



## **Determinantes de la recuperación de los problemas de abuso del alcohol en sujetos tratados y no tratados en una muestra española**

### ESPAÑA

Este estudio comparó el proceso de recuperación entre dos grupos de recuperados de problemas de abuso de alcohol, uno que se había recuperado con tratamiento y otro recuperado sin tratamiento. Mediante anuncios en prensa y otras estrategias de reclutamiento se captaron 32 (16 tratados y 16 autocambiadores) participantes españoles que habían tenido problemas de consumo excesivo de alcohol y que en la actualidad llevaban 1 año o más recuperados. Los participantes fueron evaluados en una única sesión a cerca de la historia de uso y recuperación. Los resultados mostraron diferencias significativas entre los dos grupos en variables tales como el grado de dependencia, el tipo de recuperación y las estrategias de afrontamiento utilizadas en el mantenimiento de la recuperación. Como en estudios previos, la presión y el apoyo desde la familia de la persona y el entorno social juegan un papel importante en la recuperación y el mantenimiento, especialmente entre los tratados. Estos resultados son muy similares a los encontrados en investigaciones previas en población angloparlante.

This study compared the recovery process of two groups of alcohol abusers in Spain, one that had recovered with treatment and one that had recovered without treatment. Using advertisements and other recruitment strategies, 32 Spanish participants (16 treatment-seekers and 16 self-changers) were recruited, all of whom had had problems with alcohol consumption and had recovered 1 year or more previously. Participants were interviewed on a single occasion about their alcohol use history and recovery. Results showed that the two groups differed significantly in variables such as degree of dependence, type of recovery, and coping strategies used in the maintenance of recovery. As in previous research, pressure and support from the person's family and social circle played an important role in recovery and maintenance, especially for the treatment-seekers. These results are highly similar to those found in studies with English-speaking populations.

La recuperación natural o autocambio es la vía preferente de recuperación entre los que abandonan el consumo de alcohol o reducen su consumo a cantidades moderadas (Dawson, Grant, Stinson, Chou, Huang y Ruan, 2005; Hasin y Grant, 1995; Sobell, Cunningham y Sobell, 1996). Si se comparan los porcentajes de la asistencia a tratamiento con los de recuperación sin ayuda terapéutica o grupo de autoayuda, la diferencia es bastante notable. En uno de los estudios más importantes sobre prevalencia de recuperación natural su dependencia al alcohol (Sobell et al., 1996) se analizó el porcentaje de sujetos que se recuperaba con o sin tratamiento. Se utilizaron los datos de dos encuestas a población general llevadas a cabo en Canadá, una de todo el país y otra de una de sus ciudades, Ontario. Aproximadamente el 77,6% de los encuestados no acudieron a tratamiento mientras que algo más del 22,4% sí lo hizo. Estas cifras de autocambio tienen una importancia crucial en la interpretación del concepto de adicción al alcohol, muchas veces asociado a la imposibilidad de recuperación sin tratamiento (Sobell, Ellingstad y Sobell, 2000), y han potenciado el interés por conocer los determinantes personales y sociales que posibilitan la mejora sin ayuda terapéutica. Además, el estudio de la recuperación natural también se hace importante ya que podría servir para mejorar los tratamientos existentes y la participación en estos. Tanto la

mejora de los tratamientos como de la participación en estos son temas que se siguen presentando frecuentemente en la literatura actual (López-Torrecillas, Verdejo, Muñoz-Rivas, Caballo y Graña, 2005; Sánchez Hervás, 2006).

A pesar de que el fenómeno de recuperación natural no es exclusivo del alcohol como se ha mostrado en algunos trabajos de prevalencia en otras conductas adictivas (Cunningham, 1999), la mayoría de los estudios se han centrado en el autocambio de los problemas de abuso de alcohol. Dos revisiones publicadas en los últimos años muestran que más del 75% de los trabajos se centran en esta sustancia (Carballo, Fernández-Hermida, Secades-Villa, Sobell, Dum y García-Rodríguez, 2007; Sobell et al., 2000).

