo. De todas formas, aunque no existen diferencias estadísticamente significativas, los datos muestran algunas diferencias clínicamente relevantes entre ambos grupos, como la edad media, superior de los

participantes del grupo de alcohol y el mayor porcentaje de casados o participantes con pareja estable también dentro del grupo de alcohol, tanto en la actualidad como en el momento en el que se produjo el cambio.

Tabla 18. *Medias (DT) y porcentajes de variables sociodemográficas en los grupos de Autocambio de Alcohol y Autocambio de Drogas ilegales.*

| | <i>Alcohol</i> N= 34 | <i>Drogas</i> <i>Ilegales</i> N= 20 | <i>t/χ² (p)</i> |
|---|-------------------------|---|----------------------------|
| % Hombres | 70,6 (24) | 80,0 (16) | ,19 (.65) |
| Edad media (DT) en la entrevista | 44,61 (13,84) | 37,25 (12,75) | 1,94 (.05) |
| Edad media (DT) en la recuperación | 39,5 (12,79) | 32,45 (12,27) | 1,98 (.05) |
| % Desempleo en la entrevista | 17,6 (6) | 10,0 (2) | ,13 (.71) |
| % Desempleo en la recuperación | 5,9 (2) | 5,0 (1) | ,00 (.99) |
| Nivel educativo | | | |
| % <i>Elemental/primario</i> | 14,7 (5) | 15,0 (3) | |
| % <i>Secundario/técnico</i> | 32,4 (11) | 45,0 (9) | 1,40 (.70) |
| % <i>Superior</i> | 50,0 (17) | 40,0 (8) | |
| % Pareja estable o casados en la entrevista | 50,0 (17) | 15,0 (3) | 5,19 (.02) |
| % Pareja estable o casados en la recuperación | 58,8 (20) | 20,0 (4) | 6,19 (.013) |

Nota: Las comparaciones estadísticas en los grupos de variables no-continuas fueron calculadas con la prueba de Pearson chi-cuadrado. Las diferencias entre grupos de variables continuas fueron calculadas usando la *t* de Student para muestras independientes.

* Significativo para $\alpha = ,0062$ (Ajuste de Bonferroni).

4.3.2. Recuperación y gravedad de la adicción

Las variables relacionadas con la recuperación y la gravedad de la adicción se muestran en la Tabla 19. Se realizó un ajuste de Bonferroni para las tres variables relacionadas con la recuperación, que dejó un $\alpha = 0,016$ (0,05/3). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las tres variables de recuperación, entre ambos grupos de autocambiadores. La media de años de recuperación es muy similar en ambos grupos, situándose en torno a 5 años, y, aunque el porcentaje de autocambiadores de drogas ilegales que mantienen la abstinencia, tanto

en el último año como durante toda la recuperación, fue claramente superior al de los autocambiadores de alcohol, estas diferencias no se han mostrado estadísticamente significativas ($p=0,12$).

Tabla 19. *Medias (DT) y porcentajes para variables de gravedad de la adicción y de recuperación en los grupos de Autocambio de Alcohol y Autocambio de Drogas Ilegales.*

| | <i>Alcohol</i> N= 34 | <i>Drogas</i> <i>Ilegales</i> N= 20 | <i>t/χ² (p)</i> |
|---|-------------------------|---|----------------------------|
| Media (DT) duración de la recuperación (años) ^a | 5,11 (6,29) | 4,80 (5,14) | ,19 (.84) |
| Tipo de recuperación ^a | | | |
| % <i>Abstinentes último año</i> | 67,6 (23) | 90,0 (18) | 2,32 (.12) |
| % <i>Abstinentes largo plazo</i> | 67,6 (23) | 90,0 (18) | 2,32(.12) |
| Media (DT) sustancias consumidas ^b | 2,76 (1,53) | 5,30 (1,94) | -5,29 (.00)** |
| Media (DT) años de uso ^b | 20,79 (12,78) | 8,95 (7,63) | 3,76 (.00)** |
| Media (DT) criterios DSM-IV-TR de dependencia antes de la recuperación ^b | 3,79 (2,25) | 4,80 (1,67) | -1,73 (.08) |
| % Sujetos dependientes (n) ^b | 70,0 (24) | 90,0 (18) | 1,73 (.18) |
| % Tratamiento problemas psicopatológicos (n) ^b | 35,3 (12) | 50,0 (10) | ,60 (.43) |

Nota: Las comparaciones estadísticas en los grupos de variables no-continuas fueron calculadas con la prueba de Pearson chi-cuadrado. Las diferencias entre grupos de variables continuas fueron calculadas usando la *t* de Student para muestras independientes.

^a Variables de recuperación. ^b Variables de gravedad de la adicción

* Significativo para $\alpha=,016$ (Ajuste de Bonferroni para las dos variables de recuperación)

** Significativo para $\alpha=,01$ (Ajuste de Bonferroni para las cinco variables de gravedad de la adicción)

Por otro lado, para las cinco variables relacionadas con la gravedad de la adicción, se llevó a cabo el ajuste de Bonferroni, dejando el $\alpha = 0,01$ (0,05/5). En este caso, los autocambiadores del grupo de drogas ilegales refirieron haber consumido un mayor número de sustancias a lo largo de su vida ($p=0,00$), 5,3 frente a las 2,76 de los del grupo de alcohol, y haber estado consumiendo durante menos años la sustancia de uso principal ($p=0,00$), 9 años frente a los 21 de los autocambiadores de alcohol.

En esta misma línea, los sujetos del grupo de drogas ilegales cumplían un mayor número de criterios para la dependencia, un mayor porcentaje de casos habían

sido dependientes y un mayor porcentaje había presentado algún tipo de comorbilidad psicopatológica, reflejada en el tratamiento de esos otros problemas psicológicos. Sin embargo, las diferencias no se mostraron estadísticamente significativas para estas últimas tres variables, como se observa en la Tabla 19.

A la vista de estos resultados parece claro que el patrón de gravedad de la adicción entre ambos grupos de autocambiadores es distinto, siendo más grave entre los autocambiadores de drogas ilegales que presentan mayores tasas de policonsumo y más sintomatología relacionada con la dependencia. En relación con el policonsumo de sustancias, todos los participantes de ambos grupos referían haber consumido alcohol alguna vez en su vida y más del 70% referían haber consumido tabaco. En el caso del consumo de cannabis, se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos, habiendo consumido esta sustancia el 95% de los del grupo de drogas ilegales, frente al 41,2% de los del grupo del Alcohol ($\chi^2 = 13,16$; $p = 0,00$). Ocurrió exactamente lo mismo en el caso de la cocaína, donde el 85% de los autocambiadores de drogas ilegales refirieron haberla consumido, frente al 26,5% de los del grupo de alcohol ($\chi^2 = 15,01$; $p = 0,00$).

4.3.3. Razones para el cambio

En la Tabla 20 se presentan algunas de las variables que están relacionadas con la puesta en marcha del autocambio. Como se ha descrito anteriormente, en este grupo de variables se incluyeron las puntuaciones en la escala de razones para el cambio, los acontecimientos vitales y el porcentaje de casos que refirieron presión familiar y social para que se produjese el cambio. Tras realizar el ajuste de Bonferroni de este grupo de variables se obtuvo un $\alpha = 0,016$ ($0,05/3$).

No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las variables al comparar autocambiadores de alcohol con autocambiadores de drogas ilegales. Al contrario que en otros grupos de variables, como por ejemplo, las de gravedad de la adicción, tampoco se han encontrado diferencias clínicamente relevantes aun en ausencia de significación estadística.

Tabla 20. *Media (DT) y porcentajes de razones para el cambio en los grupos de Autocambio de Alcohol y Autocambio de Drogas Ilegales.*

| | <i>Alcohol</i> N= 34 | <i>Drogas Ilegales</i> N= 20 | <i>t/ χ^2 (p)</i> |
|--|-------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|
| Puntuación media (DT) en la Escala de Razones para el cambio ^a | 23,79 (12,44) | 21,95 (8,57) | ,58 (.56) |
| Puntuación media (DT) en la Escala de Acontecimientos vitales ^b | 13,44 (10,96) | 12,00 (7,89) | ,51 (.61) |
| % Participantes que refirieron presión para el cambio | 61,8 (21) | 55,0 (11) | ,04 (.84) |

Nota: Las comparaciones estadísticas en los grupos de variables no-continuas fueron calculadas con la prueba de Pearson chi-cuadrado. Las diferencias entre grupos de variables continuas fueron calculadas usando la *t* de Student para muestras independientes.

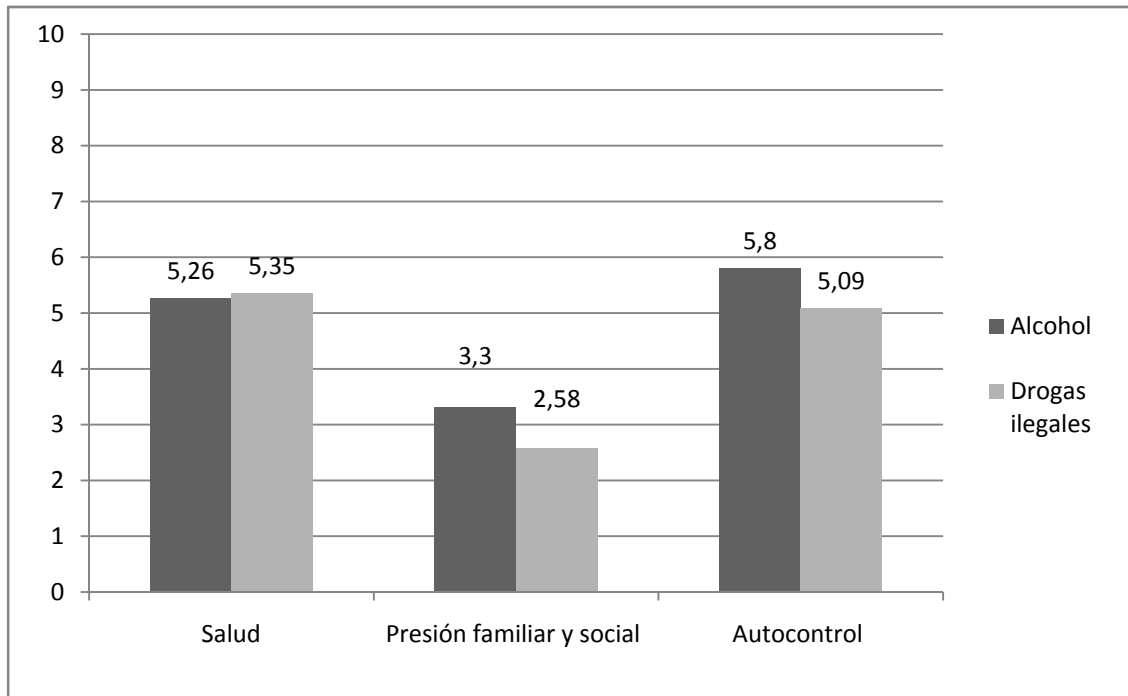
^aLas puntuaciones pueden ir de 0 a 52. ^bLas puntuaciones pueden ir de 22 a 75.

*Significativo para $\alpha = ,01$ (Ajuste de Bonferroni para las variables de razones para el cambio)

Al igual que en las dos comparaciones anteriores intergrupales, también se analizaron por separado las posibles diferencias en los diferentes tipos de razones para el cambio. Como ya ha sido descrito anteriormente, los distintos ítems que conforman los instrumentos de razones para el cambio fueron agrupados racionalmente en función del área con la que estaban relacionados (Salud, Autocontrol, Presión social y familiar).

En líneas generales, los autocambiadores de alcohol refirieron más razones para dejar o reducir el consumo, que los autocambiadores de drogas ilegales. Sin embargo, no se han encontrado diferencias relevantes al comparar ambos grupos tal y como se puede apreciar en la Figura 13. El único dato destacable es que los participantes de ambos grupos expusieron más razones relacionadas con la Salud y con el Autocontrol que con la presión social. La motivación intrínseca parece tener más influencia sobre la puesta en marcha de la recuperación que la extrínseca.

Figura 13. *Diferencias en Razones para el cambio entre Autocambiadores de Alcohol y Autocambiadores de Drogas ilegales.*



Nota: Con el objetivo de tener una mejor representación visual las puntuaciones medias se han transformado y colocado en una escala de 0 a 10, debido a los distintos rangos de puntuaciones de cada factor.

4.3.4. Factores relacionados con el mantenimiento de la recuperación

En lo referente a las variables relacionadas con el mantenimiento de la recuperación, tras llevar a cabo el ajuste de Bonferroni para los distintos aspectos evaluados (puntuación total en factores de mantenimiento, puntuación total en el CBI, puntuación en cada uno de los cuatro factores del CBI, y porcentaje de casos que refirieron apoyo familia y/o social para el mantenimiento) el alfa se situó en 0,007 (0,05/7).

No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas ni clínicamente relevantes para ninguno de los dos grupos de variables, como se observa en la Tabla 21. Ambos grupos de autocambiadores puntúan de forma similar en todas las variables evaluadas relacionadas con el mantenimiento de la recuperación.

Tabla 21. *Media (DT) y porcentajes de variables de mantenimiento del cambio en los grupos de Autocambio de Alcohol y Autocambio de Drogas Ilegales.*

| | <i>Alcohol</i> N= 34 | <i>Drogas Ilegales</i> N= 20 | <i>t/ χ^2 (p)</i> |
|---|-------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|
| Puntuación media (DT) en Factores de Mantenimiento ^a | 55,79 (16,39) | 58,95 (15,37) | -,69 (,48) |
| Puntuación media (DT) en el Inventario de Estrategias de Afrontamiento ^b | 31,14 (17,05) | 28,5 (12,75) | ,60 (,55) |
| <i>Pensamiento positivo</i> | 10,17 (3,81) | 9,45 (3,96) | ,66 (,50) |
| <i>Pensamiento negativo</i> | 5,17 (4,40) | 5,0 (3,37) | ,15 (,87) |
| <i>Distracción</i> | 10,02 (7,81) | 7,8 (6,07) | 1,09 (,27) |
| <i>Evitación</i> | 3,58 (2,96) | 3,95 (2,32) | -,46 (,64) |
| % Participantes que refirieron apoyo para el mantenimiento | 50,0 (17) | 40,0 (8) | ,18 (,66) |

Nota: Las comparaciones estadísticas en los grupos de variables no-continuas fueron calculadas con la prueba de Pearson chi-cuadrado. Las diferencias entre grupos de variables continuas fueron calculadas usando la *t* de Student para muestras independientes.

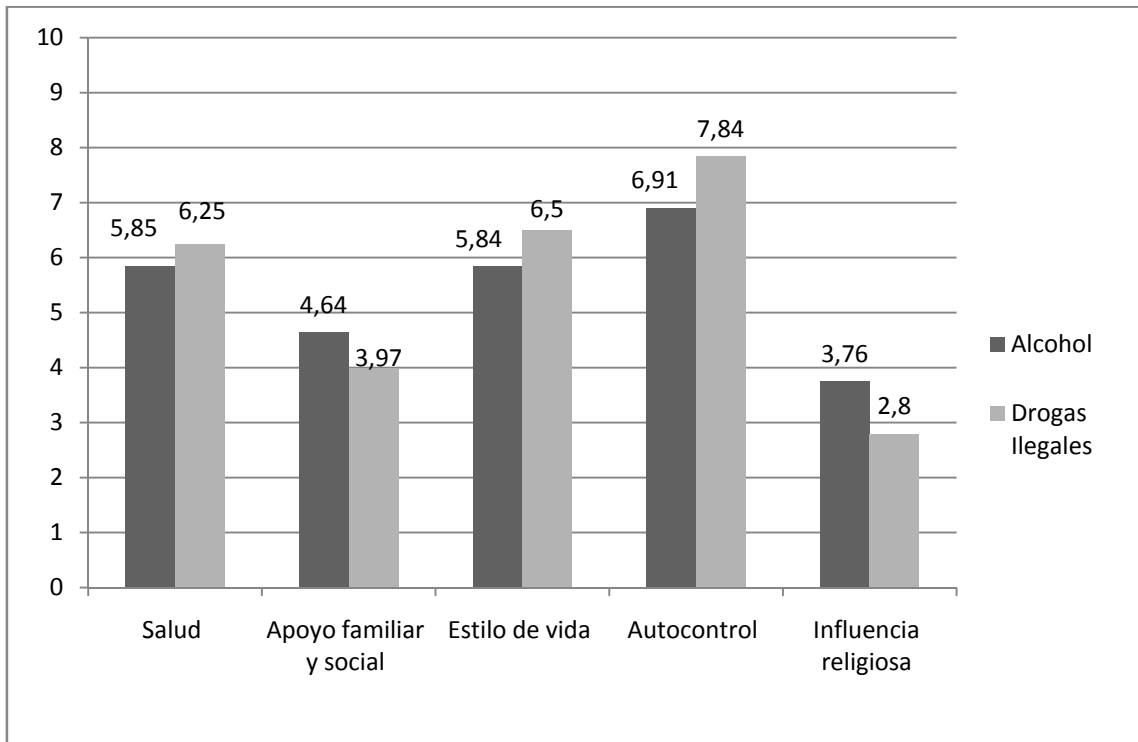
^a Las puntuaciones pueden ir de 23 a 115. ^b Las puntuaciones pueden ir de 0 a 70

* Significativo para $\alpha = ,007$ (Ajuste de Bonferroni para las variables de mantenimiento)

En este apartado también fueron evaluadas posibles referencias en cuanto al tipo de factores de mantenimiento más referidos por cada grupo de Autocambio, ya que no se encontraron diferencias en las puntuaciones totales. Entre los tipos de factores evaluados se encuentran, como ya se ha descrito anteriormente, los relacionados con la salud, con el autocontrol, con el apoyo social y/o familiar, los cambios en el estilo de vida y la influencia religiosa. Las diferencias se han representado gráficamente en la Figura 14.

