
no reaccionan positivamente a ninguna de las formas de intervención disponibles.

Al lado de todo esto, existe un número muy importante de personas que nunca han ido a tratamiento, o que asistieron a alguno y fracasaron, y un tiempo después ellas mismas toman control de la situación y se recuperan 'solas'. Esto es lo que se ha llamado 'recuperación espontánea', 'autorecuperación' o 'recuperación natural'. A pesar de la oposición de muchos expertos a lo largo y ancho del mundo, Linda Sobell en los Estados Unidos y Harold Klingemann en Europa, han demostrado que un número muy importante de personas (entre el 15% y el 70%) con problemas de consumo de alcohol y sustancias psicoactivas abandonan el consumo sin un tratamiento formal.

¿Qué tipo de eventos y/o procesos están operando en las personas que se han recuperado del consumo de manera natural en comparación con aquellas que han acudido a tratamientos formales? ¿Qué factores han incidido en el mantenimiento de la recuperación en ambos casos? Esas fueron las preguntas que guiaron el presente estudio.

Partiendo de lo anterior y teniendo en cuenta que no se han hecho este tipo de estudios en América Latina, la Corporación Nuevos Rumbos de la ciudad de Bogotá, Colombia, en conjunto con la Universidad Católica de Colombia, realizaron un proyecto de investigación en la población colombiana que explora los tipos de mecanismos y procesos que están operando en las personas que se han recuperado del consumo de manera natural, y muestra esto mismo en personas recuperadas que acudieron a tratamientos formales. Se compararon los resultados entre los grupos presentando una mejor aproximación a los procesos psicológicos y los eventos externos que facilitan y mantienen la recuperación de las personas con problemas de adicción.

Los resultados de la investigación pretenden generar varias ventajas y beneficios a nivel del tratamiento en drogodependencias: (a) avances/aportes importantes en los tratamientos de adicciones a sustancias psicoactivas; (b) guía y motivación para quienes no pueden asistir a un tratamiento y presentan la problemática; (c) identificación y esclarecimiento de puntos esenciales para realizar trabajos en la prevención del consumo de alcohol y drogas y a largo plazo, (d) aumento de la calidad de vida tanto de los individuos con problemas como el de sus familias.

Es cierto que los grupos de auto ayuda han sido uno de los más populares caminos para la gente que experimenta problemas de alcohol y drogas; al respecto hay dos posiciones, una de escepticismo y otra optimista. Por un lado Granfield y Cloud (1996) sugieren que la razón por la cual ha sido uno de los recursos más conocidos para recuperarse, puede

atribuirse a que muchos de estos grupos (A. A., N. A., C. A.) contribuyen a cultivar un soporte comunal el cual facilita los comportamientos de cambio. Las investigaciones han demostrado que los adictos afiliados a grupos de auto ayuda se rehabilitan significativamente más que aquellos que sólo han estado hospitalizados. Por otro lado, Peele (1989, citado por Granfield y Cloud, 1996), considera que estos grupos no son muy efectivos desde que se suscribieron a la ideología que la adicción es una cuestión de toda la vida. Desde esta perspectiva argumenta que las organizaciones que buscan reformar comportamientos, adoptan un rol de enfermos en miras de la reintegración. Así, A. A. enseña a sus miembros que ellos tienen una enfermedad y una adicción al alcohol que durará toda la vida. De esta manera se explica cómo los miembros adoptan una identidad de adictos, en la cual el hecho de estar "sobrio" o "limpio" es la prioridad, pues sin esta no se concibe la posibilidad de tener una vida, ni salud, ni familia, ni trabajo, lo cual hace referencia a la naturaleza de la enfermedad. Por esta razón necesitan recordar todos los días que se es un adicto.

Granfield y Cloud (1996) realizaron un estudio en el cual encontraron que cuando los adictos han adquirido una identidad sin tener contacto con los grupos que adoptan la ideología descrita, tienen un concepto diferente de sí mismos. Al preguntarles cómo se veían ellos mismos en relación al pasado, se encontró que la gran mayoría no se consideraban adictos actualmente, decían que iban por otro camino. Incluso reaccionaron en contra de la ideología que la adicción es una enfermedad "Yo soy padre, esposo y trabajador. Así es como me veo hoy a mí mismo. Ser un drogadicto es cosa del pasado".

En la primera fase del estudio, las personas dijeron que superaron su identidad de adicto y adoptaron conceptos de sí mismos congruentes con sus roles actuales. Algunos de ellos asistieron una o dos veces a A. A., N. A., C. A., otros dijeron que nunca pensaron asistir y dos no sabían de la existencia de tales grupos. Varios manifestaron que se oponían a aceptar que ellos no tenían ningún tipo de poder sobre su enfermedad, viéndose por el contrario como personas fuertes y capaces: consideraban que primero debían confiar en sus propios instintos antes que en los de otros.