El sujeto tipo que se ha recuperado sin ayuda formal y que participa en estas investigaciones se caracteriza por llevar abstinentemente durante 1 año o más, o consumiendo moderadamente, en el momento de ser incluido en el estudio. Anteriormente, ha tenido un consumo problemático de alcohol, definido por ingesta de riesgo para la salud de 21 bebidas estándar o más a la semana en el caso de los hombres y de 14 o más en el de las mujeres (World Health Organization, 1998), o por haber cumplido los criterios de abuso o dependencia del alcohol propuestos en el DSM.

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 auto-ayuda; tratamientos psicológicos o psiquiátricos, recursos relacionados con servicios sociales; consejo médico; hospitales y centros de desintoxicación (Klingemann, Sobell, Barker, Blomqvist, Cloud, Ellingstad et al., 2001). 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 de las investigaciones de recuperación natural (Sobell, Sobell y Toneatto, 1992; Sobell, Sobell, Toneatto y Leo, 1993; Tucker, Vuchinich y Gladsjo, 1994).

Mientras que algunos estudios se han centrado en la detección de la prevalencia del autocambio del alcohol, otros se han focalizado en analizar las diferencias existentes entre tratados y autocambiadores con el fin de establecer cuáles son los procesos y determinantes que diferencian la recuperación de unos y otros.

Estos últimos estudios han encontrado, en lo referente a las características anteriores al proceso de cambio, que los sujetos que acuden a tratamiento responden a un perfil de adicción más grave, tanto en el caso del alcohol como en drogas (Bischof, Rumpf, Hapke, Meyer y John, 2000; Bischof, Rumpf, Meyer, Hapke y John, 2005; Blomqvist, 1999; Dawson et al., 2005; Klingemann y Sobell, 2007; Sobell et al., 1996). Dicho perfil se define por consumos de mayores cantidades, mayor número de años consumiendo y un mayor número de consecuencias negativas asociadas al consumo excesivo en su vida personal, familiar y social. En concordancia con este mayor gravedad, Sobell y colaboradores (1996) encontraron además que los sujetos que recibían tratamiento referían un mayor número de consecuencias negativas asociadas al consumo inmoderado.

Si nos fijamos ahora en los factores sociales y personales asociados al momento del cambio, se ha detectado habitualmente 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 (Rumpf, Bischof, Hapke, Meyer y John, 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, por contar más sus problemas a los demás, por hacer más esfuerzos por mantener la abstinencia, por una mayor satisfacción con su vida después del cambio y por el establecimiento de mejores relaciones con su familia y amigos (Bischof et al., 2000; Bischof, Rumpf, Hapke, Meyer y John, 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 frente al caso de los tratados, donde es más abrupta y relacionada con la evitación de estímulos negativos (Blomqvist, 1999).

En lo que se refiere al momento posterior al cambio, se ha encontrado 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 el consumo moderado es casi tan frecuente como la abstinencia (Carballo et al., 2007; Sobell et al., 2000). 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. Aunque no existen diferencias significativas entre ambos grupos, el aumento de los eventos positivos que refieren los tratados es mayor (Tucker, Vuchinich y Rippens, 2002).

A la vista de estos datos y de acuerdo con la importancia que puede tener el contexto sociocultural en algunas de las variables relacionadas con el autocambio resulta extraño que no se hayan realizado muchos estudios en ambientes culturales distintos, con el fin de conocer la estabilidad y consistencia de estos hallazgos (Sobell, Klingemann, Toneatto, Sobell, Agrawal y Leo, 2001). En concreto no hay estudios en población española, con una tradición de relación con el alcohol completamente diferente al ámbito norteamericano y norte-europeo típico de los estudios de recuperación natural.

El objetivo de este estudio es analizar las posibles diferencias existentes entre un grupo de sujetos que se han recuperado de sus problemas adictivos con el alcohol sin ayuda terapéutica y otro de sujetos que acudieron a tratamiento en una muestra española. De esta forma, se pretende evaluar, en un contexto sociocultural diferente al de las investigaciones realizadas hasta el momento, las posibles diferencias entre ambos grupos en diversas variables que condicionan el cambio de hábitos y el mantenimiento de la recuperación.