Los participantes del grupo de Alcohol puntuaron más alto que los del grupo de Drogas ilegales en apoyo social y familiar, y en influencia religiosa. Mientras que los participantes del grupo de Drogas ilegales puntuaron más alto en los factores de mantenimiento relacionados con la salud, el autocontrol y los cambios en el estilo de vida. Ninguna de estas diferencias fue estadísticamente significativa y a la vista de las escasas diferencias entre las medias de cada grupo tampoco son significativas clínicamente.

Figura 14. *Diferencias en Factores de mantenimiento entre Autocambiadores de Alcohol y Autocambiadores de Drogas Ilegales.*



Nota: Con el objetivo de tener una mejor representación visual las puntuaciones medias se han transformado y colocado en una escala de 0 a 10, debido a los distintos rangos de puntuaciones de cada factor.

4.3.5. Razones para no solicitar ayuda formal.

Aunque las diferencias no fueron estadísticamente significativas ($p=0,027$), los autocambiadores del grupo de alcohol referían un mayor número de razones para no solicitar ayuda formal a la hora de recuperarse de sus problemas adictivos, que los participantes del grupo de drogas ilegales. En la Tabla 22 se reflejan las puntuaciones de ambos grupos de autocambiadores en las 8 razones reflejadas en el instrumento que evalúa estas variables. Tras realizar un ajuste del nivel de significación mediante la prueba de Bonferroni para las 9 variables relacionadas con no solicitar ayuda formal, el α se situó en 0,005 (0,05/9).

Las razones más comunes para no solicitar ayuda formal en ambos grupos de autocambiadores son la de querer tratar el problema adictivo por sí mismos y la de sentir que no necesitaban tratamiento. Las menos frecuentes son las relacionadas con no

conocer las opciones de tratamiento y la posible vergüenza de acudir a solicitar ayuda formal. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos, en ninguna de las razones entre las que se les comparó. Sin embargo, sí parece que la diferencia de medias en el ítem relacionado con el miedo a la estigmatización y a ser etiquetado fue relevante ($p= 0,011$), siendo superior la puntuación que obtuvieron los sujetos del grupo de Alcohol.

Tabla 22. Medias (DT) de razones para no solicitar ayuda formal en los grupos de Autocambio de Alcohol y Autocambio de Drogas Ilegales.

| | <i>Alcohol</i> N= 34 | <i>Drogas</i> <i>Ilegales</i> N= 20 | <i>t (p)</i> |
|--|-------------------------|---|---------------|
| Puntuación total Escala de Razones para no solicitar ayuda formal ^a | 20,20 (6,65) | 16,45 (4,16) | 2,27 (,027) |
| Vergüenza | 1,9 (1,5) | 1,65 (1,3) | ,79 (,43) |
| Estigmatización o ser etiquetado | 2,7 (1,76) | 1,55 (1,27) | 2,62 (,011) |
| Actitudes hacia tratamientos | 1,94 (1,45) | 1,8 (1,64) | ,32 (,74) |
| No querer compartir problemas con otros | 2,08 (1,50) | 1,65 (1,34) | 1,07 (,28) |
| Coste económico | 1,76 (1,49) | 1,85 (1,56) | -,19 (,84) |
| Sentir que no necesitaba tratamiento | 3,97 (1,62) | 2,9 (1,91) | 2,18 (,33) |
| Querer tratar el problema por sí mismo | 4,08 (1,58) | 3,95 (1,63) | ,30 (,76) |
| No conocer las opciones de tratamiento | 1,64 (1,45) | 1,1 (,54) | 1,63 (,10) |

^aLas puntuaciones pueden ir de 1 a 40.

*Significativo para $\alpha= ,005$ (Ajuste de Bonferroni para las 8 razones para no solicitar ayuda profesional)

4.4. Efectividad y eficiencia de las estrategias de reclutamiento de autocambiadores

El último objetivo de esta Tesis es analizar la efectividad y la eficiencia en términos económicos y temporales de las estrategias de reclutamiento para la captación de autocambiadores tanto para los reclutados en España como en Estados Unidos.

4.4.1. Efectividad

Para el análisis de la efectividad de cada una de las estrategias, se tuvo en cuenta el número de sujetos que se reclutaron con cada una de las estrategias y se las comparó entre sí con el fin de analizar la más efectiva. En total se recibieron 93 llamadas de posibles participantes, pero tan solo se reclutaron 54 autocambiadores de alcohol y otras drogas que cumplían los criterios para participar en la investigación. Las razones más frecuentes para excluir al resto fueron: que seguía realizando un consumo de riesgo, solo habían consumido tabaco, estaban recibiendo tratamiento o acudiendo a grupos de autoayuda.

En la Tabla 23 se muestran las tasas de reclutamiento de cada una de las estrategias utilizadas, en función del país de aplicación y en el total de participantes reclutados.

Tabla 23. *Número de autocambiadores reclutados con cada estrategia.*

| | <i>España</i> | <i>EEUU</i> | <i>Total*</i> |
|-------------------------------|---------------|-------------|---------------|
| <i>Anuncios</i> | 22 (75,9%) | 14 (56%) | 36 (66,6%) |
| <i>Carteles</i> | 5 (17,2%) | 7 (28%) | 12 (22,2%) |
| <i>Medios de comunicación</i> | 1 (3,4%) | 0 (0,0%) | 1 (1,8%) |
| <i>Centros sanitarios</i> | 1 (3,4%) | 0 (0,0%) | 1 (1,8%) |
| <i>Bola de nieve</i> | 0 (0,0%) | 4 (16%) | 4 (7,4%) |
| Total | 29 (100%) | 25 (100%) | 54 (100%) |

* Diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2 = 81,0$; $p = 0,00$)

Los anuncios fueron la estrategia más útil en el reclutamiento de los autocambiadores que participaron en el estudio ($\chi^2= 81,0$; $p< 0,001$), ya que sirvieron para reclutar a un total de 36, que equivale al 66,6% de los participantes. Los anuncios en prensa se mostraron además como la estrategia más efectiva a la hora de reclutar participantes tanto en España como en Estados Unidos, con porcentajes siempre superiores al 55% de los autocambiadores reclutados. En segundo lugar, se encuentran los carteles con porcentajes cercanos al 20%. A estos les sigue la técnica de bola nieve, que aunque no fue útil para reclutar a ningún sujeto en España sirvió para reclutar a 4 en Estados Unidos, y el 7% del total de la muestra de autocambiadores. Los medios de comunicación y la solicitud de ayuda a los centros sanitarios fueron las estrategias menos eficaces.

4.4.2. Costes económicos de las estrategias

El *coste económico* del reclutamiento de los 54 autocambiadores que participaron en este estudio ascendió a 10.770,7€. Para calcular el coste de cada una de las estrategias se evaluaron los distintos gastos que ocasionaron cada una de ellas a través dos tipos de costes que aparecen descritos en la Tabla 24.

1. Los *costes económicos específicos*. Estos costes supusieron un gasto total de 7.718,2€. En este grupo se incluyen los siguientes tipos de gastos:
 - a. El coste de publicación de las estrategias (sólo aplicable en el precio de los anuncio en periódicos). Este coste depende del medio de publicación, se colocaron un total de 4 anuncios en España y 5 más en Estados Unidos. La media de coste de cada anuncio fue de 975,96 euros. En total se gastaron 8.783,7 euros en anuncios en prensa.
 - b. Costes de material fungible (sólo aplicables a los carteles) que se corresponden con chinchetas, papel din A3 de colores, cinta adhesiva y packs de hojas pegadas en los carteles con la información de contacto. Se colocaron 200 carteles (100 en cada país), y los gastos de estos materiales ascendieron a 8€ en el caso de España y a 20€ en el caso de Estados Unidos. En total se invirtieron 28 euros para estos fines.

c. Costes de desplazamiento (sólo aplicables a carteles y centros de atención primaria) que en este estudio se calculan en función de las indemnizaciones por servicio descritas en el Boletín Oficial del Estado (Ministerio de Economía y Hacienda, 2005) en las cuales el kilómetro en vehículo propio se corresponde con 0,19 euros. En España se recorrieron 700 kilómetros aproximadamente para la colocación de carteles y solicitud de ayuda en centros de atención primaria. En Estados Unidos se recorrieron aproximadamente 350 kilómetros. En total, se gastaron un total de 199€.

2. El *coste económico asociado al personal*, en este caso se incluye el salario del autor de esta Tesis que entre otras tareas se encargó de aplicar cada una de las estrategias. El salario mensual del autor de esta Tesis era de 1.100 euros netos. Durante las semanas de aplicación de cada una de las estrategias, el autor de esta Tesis se dedicó durante media jornada a esta tarea, por lo que el coste personal equivalía a 27,5 euros por día. Los anuncios fueron implementados durante 45 días, los carteles durante 25 días, los medios de comunicación durante 19 y los centros sanitarios durante 20. Los costes totales de personal supusieron un total de 3.053€, 1.677,5€ en el reclutamiento de autocambiadores españoles y de 1.375€ en reclutamiento de autocambiadores en Florida.

Tabla 24. *Costes totales y específicos de cada estrategia.*

| | Costes específicos (€) | | Coste personal (€) | | Coste Total (€) | | TOTAL (€) |
|-------------------------------|------------------------|----------------|--------------------|-------------|-----------------|----------------|----------------|
| | España | EEUU | España | EEUU | España | EEUU | España + EEUU |
| <i>Anuncios</i> | 3469,93 | 4021,27 | 605 | 687,5 | 4074,93 | 4708,77 | 8783,7 |
| <i>Carteles</i> | 46 | 86 | 275 | 412,5 | 321 | 498,5 | 819,5 |
| <i>Medios de comunicación</i> | 0 | 0 | 247,5 | 275 | 247,5 | 275 | 522,5 |
| <i>Centros sanitarios</i> | 95 | 0 | 550 | 0 | 645 | 0 | 645 |
| <i>Bola de nieve</i> | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| TOTAL (€) | 3610,93 | 4107,27 | 1677,5 | 1375 | 5288,43 | 5482,27 | 10770,7 |

Los anuncios en prensa fueron la estrategia más costosa ya que supusieron un gasto total de más de 8.000€, los carteles fueron la segunda más cara, seguida de los centros sanitarios y de los medios de comunicación. La estrategia de la bola de nieve no supuso ningún coste económico.

4.4.3. Eficiencia económica

Para el análisis de la eficiencia económica de las estrategias utilizadas se tienen en cuenta el *número de sujetos reclutados con cada estrategia*, es decir, *la efectividad y el coste económico de cada una de las estrategias*.

Para el cálculo de este tipo de eficiencia se dividió el coste económico total de cada estrategia por el número de sujetos reclutados con cada una de ellas y se obtuvieron los costes por sujeto que aparecen en la Tabla 25. El coste total de cada sujeto fue de 199,46€. En el caso de los anuncios cada sujeto costó un total de 243,99€; 68,29€ cada sujeto reclutado con los carteles, 522,5€ mediante los medios de comunicación y 645€ por sujeto en el caso de los centros sanitarios.

La técnica bola de nieve se mostró como la más eficiente económicamente, ya que esta estrategia no tuvo ningún coste asociado. Los carteles fueron la segunda estrategia más eficiente hablando seguidos de los anuncios en prensa.

Tabla 25. *Eficiencia económica de cada estrategia.*

| <i>Estrategia</i> | <i>Coste total (euros)</i> | <i>Número de sujetos (%)*</i> | <i>Eficiencia= Coste/Sujetos</i> |
|-------------------------------|----------------------------|-------------------------------|----------------------------------|
| <i>Anuncios</i> | 8783,7 | 36 (66,6%) | 243,99€ |
| <i>Carteles</i> | 819,5 | 12 (22,2%) | 68,29€ |
| <i>Medios de comunicación</i> | 522,5 | 1 (1,8%) | 522,5€ |
| <i>Centros sanitarios</i> | 645 | 1 (1,8%) | 645€ |
| <i>Bola de nieve</i> | 0 | 4 (7,4%) | 0€ |
| TOTAL | 10770,7 | 54 (100%) | 199,45€ |

* Diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2= 81,0$; $p= 0,00$)

4.4.4. Eficiencia temporal

Por último, se analizó la eficiencia temporal de cada una de las estrategias, entendiendo esta como el coste en términos de tiempo a la hora de reclutar participantes. El cálculo de la *eficiencia temporal* de cada estrategia se calcula mediante el número de sujetos que cada estrategia reclutó por semana en función de su duración.

La *duración* de cada estrategia se refiere al tiempo durante el cual una estrategia determinada fue útil para reclutar participantes. Este tiempo se calcula en semanas tomando como referencia inicial el primer día de su implementación y como final la fecha en la que se reclutó al último sujeto. Los carteles fueron implementados durante 44 semanas (32 semanas en España y 12 en Estados Unidos), los centros sanitarios fueron estrategias implementadas durante un total de 32 semanas (solo aplicada en España), los anuncios durante 11 semanas (6 semanas en España y 5 en Estados Unidos), los medios de comunicación y la técnica de bola de nieve durante 4 semanas.

En la Tabla 26 aparecen el número de sujetos reclutados por semana con cada una de las estrategias utilizadas en el reclutamiento de autocambiadore.

Tabla 26. *Eficiencia temporal de cada estrategia.*

| <i>Estrategia</i> | Número de sujetos (%) [*] | Duración (semanas) | Eficiencia= Sujetos/Duración |
|-------------------------------|------------------------------------|--------------------|------------------------------|
| <i>Anuncios</i> | 36 (66,6%) | 11 | 3,27 |
| <i>Póster</i> | 12 (22,2%) | 44 | 0,27 |
| <i>Medios de comunicación</i> | 1 (1,8%) | 4 | 0,25 |
| <i>Centros sanitarios</i> | 1 (1,8%) | 32 | 0,03 |
| <i>Bola de nieve</i> | 4 (7,4%) | 4 | 1 |
| TOTAL | 54 (100%) | 95 | 0,56 |

* Diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2= 81,0$; $p= 0,00$)

La suma de todas las estrategias supuso 95 semanas empleadas en la tarea de captación y permitió captar 0,56 sujetos por semana de reclutamiento. Los anuncios en prensa con 3,27 sujetos por semana se mostraron más eficientes que el resto, la técnica

de bola de nieve se situó en segundo lugar con 1 sujeto por semana, los póster en situaron en tercer lugar con 0,27 sujetos por semana, en cuarto lugar los carteles con tasas de 0,25 por semana y, por último, los centros sanitarios, con 0,03 sujetos por semana.

5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

5.1. Perfil de los Autocambiadores Hispanohablantes

El primero de los objetivos de esta Tesis, y seguramente el más importante, era el estudio de las circunstancias y determinantes del proceso de autocambio de las conductas adictivas. El análisis de estas circunstancias y determinantes se ha llevado a cabo mediante las comparaciones entre los distintos grupos de recuperados que participaron en esta investigación y también mediante la descripción del perfil de la muestra de autocambiadores.