En la segunda etapa se preguntó con quién había hablado sobre sus problemas de alcohol o drogas; la mayoría contestó que lo había hecho con amigos muy cercanos, otros solamente con personas que sabían que ellos eran adictos y hubo personas que no hablaron con nadie. Reportaron no haber asistido a esos grupos porque consideraban que podían terminar su adicción sin este tipo de ayudas. Burman (1997) sugiere que la recuperación en esencia no tiene que ser siempre un "viaje" durante toda la vida, sino que puede darse por terminado a través de la persistencia, el conocimiento y la experiencia.

Prochaska, Velicer, DiClemente y Fava (1998), realizaron un análisis comparativo entre 18 sistemas terapéuticos, basado en un modelo integrativo de cambio que se aplicó a personas con problemas de consumo de cigarrillo, control de peso, abuso de alcohol y angustia psicológica. Se identificaron 10 procesos básicos de cambio, que son válidos tanto para personas que se

han recuperado espontáneamente como para quienes lo han hecho en terapia.

Sin embargo, Burman (1997) afirma que las asunciones en contra de la posibilidad de recuperación natural son muy fuertes. Considera que la resistencia de los grupos de autoayuda y los profesionales que trabajan en este campo de las adicciones, para reconocer y dar crédito a la existencia del cambio auto-inducido, impide la posibilidad de ganar conocimiento adicional de soluciones alternativas a este problema endémico que ha sido definido y tratado en Estados Unidos por un modelo médico en primera instancia. De esta manera ha sido un fenómeno que no ha sido entendido y ha sido desafiado largamente, devaluado e invalidado. Sobell et al. (2002) aseguran que incluso hasta hace poco, se ponía muy poca atención a los individuos que tenían problemas de comportamiento referidos al consumo de sustancias y habían logrado la abstinencia o la moderación de su consumo sin un tratamiento formal.

Sobell, Sobell, Timothy y Ellingstadt (2000) aseguran que en varias investigaciones se ha comprobado, que muchos consumidores se han recuperado por sí mismos. Recientemente, el incremento de investigaciones ha hecho que la recuperación natural del abuso de sustancias gane reconocimiento y aceptación. Estos mismos autores aseguran que prestigiosas instituciones como Institute of Medicine (1990) y la American Psychiatric Association (1994) han reconocido que la recuperación natural es una ruta legítima de recuperación.

Burman (1997) afirma que numerosos estudios han reportado la recuperación natural frente al consumo de varias sustancias (alcohol, cocaína, heroína, marihuana, nicotina). Finfgeld (1997) asegura que a pesar de las influencias mencionadas, expertos en el campo del abuso de sustancias están comenzando a demostrar gran interés en las personas que han tenido éxito en la moderación del consumo o han logrado la abstinencia sin adherirse a un tratamiento formal. Este mismo autor comenta que los problemas de alcohol se pueden auto-limitar: alrededor de un 82% de los individuos que se recuperan de los problemas de alcohol por un año o más, lo hacen sin tratamiento, lo cual indica que puede haber varios caminos para recuperarse, y los programas a largo plazo no son siempre los apropiados para todos los individuos.

Por otro lado, tradicionalmente se ha pensado que la recuperación sólo es posible a través de la abstinencia; sin embargo, Sobell et al. (2000) afirman que 42% de estudios realizados sobre la recuperación de las drogas han mostrado que ésta también puede incluir el uso limitado de las mismas, es decir, tener un consumo moderado sin consecuencias negativas.

Es importante mencionar que dicho consumo se vuelve moderado respecto al alcohol en hombres, cuando se toma 3 bebidas estándar o menos por día; y en mujeres cuando se ingieren 2 bebidas estándar o menos por día. Dichas bebidas estándar hacen referencia a una botella de cerveza (285ml); una copa de vino (120ml); un trago de una bebida destilada (30ml); un aperitivo, como el Vermouth (60ml); o tres vasos de Sidra (285ml). En cuanto al consumo moderado de otras drogas, en el caso de la marihuana o el hachís se proponen 2 consumos o menos al año; para la cocaína, heroína y otras drogas, hace referencia a un consumo al año como máximo (no inyectado).

La idea de este cambio, es funcionar adaptativamente y no presentar comportamientos maladaptativos. Las personas deben concentrarse no sólo en sus problemas de alcohol, sino también deben enfocarse en el cuidado de otras áreas de su vida. Paralelamente deben aprovisionarse de material teórico, que les sirva como guías.