## **Método**

### **Participantes**

Para la selección de la muestra se establecieron unos criterios que los participantes en esta investigación debían cumplir: (a) 18 años de edad como mínimo; (b) consumo previo de riesgo de alcohol, o lo que es lo mismo, 21 o más unidades de bebida a la semana en hombres y 14 o más en mujeres, tal y como lo define la OMS (World Health Organization, 1998), y/o cumplimiento de los criterios de dependencia o abuso para el alcohol del DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000); (c) abstinencia o consumo de bajo riesgo durante al menos un año [revisiones recientes han mostrado que la media de tiempo de recuperación requerido en las investigaciones de recuperación natural es de poco más de un año (Carballo et al., 2007; Sobell et al., 2000)]. El consumo moderado

o de bajo riesgo fue definido en función de los criterios de la OMS (World Health Organization, 1998), es decir, menos de 21 unidades de bebida estándar a la semana en hombres y menos de 14 en mujeres.

Para descartar a aquellos que habían recibido ayuda formal se utilizó una definición de tratamiento que incluía los siguientes formatos: (a) tratamiento formal (médico, farmacológico, psiquiátrico o psicológico); (b) grupo de autoayuda (p. Ej.: Alcohólicos Anónimos y Narcóticos Anónimos). Se admitieron en este grupo a personas que acudieron a menos de tres sesiones a grupos de autoayuda como se hace en muchas de las investigaciones de recuperación natural (Sobell et al., 2000); (c) 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 el abandono del consumo, según la propia percepción del sujeto.

La muestra de este estudio estaba compuesta por un total de 32 participantes reclutados en Asturias (región del norte de España), de los cuales 16 se habían recuperado sin ayuda formal y 16 recibieron tratamiento para sus problemas adictivos de consumo de alcohol. La equivalencia en el número de participantes en ambos grupos se debió al azar ya que no se estableció un número mínimo de sujetos por grupo.

La edad media (DT) de los participantes fue de 48,28 (DT= 9,48) años en el momento del estudio y el 87,5% eran hombres.

Las estrategias empleadas para la captación de estos participantes fueron: anuncios en periódicos; difusión de la investigación a través de los diferentes medios de comunicación regionales, mediante la participación en entrevistas y debates sobre el tema; solicitud de ayuda a médicos especialistas que atienden con frecuencia este tipo de casos pero no llevan a cabo ningún tratamiento específico; y colocación de póster en la Universidad de Oviedo, centros sociales, centros comunitarios, estaciones de autobuses, poli-deportivos y otros lugares clave.

El 65,6% del total de participantes fueron captados a través de los anuncios en prensa, el 75% de los autocambiadores de alcohol y el 56,25% de los que acudieron a tratamiento. El resto de participantes fueron captados mediante el resto de las estrategias ya descritas, que han sido muy poco útiles.

## Variables e instrumentos

Para la evaluación de los participantes recuperados sin ayuda formal y tratados se utilizó una entrevista semiestructurada heteroaplicada, de unos 30 minutos de duración aproximadamente. Esta entrevista incluye preguntas abiertas y también escalas usadas en estudios previos para la evaluación de algunas variables relacionadas con el autocambio. Los distintos tipos de variables medidas son las siguientes:

Variables sociodemográficas (por ejemplo, sexo, edad, nivel educativo) en el momento de la

entrevista y en el momento de la recuperación.

Uso pasado de alcohol y otras sustancias: para lo cual se utilizó el Drug Use History Questionnaire DUHQ (Sobell, Kwan y Sobell, 1995), que ha mostrado buena fiabilidad test-retest. Los coeficientes de correlación intraclases y los valores de la correlación de Pearson fueron altos y se mostraron significativos ( $p < 0,05$ ) entre las dos aplicaciones que se hicieron para analizar la fiabilidad de este instrumento (Sobell et al., 1995).

Gravedad de la dependencia: se utilizaron los criterios para el diagnóstico de la dependencia del DSMIV-TR (American Psychiatric Association, 2000) con la adaptación al español (Bedregal, Sobell, Sobell y Simco, 2006; Canino, Bravo, Ramirez, Febo, Rubio-Stipec, Fernandez et al., 1999) del The past substance use diagnosis checklist for substance abuse and dependence (Grant, 1997).

Recuperación e historia de tratamiento: se midió mediante preguntas abiertas el tiempo que llevaban abstinentes o realizando un consumo de bajo riesgo del alcohol; la historia de tratamiento se evaluó preguntándoles a los sujetos si habían acudido a tratamiento psicológico, médico, psiquiátrico y/o grupo de autoayuda, en su caso, duración del o los tratamientos, además de, un posible consejo médico o la influencia de libros de autoayuda en su recuperación.