Si se compara el perfil de los autocambiadores hispanohablantes que participaron en esta investigación con el de los autocambiadores que participaron en estudios previos, tal y como aparece en la revisión de Carballo et al. (2007), se encuentra que ambos perfiles son muy similares. En ambos casos, el alcohol es la sustancia de uso principal más frecuente, la edad media se sitúa en torno a los 40 años, la mayoría de los participantes son varones que mantienen la abstinencia durante los últimos 5 años y que en el pasado cumplieron los criterios DSM para la dependencia. Las razones para el cambio, los factores de mantenimiento y las razones para no acudir a tratamiento son las que ya se habían reflejado también en estudios previos.

Los acontecimientos vitales que disparan la recuperación sin tratamiento están relacionados con problemas maritales y el alejamiento de familia y amigos. Mientras que las razones referidas por los participantes, como causas del abandono o reducción del consumo, están más relacionadas con problemas de salud y con el autocontrol de su conducta, en detrimento de la presión social como variable que dispara la recuperación. Parece que la motivación intrínseca tiene más peso en la puesta en marcha de la recuperación que la motivación extrínseca. Esto puede estar motivado por perfiles adictivos menos graves que impliquen un menor número de problemas sociales (p.ej., laborales y legales) asociados al consumo.

En cuanto a los factores que mantienen la recuperación, de nuevo aspectos relacionados con la salud y el autocontrol adquieren gran relevancia entre los autocambiadores que participaron en esta investigación. El apoyo familiar y social

también parecen tener efecto sobre el mantenimiento, ya que la mitad de los participantes lo refieren como muy importante en su proceso de recuperación. Las mejoras en los aspectos que motivaron el cambio parecen ser también las más relevantes en el mantenimiento (ver figuras 6 y 8).

Las estrategias de afrontamiento que los autocambiadores refieren para la prevención de recaídas son fundamentalmente cognitivas, ya que las puntuaciones en pensamiento positivo y negativo son más altas que en los factores de estrategias más conductuales, como son la evitación y la distracción. Una posible explicación de este resultado es que las estrategias cognitivas podrían implicar un menor coste de respuesta para los autocambiadores. Los programas de tratamiento, por su parte, suelen incidir más en estrategias de control estimular y de desarrollo de conductas alternativas que implican un mayor esfuerzo y coste de respuesta.

Al igual que en la literatura previa sobre esta temática, las razones para no solicitar ayuda formal están fundamentalmente relacionadas con sentir que su problema no es tan grave como para necesitar tratamiento alguno y porque quieren tratar su problema por sí mismos. El temor a ser etiquetados y la estigmatización asociada a la asistencia a tratamiento o grupo de autoayuda parece influir también en que los participantes de esta investigación abandonasen o redujesen su consumo por sí mismos.

Por lo tanto, parece que el perfil de los autocambiadores hispanohablantes es similar al que se ha encontrado en los estudios previos, descrito en el apartado de *Introducción*, sobre recuperación natural en población no hispanohablantes de diferentes países.

En un estudio del año 2003, se realizó una clasificación de autocambiadores de la adicción al alcohol en tres grupos en función del patrón de gravedad de la adicción y del apoyo social recibido, mediante un análisis de clúster (Bischof, Rumpf, Hapke, Meyer y John, 2003). En el primer grupo de autocambiadores se incluyeron aquellos autocambiadores que referían baja gravedad de los problemas con el alcohol y bajo apoyo social para el mantenimiento de la recuperación. El segundo grupo incluía a los autocambiadores que referían altas tasas de gravedad de la adicción al alcohol y mucho apoyo social implicado en el cambio de hábitos. Por último, en el tercer grupo se situaron los autocambiadores que referían un patrón adictivo leve pero acompañado en

este caso de mucho apoyo social para el cambio y el mantenimiento de la recuperación. El perfil de los autocambiadores hispanohablantes que participaron en esta investigación parece ajustarse al segundo grupo de recuperación natural propuesto en el estudio de Bischof et al. (2003), ya que:

1) El porcentaje de dependientes es muy elevado, cercano al 70%, además es frecuente el policonsumo de sustancias y el número de años que estuvieron consumiendo la sustancia principal también es alto (16 años de media). En definitiva, la gravedad de la conducta adictiva en los autocambiadores de este estudio es notable.

2) El nivel de apoyo social que refieren los autocambiadores de esta investigación podría considerarse medio, puesto que el 50% de los casos refirieron haber recibido apoyo para el mantenimiento de la recuperación.

5.2. Comparación entre Autocambiadores de España y de Florida

Otro de los objetivos de esta Tesis fue comparar los factores que explicaban la recuperación natural en una población española con los determinantes que explicaban el mismo fenómeno en la población hispanohablante de otros países, en este caso con población del Sur de Florida de los Estados Unidos. Se trató de analizar en qué medida el fenómeno de la recuperación natural puede estar condicionado por aspectos culturales.

Ambos grupos de autocambiadores son esencialmente iguales en aspectos como las variables sociodemográficas y las variables relacionadas con las razones para el cambio, ya que no se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos en lo referente a este tipo de variables. También parecen responder a perfiles de gravedad de la adicción similares, si tenemos en cuenta las variables que en cierto modo se podrían considerar como objetivas, tales como el número de años de consumo, el número de sustancias consumidas a lo largo de la vida o la historia de tratamientos psiquiátricos o psicológicos para otros problemas. En el estudio transcultural llevado a cabo por Sobell et al. (2001) comparando autocambiadores de alcohol y otras drogas de Canadá y Suiza, se encontraron perfiles similares también en este conjunto de variables.

Sin embargo, cuando se evaluó a los sujetos en su valoración del grado de la posible dependencia previa a la sustancia que consumían, se encontraron diferencias altamente significativas entre ambos grupos, ya que los autocambiadores de Florida cumplían dos criterios más de media que los españoles. A este dato le acompaña lógicamente el hecho de que el porcentaje de dependientes entre los autocambiadores de Florida sea también claramente superior. En este sentido, los participantes del grupo de Autocambio de Florida están más cercanos al grupo de Tratamiento de España.

Este hallazgo resulta llamativo y sorprendente si se tiene en cuenta que ambos grupos de participantes responden a perfiles de gravedad de la adicción similares. Parece que aunque las variables más objetivas sean similares en ambos grupos, la percepción subjetiva que uno y otro grupo tienen de su problema adictivo pasado es distinta. Podría pensarse que los criterios DSM para la dependencia no fuesen adecuados para comparar sujetos de distintas culturas, pero algunos estudios previos

han mostrado la fiabilidad y la estabilidad de éstos a lo largo de distintas culturas (Cottler et al., 1991; Wittchen et al., 1991; Zanis, McLellan, Cacciola y Vrublevski, 1995). De todos modos, algunos trabajos con hispanohablantes han mostrado mayor presencia de trastornos relacionados con el uso de sustancias según los criterios DSM entre ciudadanos americanos, cuando se comparan con otros ciudadanos de otros países o con personas procedentes de otros países (Munoz, Koegel, Vazquez, Sanz y Burnam, 2002; Turner y Gil, 2002).

Quizás aquí se pueda hablar de diferencias culturales entre los autocambiadores de ambos países y las puntuaciones más altas en los criterios DSM para la dependencia estén motivadas por aspectos culturales, como por ejemplo, una mayor o menor tolerancia por parte del entorno con el consumo de alcohol y otras sustancias. Es bien conocido el hecho de que la cultura española es vinícola y el uso de alcohol está asociado a todo tipo de celebraciones y a la vida diaria, esto podría influir en una mayor tolerancia al uso. En este sentido, la edad mínima para consumir se sitúa en 18 (16 en Asturias) y legalmente el alcohol puede ser consumido en todo tipo de lugares. Mientras que en Estados Unidos el uso de alcohol y el de otras sustancias es mucho más restrictivo. La edad mínima de consumo se sitúa en 21 años, el uso de alcohol está restringido a determinados contextos (p.ej., bares), el consumo de drogas o alcohol mientras se conduce implica la retirada inmediata del carné de conducir y las leyes son más duras con aquellos que poseen pequeñas cantidades de drogas ilegales, y quizás el umbral para considerar un consumo problemático sea más bajo que en el caso de España.

Ante estas diferencias en la gravedad de la dependencia percibida, se analizaron cuales podrían ser los criterios para la dependencia que más diferenciasen a ambos grupos de autocambiadores y se encontró que los relacionados con aspectos sociales y con la aparición de síntomas de abstinencia eran los que diferían claramente entre ambos grupos, siendo más frecuentemente cumplidos por los participantes de Florida. La menor tolerancia social con el consumo puede estar influyendo aquí de nuevo, ya que consumos iguales en ambos grupos en uno de ellos provoca problemas sociales y psicológicos mientras que en el otro grupo no.

En este sentido, también se encontraron diferencias significativas en las variables que los autocambiadores de uno y otro país referían como razones para el

cambio y en los factores que podrían estar influyendo en el mantenimiento de la recuperación. Los autocambiadores de Florida refirieron muchas más razones para el cambio, un mayor número de acontecimientos que pudieron motivar el cambio, más presión social para el cambio, un mayor número de factores que cambiaron en su vida al abandonar o reducir el consumo y también refirieron haber usado más estrategias de afrontamiento para mantener el cambio. Estas diferencias podrían estar apoyando la hipótesis anterior, ya que si su entorno percibía que sus problemas eran graves tendrían más razones para el cambio y necesitaría de mayores cambios en su vida para lograr la recuperación y el mantenimiento de ésta a largo plazo. Además, en la línea de la menor tolerancia del consumo se encuentra el hecho de que refirieron recibir más presión para el cambio que los autocambiadores del grupo de España.

Por otro lado, otro aspecto que va en esta línea de diferencias culturales es el hecho de que los sujetos del grupo de Florida refirieron con mayor frecuencia como razón para no acudir a tratamiento el temor a la estigmatización o a ser etiquetado como alcohólico o drogodependiente, en comparación a los participantes españoles. De nuevo, es probable que este resultado esté relacionado con una menor tolerancia de la sociedad estadounidense a las personas con problemas de consumo de sustancias, que podría influir directamente en una mayor estigmatización de los problemas adictivos con el alcohol y otras sustancias.

De todos modos, estas posibles diferencias culturales se han de tomar con cautela ya que no se disponen de datos suficientes para poder afirmar que esta explicación sea la más válida para estas diferencias. El uso de instrumentos que analicen más profundamente aspectos culturales o la inclusión en la investigación de un grupo de tratados de Florida podría ayudar a confirmar o rechazar esta hipótesis de las diferencias culturales. Por otro lado, la muestra en ambos grupos es pequeña por lo que los datos se han de tomar como tendencias y no como resultados representativos de la población.

No se puede descartar que otra posible explicación a estas diferencias de puntuaciones pueda tener que ver con el propio método de reclutamiento o incluso con el hecho de que los participantes de Florida recibiesen recompensa económica por acudir a la investigación, lo cual podría haber introducido algún tipo de sesgo. En este sentido, se ha mostrado en algunos trabajos que los autocambiadores de alcohol que acuden a este tipo de investigaciones a través de los anuncios en prensa suelen exagerar

su sintomatología previa a la recuperación en comparación con los autocambiadores reclutados mediante encuestas a población general (Rumpf et al., 2000). Sin embargo, y dado que en esta investigación el mayor porcentaje de casos en ambos países fueron reclutados mediante anuncios en prensa, no parece que ésta sea la mejor explicación para entender las diferencias encontradas entre los autocambiadores de España y Florida.

La recompensa monetaria podría tener más influencia y ser un factor determinante sobre las respuestas a los instrumentos que dependen más de la percepción del propio sujeto de sus problemas pasados que del recuerdo exacto de cuál era su situación. En cualquier caso, conviene tener en cuenta esta explicación ya que en muchas otras investigaciones con autocambiadores se les ha pagado (Carballo et al., 2007) y los resultados que se encuentran no son muy diferentes de los encontrados en grupos de autocambio de nuestro estudio.

Como se ha comentado en la introducción, la gravedad de la adicción (tanto objetiva como percibida) es una variable que influye en la elección de la ruta de recuperación mediante tratamiento frente al autocambio. Si dicha variable está mediada por factores culturales, el fenómeno del autocambio en sí mismo estaría profundamente influido por el entorno cultural, y no sería enteramente homogéneo en todas las sociedades; dependería de las actitudes, creencias y costumbres en relación al uso y abuso de las drogas ilegales y el alcohol. Así que es muy posible que las actitudes y la experiencia sociales y culturales ante el cambio en las drogodependencias modelen el comportamiento individual hacia el autocambio y la recuperación natural. Se conoce la importancia del contexto social en la prevención y el tratamiento de las drogodependencias. Actualmente se está llevando a cabo una investigación en diversas ciudades europeas que trata de averiguar las distintas actitudes y creencias sociales sobre el autocambio en las drogodependencias. Sus resultados posiblemente permitan contestar directamente a la pregunta de cuál es el grado de la relación entre la percepción social del autocambio y la extensión del mismo entre las personas con consumos problemáticos. Esta investigación está siendo dirigida por el Dr. Harlad Klingemann y recibe el nombre de SINR (Imagen social de la recuperación natural en conductas adictivas).

5.3. Comparación entre tratados y no tratados de España

Se ha evaluado, en un contexto sociocultural diferente (España) al de las investigaciones realizadas hasta el momento, a un grupo de autocambiadores y a un grupo de tratados de España, en torno a variables agrupadas en tres grandes apartados, sociodemográficas, relacionadas con la adicción y relacionadas con las motivaciones para el cambio y el mantenimiento de la recuperación. A pesar de no haberse encontrado diferencias significativas en algunas variables en las que se compararon a ambos grupos de participantes, el sentido de las diferencias parece sugerir que esas diferencias son relevantes e indicarían tendencias que podrían confirmarse en muestras más amplias.

La realización de estudios con muestras más amplias con el fin de confirmar las tendencias encontradas no es una tarea sencilla. En este sentido, los problemas que se han tenido en la obtención de la muestra han sido notables. A pesar de haber utilizado diversas estrategias de captación, durante más de año y medio, el número de sujetos que se ha prestado a colaborar ha sido limitado, aunque similar al que se utiliza en otras investigaciones de este tipo (Ellingstad et al., 2006). Este hecho parece indicar más la existencia de dificultades estructurales graves en la investigación de la recuperación natural, que problemas derivados de la cultura a la que pertenecen los autocambiadores.

Además, cabe añadir que, aunque se marcó un tiempo mínimo de un año de recuperación para entrar en el estudio, la media de años empírica obtenida se sitúa en torno a los cinco años, lo que es concordante con las recomendaciones de exigir un tiempo mínimo de 5 años de recuperación para considerar estable la recuperación (Sobell, Ellingstad y Sobell, 2000).

En lo referente a las variables sociodemográficas, en la actualidad y en el momento de la recuperación, apenas se han encontrado diferencias significativas entre tratados y recuperados sin ayuda, si bien es cierto que el nivel de desempleo fue mayor entre los que solicitaban ayuda, lo cual puede estar indicando una peor situación laboral debida a la adicción o a la influencia de programas de tratamiento de internamiento que impiden el desarrollo normal de actividades de la vida social, laboral y familiar. Las variables sociodemográficas no parecen tener un papel importante a la hora de

diferenciar los determinantes que distinguen la recuperación de tratados y no tratados en la muestra recogida para este estudio.

Por otro lado, más del 55% de los sujetos que acudieron a participar en este estudio referían como problema principal el consumo pasado de alcohol. Esto podría deberse a dos posibles explicaciones: en primer lugar, que el mayor número de adictos en nuestro país lo sean del alcohol, o en segundo lugar, que en los casos de adicción a otras sustancias, los exconsumidores pretendan ocultar sus problemas y no deseen hablar de ellos, por el mayor grado de estigma asociado a esa conducta. En otras investigaciones en las que se incluyen varios tipos de autocambiadores, los que en el pasado tuvieron problemas con el alcohol representan siempre el porcentaje más alto (Koski-Jannes y Turner, 1999; McCartney, 1996).

En ambos grupos los porcentajes de sujetos que han consumido varias sustancias en la vida son muy elevados, más del 90% de los casos, siendo el alcohol la sustancia más consumida, seguido de tabaco y cannabis. A pesar del elevado policonsumo, en ambos grupos la media de sustancias consumidas a lo largo de la vida es superior en el caso de los que acudieron a tratamiento, 5,17 frente a las 3,86 de los no tratados, aunque esta diferencia no se mostró estadísticamente significativa. Este dato es completamente concordante con un mayor perfil de gravedad de la adicción en los sujetos que acuden a tratamiento, frente a los que se recuperan sin ayuda formal o grupos de autoayuda.