King et al. (2000) han encontrado que los individuos que mantienen un consumo moderado tienen una historia de consumo más corta y menos severa y no consideran el alcoholismo como una enfermedad sino como un mal hábito. La moderación parece ser una resolución natural más que una solución debida a un tratamiento asistido, lo que no sorprende ya que la mayoría de los tratamientos promueven la abstinencia total y los individuos con problemas más severos la prefieren. Estos autores manifiestan que los estudios sobre la recuperación natural ofrecen una oportunidad para investigar cómo se logra una moderación o abstinencia estable, independientemente del tratamiento clínico para este propósito.

Para entender la recuperación natural de las adicciones, Humphreys, Moos y Finney (1995) sostienen que se deben tener en cuenta los mecanismos disparadores o ‘de gatillo’ y los procesos que apoyan el cambio una vez éste ha comenzado. Así, se han entendido los mecanismos de “gatillo” o disparadores como factores interpersonales y ambientales, los cuales juegan un rol en la iniciación del tratamiento. Los autores afirman que con mayores conocimientos sobre estos mecanismos, se podrá entender mejor cómo obtener un impacto en el curso de los problemas del consumo y potencializar las predicciones de patrones individuales de comportamiento. Así mismo hay que profundizar en los factores que mantienen la recuperación, teniendo en cuenta que éstos son atributos personales y ambientales que actúan de manera concomitante con cambios en el comportamiento.

Estos mismos autores, reportan que el cambio personal incluye un proceso intrapsíquico. Muchos individuos aseguran que el cambio de comportamiento fue disparado por haber visto cuanto daño les estaba ocasionando el consumo a ellos mismos o a quienes amaban; sienten como si hubieran activado un botón o simplemente consideraron que “ya fue suficiente”. Afirman además que la depresión y una baja autoestima generalmente bloquean el crecimiento psicológico, esto en ocasiones activa la autocrítica y puede disparar el cambio.

Estos autores observaron también que individuos que tienen problemas graves con el alcohol han considerado y reconocido que esto se había constituido en un problema, llevándolos a estados depresivos y a una imagen pobre de sí mismos. Lo anterior puede también llevar a una persona a entrar en abstinencia. Adicionalmente, los consumidores que tienen grandes problemas, suelen ir perdiendo sus relaciones cercanas y esto puede disparar la recuperación, la cual subsecuentemente puede llevar a la abstinencia. De todas maneras, para mantenerse en la recuperación, un apoyo de alguien cercano es un factor muy importante (Humphreys et al., 1995).

A pesar de que muchos estudios sobre recuperación natural se refieren a varias de las sustancias psicoactivas, el consumo de alcohol ha sido una de las que se ha estudiado con mayor frecuencia dado que cada vez más personas incurrir en el consumo problemático o abuso de éste; lo anterior se puede relacionar con varios factores como lo son la legalidad, el fácil acceso y gran disponibilidad (se pueden obtener bebidas alcohólicas las 24 horas del día), la gran diversidad de precios que lo hacen accesible a cualquier persona, y la normalización del consumo, entre otras.

King et al. (2000) realizaron un estudio con personas que solucionaron su problema de consumo y no habían sido tratadas, y analizaron lo que había pasado después de la resolución. Encontraron que la mayoría cambiaron no sólo las prácticas de consumo, sino también el contexto que los rodeaba. Así, el 84,6% moderó su consumo y el 46,2% dejó de consumir licores fuertes. El 84,6% cambió sus circunstancias sociales, así como el sitio de consumo. Se dio una modificación de las horas, el 53% cambiaron el consumo de la mañana y 30,8% lo hicieron en otros tiempos al habitual. Se halló que todos los individuos (excepto dos) hicieron cambios positivos relacionados a la salud; el 61,5% cambió los hábitos relacionados con la alimentación, 50% los mejoró. Un 50% dejó de fumar y un 43,8% mejoró su actividad física. Estos cambios sugieren que se dan modificaciones generalizadas en los patrones de comportamiento.

Las estrategias de comportamiento que adoptaron los alcohólicos para su recuperación natural se encasillaron en dos categorías: el autocontrol y la reducción en el consumo voluntario. La abstinencia se hizo por decisión deliberada, mientras que la moderación se llevó a cabo por otros mecanismos además de la deliberación, como fueron las pérdidas materiales y emocionales secundarias al consumo.