Comorbilidad psiquiátrica: se realizaron una serie de preguntas abiertas en las cuales se evalúa posibles diagnósticos y tratamientos para otros problemas psicopatológicos que podrían estar relacionados con el consumo de alcohol. La evidencia empírica muestra la relevancia de la comorbilidad psiquiátrica en la gravedad de la adicción y en el pronóstico del problema. Frecuentemente se encuentran trastornos psicopatológicos asociados al consumo de sustancias, así por ejemplo, en el caso del alcohol estudios recientes en España hablan de tasas superiores a las de la población normal (Landa, Fernández-Montalvo, López-Goñi y Lorea, 2006).

Presión y apoyo social: se les preguntó a los participantes si habían recibido presión por parte de su familia o entorno social para cambiar sus hábitos con el alcohol y si habían recibido apoyo familiar o social para el mantenimiento de la recuperación.

Razones para dejar o reducir el consumo: se usó la Reason for quitting scale (Escala de Razones para dejar de consumir) (RQS), de 13 ítems donde se exponen las razones o motivos más comunes entre los consumidores de sustancias para el cambio de hábitos de consumo. 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). También se utilizó 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 que han sido extraídos del Life Experiences Survey (Sarason, Johnson y Siegel, 1978).

Estrategias para el cambio y el mantenimiento: para su evaluación se ha utilizado la adaptación española (García González y Alonso Suárez, 2002) del Coping Behavior Inventory (Litman, Stapleton, Oppenheim y Peleg, 1983). Este instrumento consta de 4 factores bien diferenciados (pensamiento positivo, pensamiento negativo, distracción y evitación) y ha mostrado una buena consistencia interna y validez de constructo. Además, se incluyó un instrumento de 23 ítems,

Maintenance factors (Factores de Mantenimiento), que se corresponden con los factores que más influyen en el mantenimiento del cambio en la recuperación natural según estudios previos de recuperación natural como cambios en factores familiares, de salud, laborales o legales (Blomqvist, 1999; McCartney, 1996; Sobell et al., 1992; Sobell et al., 1993; Toneatto, Sobell, Sobell y Rubel, 1999).

La RQS, el DUHQ y el Life Experiences Survey eran instrumentos en inglés que fueron traducidos al español por dos traductores independientes; un experto en la materia y un traductor profesional.

## **Procedimiento**

Las entrevistas se llevaron a cabo en persona, en una única sesión, excepto en dos casos que se realizaron telefónicamente. En todos los casos fueron grabadas, siempre con el consentimiento del evaluado, con el fin de poder llevar a cabo análisis más completos sobre la información que se recoge. Los lugares de aplicación de los instrumentos clínicos fueron las dependencias de la Facultad de Psicología de la Universidad de Oviedo. Los encargados de la aplicación de los instrumentos fueron psicólogos expertos en el campo de las adicciones.

## **Análisis de los resultados**

Los datos obtenidos de la entrevista se codificaron y analizaron por medio del programa SPSS 12 para Windows. Para el estudio de diferencias en frecuencias 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%. Con el fin de reducir al mínimo el error Tipo I que se puede producir al realizar múltiples análisis se utilizó el ajuste de Bonferroni para un alpha de 0,05 en grupos de variables relacionadas. Con la finalidad de ver el valor predictivo de ciertas variables sobre el hecho de asistir o no a tratamiento se utilizó la regresión logística binaria.

## **Resultados**

Las diferencias en variables sociodemográficas (tanto en la actualidad como en el momento del cambio) entre los grupos de autocambio de alcohol y el de tratamiento aparecen reflejadas en la Tabla 1. Se llevó a cabo un ajuste de Bonferroni para las ocho variables sociodemográficas que dejó un  $\alpha = 0,0062$  ( $0,05/8$ ). No se apreciaron diferencias significativas en ninguna de las variables en las que se comparó a ambos grupos. De todos modos, en el caso de la variable desempleo en el momento de la recuperación aparece un porcentaje claramente superior, aunque no significativo tras el ajuste del error tipo I permitido ( $p = 0,015$ ), entre los tratados frente a los autocambiadores (31,25% frente a 0,0%).