En este sentido, también se han encontrado diferencias en otras variables relacionadas con el consumo de alcohol y otras sustancias que apuntan en la misma dirección. La media de años de consumo de la sustancia principal fue clínicamente superior entre los que acudieron a tratamiento, lo que puede indicar un mayor deterioro debido al uso más continuado. En el caso del alcohol, a pesar de no haberse encontrado diferencias significativas en la cantidad de consumo en gramos por día, el consumo es sensiblemente superior entre los que acudieron a tratamiento. Estos dos aspectos podrían estar incidiendo también en perfiles de adicción más graves entre los que solicitaron ayuda terapéutica.

En lo referente al tipo de recuperación que se da entre los adictos, y a pesar de que la abstinencia sigue siendo la vía más común tanto en alcohol como en otras drogas,

el consumo de bajo riesgo, tal y como se ha definido anteriormente, abarca un porcentaje importante de participantes, especialmente entre los autocambiadores. La abstinencia se da en casi la totalidad de los tratados, tanto en el último año de recuperación como a lo largo de ésta. Algunos estudios han encontrado que el consumo durante las primeras fases de la recuperación es más usual entre los que no solicitan ayuda terapéutica (Tucker et al., 2002). Por otro lado, muchos de los estudios de recuperación natural del alcohol de la última década han mostrado datos similares a este hallazgo, siendo los porcentajes de consumo de bajo riesgo significativamente más altos entre los que se recuperan por sí mismos que en los que van a tratamiento (Klingemann y Sobell, 2007; Sobell et al., 1996; Sobell et al., 2000).

Es posible que la rigidez de la mayoría de los tratamientos en relación a la consecución de la abstinencia, fomenta este tipo de recuperación castigando los consumos aislados considerándolos como recaídas. En este sentido, es necesario resaltar que los autocambiadores que huyen del modelo médico en las adicciones, por considerarlo estigmatizante (Carballo et al., 2007; Sobell et al., 2000), no se encuentran gobernados por su lógica interna de considerar los problemas adictivos como trastornos crónicos que requieren, por lo tanto, un tratamiento cuyo único resultado sea la abstinencia (Fernández Hermida et al., 2007).

El porcentaje de participantes que referían haber sido dependientes en el pasado de la sustancia principal fue mayor entre los que acudieron a tratamiento frente a los que no, aunque las diferencias entre grupos no fueron significativas. Seguramente esta falta de significatividad fue debida al tamaño de la muestra pequeño, ya que la probabilidad de deberse al azar esas diferencias fue muy baja ($p = .059$). Además, los que acudieron a tratamiento cumplían un mayor número de criterios para la dependencia de la sustancia principal como se ha descrito en el apartado de resultados. Junto a esto, presentaron significativamente más problemas psicopatológicos comórbidos al problema adictivo. Todas estas características acompañadas de variables ya descritas (la situación de desempleo, el número de años consumiendo, el número de sustancias consumidas en el pasado, la cantidad de consumo y el número de años consumidos) conforman un perfil de adicción más grave entre los que acuden a tratamiento en comparación con los autocambiadores en la muestra evaluada en este estudio.

La descripción detallada de perfiles adictivos es quizás el avance más novedoso de este estudio, atendiendo a las recomendaciones para la mejora de estos estudios. Al igual que en estudios previos se ha encontrado que los perfiles adictivos más graves son más frecuentes entre los participantes que acuden a tratamiento o grupo de autoayuda (Bischof et al., 2002; Cunningham et al., 2000; Chitwood y Morningstar, 1985; Ellingstad et al., 2006; Sobell et al., 1996; Sobell et al., 2000; Sobell, Klingemann et al., 2001; Weisner, Matzger y Kaskutas, 2003).

Por otro lado, se llevó a cabo un análisis de regresión logística con la intención de evaluar el poder predictivo de las variables relacionadas con la gravedad de la adicción sobre la asistencia o no a tratamiento. Los resultados de este análisis confirmaron que la presencia de un patrón adictivo más grave clasifica a los participantes en el grupo de tratamiento. Estas variables se han mostrado como buenas predictoras de la asistencia a tratamiento, aunque en ambos grupos existen también un pequeño porcentaje de casos que responden a perfiles menos graves en el caso de los tratados y más graves en el de los autocambiadores.

La asistencia a tratamiento estuvo asociada con un mayor número de estrategias de afrontamiento. La adopción de guías de actuación para la prevención de recaídas (Marlatt y George, 1984) como parte integrante de los tratamientos puede ser una explicación de que hayan aparecido diferencias significativas en esta variable. Otra explicación de estas diferencias es que al verse afectadas más áreas de la vida en los sujetos que van a tratamiento, el número de estrategias para el mantenimiento necesarias para conservar un buen funcionamiento sea mayor.

La evidencia científica en el campo de la recuperación natural muestra que el apoyo y la presión familiar son un elemento influyente y decisivo en la puesta en marcha y el mantenimiento del cambio tanto en tratados como en no tratados (Rumpf, Bischof, Hapke, Meyer y John, 2002). Sin embargo, se han encontrado unos niveles mayores de presión y apoyo social y familiar entre los que acuden a algún tipo de servicio terapéutico (Bischof et al., 2000, 2002; Tucker et al., 2004). Los resultados de este estudio concuerdan con estos hallazgos, en ambos grupos aparece la presión y el apoyo social como factores importantes en el cambio y el mantenimiento, pero en mayor intensidad entre los que acudieron a tratamiento.

En este estudio los sujetos que acuden a tratamiento refieren significativamente haber recibido más apoyo en el mantenimiento, además de un mayor número de mejoras tanto en su vida familiar como con los amigos como factor que les ayuda a mantener la recuperación. Por otro lado y relacionado con este aspecto, los participantes que asistieron a tratamiento refirieron más razones para dejar de consumir relacionadas con su entorno familiar y social mientras que los autocambiadores refirieron más razones relacionadas con la salud y el autocontrol. A la vista de estos datos parece que la motivación para el cambio de los tratados sería extrínseca frente a la intrínseca en los autocambiadores. Una vez más, todos estos datos parecen apuntar a una mayor gravedad del trastorno adictivo de los que van a tratamiento, que es la hipótesis más plausible, aunque también podría interpretarse que el entorno de estos sujetos puede ser menos tolerante o más sensible a los problemas originados por la adicción.

Por último, se ha de señalar la similitud entre los datos obtenidos en esta comparación entre autocambiadores y tratados de España y los encontrados en investigaciones previas en otras culturas. Esta semejanza en los resultados podría estar relacionada con aspectos como los patrones adictivos, que pueden ser similares en ambas culturas o entendidos de forma similar en función de criterios unificados como son los de DSM-IV-TR. En esta línea, quizás los determinantes psicológicos que influyen sobre la recuperación natural sean universales, culturalmente hablando, al menos entre las culturas occidentales que son donde han tenido lugar la mayoría de estas investigaciones. De todos modos, son aún pocas las investigaciones que han tratado de abordar este aspecto (Sobell, Klingemann et al., 2001). Más estudios que incluyan autocambiadores pertenecientes a distintas culturas con muestras más amplias podrían ayudar a confirmar o desmentir la universalidad de este fenómeno.

5.4. Comparación entre Autocambiadores de Alcohol y Drogas ilegales

Otro de los objetivos de esta Tesis fue analizar las posibles diferencias entre un grupo de autocambiadores de alcohol y otro de autocambiadores de drogas ilegales extraídos de una muestra de hispanohablantes. Ambos grupos fueron comparados en variables relacionadas con los antecedentes y los consecuentes del proceso de recuperación. Los resultados encontrados indican diferencias en el perfil de consumo previo de las sustancias. Se encuentran, sin embargo, menos resultados significativos vinculados al proceso de cambio y a las estrategias de mantenimiento utilizadas en ambos grupos.

Se han encontrado diferencias relevantes e importantes entre ambos grupos de autocambiadores en un buen número de variables, pero éstas no se mostraron estadísticamente significativas, en gran medida por el escaso tamaño de la muestra de cada uno de los grupos y por el fuerte control estadístico al que fueron sometidos los niveles de significación, mediante el ajuste de Bonferroni, con el fin de reducir al mínimo los falsos positivos. De todos modos, en este apartado se discutirán algunas de esas diferencias no significativas debido a su relevancia clínica teniendo en cuenta que los resultados de estas comparaciones probablemente podrían ser confirmados en muestras más amplias.

Ambos grupos responden a características sociodemográficas similares encontrándose únicamente diferencias importantes, aunque no significativas, en la edad y el estado civil en el momento del cambio y de la recuperación. El grupo de autocambiadores de alcohol tiene una media de edad más alta tanto en el momento del cambio como de la entrevista. También existe un mayor número de sujetos casados en este grupo en ambos momentos. Una posible explicación de este fenómeno es que los adictos a sustancias ilegales son más jóvenes porque los consumos de estas sustancias se inician en la adolescencia (Plan Nacional Sobre Drogas, 2007) y parece que en el paso a la edad adulta estos consumos podrían disminuir (Vik, Cellucci y Ivers, 2003).

El hecho de que exista un mayor porcentaje de casados en el grupo de alcohol también podría tener que ver con que los sujetos con problemas de alcohol tengan una red social más estructurada que los sujetos con problemas de drogas ilegales. Estas

diferencias también son concordantes con que la media de años de consumo de la sustancia principal entre los autocambiadores de alcohol es significativamente superior que la de los autocambiadores de drogas ilegales.

El grupo de autocambiadores de drogas ilegales presentó un perfil adictivo más grave que el grupo de autocambiadores de alcohol, ya que se encontraron diferencias significativas en variables como el policonsumo y diferencias importantes aunque no significativas en el número de sujetos dependientes y en la media de criterios de dependencia.

Los autocambiadores del grupo de drogas ilegales cumplen un criterio de dependencia más de media que los del grupo de alcohol. Por otro lado, y en relación con esto, los sujetos del grupo de autocambio de drogas ilegales presentan patrones de policonsumo superiores con una media de 5 sustancias consumidas además de la principal frente a las casi 3 del grupo de autocambio de alcohol. Estos perfiles más graves en las adicciones a sustancias ilegales son habituales, debido a las condiciones particulares que aparecen asociadas al consumo de estas sustancias, como son el policonsumo o la marginalidad debida a la situación de ilegalidad de estas drogas, frente al caso del alcohol que es una sustancia legal y con una alta aceptación social (Carballo et al., en prensa). Hasta el momento, en los estudios que comparan entre autocambiadores de varias sustancias no se había tenido en cuenta las posibles diferencias en el perfil de gravedad de la adicción previo al abandono (Cunningham, 1999; Cunningham et al., 1999; Koski-Jannes y Turner, 1999).

En cuanto a las variables relacionadas con la puesta en marcha y mantenimiento del proceso de autocambio, no se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos. Aun en ausencia de diferencias significativas los autocambiadores del grupo de alcohol tienden a referir más razones relacionadas con la presión social para abandonar el consumo, mientras que los del grupo de drogas ilegales tienden a puntuar más alto en temas de salud y autocontrol. En el caso de los factores de mantenimiento ocurren resultados similares, siendo en el grupo de alcohol más frecuentes, los factores relacionados con el apoyo social y en el caso de las drogas ilegales, la salud, el autocontrol y los cambios en el estilo de vida. De todos modos, ninguna de estas diferencias se ha mostrado estadísticamente significativa y, por tanto,

se han de como tendencias de la respuesta que habría que confirmar en estudios posteriores.

Las razones relacionadas con la presión y el apoyo social juegan un papel muy importante en el autocambio del alcohol (Bischof et al., 2000, 2001). El daño físico ocasionado por el consumo de drogas ilegales en muchos casos adulteradas y la pérdida de control ocasionado por estas podrían ser una explicación de estas diferencias, mientras que en el caso del alcohol una red social más estable podría estar actuando como mecanismo de presión para el abandono y el mantenimiento de la recuperación.

Por otro lado, aunque no se encontraron diferencias significativas en las estrategias para el mantenimiento del cambio, en el grupo de autocambio de drogas ilegales la evitación es más frecuente que entre los sujetos del grupo de alcohol. Estas diferencias son similares a los datos encontrados en estudios previos de autocambio (Koski-Jannes y Turner, 1999). La evitación como estrategia de mantenimiento parece más difícil de usar por los autocambiadores de alcohol, ya que el alcohol está presente en muchos lugares y situaciones, por lo que han de ser otras estrategias las que el sujeto utilice para reducir o abandonar el consumo. Sin embargo, en el caso de las drogas ilegales, la evitación parece una actividad más eficaz ya que el consumo de estas sustancias está asociado a unas situaciones y contextos más particulares y cerrados. El grupo de autocambiadores de alcohol refiere mayor uso de pensamiento positivo y distracción como estrategias de afrontamiento, estrategias que parecen más útiles para un contexto permisivo con el consumo de alcohol.

Por último, se encontraron diferencias relevantes en una de las razones para no solicitar ayuda formal entre ambos grupos de autocambiadores. Los participantes del grupo de drogas ilegales refieren con mayor frecuencia, el miedo al estigma o a ser etiquetados como motivación para recuperarse por sí mismos sin acudir a tratamiento formal o grupo de autoayuda. Quizás de nuevo la menor aceptación por parte de la sociedad del consumo de drogas ilegales, vinculado frecuentemente con la marginalidad y la delincuencia, pueda ser una buena explicación para estas diferencias entre ambos grupos.

A pesar de todo, son pocos los estudios comparativos entre autocambiadores de alcohol y otras sustancias, e incluso son pocos los estudios de autocambio en drogas

ilegales, por lo que son necesarios más trabajos que permitan analizar la posible universalidad del fenómeno de la recuperación natural y sus características en todas las adicciones.

En este trabajo se encontraron algunas diferencias en el proceso de recuperación y en el perfil de gravedad de la adicción que han de ser confirmadas con más estudios que comparen ambos grupos de recuperados. Estas diferencias podrían implementarse en actividades terapéuticas distintas en función de la sustancia problema, apoyándose, por ejemplo, en las diferentes motivaciones para el cambio o en las estrategias que más usan unos y otros con el fin de mantener su recuperación. La intensidad y la orientación de las intervenciones en las distintas áreas afectadas por los trastornos adictivos podrían ser diferentes en función de la sustancia adictiva principal.

5.5. Efectividad y eficiencia de las estrategias de reclutamiento de Autocambiadores

El último objetivo de esta Tesis era analizar la efectividad y eficiencia de 5 estrategias de reclutamiento para captar autocambiadores hispanohablantes de alcohol y otras drogas en España y en Estados Unidos. Este tipo de análisis podría ayudar a futuros investigadores a la hora de seleccionar la estrategia más conveniente para el reclutamiento de autocambiadores y también puede servir para la mejora del proceso de captación de este tipo de participantes.

En términos de efectividad, los anuncios en prensa escrita se mostraron como los más útiles ya que sirvieron para reclutar a 36 de los 54 participantes. En segundo lugar se situaron los carteles con 12 participantes. Una posible explicación de este hecho tiene que ver con la difusión de cada estrategia, entendiendo por difusión el número de personas a las que cada una ha llegado. Quizás los anuncios en prensa hayan llegado a un porcentaje superior de sujetos que el resto de estrategias, pero es casi imposible estimar cuantos de los lectores de esos periódicos leyeron esos anuncios y lo que es más importante, cuántos de ellos podrían haber participado en la investigación. De este mismo modo, la estimación de a cuantas personas llegaron las otras estrategias es también una tarea muy compleja.

Resulta de difícil explicación el bajo éxito de otras estrategias, como la solicitud de ayuda a los médicos de atención primaria, ya que esta estrategia se había mostrado útil en estudios previos, con más de 100 sujetos autocambiadores reclutados (Brown et al., 2000). En el presente estudio, el fracaso de la estrategia relacionada con los centros de atención primaria parece haber respondido a causas ajenas a la propia investigación, como por ejemplo, la posible falta de motivación de los profesionales sanitarios y el escaso tiempo que disponen con cada paciente.

Por otro lado, a pesar de que la estrategia de medios de comunicación fue muy similar a la de los anuncios en prensa, los anuncios sirvieron para el reclutamiento de más participantes. Quizás esto haya estado relacionado con la presentación de cada uno, siendo la de los anuncios más llamativa para los lectores, mientras que el diseño de las entrevistas que aparecieron escritas en forma de noticia puede ser menos atractivo.