Ludwig (1985) encontró algunas razones generales por las cuales las personas que tenían problemas de consumo iniciaron su recuperación:

- Eventos específicos de la vida del sujeto o a circunstancias externas frente a las cuales la persona se logra dar cuenta de su situación problemática y la relación que existe con dichos eventos.
- “Los fondos”, en los cuales vivieron profundas experiencias personales de humillación, vergüenza, desespero, pérdida del matrimonio, trabajo, encarcelamiento, entre otras.
- Enfermedades físicas, ya que se dio una asociación directa con una seria amenaza de muerte en el caso de que se siguiera consumiendo.
- Aversión física: algunas personas desarrollaron alergia espontánea hacia el alcohol después de haber estado consumiendo muchos años.
- Cambio en el estilo de vida: sintieron que estaban perdiendo control respecto a la dirección de la vida que ellos habían decidido tomar, más que todo en un sentido existencial.
- Experiencias espirituales.

Después de haber encontrado las razones mencionadas, Ludwig (1985) se preguntó cómo habían mantenido la recuperación. De esta manera halló varios elementos: a) pérdida de deseo: las personas manifestaron que habían perdido el deseo de tomar en un período relativamente corto de tiempo después de la decisión; b) querer-poder: los individuos comentaron que periódicamente hacían este ejercicio o utilizaban otras estrategias cognitivas para resistir la tentación de tomar; c) aversión física: los sujetos reportaron que ésta había sido suficiente para renunciar del alcohol; d) pensamientos sobre el alcohol: antes de la recuperación, cuando pensaban en consumir surgían imágenes o ideas que generaban toda suerte de asociaciones placenteras o sentimientos (calor, sentirse bien, etc.). Durante la recuperación los pensamientos específicos relacionados al consumo de alcohol cambiaron radicalmente; e) connotaciones negativas: las personas manifestaron que ahora presentan imágenes o pensamientos automáticos negativos asociados al alcohol, f) connotaciones positivas se transforman en negativas: se experimentan aún asociaciones automáticas positivas respecto al consumo, pero éstas progresivamente se van volviendo negativas.

También se halló que la religiosidad, algo místico o trascendente, ayudaba. Los datos mostraron que el inicio de la recuperación no siempre requiere de profundas degradaciones o desarrollar aversión física para dejar el consumo. Referido a lo anterior se encontró que un pequeño porcentaje, afirmó que sabía claramente a donde iba a llegar si seguía consumiendo. Algo muy interesante que se halló fue que los patrones de consumo de este pequeño porcentaje eran igual de severos a los de quienes tuvieron que tocar fondo para poder recuperarse.

Burman (1997) realizó un estudio cuantitativo y cualitativo con 38 personas (24 hombres, 14 mujeres) que presentaron problemas de consumo, cuyo promedio de edad fue 47,2 años. Los participantes se consideraron hasta un momento de su vida alcohólicos funcionales, ya que tomaban por lo general después

de las horas de trabajo y fines de semana. Después el consumo se les salió de control.

Sobell et al. (2000) encontraron que el 62% de las personas reportó ciertas razones que generalmente los individuos dan en torno a su recuperación: relacionadas con la salud 42,5%; referidas con efectos negativos personales 30%; relacionadas con las finanzas 30%; una visión diferente frente al uso de sustancias (cambios cognitivos) 27,5%; relacionadas con la familia 22,5%; relacionadas con lo social 20%; relacionadas con impresiones legales 20%; razones religiosas 17,5%; relacionadas con el trabajo 15%; cambio en los acuerdos de vida 15%; cambios en el estilo de vida 15%; miedo a las consecuencias 12,5%; viendo efectos negativos del uso en otras personas 10%; "otros" 25%. También encontraron que el mantenimiento de la recuperación está asociado a: el apoyo social y/o cambios en el grupo social 32,5%; la familia u otras personas significativas 27,5%; el desarrollo de intereses que no involucraran sustancias 20%; cambios del estilo de vida 17,5%; evitación de situaciones donde se usan sustancias 17,5%; relacionadas con el trabajo 17,5%; religión: 15%; auto-control: 15%; cambios en los acuerdos de la vida 15%; atributos personales positivos 12,5%; finanzas 12,5% y salud 27.8%.

Prochaska et al. (1998), llegaron a las siguientes conclusiones:

- La auto reevaluación no es sólo un proceso de reestructuración cognitiva, también incluye una reevaluación afectiva de sí mismo y de los problemas de comportamiento.
- En la toma de conciencia, los sujetos no diferenciaron si la fuente de información había provenido de algo experiencial (interno) o del ambiente.
- Los sujetos tienden a reforzar contingencias en el uso de dos procesos de comportamiento (contracondicionamiento y control de estímulos).
- Las relaciones interpersonales que ayudan, aparecen como parte del cambio en el ambiente natural igual que en tratamientos terapéuticos.