En ambos grupos el porcentaje de participantes que ha consumido tabaco alguna vez en su vida es muy elevado situándose por encima del 93%. El cannabis se sitúa como la segunda sustancia que más han consumido ambos grupos con porcentajes superiores al 55% del total de casos. Con respecto a otras sustancias los consumos en ambos grupos son mínimos.

Las variables relacionadas con la recuperación y la gravedad de la adicción se muestran en la Tabla 2. Por un lado, se realizó un ajuste de Bonferroni para las dos variables relacionadas con la recuperación (duración y tipo de recuperación) que dejó un  $\alpha = 0,025$  ( $0,05/2$ ). En este grupo de variables sólo se hallaron diferencias significativas en el tipo de recuperación, siendo el porcentaje de abstinentes significativamente superior entre los sujetos del grupo de tratamiento ( $p = 0,006$ ), un 93,75% de los casos frente a un 50% en el caso del grupo de autocambio.

**Tabla 1. Medias (DT) y porcentajes de variables sociodemográficas en los grupos de Autocambio y Tratamiento.**

	Autocambio N= 16	Tratamiento N= 16	t/?2 ( p)a
% Hombres	87,5% (14)	87,5% (14)	0,00 (0,99)
Edad media (DT) en la entrevista	48,31 (11,32)	48,25 (7,57)	0,018 (0,98)
Edad media (DT) en la recuperación	41,18 (10,64)	43,93 (7,28)	-0,85 (0,40)
% Desempleo en la entrevista	6,25% (1)	25,0% (4)	2,13 (0,14)
% Desempleo en la recuperación	0,00 % (0)	31,25% (5)	5,92 (0,015)
Nivel educativo % Elemental/primario % Secundario/técnico % Superior	31,25% (5) 37,5% (6) 31,25 % (5)	37,5% (6) 50,0% (8) 12,5% (2)	1,66 (0,43)
% Pareja estable o casados en la entrevista	68,75% (11)	56,25% (9)	0,53 (0,46)
% Pareja estable o casados en la recuperación	75,0% (12)	56,25% (9)	1,24 (0,26)

<sup>a</sup> 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).

**Tabla 2. Medias (DT) y porcentajes para variables de gravedad de la adicción y de recuperación en los grupos de Autocambio y Tratamiento.**

	Autocambio N= 16	Tratamiento N= 16	t/?2 ( p)c
Media (DT) duración de la recuperación (años) a	7,12 (7,85)	4,31 (5,48)	1,27 (0,25)
Tipo de recuperación a % Abstinentes	50,0% (8)	93,75% (15)	7,57 (0,006)*
Media (DT) sustancias consumidas b	3,06 (1,38)	3,56 (1,89)	-0,85 0(,40)
Media (DT) años de uso b	24,37 (11,8)	25,50 (8,4)	-0,31 (0,75)
Media (DT) criterios DSM-IV-TR de dependencia antes de la recuperación b	2,37 (2,12)	5,0 (1,71)	-3,84 (0,001)**
Porcentaje de sujetos dependientes (n) b	43,75% (7)	87,5% (14)	6,78 (0,009)**
% Tratamiento problemas psiquiátricos (n) b	6,25% (1)	37,5% (6)	4,57 (0,033)

<sup>a</sup> Variables de recuperación <sup>b</sup> Variables de gravedad de la adicción <sup>c</sup> 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

**Tabla 3. Media (DT) y porcentajes de razones para el cambio y variables de mantenimiento del cambio en los grupos de Autocambio y Tratamiento.**



	Autocambio N= 16	Tratamiento N= 16	t/?2 ( p)g
Puntuación media (DT) en la Escala de Razones para el cambio a, b	23,0 (12,28)	24,62 (9,99)	-0,41 (0,68)
Puntuación media (DT) en la Escala de Acontecimientos vitales a, c	8,12 (4,45)	8,18 (7,10)	-0,030 (0,97)
% de participantes que refirieron presión para el cambio a	43,75%	81,25%	4,8 (0,028)
Puntuación media (DT) en Factores de Mantenimiento d, e	47,93 (13,75)	56,12 (19,59)	-1,36 (0,18)
Puntuación media (DT) en el Inventario de Estrategias de Afrontamiento d, f Pensamiento positivo d Pensamiento negativo d Distracción d Evitación d	22,18 (12,06) 8,62 (4,11) 2,43 (3,34) 5,37 (5,25) 1,81 (2,28)	39,12 (15,53) 11,93 (4,26) 7,75 (4,13) 11,06 (6,67) 4,56 (3,66)	-3,4 (0,002)* -2,23 (0,033) -3,99 (0,00)* -2,67 (0,012) -2,54 (0,016)
% de participantes que refirieron apoyo para el mantenimiento b	37,5%	81,25%	6,34 (0,012)