El aspecto más importante de este apartado fue analizar la eficiencia económica y temporal de estas estrategias. El gasto económico total para la tarea de reclutamiento supuso una parte muy importante del presupuesto total del proyecto de investigación que se llevó a cabo. Todo este gasto económico no se ha correspondido con la captación de una muestra amplia, situándose el gasto por participante reclutado en casi 200€.

El mayor gasto se produjo en los anuncios en prensa escrita. Este gasto contribuyó a captar más sujetos, sin embargo, el coste por sujeto fue bastante superior al de otras estrategias como la técnica bola de nieve y los carteles que económicamente se muestran como los más eficientes, situándose el gasto por sujeto en 0€ y 68,29€ respectivamente. La efectividad de los anuncios y el alto coste de los participantes reclutados no es un dato nuevo, sino que ya ha sido descrito en la literatura sobre reclutamiento de participantes (Bjornson-Benson et al., 1993; Hurley et al., 1992; Sorocco et al., 2006).

El coste de cada sujeto en el caso de los medios de comunicación y de los centros sanitarios fue excesivo, debido al bajo número de sujetos reclutados en proporción al gasto que implicó cada una de ellas. En el caso de que se hubiesen reclutado un número aceptable de participantes, estas estrategias serían también más eficientes que los propios anuncios, ya que el coste es mucho menor.

A pesar de que se estuvieron implementando estas estrategias durante un total de 95 semanas el número de sujetos reclutados por semana es muy bajo, siendo inferior a 1. En este caso los anuncios se muestran como los más eficientes en comparación al resto de estrategias. Este resultado puede estar relacionado de nuevo con el número de personas a las que llega frente al resto de estrategias y a la rapidez con la que este llega, ya que cada anuncio tuvo una duración media de solamente una semana. Otras estrategias como por ejemplo los carteles, pueden estar reclutando durante todo el período que estén colocados en un lugar determinado, por lo que el número de casos se dispersa mucho temporalmente.

En definitiva, a pesar de que los anuncios se hayan mostrado como la estrategia más rentable en términos de tiempo, la eficacia y eficiencia de estas estrategias han sido muy bajas en nuestro estudio, puesto que se reclutó un bajo número de sujetos

reclutados durante las 95 semanas destinadas a esta tarea en el que se invirtió gran cantidad de dinero.

Lógicamente, se debería trabajar en la búsqueda de nuevas estrategias y en la mejora de las ya existentes, ya que los altos porcentajes que se estiman de autocambiadores (Cunningham, 1999; Dawson et al., 2005; Hasin y Grant, 1995; Sobell et al., 1996) indican que los problemas de acceso a ellos pueden estar en gran medida en las estrategias utilizadas. Por ejemplo, la colaboración activa de los médicos de atención primaria podría ayudar al reclutamiento de autocambiadores (Brown et al., 2000), ya que estos disponen de bases de datos donde se podrían encontrar este tipo de casos al igual que se hace en otras investigaciones donde sí están más implicados (Cross et al., 2003). Algunas investigaciones han tratado de mejorar la colaboración de los profesionales sanitarios encontrando, por ejemplo, que el envío frecuente de emails recordatorios a los médicos fomenta su participación en la tarea de reclutamiento (Abdolrasulnia et al., 2004).

La realización de encuestas de autocambio en población hispanohablante podría ayudar a mejorar la captación de este tipo de participantes como se muestra en los principales estudios de autocambio con población de habla inglesa (Klingemann y Sobell, 2007) siendo una de las estrategias de reclutamiento más usada (Carballo et al., 2007; Sobell et al., 2000). Por otro lado, el uso de las nuevas tecnologías podría ser otra estrategia que aumentase el porcentaje de casos reclutados como ocurre en otras áreas de investigación en conductas adictivas (Koo y Skinner, 2005; McClure et al., 2006; Park et al., 2007).

Por tanto, se ha de destacar la necesidad de llevar a cabo nuevos estudios con muestras más amplias que analicen las limitaciones, la efectividad y la eficiencia de estas estrategias. Estos aspectos deberían ser centrales a la hora de diseñar y poner en marcha tareas de reclutamiento, aspecto central en toda investigación, con el fin de optimizar las investigaciones en este campo, mejorando también la validez de estas muestras.

5.6. Conclusiones generales

En este apartado se recogen las conclusiones generales que se pueden extraer de las distintas comparaciones que se han llevado a cabo con el fin de cumplir los objetivos propuestos para la realización de esta Tesis.

- 1) Las características y los determinantes que definen a los autocambiadores incluidos en este estudio son muy similares a los que los investigadores que trabajan en el campo de la recuperación natural de las conductas adictivas han encontrado en estudios previos, en otros países y culturas. Quizás el proceso de autocambio sea similar en líneas generales a lo largo de las distintas culturas con pequeñas variaciones en aspectos como los patrones de consumo (p. ej., uso del alcohol en culturas típicamente vitivinícolas como la española frente a culturas anglosajonas donde el uso de cerveza y licores podría ser más frecuente) o la frecuencia con la que aparece en cada una de ellas.
- 2) En línea con la conclusión anterior, podría pensarse que algunos factores culturales pueden determinar como los autocambiadores perciben la gravedad de su historia de uso de sustancias previo a la recuperación y las razones y factores que influyen en la puesta en marcha del cambio y el mantenimiento de éste. En este sentido, se encontraron diferencias entre los autocambiadores españoles reclutados en España y los reclutados en los Estados Unidos que podrían tener su explicación en la menor tolerancia de la cultura norteamericana al consumo de alcohol y otras sustancias. En ausencia de datos objetivos que diferencien a ambos tipos de autocambiadores, parece que los autocambiadores norteamericanos perciben su historia de uso como más grave y presentan una mayor necesidad de cambios en su vida que les lleva a abandonar o reducir el consumo. De todos modos, esta es solo una hipótesis que habría que confirmaren futuros estudios.
- 3) La historia de uso de sustancias y la gravedad de la adicción previa al proceso de recuperación parecen tener un papel central en la asistencia o no a tratamiento. A pesar de que en algunos casos, la gravedad de la adicción no

es el aspecto central que condiciona la asistencia a tratamiento, la probabilidad de que un sujeto con problemas de adicción graves acuda a tratamiento es mayor que la de otro con problemas menos graves. Los problemas adictivos más graves están definidos por el cumplimiento de más criterios de dependencia, policonsumo, comorbilidad psicopatológica, y, en definitiva, un mayor número de consecuencias negativas asociadas al consumo. Esto es similar a lo que se ha descrito anteriormente a lo largo de toda la literatura sobre este fenómeno (Bischof et al., 2002; Cunningham et al., 2000; Chitwood y Morningstar, 1985; Ellingstad et al., 2006; Sobell et al., 1996; Sobell et al., 2000; Sobell, Klingemann et al., 2001; Weisner et al., 2003).

- 4) El proceso de autocambio parece ser bastante similar entre los adictos a diferentes sustancias, aunque a pesar de que parece existir una mayor gravedad entre los adictos a drogas ilegales. Los determinantes que condicionan la puesta en marcha y el mantenimiento de la recuperación sin ayuda terapéutica son esencialmente los mismos. De todos modos, se han de tener en cuenta las pequeñas diferencias entre los distintos tipos de autocambiadores, ya que a la hora de implementar mejoras en los tratamientos para cada conducta adictiva pueden ser decisivas, como por ejemplo, el hecho de que estrategias de afrontamiento como la evitación pueda ser más útil en el tratamiento la adicción en la drogas ilegales.
- 5) Por último, queda pendiente un análisis más profundo de cuáles serían las estrategias más efectivas y eficientes para la búsqueda de autocambiadores hispanohablantes, ya que se ha mostrado como una tarea muy costosa y complicada. Las estrategias más utilizadas en los estudios previos se han mostrado como las más efectivas y eficientes (p. ej., anuncios en prensa) en comparación con otras menos usadas (p. ej., médicos de atención primaria). Sin embargo, el coste de estas estrategias y los porcentajes de reclutamiento hacen que este tipo de investigaciones en población hispanohablante pierdan consistencia y viabilidad.

5.7. Limitaciones de la investigación

Las limitaciones con las que se ha encontrado este estudio no son nuevas en el campo de la recuperación natural de las conductas adictivas, pero si es cierto que se han intentado superar algunas de ellas (p.ej., mejor descripción del perfil adictivo) y otras se han visto incrementadas (p.ej., tamaño de la muestra).

- 1) El sesgo que puede existir en la información causado por el recuerdo de los participantes en el estudio es frecuente en los diseños retrospectivos. Esta limitación es una de las más frecuentemente descritas en este campo de investigación (Carballo et al., 2007). La información que los participantes proporcionan sobre su etapa de consumo pasada y sobre su recuperación podría estar alterada en función del éxito que el sujeto haya tenido. Así por ejemplo, mientras que algunos participantes podrían infravalorar sus problemas previos debido a la facilidad con la que los superaron, otros podrían sobrevalorarlos en función la dificultad que tuvieron para recuperarse o incluso de las escasas mejoras en su vida una vez producido el cambio. De todas formas, los datos de esta Tesis son coincidentes con los obtenidos en investigaciones previas por lo que parece que este sesgo no ha afectado en mayor medida de lo que lo podría haber hecho en otros estudios.
- 2) Otra limitación de este estudio es que no se usaron informaciones de colaterales, ya que muchos de los participantes no querían que sus familiares o amigos conociesen la situación por la que habían pasado. El uso de colaterales se ha encontrado en otros trabajos y se ha demostrado que la información que proviene de los autocambiadores es veraz, ya que usualmente es confirmada por personas de su entorno más próximo (Bischof et al., 2000, 2002; Bischof et al., 2005; Rumpf et al., 2000; Tucker et al., 2002; Tucker et al., 2004). En este sentido, los autoinformes que proporcionan los pacientes con problemas adictivos también se han mostrado como válidos y fiables en otras investigaciones (Secades Villa y Fernández Hermida, 2003).
- 3) El tamaño de la muestra es sin duda la mayor limitación con la que se ha encontrado esta investigación. El reclutamiento ha sido una tarea muy

costosa y complicada lo cual ha podido estar motivado porque las personas que se recuperan sin ayuda tratan de hacerlo sin que nadie se entere o con el apoyo de las personas más cercanas. Esto también es una de las razones por la que no acuden a tratamiento o a un grupo de autoayuda. Esta limitación puede incidir en la generalización de los resultados, y por ello, éstos han sido considerados en todo momento como tendencias cuya generalización debería ser confirmada. De todos modos, el tamaño reducido de las muestras es habitual en este tipo de estudios (Ellingstad et al., 2006). De nuevo la similitud con los resultados de investigaciones anteriores podría estar indicando que las conclusiones de esta Tesis van en la línea acertada.

- 4) En el caso de los autocambiadores de Florida el pago por la colaboración podría haber provocado un sesgo en la información que proporcionaron. Quizás la recompensa económica les haya hecho exagerar sobre sus problemas adictivos, pero a la vista de los resultados, la explicación cultural podría ser más plausible. En este sentido, el sesgo de exageración de la gravedad del problema previo a la recuperación de los autocambiadores reclutados mediante anuncios en prensa descrito por Rumpf et al. (2000) podría haber actuado sobre los participantes de Florida, aunque solo sería aplicable a la percepción subjetiva de los problemas pasados, ya que en variables más objetivas, como el policonsumo o el número de años de consumo, las respuestas son similares a los autocambiadores españoles y a los de otras culturas. Se necesitaría un mayor número de participantes reclutados mediante otras estrategias con el fin de analizar posibles diferencias en función del método de captación. Este sesgo no parece ocurrir entre los reclutados en España, ya que difieren bastante de los sujetos en tratamiento.

5.8. Líneas futuras de investigación del fenómeno de la recuperación natural de las conductas adictivas.

En este último apartado se aportan algunas orientaciones para la realización de nuevos estudios sobre el fenómeno de la recuperación natural de las conductas adictivas que ayuden a comprenderlo mejor y a superar las limitaciones con las que hasta el momento se ha encontrado esta área de investigación:

- 1) La primera tiene que ver con el uso de diseños prospectivos en la investigación del proceso de autocambio de las conductas adictivas. Hasta la actualidad, la mayoría de los estudios han utilizado diseños retrospectivos que, como ya se ha comentado, tienen ciertas limitaciones. El uso de diseños prospectivos podría ayudar al mejor entendimiento de la recuperación natural así como a confirmar los hallazgos que se han encontrado hasta el día de hoy. Estos diseños consistirían en evaluaciones a lo largo de varios momentos distintos de personas con problemas de adicción. Esto facilitaría información valiosa y menos sesgada de cuáles son las circunstancias y los determinantes que inciden sobre el proceso de autocambio. De todos modos, se ha de tener en cuenta que la implementación de estos tipos de diseños en esta área de trabajo cuenta con dificultades muy difíciles de solventar.
- 2) En esta misma línea, se debería trabajar en superar las limitaciones metodológicas de los que los estudios de recuperación natural adolecen. Tales como los pequeños tamaños de la muestra y los sesgos derivados de la captación.
- 3) Por otro lado, se deberían realizar más estudios en culturas y países no anglosajones, que ayudasen a confirmar o rechazar los hallazgos de esta investigación que hasta el momento es la única que se ha llevado a cabo en población hispanohablante. En este sentido, a la vista de los resultados al comparar autocambiadores españoles y norteamericanos podría ser útil incluir un grupo de sujetos tratados de Florida que ayudase a comprender mejor las posibles diferencias culturales. También podrían ser útiles encuestas dirigidas a la población general, ya que cumplirían con dos objetivos fundamentales: por un lado, estimar la prevalencia de este

fenómeno y comparar las tasas con las previamente encontradas en otros países; y por otro lado, servirían como una estrategia de captación para participar en estudios más amplios.

- 4) En cuarto lugar, es recomendable que se continúen llevando a cabo investigaciones transculturales que se centren específicamente en el análisis de los aspectos de cada cultura que pueden determinar el proceso de autocambio. Por ejemplo, en esta Tesis se ha planteado la hipótesis de que la tolerancia de cada sociedad hacia el consumo de drogas puede determinar diferencias en el proceso de autocambio y en la percepción de la gravedad del problema. En este sentido, se hace necesario el desarrollo de nuevos instrumentos que evalúen estos aspectos culturales.
- 5) Se necesita un mayor número de estudios que traten de analizar la recuperación natural de las distintas conductas adictivas. Como ya se ha comentado, son muy pocos los estudios que comparan entre adicciones y la mayoría se centran en el caso del alcohol. Las implicaciones de los resultados que se encuentren en estas investigaciones pueden ser muy útiles de cara a la mejora de los tratamientos existentes para cada una de las adicciones o para entender mejor cada uno de los procesos adictivos en función de la sustancia utilizada.
- 6) Analizadas las dificultades que tiene el reclutamiento de autocambiadores, se debería seguir trabajando en el análisis de la efectividad y la eficiencia de las estrategias de reclutamiento con el objetivo de optimizar las tareas de captación de autocambiadores. Como ya se ha comentado, la realización de encuestas o la utilización de alternativas como internet podrían también ayudar en la tarea de reclutamiento.
- 7) Por último, el estudio de la recuperación natural en conductas adictivas puede ayudar en el diseño de estrategias que motiven y ayuden a recuperarse a aquellos que no quieren o no pueden ajustarse a los programas de tratamiento de adicciones al uso. Este tipo de estrategias, como ya se ha comentado en el apartado de *Introducción*, han dado lugar a la creación de programas de intervención que refieren el nombre de promoción del

autocambio o autocambio dirigido. Un ejemplo de estos programas es la *Guided Self-change Clinic* dirigida por los Doctores Sobell en la Nova Southeastern University. La promoción del autocambio puede ser útil como estrategia preventiva en grupos de población que se encuentran en fases iniciales de las adicciones, donde el tratamiento puede no ser o no es considerado necesario por parte de los consumidores. Un ejemplo de estas poblaciones serían los jóvenes, en los que los atracones de alcohol los fines de semana, y el consumo de tabaco y cannabis son frecuentes (Plan Nacional Sobre Drogas, 2007). La implementación de esta estrategia de cambio en este tipo de población podría ayudar a prevenir la progresión hacia patrones de consumo de mayor gravedad.