Se identificaron además dos factores secundarios: el experiencial y el comportamental. Estos comprendieron cinco procesos los cuales revelaron que los individuos utilizan más de un proceso a la vez. Por ejemplo, en la etapa de contemplación tienen procesos experienciales que acercan a la toma de conciencia y la auto reevaluación.

Tal vez el hecho de entender mejor los mecanismos psicológicos fundamentales de la abstinencia puede proveer mayores bases racionales para el desarrollo de técnicas psicoterapéuticas contra el alcoholismo. Es importante hacer comparaciones entre individuos tratados y otros que no han tenido tratamientos, así

como entre las personas que decidieron ser abstemias y aquellas que eligieron tener un consumo moderado. Lo anterior permitirá vislumbrar de forma cada vez más clara cuáles son las características de las personas y su proclividad a una forma de recuperación determinada.

Finfgeld (1997), al igual que varios autores (ver Klingemann et al, 2001), afirma que se necesitan aún muchos estudios para entender la auto-resolución de los problemas del consumo. Así, las investigaciones permitirán descubrir mayores elementos en miras del beneficio práctico de los consumidores y de los profesionales en adicciones.

Planteamiento del problema

¿Qué tipo de eventos y/o procesos están operando en las personas que se han recuperado del consumo de manera natural en comparación con aquellas que han acudido a tratamientos formales? ¿Qué factores han incidido en el mantenimiento de la recuperación en ambos casos?

Objetivos

Objetivo general

Examinar los procesos a través de los cuales personas con problemas de consumo de alcohol y drogas se recuperaron sin un tratamiento formal y mantienen la abstinencia o son capaces de consumir con un patrón completamente diferente (no problemático) y comparar sus estrategias con las de personas que si recibieron tratamiento formal exitoso.

Objetivos específicos

- Identificar las razones que llevaron a la recuperación de los grupos mencionados
- Identificar qué eventos o procesos han mantenido la recuperación en los grupos mencionados
- Indagar cuáles fueron las personas que más influyeron en la recuperación y mantenimiento de la misma.
- Conocer los motivos para no recibir tratamiento formal
- Conocer los motivos para haber abandonado un tratamiento formal (en caso de presentarse esta situación en alguno de los sujetos de la muestra).

Método

Diseño y tipo

Investigación exposfacto que comparó características de hombres con la misma problemática (dependencia a alcohol o drogas, según criterios diagnósticos del DSM IV-R) pero que se recuperaron de modos diferentes. Para este estudio se combinaron metodologías cualitativas y cuantitativas. El aspecto descriptivo del estudio lo proporcionó la información resultante de la aplicación de cuatro instrumentos a 40 hombres entre los 18 y los 60 años. El elemento exploratorio se basó

principalmente en el empleo de una entrevista semiestructurada individual que identificaba razones principales de suspensión de consumo y motivos para el mantenimiento de la abstinencia del mismo.

Participantes

Todos los participantes diligenciaron los instrumentos y respondieron a la entrevista semiestructurada de manera voluntaria, individual y en un espacio de carácter privado. Todas las personas aprobaron y firmaron el consentimiento informado de participación en la investigación. Las personas que participaron en el estudio fueron en primera instancia, egresados de centros de tratamiento de las ciudades de Bogotá, Cali y Medellín, conocidos y referidos del equipo principal de investigación (estrategia de bola de nieve), y posteriormente desconocidos que contactaron al equipo investigador a través de las convocatorias hechas por medio impreso o Internet. Todos cumplieron los requisitos que determinaban una recuperación del consumo problemático mantenido por lo menos por un año.

Instrumentos.

Para la implementación de la investigación, se utilizaron cuatro instrumentos: Primero, Cuestionario de filtro control de recuperación; permite rastrear si el sujeto está o no recuperado (Pérez 2003); Segundo, un cuestionario de datos demográficos (Pérez 2003); Tercero, una entrevista semiestructurada (Pérez 2003) que permite rastrear las razones que facilitaron la recuperación y su mantenimiento, las personas que más influyeron en dicha recuperación, las barreras ante el tratamiento formal y los motivos para abandonar el tratamiento (en caso de haberlo hecho) y, finalmente una versión en español del AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test), instrumento que permite rastrear problemas relacionados con el uso de alcohol y drogas, diagnosticando si había dependencia a las sustancias.

Las pruebas fueron validadas en los Estados Unidos con población de origen hispano, actualmente bilingüe; como se presenta una cierta contaminación idiomática inevitable, los instrumentos fueron corregidos por el autor de este artículo y presentados a los autores, quienes dieron su visto bueno y aprobación.