a Variables de razones para el cambio

b Las puntuaciones pueden ir de 0 a 52

c Las puntuaciones pueden ir de 22 a 75

d Variables de mantenimiento

e Las puntuaciones pueden ir de 23 a 115

f Las puntuaciones pueden ir de 0 a 70

g 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  $\alpha = 0,007$  (Ajuste de Bonferroni para las variables de mantenimiento)

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 tanto en la media de criterios DSM de dependencia cumplidos, siendo superior entre el grupo de tratados, como en el porcentaje de sujetos dependientes, un 87,5% de los sujetos del grupo de tratamiento frente a un 43,75% de los del grupo de autocambio ( $p = 0,009$ ). A pesar de no

haberse encontrado diferencias significativas en el porcentaje de sujetos que recibieron tratamiento por otros problemas psiquiátricos ( $p = 0,03$ ), este es claramente superior entre los que acudieron a tratamiento.

En la Tabla 3 se presentan algunas de las variables de carácter psicosocial que podrían estar relacionadas con el fenómeno del autocambio. En concreto, se analizaron dos grupos de variables, por un lado las relacionadas con las razones para el cambio y por otro las relacionadas con el mantenimiento de la recuperación. En el caso de las variables relacionadas con las razones para el cambio se incluyeron 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  $\chi^2 = 0,016$  ( $0,05/3$ ). Para este grupo de variables no se encontraron diferencias significativas, aunque en el porcentaje de sujetos tratados que refirieron presión para el cambio es claramente superior (91,25% frente a 43,75%) a los del grupo de autocambio sin llegar a ser significativa esta diferencia tras el ajuste ( $p = 0,028$ ).

Respecto a las siete variables relacionadas con el mantenimiento, tras el ajuste de Bonferroni el  $\chi^2$  se situó en 0,007 ( $0,05/7$ ), tan sólo se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la puntuación media del Inventario de Estrategias de Afrontamiento y en pensamiento negativo (que es uno de los factores de este inventario), con puntuaciones siempre superiores entre los que acuden a tratamiento, tal y como se aprecia en la Tabla 3. El resto de factores del Inventario de Estrategias de Afrontamiento y el porcentaje de sujetos que refirieron apoyo para el mantenimiento son también superiores entre los sujetos que acudieron a tratamiento para sus problemas de alcohol, pero ninguna de estas diferencias se mostró significativa tras el ajuste de Bonferroni, a pesar de que todas ellas se sitúan con una  $p$  bastante por debajo de 0,05.

Por último, se llevó a cabo una regresión logística donde se incluyeron como variables predictoras el número de criterios de dependencia cumplidos, el porcentaje de sujetos dependientes y el porcentaje de abstinentes. Estas fueron las variables seleccionadas porque en ellas aparecen diferencias significativas importantes entre el grupo de tratados y no tratados, y porque podrían estar directamente relacionadas con la gravedad de la adicción. Se utilizó el método Introducir o Block Entry, usado en estudios previos (Carballo, Fernández-Hermida, Sobell, Dum, Secades-Villa, García-Rodríguez et al., 2007), porque se pretendía conocer el poder clasificatorio del conjunto de las tres variables. Los resultados de la regresión logística mostraron que el grupo de tratamiento presenta mayor porcentaje de abstinentes ( $OR = 0,06$ ;  $p < 0,05$ ) y dependientes ( $OR = 0,75$ ;  $p > 0,05$ ), y cumplen más criterios de dependencia ( $OR = 1,36$ ;  $p > 0,05$ ). Solamente el porcentaje de abstinentes aparece como predictor significativo en el modelo ( $p < 0,05$ ).

El conjunto de estas variables clasifica correctamente el 78,1% del total de los casos, agrupando correctamente el 81,3% de los no tratados y el 75% de los tratados tal y como se observa en la Tabla 4.