6. REFERENCIAS

- Abdolrasulnia, M., Collins, B. C., Casebeer, L., Wall, T., Spettell, C., Ray, M. N., Weissman, N. W., y Allison, J. J. (2004). Using email reminders to engage physicians in an Internet-based CME intervention. *BMC Medical Education*, 4, 17.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV-TR (Text Revision)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Babor, T. F., Grant, M., Acuda, W., Burns, F. H., Campillo, C., Del Boca, F. K., Hodgson, R., Ivanets, N. N., Lukomskya, M., Machona, M., y et al. (1994). A randomized clinical trial of brief interventions in primary care: summary of a WHO project. *Addiction*, 89(6), 657-660.
- Bischof, G., Rumpf, H. J., Hapke, U., Meyer, C., y John, U. (2000). Gender differences in natural recovery from alcohol dependence. *Journal of Studies on Alcohol*, 61(6), 783-786.
- Bischof, G., Rumpf, H. J., Hapke, U., Meyer, C., y John, U. (2000). Maintenance factors of recovery from alcohol dependence in treated and untreated individuals. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 24(12), 1773-1777.
- Bischof, G., Rumpf, H. J., Hapke, U., Meyer, C., y John, U. (2001). Factors influencing remission from alcohol dependence without formal help in a representative population sample. *Addiction*, 96(9), 1327-1336.
- Bischof, G., Rumpf, H. J., Hapke, U., Meyer, C., y John, U. (2002). Remission from alcohol dependence without help: how restrictive should our definition of treatment be? *Journal of Studies on Alcohol*, 63(2), 229-236.

- Bischof, G., Rumpf, H. J., Hapke, U., Meyer, C., y John, U. (2003). Types of natural recovery from alcohol dependence: A cluster analytic approach. *Addiction*, 98(12), 1737-1746.
- Bischof, G., Rumpf, H. J., Meyer, C., Hapke, U., y John, U. (2005). Influence of psychiatric comorbidity in alcohol-dependent subjects in a representative population survey on treatment utilization and natural recovery. *Addiction*, 100(3), 405-413.
- Bjornson-Benson, W. M., Stibolt, T. B., Manske, K. A., Zavela, K. J., Youtsey, D. J., y Buist, A. S. (1993). Monitoring recruitment effectiveness and cost in a clinical trial. *Controlled Clinical Trials*, 14(2), 52-67.
- Blomqvist, J. (1999). Treated and untreated recovery from alcohol misuse: environmental influences and perceived reasons for change. *Substance Use & Misuse*, 34(10), 1371-1406.
- Blomqvist, J. (2002). A comparison of resolutions of alcohol and drug problems. *Addiction Research & Theory*, 10(2), 119-158.
- Brown, R. L., Saunders, L. A., Bobula, J. A., y Lauster, M. H. (2000). Remission of alcohol disorders in primary care patients. Does diagnosis matter? *Journal of Family Practice*, 49(6), 522-528.
- Burman, S. (1997). The challenge of sobriety: natural recovery without treatment and self-help groups. *Journal of Substance Abuse*, 9, 41-61.
- Burt Associates. (1967). *Drug treatment in New Cork City and Washington DC: Follow-up studies*: NIDA.
- Cahalan, D. (1970). *Problem Drinkers: a National Survey*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Cahalan, D., Cisin, I. H., y Crossley, H. M. (1969). *American Drinking Practices*. New Brunswick, NJ: Rutgers Center of Alcohol Studies.

- Cahalan, D., y Room, R. (1974). *Problem Drinking Among American Men*. New Brunswick, NJ: Rutgers Center of Alcohol Studies.
- Canino, G., Bravo, M., Ramirez, R., Febo, V. E., Rubio-Stipec, M., Fernandez, R. L., y Hasin, D. (1999). The Spanish Alcohol Use Disorder and Associated Disabilities Interview Schedule (AUDADIS): reliability and concordance with clinical diagnoses in a Hispanic population. *Journal on Studies of Alcohol*, 60(6), 790-799.
- Carballo Crespo, J. L., Secades Villa, R., Fernández Hermida, J. R., García Rodríguez, O., y Sobell, L. C. (2005). Recuperación de los problemas de juego patológico con y sin tratamiento. *Salud y Drogas*, 4, 61-78.
- Carballo, J. L., Fernández-Hermida, J. R., Secades-Villa, R., García-Rodríguez, O., Errasti-Pérez, J. M., Alhalabí-Díaz, S., y Espada, J. P. (en prensa). Recuperación natural del abuso de alcohol y drogas ilegales en una muestra española. *International Journal of Clinical and Health Psychology*.
- Carballo, J. L., Fernández-Hermida, J. R., Secades-Villa, R., Sobell, L., Dum, M., y García-Rodríguez, O. (2007). Natural recovery from alcohol and drug problems: A methodological review of the literature from 1999 through 2005. En H. Klingemann & L. Sobell (Eds.), *Promoting self-change from problem substance use: Practical implications for policy, prevention, and treatment*. London: Springer Verlag.
- Casas, M., Duro, P., y Pinet, C. (2006). Otras Drogodependencias. En J. Vallejo Ruiloba (Ed.), *Introducción a la Psicopatología y a la Psiquiatría* (pp. 620). Barcelona: Masson S.A.
- Clark, W. B. (1976). Lost of control, heavy drinking, and drinking problems in a longitudinal study. *Journal of Studies on Alcohol*, 37, 1256-1290.
- Clark, W. B., y Cahalan, D. (1976). Changes in problem drinking over a four-year span. *Addictive Behaviors*, 1, 251-260.

- Cottler, L. B., Robins, L. N., Grant, B. F., Blaine, J., Towle, L. H., Wittchen, H. U., y Sartorius, N. (1991). The CIDI-core substance abuse and dependence questions: cross-cultural and nosological issues. The WHO/ADAMHA Field Trial. *British Journal of Psychiatry*, 159, 653-658.
- Cross, P. L., Parsons, S., y Letley, L. (2003). Recruitment strategies for research. *British Journal of General Practice*, 53(492), 568.
- Cunningham, J. A. (1999). Untreated remissions from drug use: the predominant pathway. *Addictive Behaviors*, 24(2), 267-270.
- Cunningham, J. A., Koski-Jannes, A., y Toneatto, T. (1999). Why do people stop their drug use? Results from a general population sample. *Contemporary Drug Problems*, 26, 695-710.
- Cunningham, J. A., Lin, E., Ross, H. E., y Walsh, W. E. (2000). Factors associated with untreated remissions from alcohol abuse or dependence. *Addictive Behaviors*, 25(2), 317-321.
- Curry, S. J., Grothaus, L., y McBride, C. (1997). Reasons for quitting: intrinsic and extrinsic motivation for smoking cessation in a population-based sample of smokers. *Addictive Behaviors*, 22(6), 727-739.
- Curry, S. J., Wagner, E. H., y Grothaus, L. C. (1990). Intrinsic and extrinsic motivation for smoking cessation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 310-316.
- Curry, S. J., Wagner, E. H., y Grothaus, L. C. (1991). Evaluation of intrinsic and extrinsic motivation interventions with a self-help smoking cessation program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(318-324).
- Chitwood, D. D., y Morningstar, P. C. (1985). Factors which differentiate cocaine users in treatment from nontreatment users. *International Journal of the Addictions*, 20(3), 449-459.

- Chitwood, D. D., y Morningstar, P. C. (1985). Factors Which Differentiate Cocaine Users in Treatment from Nontreatment Users. *The International Journal of the Addictions*, 20, 455-459.
- Dawson, D. A., Grant, B. F., Stinson, F. S., Chou, P. S., Huang, B., y Ruan, W. J. (2005). Recovery from DSM-IV alcohol dependence: United States, 2001-2002. *Addiction*, 100(3), 281-292.
- Denker, R. (1946). Results of treatment of psychoneuroses by the general practitioner. A follow-up study of 500 cases. *New York State Journal of Medicine*, 46, 2164-2166.
- Ellingstad, T. P., Sobell, L. C., Sobell, M. B., Eickleberry, L., y Golden, C. J. (2006). Self-change: A pathway to cannabis abuse resolution. *Addictive Behaviors*, 31(3), 519-530.
- Eysenck, H. J. (1952). The effects of psychotherapy: an evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16(5), 319-324.
- Eysenck, H. J. (1965). The effects of psychotherapy. Discussions. *International Journal of Psychiatry*, 47, 317-325.
- Eysenck, H. J. (1969). Relapse and symptom substitution after different types of psychotherapy. *Behavior research and therapy*, 7(3), 283-287.
- Eysenck, H. J., y Beech, R. (1971). Counterconditioning and related methods En A. Bergin & S. Garfield (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior*. New York: Wiley.
- Fernández Hermida, J. R., Carballo Crespo, J. L., Secades Villa, R., y García Rodríguez, O. (2007). Modelos teóricos de la conducta adictiva y recuperación natural. Análisis de la relación y consecuencias. *Papeles del Psicólogo*, 28, 2-10.
- Fillmore, K. M. (1975). Relationships between specific drinking problems in early adulthood and middle age. *Journal of Studies on Alcohol*, 36, 882-907.

- Fillmore, K. M. (1987a). Women's drinking across adult life course as compared to men's. *British Journal of Addiction*, 82, 77-83.
- Fillmore, K. M. (1987b). Prevalence, incidence and chronicity of drinking patterns and problems among men as a function of age: a longitudinal and cohort analysis. *British Journal of Addiction*, 82, 77-83.
- Fillmore, K. M., y Midanik, L. (1984). Chronicity of drinking problems among men: A longitudinal study. *Journal of Studies on Alcohol*, 45, 228-236.
- Fiorentine, R., y Hillhouse, M. P. (2001). The Addicted-Self Model: An explanation of "natural" recovery? *Journal of Drug Issues*, Vol 31(2), 395-424.
- García González, R., y Alonso Suárez, M. (2002). Evaluación en programas de prevención de recaída: adaptación española del Inventario de Habilidades de Afrontamiento (CBI) de Litman en dependientes del alcohol. *Adiciones*, 14(4), 455-463.
- Granfield, R., y Cloud, W. (1996). The elephant that no one sees: Natural recovery among middle-class addicts. *Journal of Drug Issues*, Vol 26(1), 45-61.
- Grant, B. F., Dawson, D. A., Stinson, F. S., Chou, P. S., Kay, W., y Pickering, R. (2003). The Alcohol Use Disorder and Associated Disabilities Interview Schedule-IV (AUDADIS-IV): reliability of alcohol consumption, tobacco use, family history of depression and psychiatric diagnostic modules in a general population sample. *Drug and Alcohol Dependence*, 71(1), 7-16.
- Hasin, D., Carpenter, K. M., McCloud, S., Smith, M., y Grant, B. F. (1997). The alcohol use disorder and associated disabilities interview schedule (AUDADIS): reliability of alcohol and drug modules in a clinical sample. *Drug and Alcohol Dependence*, 44(2-3), 133-141.
- Hasin, D., y Grant, B. (1995). AA and other help seeking for alcohol problems: Former drinkers in the U.S. general population. *Journal of Substance Abuse*, 7, 281-292.

- Hebert, R. (2000). Newspaper advertising could distort research results. *Nicotine & Tobacco Research*, 2(4), 317-318.
- Hodgins, D. C., Currie, S. R., y el-Guebaly, N. (2001). Motivational enhancement and self-help treatments for problem gambling. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 69(1), 50-57.
- Hodgins, D. C., y el-Guebaly, N. (2000). Natural and treatment-assisted recovery from gambling problems: a comparison of resolved and active gamblers. *Addiction*, 95(5), 777-789.
- Humphreys, K., Moos, R. H., y Cohen, C. (1997). Social and community resources and long-term recovery from treated and untreated alcoholism. *Journal of Studies on Alcohol*, 58(3), 231-238.
- Humphreys, K., Moos, R. H., y Finney, J. W. (1995). Two pathways out of drinking problems without professional treatment. *Addictive Behaviors*, 20(4), 427-441.
- Hurley, S. F., Jolley, D. J., Livingston, P. M., Reading, D., Cockburn, J., y Flint-Richter, D. (1992). Effectiveness, costs, and cost-effectiveness of recruitment strategies for a mammographic screening program to detect breast cancer. *Journal of the National Cancer Institute*, 84(11), 855-863.
- Kendell, R. E., y Staton, M. C. (1966). The fate of untreated alcoholics. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 27, 30-31.
- Keyzer, J. F., Melnikow, J., Kuppermann, M., Birch, S., Kuenneth, C., Nuovo, J., Azari, R., Oto-Kent, D., y Rooney, M. (2005). Recruitment strategies for minority participation: challenges and cost lessons from the POWER interview. *Ethnicity & Disease*, 15(3), 395-406.
- King, M. P., y Tucker, J. A. (2000). Behavior change patterns and strategies distinguishing moderation drinking and abstinence during the natural resolution of alcohol problems without treatment. *Psychology of Addictive Behaviors*, 14(1), 48-55.

- Kissin, B., Rosenblatt, S. M., y Machover, K. (1968). Prognostic factors in alcoholism. *American Psychiatry Association Report*, 24, 22-43.
- Klingemann, H., y Sobell, L. C. (2007). *Promoting self-change from addictive behaviors: Practical implications for policy, prevention, and treatment*. New York: Springer.
- Klingemann, H., Sobell, L. C., Barker, J., Blomqvist, J., Cloud, W., Ellingstad, T. P., Finfgeld, D. L., Granfield, R., Hodgins, D. C., Hunt, G., Junker, G., Moggi, F., Peele, S., Smart, R., Sobell, M. B., y Tucker, J. A. (2001). *Promoting self-change from problem substance use : practical implications for policy, prevention and treatment*. Boston: Kluwer Academic Publishers.
- Klingemann, H. K. (2001a). Maturing out? *Addiction*, 96(10), 1519-1520.
- Klingemann, H. K. (2001b). Natural recovery from alcohol problems. En N. Heather, T. J. Peters & et al. (Eds.), *International handbook of alcohol dependence and problems* (pp. 649-662). New York, NY: John Wiley & Sons Ltd.
- Knupfer, G. (1972). *Ex-Problem Drinkers*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Koo, M., y Skinner, H. (2005). Challenges of internet recruitment: a case study with disappointing results. *Journal of Medical Internet Research*, 7(1), e6.
- Koski-Jannes, A., y Turner, N. (1999). Factors influencing recovery from different addictions. *Addiction Research*, 6(7), 469-492.
- Landis, C. (1938). Statistical evaluation of psychotherapeutic methods. En S. E. Hinselwood (Ed.), *Concepts and problems of psychotherapy* (pp. 155-165). London: Heineman.
- Le Drew, R. H. (1968). Alcoholism as a self-limiting disease. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 29, 956-967.

- Litman, G. K., Stapleton, J., Oppenheim, A. N., y Peleg, M. (1983). An instrument for measuring coping behaviours in hospitalized alcoholics: implications for relapse prevention treatment. *British Journal of Addictions*, 78(3), 269-276.
- Marlatt, G. A., y George, W. H. (1984). Relapse prevention: introduction and overview of the model. *British Journal of Addiction*, 79(3), 261-273.
- McCartney, J. (1996). A community study of natural change across the addictions. *Addiction Research*, 4, 65-83.
- McClure, J. B., Greene, S. M., Wiese, C., Johnson, K. E., Alexander, G., y Strecher, V. (2006). Interest in an online smoking cessation program and effective recruitment strategies: results from Project Quit. *Journal of Medical Internet Research*, 8(3), e14.
- Ministerio de Economía y Hacienda. (2005). Orden del Ministerio de Economía y Hacienda EHA/3770/2005. *Boletín oficial del estado*, 289, 39852 - 39852.
- Munoz, M., Koegel, P., Vazquez, C., Sanz, J., y Burnam, A. (2002). An empirical comparison of substance and alcohol dependence patterns in the homeless in Madrid (Spain) and Los Angeles (CA, USA). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37(6), 289-298.
- Park, E. R., Quinn, V. P., Chang, Y., Regan, S., Loudin, B., Cummins, S., Perry, K., y Rigotti, N. A. (2007). Recruiting pregnant smokers into a clinical trial: Using a network-model managed care organization versus community-based practices. *Preventive Medicine*, 44(3), 223-229.
- Pérez, A. (1981). *Psicología Clínica. Problemas Fundamentales*. México: Trillas.
- Plan Nacional Sobre Drogas. (2007). *Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas años 200-2006*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

- Prochaska, J. O., y DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *Journal of Consulting & Clinical Psychology, 51*(3), 390-395.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., y Norcross, J. C. (1994). Cómo cambia la gente. Aplicaciones en los comportamientos adictivos. *Revista de Toxicomanías, 1*, 3-13.
- Robins, L. N. (1974a). A follow-up study of Vietnam veteran's drug use. *Journal of Drug Issues, 4*, 61-63.
- Robins, L. N. (1974b). *The Vietnam drug user returns*. Washington DC: U.S. Government Printing Office.
- Robins, L. N. (1993). Vietnam veterans' rapid recovery from heroin addiction: A fluke or normal expectation? *Addiction, 88*, 1041-1054.
- Robins, L. N., Davis, D. H., y Goodwin, D. W. (1974). Drug use by U.S. army enlisted men in Vietnam: A follow-up in their return home. *American Journal of Epidemiologic, 99*, 235-249.
- Robins, L. N., Davis, D. H., y Nurco, D. N. (1974). How permanent was Vietnam drug addiction? *American Journal of public Health Supplement, 64*, 38-43.
- Robins, L. N., Helzer, J. E., y Davis, D. H. (1975). Narcotic use in southeast Asia and afterward: An interview study of 898 Vietnam returnees. *Archives of General Psychiatry, 32*, 955-961.
- Robins, L. N., Helzer, J. E., Hesselbrock, M., y Wish, E. (1980). Vietnam veterans three years after Vietnam: how our study changed our view of Heroin. En L. Brill & C. Winick (Eds.), *Yearbook of Substance Use and Abuse* (pp. 213-230). New York: Human Science Press.