Se realizó el procesamiento de los datos de la encuesta en el programa SPSS, mientras que la información cualitativa se agrupó en categorías de análisis determinadas por la estructura de la entrevista utilizada para este fin. Aplicadas las encuestas, la muestra se dividió en dos grupos: personas dependientes a alcohol y/o drogas cuya recuperación haya sido determinada por la inclusión en un tratamiento formal y el grupo que se haya recuperado sin tratamiento formal

Definición de los grupos: (1) Sin tratamiento formal (n=11). No podían haber recibido consejo del médico de cabecera, o haber leído libros de auto ayuda para este fin. Podían haber asistido a menos de tres sesiones (A.A). No se excluyeron de este grupo sujetos que pudieran haber recibido consejo de personas sin formación terapéutica, tales como sacerdotes, abogados, parapsicólogos, amigos, etc. (2) Con tratamiento formal o grupo de autoayuda con éxito, (internamiento, ambulatorio, psicoterapia, entre otros) como mínimo hace un año (n= 29) .

Los alelos ADH3*1 y ADH2*2 parecen conferir protección contra el alcoholismo reduciendo la incidencia en cerca del 20% (Crabbe & Phillips, 2004).

Resultados

Razones que llevaron a la recuperación del consumo problemático de sustancias

Grupo Con Tratamiento.

Las principales razones que reportaron los sujetos de este grupo para suspender el consumo fueron en su orden: el distanciamiento notable de la familia (conflictos), sentir vergüenza por el comportamiento que se tenía cuando se consumía (culpa), presencia de sentimientos de depresión e irritabilidad, miedo por las consecuencias que estaba teniendo el consumo, ver a otras personas sufriendo por enfermedades causadas por el consumo, conflictos con amigos y en general en la vida social, preocupación por la salud propia, y fracaso o sensación de incompetencia en el estudio o en el trabajo.

Las principales razones que tuvieron estos sujetos, aunque estuvieron determinadas por la generación y/o el aumento de conflictos con el círculo familiar, posteriormente se enfocan en razones más internas, como por ejemplo sentimientos de culpa, depresión e irritabilidad, además del temor por las consecuencias que estaba teniendo el consumo. Posteriormente se considera el deterioro en otra área social: conflictos con amigos.

Grupo Sin Tratamiento.

Para el caso de este grupo, las razones que motivaron la suspensión del consumo fueron en su orden: los conflictos generados con la pareja, el distanciamiento notable de la familia, los conflictos en las relaciones familiares, el miedo por las consecuencias que estaba generando el consumo, observar lo mal que estaban otros por el consumo, notar las enfermedades que otros sufrían por el consumo, sentir vergüenza por el comportamiento cuando se consumía (culpa) y sentimientos de depresión e irritabilidad.

Se observa que para este grupo las motivaciones emergentes para tomar la decisión de recuperarse se centran en tener mucho que perder, especialmente en lo relacionados con el círculo afectivo inmediato: relaciones de pareja y relaciones familiares. Posteriormente aparecen razones como el temor a las consecuencias del consumo como tal en sí mismo y en otros. A

diferencia del grupo con tratamiento, en el que se evidencia la influencia de los vínculos familiares como razones de suspensión de consumo pero en el que no parece primar el temor a perderlos (quizás porque ya están muy deteriorados), en el grupo sin tratamiento ésta es la razón que motivó principalmente la suspensión del consumo.

Diferencias significativas entre grupos.

Entre las diferentes razones determinantes en la toma de decisión de suspender el consumo, tres resultaron significativamente importantes (diferenciadoras) en el análisis comparativo entre los dos grupos: el fracaso en los estudios, las dificultades familiares y un “últimátum” de alguien cercano.

Para el 82% del grupo que no hizo tratamiento formal, fracasar en sus estudios no fue una razón para suspender el consumo de sustancias: solamente el 18% del mismo afirmó que esta sí había sido una razón importante o de mediana importancia en la toma de la decisión. Por el contrario, para el 69% del grupo que hizo tratamiento formal ésta sí fue una razón que influyó en su decisión. Se encuentra diferencia significativa en el comportamiento de los grupos ($p = 0.03$). Se sugiere entonces que para el grupo sin tratamiento, el desempeño académico no se vio deteriorado al punto en el que tomara peso en la decisión de dejar el consumo.

Por otra parte, aunque el deterioro en las relaciones familiares se convierte en una razón determinante en los dos grupos para suspender el consumo, el análisis estadístico revela diferencias significativas en la relación que esta razón tiene, con la decisión de suspender o no el consumo. Así, en el grupo de no tratamiento el 27% de los casos no tuvo ésta como una razón para suspender el consumo, el 73% restante sí lo consideró vital en el momento de hacerlo; mientras que para el 100% del grupo con tratamiento los conflictos en las relaciones familiares determinaron, de manera importante pero con menor peso, su decisión de recuperación (suspensión de consumo).