## Discusión

El objetivo de este estudio ha sido conocer las diferencias existentes en ciertos factores psicosociales que caracterizan a los autocambiadores que han tenido problemas con el abuso de alcohol frente a los que han acudido a tratamiento, en una muestra española, con el fin de conocer las similitudes y discrepancias con otros estudios hechos en contextos socioculturales diferentes. Con esta finalidad se ha procedido a evaluar a ambos grupos de sujetos en torno a variables

agrupadas en tres grandes apartados, sociodemográficas,

**Tabla 4. 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
Criterios DSM	0,309	0,334	0,856	0,355	1,362	0,708	2,618
% Abstinentes	-2,765	1,127	6,021	0,014	0,063	0,007	0,573
% Dependientes	-,278	1,727	0,026	0,872	0,758	0,026	22,356

relacionadas con la adicción y relacionadas con el proceso de cambio. Los resultados muestran diferencias claras en algunas variables vinculadas con el consumo y la recuperación, pero en general, ambos grupos son bastante similares. A pesar de no haberse encontrado diferencias significativas en algunas variables (por ej., tratamiento psiquiátrico, presión social y apoyo social), el sentido de las diferencias parece sugerir que si la muestra fuese mayor estas diferencias resultarían significativas.

Los problemas para la obtención de la muestra han sido notables. A pesar de haber utilizado diversas estrategias de captación, 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, Sobell, Sobell, Eickleberry y Golden, 2006).

Los participantes en el estudio que acudieron a tratamiento para solucionar sus problemas con el exceso de alcohol mostraron en líneas generales un perfil de gravedad de la adicción más acentuado previo a la recuperación que el de aquellos que se recuperaron sin ayuda. Este perfil se observa a través de varias variables: en primer lugar, el porcentaje de sujetos que cumplen los criterios de dependencia del DSM fue significativamente superior entre los que acuden a tratamiento, que a su vez, cumplían un mayor número de estos criterios de dependencia del alcohol. Por otro lado, presentaron notablemente más problemas psiquiátricos comórbidos al problema adictivo. Además, estas variables se han mostrado como buenas predictoras de la asistencia a tratamiento junto con el tipo de recuperación, 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 de los que no acudieron a tratamiento. Estos perfiles más graves van en la línea de los resultados encontrados previamente en esta área de investigación (Bischof et al., 2000; Bischof et al., 2005; Blomqvist, 1999; Dawson et al., 2005; Klingemann y Sobell, 2007, in press; Sobell et al., 1996).

A pesar de que 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, la situación de desempleo en el momento de la recuperación era más predominante en el grupo de tratamiento. Este aspecto podría derivarse también del perfil de mayor gravedad de la adicción que tenían los que solicitaron ayuda terapéutica.

En lo referente al tipo de recuperación el consumo de bajo riesgo tal y como se ha definido anteriormente abarca un porcentaje importante de sujetos, siendo significativamente superior entre los participantes del grupo de autocambio. Muchos de los estudios de recuperación natural de la dependencia al alcohol de la última década han mostrado datos similares a este hallazgo. Los porcentajes de consumo de bajo riesgo son significativamente más altos entre los que se recuperan por sí mismos que en los que van a tratamiento (Carballo et al., 2007; Sobell et al., 2000). Una posible explicación de este fenómeno puede tener que ver con la rigidez de la mayoría de los tratamientos en relación a la consecución de la abstinencia, castigándose 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.

Otro aspecto relacionado con la asistencia a tratamiento fue el mayor número de estrategias de afrontamiento utilizadas por los que acudieron a tratamiento. La adopción de guías de actuación para la prevención de recaídas en los tratamientos por parte de los participantes puede ser una explicación de que hayan aparecido diferencias significativas en esta variable. Aunque también podría deberse a que al verse 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 et al., 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, Vuchinich y Rippens, 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. Los sujetos que acuden a tratamiento refieren significativamente haber recibido más presión para el cambio y más apoyo en el mantenimiento, además de un mayor número de mejoras tanto en su vida familiar como con los amigos. 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.