- Roizen, R., y Fillmore, K. M. (2001). Some notes on the new paradigmatic environment of "natural remission" studies in alcohol research [Review]. *Substance Use & Misuse*, 36(11), 1443-1465.
- Room, R., Janca, A., Bennett, L. A., Schmidt, L., y Sartorius, N. (1996). WHO cross-cultural applicability research on diagnosis and assessment of substance use disorders: an overview of methods and selected results. *Addiction*, 91(2), 199-220.
- Rumpf, H. J., Bischof, G., Hapke, U., Meyer, C., y John, U. (2000). Studies on natural recovery from alcohol dependence: Sample selection bias by media solicitation? *Addiction*, 95(5), 765-775.
- Rumpf, H. J., Bischof, G., Hapke, U., Meyer, C., y John, U. (2002). The role of family and partnership in recovery from alcohol dependence: comparison of individuals remitting with and without formal help. *European Addiction Research*, 8(3), 122-127.
- Sarason, I. G., Johnson, J. H., y Siegel, J. M. (1978). Assessing the impact of life changes: development of the Life Experiences Survey. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 46(5), 932-946.
- Secades Villa, R., y Fernández Hermida, J. R. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces para la drogadicción: alcohol, cocaína y heroína. En M. Pérez Álvarez, J. R. Fernández Hermida, C. Fernández Rodríguez & I. Amigo Vázquez (Eds.), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces* (pp. 107-139). Madrid: Pirámide.
- Secades Villa, R., y Fernández Hermida, J. R. (2003). The validity of self-reports in a follow-up study. *Addictive Behaviors*, 28, 1175-1182.
- Snow, M. (1973). Maturing out of narcotic addiction in New York City. *International Journal of Addictions*, 8, 921-938.
- Sobell, L. C., Agrawal, S., Annis, H., Ayala-Velazquez, H., Echeverria, L., Leo, G. I., Rybakowski, J. K., Sandahl, C., Saunders, B., Thomas, S., y Zioikowski, M.

- (2001). Cross-cultural evaluation of two drinking assessment instruments: alcohol timeline followback and inventory of drinking situations. *Substance Use & Misuse*, 36(3), 313-331.
- Sobell, L. C., Cunningham, J. A., y Sobell, M. B. (1996). Recovery from alcohol problems with and without treatment: Prevalence in two population surveys. *American Journal of Public Health*, 86(7), 966-972.
- Sobell, L. C., Ellingstad, T. P., y Sobell, M. B. (2000). Natural recovery from alcohol and drug problems: Methodological review of the research with suggestions for future directions. *Addiction*, 95(5), 749-764.
- Sobell, L. C., Klingemann, H. K., Toneatto, T., Sobell, M. B., Agrawal, S., y Leo, G. I. (2001). Alcohol and drug abusers' perceived reasons for self-change in Canada and Switzerland: computer-assisted content analysis. *Substance Use & Misuse*, 36(11), 1467-1500.
- Sobell, L. C., Kwan, E., y Sobell, M. B. (1995). Reliability of a Drug History Questionnaire (DHQ). *Addictive Behaviors*, 20, 233-341.
- Sobell, L. C., Sobell, M. B., y Agrawal, S. (2002). Self-change and dual recoveries among individuals with alcohol and tobacco problems: current knowledge and future directions. *Alcoholism, Clinical Experimental Research*, 26(12), 1936-1938.
- Sobell, L. C., Sobell, M. B., Leo, G. I., Agrawal, S., Johnson-Young, L., y Cunningham, J. A. (2002). Promoting self-change with alcohol abusers: a community-level mail intervention based on natural recovery studies. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 26(6), 936-948.
- Sobell, L. C., Sobell, M. B., y Toneatto, T. (1992). Recovery from alcohol problems without treatment. En N. Heather, W. R. Miller & J. Greeley (Eds.), *Self-control and the Addictive Behaviours*. New York: Maxwell MacMillan.

- Sobell, L. C., Sobell, M. B., Toneatto, T., y Leo, G. I. (1993). What triggers the resolution of alcohol problems without treatment. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 17(2), 217-224.
- Sobell, M. B., y Sobell, L. C. (1993). *Problem drinkers : guided self-change treatment*. New York: Guilford Press.
- Sobell, M. B., y Sobell, L. C. (1995). Controlled drinking after 25 years: How important was the great debate? *Addiction*, 90, 1149-1153.
- Sorocco, K. H., Vincent, A. S., Collins, F. L., Johnson, C. A., y Lovallo, W. R. (2006). Recruitment of healthy participants for studies on risks for alcoholism: effectiveness of random digit dialling. *Alcohol and Alcoholism*, 41(3), 349-352.
- Temple, M. T., y Fillmore, K. M. (1985). The variability of drinking patterns among young men, age 16-31: A longitudinal study. *International Journal of Addictions*, 20, 1595-1620.
- Toneatto, T., Sobell, L. C., Sobell, M. B., y Rubel, E. (1999). Natural recovery from cocaine dependence. *Psychology of Addictive Behaviors*, 13(4), 259-268.
- Tucker, J. A. (1995). Predictors of help-seeking and the temporal relationship of help to recovery among treated and untreated recovered problem drinkers. *Addiction*, 90(6), 805-809.
- Tucker, J. A., Vuchinich, R. E., y Gladsjo, J. A. (1994). Environmental events surrounding natural recovery from alcohol-related problems. *Journal of Studies on Alcohol*, 55(4), 401-411.
- Tucker, J. A., Vuchinich, R. E., y Rippens, P. D. (2002). Environmental contexts surrounding resolution of drinking problems among problem drinkers with different help-seeking experiences. *Journal of Studies on Alcohol*, 63(3), 334-341.

- Tucker, J. A., Vuchinich, R. E., y Rippens, P. D. (2004). A factor analytic study of influences on patterns of help-seeking among treated and untreated alcohol dependent persons. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 26(3), 237-242.
- Turner, R. J., y Gil, A. G. (2002). Psychiatric and substance use disorders in South Florida: racial/ethnic and gender contrasts in a young adult cohort. *Archives of General Psychiatry*, 59(1), 43-50.
- Vaillant, G. (2005). Secrets and lies: Comments on Dawson et. al. (2005). *Addiction*, 100, 294.
- Vaillant, G. E. (1983). *The Natural History of Alcoholism: Causes, Patterns and Paths to Recovery*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Vaillant, G. E. (1995). *The Natural History of Alcoholism Revisited*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Vik, P. W., Cellucci, T., y Ivers, H. (2003). Natural reduction of binge drinking among college students. *Addictive Behaviors*, 28(4), 643-655.
- Waldorf, D., Reinarman, C., y Murphy, S. (1991). *Cocaine Changers: The Experience of Using and Quitting*. Philadelphia, PA: Temple University.
- Weisner, C., Matzger, H., y Kaskutas, L. A. (2003). How important is treatment? One-year outcomes of treated and untreated alcohol-dependent individuals. *Addiction*, 98(7), 901-911.
- Winick, C. (1962). Maturing out of narcotic addiction. *Bulletin on Narcotics*, 14, 1-10.
- Wittchen, H. U., Robins, L. N., Cottler, L. B., Sartorius, N., Burke, J. D., y Regier, D. (1991). Cross-cultural feasibility, reliability and sources of variance of the Composite International Diagnostic Interview (CIDI). The Multicentre WHO/ADAMHA Field Trials. *British Journal of Psychiatry*, 159, 645-653, 658.

World Health Organization. (1992). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic criteria for research*". Ginebra: World Health Organization.

World Health Organization. (1998). *Mental Disorders in Primary Care*. Geneva: World Health Organization.

Zanis, D. A., McLellan, A. T., Cacciola, J., y Vrublevski, A. (1995). DSM-III-R alcohol dependence criteria in Russian and American men. *Journal of Substance Abuse*, 7(2), 253-261.

Anexo I

ENTREVISTA PARA LA EVALUACIÓN DEL AUTOCAMBIO EN CONSUMIDORES DE DROGAS (EACD)

NUMERO: _____ **Fecha:** _____ **Ciudad ,país:** _____

A continuación le voy a hacer una serie de preguntas sobre su cambio de hábitos de consumo.

Conteste tranquilamente a las preguntas y por favor siéntase libre de decir todo lo que desee sobre el tema, de ampliar detalles o de decir cosas que no aparezcan en las preguntas que le haga.

Si usted me autoriza, me gustaría grabar esta entrevista porque será mucho más fácil para nosotros analizar sus comentarios si los tenemos completos y no solamente unas notas tomadas a la carrera. Solo nosotros tendremos acceso a estas grabaciones y como bien sabe toda la información es absolutamente confidencial. ¿Le parece bien? Pues entonces comencemos.

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Por favor conteste con sinceridad a las siguientes preguntas.

1. Sexo: **M** **F**
2. ¿Cuántos años tiene actualmente? _____
3. ¿Cuántos años tenía en el momento en que dejó de consumir la sustancia con la que tuvo problemas o lo empezó a hacer en cantidades tan pequeñas y con tan baja frecuencia que no le provocaban ningún problema? _____
4. ¿Cuál es su nivel educativo actual? (marcar con una **X** el espacio correspondiente):
Sin estudios ___ Primaria ___ Secundaria ___ Técnico ___
Universidad _____ Postgrado _____
5. ¿Cuál era su nivel educativo en el momento en que dejó de consumir o lo empezó a hacer en cantidades tan pequeñas y con tan baja frecuencia que no le provocaban ningún problema?
Sin estudios ___ Primaria ___ Secundaria ___ Técnico ___
Universidad _____ Postgrado _____
6. ¿Cuál es su empleo/ocupación actual? _____
7. ¿Cuál era su empleo/ocupación en el momento en que dejó de consumir o lo empezó a hacer en cantidades tan pequeñas y con tan baja frecuencia que no le provocaban ningún problema?

8. ¿A qué estrato socioeconómico pertenece? Bajo ___ Medio Bajo _____
Medio _____ Medio Alto _____ Alto _____
9. ¿Cuál es su estado civil actual? Soltero ___ Casado/Pareja de hecho ___
Separado/Divorciado ___ Viudo _____

10. ¿Cuál era su estado civil en el momento en que dejó de consumir o lo empezó a hacer en cantidades tan pequeñas y con tan baja frecuencia que no le provocaban ningún problema? Soltero ___ Casado/Pareja de hecho ___
Separado/Divorciado ___ Viudo ___
11. ¿Con quién vive actualmente?
12. ¿Con quién vivía en el momento en que dejó de consumir o lo empezó a hacer en cantidades tan pequeñas y con tan baja frecuencia que no le provocaban ningún problema?
13. ¿Algún familiar suyo tiene o ha tenido problemas con el alcohol u otras drogas?
¿Quién?
14. ¿Cuántos hijos tiene actualmente? _____
15. ¿Cuántos hijos tenía en el momento en que dejó de consumir o lo empezó a hacer en cantidades tan pequeñas y con tan baja frecuencia que no le provocaba ningún problema? _____
16. ¿Cuál de estas categorías lo describe mejor?*
- _____ a. Hispano/Latino - Cubano(a)
 - _____ b. Hispano/Latino – Mejicano(a)
 - _____ c. Hispano/Latino – Puertorriqueño(a)
 - _____ d. Hispano/Latino – Sur Americano(a)
 - _____ e. Hispano/Latino – Centro Americano(a)
 - _____ f. Hispano/Latino – Otro
 - _____ g. Africano Americano(a)
 - _____ h. Caribeño(a)
 - _____ i. Asiático(a) o de las Islas del Pacífico
 - _____ j. Blanco(a) (no Hispano(a))
 - _____ k. Otro. Por favor describa: _____

*Solo aplicable en el diseño de Estados Unidos

HISTORIA PSIQUIÁTRICA

¿Alguna vez ha recibido un diagnóstico psiquiátrico? Si ___ No ___

Si su respuesta fue “si”, ¿Qué diagnóstico le dieron? ¿Recibió tratamiento ambulatorio o fue hospitalizado? ¿Cuándo? ¿Dónde? ¿Influyó en su decisión de cambio (de esto hablaremos más adelante)? Anotar en la tabla.

| Diagnóstico | Tratam./Hospitaliz. | Cuándo | Dónde | Influyó |
|--------------------|----------------------------|---------------|--------------|----------------|
| | | | | |

HISTORIA MÉDICA

¿Alguna vez ha recibido un diagnóstico médico? Si ___ No ___

Si su respuesta fue “si”, ¿Qué diagnóstico le dieron? ¿Recibió tratamiento ambulatorio o fue hospitalizado? ¿Cuándo? ¿Dónde? ¿Influyó en su decisión de cambio (de esto hablaremos más adelante)? Anotar en la tabla.

| Diagnóstico | Tratam./Hospitaliz. | Cuándo | Dónde | Influyó |
|--------------------|----------------------------|---------------|--------------|----------------|
| | | | | |

PREGUNTAS RELACIONADAS CON USO PASADO DE ALCOHOL Y DROGAS (DSM-IV-TR)

Las siguientes preguntas son acerca de su uso pasado de alcohol y drogas. Responda estas preguntas en relación con la principal droga que utilizaba.

1. ¿Cuál era la principal droga que consumía era (marcar solo una)?:

(1) Alcohol

(2) Otra Droga: Escribir el nombre de la droga (por ejemplo: cocaína, marihuana): _____

| | SI | NO |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿Con frecuencia consumía alcohol o drogas en mayores cantidades o por períodos más largos de tiempo de lo que pensaba? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Con frecuencia quiso o trató de disminuir o parar el uso de alcohol o drogas? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Consumía gran cantidad de tiempo usando alcohol o drogas, o en actividades tratando de obtener alcohol o drogas, o pasaba gran cantidad de tiempo recuperándose de los efectos del uso de alcohol o drogas? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿Detuvo o redujo su participación en actividades sociales, ocupacionales o recreativas importantes debido a su uso de alcohol o drogas? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. ¿Continuó el uso de alcohol o drogas a pesar de saber que le estaban causando o empeorando problemas en su vida (social, psicológica, física)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. ¿Encontró que necesitaba aumentar marcadamente la cantidad de alcohol o drogas que usaba para poder sentirse intoxicado o conseguir el efecto deseado, O que conseguía menos efecto usando la misma cantidad de alcohol y drogas que anteriormente? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. ¿Alguna vez tuvo síntomas de abstinencia cuando trató de disminuir o parar el uso de alcohol o drogas, O con frecuencia consumía alcohol o drogas para aliviar o evitar esos síntomas? SI SU RESPUESTA ES SI, POR FAVOR ESCRIBA SUS SINTOMAS DE ABSTINENCIA: _____ _____ _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. ¿Su uso continuado del alcohol o de la droga dio lugar a incumplimiento de obligaciones importantes en el trabajo, la escuela, o el hogar (p.ej: ausencias repetitivas o actividad inadecuada en el trabajo o la escuela; descuido de sus hijos u hogar)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. ¿Su consumo de alcohol o drogas ha dado lugar a problemas legales recurrentes relacionados con el uso de alcohol o drogas? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. ¿Continuó utilizando alcohol o drogas a pesar de tener persistentes o recurrentes problemas sociales o interpersonales causados o empeorados por el efecto del alcohol o de las drogas (p.ej: discusiones con amigos o familia sobre su consumo de alcohol o drogas, o peleas físicas)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Resultados

A. Si la persona respondió SI a tres o más preguntas entre los ítems 1 y 7, entonces la persona cumple con los criterios de dependencia.