De hecho la relación anterior es apoyada con la información suministrada en la entrevista semiestructurada, particularmente en la respuesta a la pregunta “Cuál era su mayor temor si seguía consumiendo?”, pues mientras el grupo con tratamiento destaca el miedo a la muerte como su principal temor de seguir consumiendo, y solo con un 15% cita la pérdida de la familia, el grupo sin tratamiento resalta el perder a la familia o a sus seres queridos como el principal temor de seguir en consumo (45% de los casos), ($p = 0.03$). Es posible considerar que para los primeros (con tratamiento) los vínculos familiares se habían debilitado tanto o de hecho ya no eran relevantes o se daban por perdidos, que solo una situación extrema como la muerte se había convertido en lo no deseable, y por

ende en el evento que se quería evitar; por el contrario para el segundo grupo, los vínculos con familia y/o seres queridos aún parecían mantenerse (aunque fuese débilmente) y la posibilidad de perderlos se mantenía aún como una razón para no continuar consumiendo.

Por último, la situación “alguien cercano me dio un ultimátum para que dejara el consumo” también fue significativamente diferente en los grupos estudiados, en lo que se refiere a la decisión de dejar el consumo. Para el 82% del grupo sin tratamiento, ésta no fue una razón importante en la toma de la decisión, mientras que para el 70% del grupo que asistió a tratamiento sí fue una razón que influyó en su decisión, $p = 0.02$ (prueba estadística Chi cuadrado, $g = 3$).

Dificultades afrontadas para la recuperación.

Para el grupo que recibió tratamiento, las mayores dificultades que afrontaron al iniciar el mismo fueron básicamente las relacionadas con la aceptación (conciencia) de la existencia de un problema en relación con el alcohol y/o las drogas, especialmente de que en sus casos requerían de ayuda profesional para suspender el consumo y mantenerse abstemio; asimismo en este grupo la separación/distanciamiento de sus seres queridos fue otra de las dificultades afrontadas. Por el contrario para el grupo que nunca asistió a tratamiento, las dificultades más grandes fueron las relacionadas con el cambio en las relaciones interpersonales y los ambientes claramente propiciadores del consumo. No se trataba tanto de una cuestión de aceptación del problema o de aceptación de ayuda, sino de evitación de riesgos.

Eventos y/o procesos que han mantenido la recuperación.

Grupo con Tratamiento.

Los factores que motivaron el mantenimiento de la recuperación en el grupo que se adhirió a un tratamiento fueron en su orden: la “sobriedad” o “limpieza” como primera prioridad, el mejoramiento de la salud y la recuperación física, recibir apoyo de mi familia, tener presente los compromisos hechos a sí mismos, el soporte del poder superior, la aceptación de que no hay razón que justifique el consumo y recordar a la gente que ha ayudado, entre otros.

Grupo Sin Tratamiento.

Dos factores fueron los de mayor relevancia en el mantenimiento de la abstinencia en el caso de este grupo: tener presente los compromisos que se han pactado a sí mismos y, pensar en lo mejor que se está sin consumir y desear seguir de esta manera. La recuperación física y la salud en general, aprender a divertirse con actividades en las que el consumo no tuviera cabida y recibir apoyo de la pareja fueron los factores que siguieron en importancia a los dos mencionados anteriormente.

Se evidencian procesos de tipo cognitivo en este grupo, al mantener el esquema beneficio-costos (no consumo-consumo) como un elemento que refuerza positivamente la idea de no consumir. De la misma manera se observan estrategias intencionadas de espacios gratificantes en los que no se consume alcohol.

Por el contrario, para el grupo que se recuperó sin tratamiento, el apoyo de red social parece no ser un elemento importante en el mantenimiento de su abstinencia o la consecución de un consumo moderado, tal y como lo muestran las diferencias significativas entre grupos en relación al factor “Tener presente los compromisos que he pactado con otras personas”. Para el 73% del grupo sin tratamiento ésta no fue una motivación para mantener su recuperación, mientras que para el 90% del grupo con tratamiento sí lo fue, y probabilísticamente la correlación es bastante alta ($p=0.002$, $g3$).

Discusión

A pesar de que el concepto de recuperación natural no es fácil de definir –incluso algunos la consideran una especie de *milagro* que no permite seguimiento y que en definitiva no existe– los resultados de esta investigación han permitido ampliar el conocimiento que se tiene de las condiciones de personas que se recuperan de los problemas de alcohol y/o drogas sin tratamiento. Como sugiere Finfgled (1997), puede haber varios caminos para recuperarse, y no necesariamente los programas a largo plazo son siempre los apropiados para todos los individuos.