En definitiva, estos resultados en muestra española, que son pioneros en este campo de trabajo, han sido similares a los encontrados en investigaciones previas en población anglosajona, por lo que el contexto cultural de los sujetos no parece ser un determinante decisivo a la hora de determinar el perfil de los sujetos que optan por la vía de recuperación natural de las conductas adictivas. De todos modos, son aún pocas las investigaciones que abordan este aspecto (Sobell et al., 2001). Más estudios podrían ayudar a confirmar o desmentir la universalidad de este fenómeno.

Este estudio ha contado con una serie de limitaciones comunes a otras investigaciones que se han llevado a cabo en el campo de la recuperación natural en conductas adictivas como son el carácter retrospectivo de la recogida de información y el escaso número de participantes debido a la dificultad de captar este tipo de sujetos que en muchos casos no acuden a tratamiento porque precisamente no quieren hablar de sus problemas pasados con el abuso de alcohol u otras drogas (Carballo et al., 2007; Sobell et al., 2000). Estudios longitudinales con muestras más amplias son necesarios para mejorar el conocimiento del que se dispone en la actualidad sobre este tipo de recuperación de la adicción al alcohol.

## Agradecimientos

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).

## Referencias

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV-TR (Text Revision)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.

Bedregal, L. E., Sobell, L. C., Sobell, M. B. y Simco, E. (2006). Psychometric characteristics of a Spanish version of the DAST-10 and the RAGS. *Addictive Behaviors*, 31, 309-319.

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, 1773-1777.

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, 229-236.

Bischof, G., Rumpf, H. J., Meyer, C., Hapke, U. y John, U. (2005). Influence of psychiatric comorbidity in alcoholdependent subjects in a representative population survey on treatment utilization and natural recovery. *Addiction*, 100, 405-413.

Blomqvist, J. (1999). Treated and untreated recovery from alcohol misuse: environmental influences and perceived reasons for change. *Substance Use & Misuse*, 34, 1371-1406.

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, 790-799.

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. In H. Klingemann y L. Sobell (Eds.), *Promoting self-change from problem substance use: Practical implications for policy, prevention, and treatment*. London: Springer Verlag.

Carballo, J. L., Fernández-Hermida, J. R., Sobell, L. C., Dum, M., Secades-Villa, R., García-Rodríguez, O., Errasti-Pérez, J. M. y Al-Halabí Díaz, S. (2007). Differences among substance abusers in Spain who recovered with treatment or on their own. *Addictive Behaviors*, 33, 94-105.

Cunningham, J. A. (1999). Untreated remissions from drug use: the predominant pathway. *Addictive Behaviors*, 24, 267-270.

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, 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.

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, 281-292.

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, 519-530

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. *Adicciones*, 14, 455-463.

Grant, B. F. (1997). Barriers to alcoholism treatment: Reasons for not seeking treatment in a general population sample. *Journal of Studies on Alcohol*, 58, 365-371.

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.

Klingemann, H. y Sobell, L. C. (2007, in press). 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.

Landa, N., Fernández-Montalvo, J., López-Goñi, J. J. y Lorea, I. (2006). Comorbilidad psicopatológica en el alcoholismo: un estudio descriptivo. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6, 253-269.

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 Addiction*, 78, 269-276.

López-Torrecillas, F., Verdejo, A., Muñoz-Rivas, M. J., Caballo,

V. y Graña, J. L. (2005). Variables de personalidad que motivan hacia el tratamiento. *Adicciones*, 17, 315-324. McCartney, J. (1996). A community study of natural change across the addictions. *Addiction Research*, 4, 65-83.

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, 122-127.

Sánchez Hervás, E. (2006). La investigación en el tratamiento psicológico de las adicciones: en busca de la utilidad clínica. *Adicciones*, 18, 259-264.

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 and Clinical Psychology*, 46, 932-946.

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, 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, 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, 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 Toneatto, T. (1992). Recovery from alcohol problems without treatment. In N. Heather, W. R. Miller y 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, 217-224.

Toneatto, T., Sobell, L. C., Sobell, M. B. y Rubel, E. (1999). Natural recovery from cocaine dependence. *Psychology of Addictive Behaviors*, 13, 259-268.

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, 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, 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, 237-242.

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

José Luis Carballo\*; José Ramón Fernández-Hermida\*\*; Roberto Secades-Villa\*\*; Olaya García-Rodríguez\*\*\*

**FUENTE:** *Revista Adicciones/*

<http://www.zheta.com/user3/adicciones/files/49-58%20carballo.pdf>