_____ Sí _____ No

B. Si la persona respondió SI a una o más preguntas entre los ítems 8 y 11, entonces la persona cumple con los criterios de abuso

_____ Sí _____ No

HISTORIA DE CONSUMO

1. De las drogas que aparecen en esta tarjeta (Tarjeta 1) ¿cuáles ha consumido en alguna ocasión? *Anotar en TABLA 1 (en el caso de las entrevistas telefónicas preguntar una a una).*
2. ¿Cuántos años ha consumido X sustancia/as? *Total de años usada.* (TABLA 1).
3. ¿Cómo consumías la droga? *Vía de administración.* (TABLA 1).
4. ¿En qué año dejó de consumir la sustancia o redujo el consumo de tal forma que dejó de tener problemas? (TABLA 1).
5. *Si consumía más de una sustancia: ¿Dejó de consumirlas simultáneamente? Si no las dejó simultáneamente ¿Cuál fue el orden en que dejó de consumirlas? ¿Más o menos cuánto tiempo transcurrió en ese proceso?*
6. ¿Describame su consumo en cantidad y frecuencia en los años anteriores al abandono o la reducción de este? *Aquí se le dice que nos cuente detalladamente que ha consumido a lo largo de los años.*
7. *Si el participante lleva más de un año abstinentes se le pregunta: ¿Consumió en alguna ocasión después de haber dejado o reducido su consumo? Si dice sí, se le pedirá que lo describa: ¿dónde? ¿cuándo? ¿cómo? y ¿cuánto?, también se le preguntará si este consumo le causó algún tipo de problema médico, legal, familiar, de pareja y/o laboral.*
8. *En el caso de aquellos participantes no abstinentes que hayan reducido su consumo a los niveles marcados para considerar que están recuperados se les pedirá además: Describame su consumo en los años posteriores a que redujese su consumo.*

Tarjeta 1

| |
|---|
| ALCOHOL |
| CANNABIS: Marihuana, hachís |
| ESTIMULANTES: Cocaína, crack, Metanfetaminas — speed, ice, crank |
| NICOTINA |
| ANFETAMINAS/OTROS ESTIMULANTES: Ritalin, Benzedrinas, Dexedrinas |
| BENZODIAZEPINAS/ TRANQUILIZANTES: Valium, Librium, Halcion, Xanax, Diazepam, “Roofies” |
| SEDANTES/HIPNÓTICOS/BARBITÚRICOS: Amytal, Seconal, Dalmane, Quaalude, Phenobarbital |
| HEROÍNA |
| METADONA ILEGAL |
| OTROS OPIÁCEOS: Tylenol #2 & #3, 282’S, 292’S, Percodan, Percocet, Opio, Morfina, Demerol, Dilaudid |
| ALUCINÓGENOS: LSD, PCP, STP, MDA, DAT, mescalina, peyote, setas, éxtasis (MDMA), oxido nitroso |
| INHALANTES: Pegamento, gasolina, aerosoles, botes de pintura, productos de limpieza |
| OTROS (especificar): _____ _____ |

DRUG HISTORY QUESTIONNAIRE (TABLA 1)

| CATEGORIAS DE DROGAS Nota: Primero usar una tarjeta con las drogas para que el sujeto identifique las que ha usado en alguna ocasión. | a Usada alguna vez 1 = No 2 = Si | b Total De años Usada | Vía de administración 1=oral 4=fumada 2=esnifada 5=inhalada 3=inyectada 6=otra | Ultimo año usada 19 __ 20 __ | c Frecuencia de Uso en el Ultimo año |
|---|---|------------------------------|--|---|---|
| ALCOHOL | | | | | |
| CANNABIS: Marihuana, hachís | | | | | |
| ESTIMULANTES: Cocaína, crack, Metanfetamina — speed, ice, crank | | | | | |
| NICOTINA | | | | | |
| ANFETAMINAS/OTROS ESTIMULANTES: Ritalin, Benzedrine, Dexedrine | | | | | |
| BENZODIAZEPINAS/ TRANQUILIZANTES: Valium, Librium, Halcion, Xanax, Diazepam, “Roofies” | | | | | |
| SEDANTES/HIPNÓTICOS/BARBITÚRICOS: Amytal, Seconal, Dalmane, Quaalude, Phenobarbital | | | | | |
| HEROÍNA | | | | | |
| METADONA ILEGAL | | | | | |
| OTROS OPIÁCEOS: Tylenol #2 & #3, 282’S, 292’S, Percodan, Percocet, Opio, Morfina, Demerol, Dilaudid | | | | | |
| ALUCINÓGENOS: LSD, PCP, STP, MDA, DAT, mescalina, peyote, setas, éxtasis (MDMA), oxido nitroso | | | | | |
| INHALANTES: Pegamento, gasolina, aerosoles, botes de pintura, productos de limpieza | | | | | |
| OTROS: especificar _____ _____ | | | | | |

| | | |
|---|---|---|
| a Si no fue usada nunca dejar la línea en blanco | b Cod. 87 = Uso Infrecuente (≤ 2 x/año) Cod. 88 = Pequeño Uso Experimental (< 3 meses en su vida) | c Códigos de Frecuencia: 0 = no uso 3 = 2 a 3x/mes. 6 = 4 a 6x/semana. 1 = < 1x/mes. 4 = 1x/semana. 7 = diario 2 = 1x/mes. 5 = 2 a 3x/semana |
|---|---|---|

HISTORIA DE TRATAMIENTO

1. ¿Ha acudido a algún tipo de tratamiento para tratar sus problemas con el alcohol u otras drogas? *Se le dan ejemplos de tratamientos: psicológico, psiquiátrico, médico, grupo de autoayuda (por ejemplo AA). Si dice sí se le pregunta cual y cuánto tiempo (rellenar TABLA)*

| Tratamiento | SI/NO | Duración |
|------------------------|-------|----------|
| Psicológico | | |
| Psiquiátrico | | |
| Médico | | |
| Grupo de autoayuda(AA) | | |

- *Respecto al grupo de autoayuda: ¿Ha ido a alguna reunión de AA o NA? SI NO*
Si dice sí ¿A cuántas?
- *A aquellos que han ido a tratamiento se les preguntará: ¿Intentó seriamente en alguna ocasión dejarlo por sí mismo? SI NO*
Si dice sí: Describame un poco esos intentos.

2. ¿Ha hablado en alguna ocasión con su médico específicamente de abandonar o reducir el consumo de alcohol u otras drogas? SI NO

Si dice sí: ¿Qué le dijo específicamente? ¿Influyó esto en qué tomase la decisión de cambiar?

3. Por otro lado, ¿ha leído algún libro de auto-ayuda para solucionar su problema? SI NO

Si dice sí: ¿Lo leyó antes de abandonar o reducir su consumo o lo leyó una vez estaba abandonándolo o reduciéndolo? ¿Se lo recomendó alguien? ¿Por qué lo leyó?

PRESIÓN Y APOYO SOCIAL

1. ¿Cuáles fueron las personas más significativas para dejar de consumir (o para consumir en cantidades tan pequeñas y con tan baja frecuencia que no produjera ningún problema)? Enumérelas según su grado de importancia
2. ¿Cómo influyeron estas personas en este cambio? Describa el comportamiento de estas en esa situación.
3. ¿Qué situaciones le presionaron para que dejase o redujese su consumo? Por ejemplo: no poder consumir en el trabajo, presión desde los medios de comunicación, etc.
4. ¿Cuáles son las personas más significativas para mantener esa situación? Enumérelas según su grado de importancia
5. ¿Cómo influyen estas personas en el mantenimiento de este cambio? Describa el comportamiento de estas en esa situación.

Aquí se le preguntará por la influencia de estas personas cuando dejó de consumir o redujo su consumo y cómo influyen ahora en el mantenimiento de este cambio.

ACONTECIMIENTOS VITALES

¿Qué acontecimientos le sucedieron en el año anterior a que abandonase o redujese su consumo que pudieran haber influido en su decisión de cambio? Para responder a esta pregunta le voy a leer unos ejemplos de acontecimientos que les ocurren a las personas en la vida diaria y usted los valorará dándoles una puntuación de 1 a 5, siendo el 1 baja importancia y el 5 muy importante. Si no le ocurrieron simplemente diga que no le ocurrieron (*en el cuestionario se tacha el número correspondiente al acontecimiento*).

EJEMPLOS ACONTECIMIENTOS VITALES

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Se fue a vivir a otro lugar | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Se prometió o casó | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Rompió o tuvo problemas serios con su pareja | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Perdió su trabajo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Ascendió en su trabajo o encontró uno mejor | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Tuvo un hijo o se produjo un embarazo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Tuvo un aborto | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Acabó sus estudios | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Fracásó en sus estudios | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. Se alejó de su familia y amigos | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. Enfermó/falleció algún familiar o amigo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. Tuvo problemas legales/detenido | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. Padeció alguna enfermedad | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. Consiguió algo importante para usted | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| OTRAS _____ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| _____ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| _____ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| _____ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Si le ocurrieron otros distintos a estos que le he leído los puede añadir y valorar.
En aquellos casos que valore con 4 o 5 le pediremos que nos explique cómo y por qué cree que influyeron.

RAZONES DE NO IR A TRATAMIENTO

¿Cuáles fueron las principales razones para no asistir a tratamiento formal (o para dejarlo)?

Le voy a leer unos ejemplos de razones para no ir a tratamiento y usted las valorará de 1 a 5 en función de su experiencia, siendo 1 no le influyó; 2 le influyó poco, 3 le influyó algo, 4 le influyó bastante y 5 le influyó mucho. Además usted puede añadir otras y comentar lo que crea conveniente a cerca de estas posibles razones, en especial, en aquellos casos donde la influencia fue mayor.

¿Influyó en su decisión de no pedir ayuda formal o tratamiento la razón X (aquí se pregunta por las razones que vienen a continuación)?

1. Vergüenza/ posible vergüenza
2. Estigma o la etiqueta de ser llamado adicto
3. Sus actitudes hacia los tratamientos y/o hospitales
4. No querer compartir sus problemas personales con otros
5. El coste económico
6. No percibía que tuviese un problema con la sustancia o sentía que no necesitaba tratamiento
7. Quería tratar su problema con la sustancia por sí mismo
8. No ser consciente de las opciones de tratamiento
9. Otras barreras _____

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

RAZONES PARA EL CAMBIO

¿Cuáles fueron las principales razones para que dejase de consumir o redujese su consumo de forma que éste no le causaba problemas? A continuación le voy a leer una serie de posibles razones por las que usted pudo dejar de consumir y usted las valorará de 0 a 4 en función de su experiencia. El 0 significa que esa no fue una razón para dejarlo, el 1 que un poco, el 2 lo fue moderadamente, el 3 lo fue bastante y el 4 fue de las principales.

Las razones de la Tabla 3 están sacadas de la "reasons for quitting scale" y traducidas al español y adaptadas para usar con todas las sustancias.

ESCALA RAZONES PARA EL CAMBIO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Porque le preocupaba poder sufrir una enfermedad grave si no dejaba de consumir | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Para demostrarse que podía dejar de consumir si realmente quería | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Porque su esposa, hijos u otras personas cercanas a usted dejarían de incordiarle si dejaba de consumir | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Porque notó síntomas físicos que le indicaban que el consumo de alcohol u otras drogas estaba dañando su salud | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Porque sabía que si lo dejaba se sentiría mejor | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Porque alguien le dio un ultimátum para que lo dejara | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Así podría sentir que controlaba su vida | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Porque sabía que otras personas sufrían graves enfermedades por el consumo de alcohol u otras drogas | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. Porque quería ahorrar el dinero que gastaba en consumir | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. Porque la gente que estaba cercana a usted podría desilusionarse/disgustarse si no dejaba de consumir | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. Porque le preocupaba que el consumo de alcohol u otras drogas acortase su vida | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. Para probarse a sí mismo que no era adicto al alcohol u otras drogas | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. Otras razones _____ | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| _____ | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| _____ | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| _____ | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| _____ | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

Además usted puede comentar cualquier otra que no aparezca en los ejemplos que le he leído. Es importante también que en aquellas con las que está muy de acuerdo (*puntuación 4*) cuente como se planteó el problema detalladamente.

ESTRATEGIAS PARA EL CAMBIO Y EL MANTENIMIENTO

¿Qué hizo usted para cambiar? ¿Qué cosas cambió en su vida? ¿Qué hace para mantener esta situación de no consumo o consumo de bajo riesgo? Le voy a leer una lista de formas que algunas personas han puesto en práctica para dejar de consumir o reducir su consumo y también para no recaer. Conteste dando una puntuación de 0 a 3, donde 0 es nunca lo hice; 1 pocas veces; 2 bastantes veces y 3 normalmente.

INVENTARIO DE ESTRATEGIAS PARA EL CAMBIO Y EL MANTENIMIENTO

| | | | | |
|--|---|---|---|---|
| 1. Pensar en cuánto mejor se está sin consumir | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2. Telefonar a un amigo | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3. Estar en compañía de no consumidores | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4. Pensar positivamente | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5. Pensar en las promesas que les ha hecho a otros | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6. Permanecer en casa escondido | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7. Dejar el dinero en casa | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 8. Reconocer que la vida no es fácil pero el consumo no es la solución | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9. Saber que sin consumir puede mostrar su cara sin temor a lo que los otros piensen | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 10. Animarse y comprarse algo en lugar de consumir | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 11. Recordar como en el pasado traicionó a familia y amigos | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 12. Mantenerse alejado de la gente que consume | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 13. Salir a dar un paseo | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 14. Darse cuenta de cómo afecta a su salud | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 15. Empezar a hacer algo en casa | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 16. Considerar el efecto que tendrá sobre su familia | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 17. Ponerse en contacto con amigos que han dejado de consumir | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 18. Comer una buena comida | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 19. Pensar en la gente que le ha ayudado | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 20. Irse a dormir | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 21. Obligarse a ir a trabajar | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 22. Intentar afrontar la vida en vez de evitarla | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 23. OTRAS _____ | 0 | 1 | 2 | 3 |
| _____ | 0 | 1 | 2 | 3 |
| _____ | 0 | 1 | 2 | 3 |
| _____ | 0 | 1 | 2 | 3 |
| _____ | 0 | 1 | 2 | 3 |

Añada también otras posibles formas de actuación que no estén entre las que yo he leído y comente, si quiere, lo que usted hizo y las cosas que cambió en su vida más profundamente.

MANTENIMIENTO

Le voy a leer una serie de aspectos que pudieron cambiar en su vida en el año posterior a que abandonase el consumo o lo redujese y que pudieron influir en que no recayese. Valore de 1 a 5 cada uno de ellos en función de si se influyeron, siendo el 1 equivalente a no influyó, el 2 a un poco, el 3 término medio, el 4 bastante y el 5 mucho, si no le sucedió diga simplemente que no le sucedió.

FACTORES DE MANTENIMIENTO

(aquí se recogen los principales factores de mantenimiento observados en la investigación)

¿En el año posterior a que usted dejase o redujese su consumo experimentó algún cambio en los siguientes aspectos que específicamente le ayudase a mantener la recuperación?

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Apoyo de la esposa | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Cambio en autocontrol/voluntad | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Apoyo de los amigos | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Cambios en la salud | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Cambios en actividades sociales | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Apoyo familiar | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Cambios en actividades de placer/ocio | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Cambio serio en estilo de vida | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Cambio de amigos | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. Cambios en la dieta | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. Cambio en el estatus económico | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. Influencia religiosa | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. Sentimiento de logro/orgullo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. Problemas pasados con el consumo recordados | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. Cambios en el trabajo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. Apoyo desde el trabajo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. Cambios en el hábito de fumar | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. Cambio de residencia | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19. Cambio en el uso de drogas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20. Respeto/lucha | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21. AA,NA/Auto-ayuda | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22. OTRAS _____ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| _____ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| _____ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| _____ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Cuénteme también ¿por qué cree que las situaciones que valora como influyentes (*puntuaciones de 4 y 5*) le ayudaron a no recaer? Pude también añadir otras que yo no haya dicho y que influyeron en que mantuviese este cambio.