Los resultados de este trabajo muestran que uno de los factores más fundamentales en la recuperación, con y sin tratamiento formal, es el apoyo de parte de la familia o amigos. Acorde a los planteamientos de Waldorf et al. (1991, citados por Granfield y Cloud, 1996), las personas que poseen una red de apoyo (familiares, amigos, trabajo) parecen salir más fácilmente y con menos ayudas profesionales del consumo. El contexto social ejerce una gran influencia en la superación del abuso de alcohol y drogas. Para la mayor parte de los sujetos de este estudio, el “*recibir apoyo de mi familia*” es un factor que se asocia con la condición de haberse recuperado con o sin tratamiento de una manera significativa ($p = 0.03$, $g 3$); aun así, debe resaltarse que hay diferencias significativas entre los dos grupos: en el grupo sin tratamiento el 63% considera este factor como importante o muy importante, mientras que ese porcentaje es de 90% en el grupo con tratamiento.

Grupo con tratamiento

En este grupo se observó que las motivaciones más sobresalientes para tomar la decisión de recuperarse se centran en tener mucho que perder, especialmente en los relacionados con el círculo afectivo inmediato: relaciones de pareja y relaciones familiares. Posteriormente aparecen razones como el temor a las consecuencias del consumo en sí mismo y en otros.

Se observó también, especialmente entre aquellos que asisten a grupos de apoyo (AA, NA), la adopción de una identidad de adictos, en la cual el hecho de estar “sobrio” o “limpio” es la prioridad, pues sin esta no se concibe la posibilidad de tener una vida, ni salud, ni familia, ni trabajo, lo cual hace referencia a la naturaleza de la enfermedad. Este motivo es vital en el mantenimiento de la recuperación.

El mantenimiento de la “sobriedad” o “limpieza”, el mejoramiento de la salud y la recuperación física, se apoyan sobre los compromisos hechos consigo mismos, el soporte del poder superior y el miedo a perder lo logrado (familia y logros personales entre otros). El apoyo de una red social se convierte en un evento determinante en la recuperación de quienes asisten a tratamiento y lo han finalizado exitosamente. La familia se convierte no solo en un factor que motiva o presiona para la recuperación, sino también en motivador y apoyo en el mantenimiento de la misma.

Es interesante notar que el “*estar involucrado en el proceso de recuperación de un adicto (familiar, amigo, pareja)*” se convierte en un factor importante del mantenimiento de los logros en el grupo con tratamiento (el 72% del grupo lo afirma), mientras que para el 91% del grupo sin tratamiento éste factor no tiene ninguna incidencia; lo notable en sí mismo es la importancia que le atribuyen los del primer grupo, entre quienes este tipo de comportamiento se promueve activamente; este no es, obviamente, el caso, en quienes se recuperan sin ayuda formal.

Grupo sin tratamiento

Las razones que motivan la suspensión del consumo se refieren generalmente al temor de perder la familia / pareja, y a deteriorar más las relaciones familiares (generar más conflictos): Pero en el mantenimiento, prima tener presente los compromisos que se han pactado consigo mismos, pensar en lo mejor que se está sin consumir y desear seguir de esta manera, y el apoyo de la pareja.

En este grupo, a diferencia del primero, se observa que algunos procesos de tipo cognoscitivo juegan un papel relevante en el mantenimiento de la sobriedad dentro de un esquema de costo-beneficio (consumo-no consumo). Igualmente, se observan estrategias intencionadas de búsqueda de espacios gratificantes en los que no se utilicen la(s) sustancia(s)

Dificultades al afrontar el tratamiento

En el grupo que recibió tratamiento formal fueron básicamente las relacionadas con la aceptación (toma de conciencia) de la existencia de un problema en relación con el alcohol y/o las drogas, especialmente la aceptación de que en sus casos requerían de ayuda profesional para suspender el consumo y mantenerse abstemios; en este grupo la separación/distanciamiento de sus seres queridos fue otra de las dificultades afrontadas.

Por el contrario, para el grupo que nunca asistió a tratamiento las dificultades más grandes fueron las relacionadas

con el cambio en las relaciones interpersonales y los ambientes claramente propiciadores del consumo. No se trataba tanto de una cuestión de aceptación del problema o de aceptación de ayuda, sino de evitación de riesgos.

Este trabajo permite concluir que la recuperación natural no es ni un 'mito' ni un 'milagro', sino un proceso complejo en el que intervienen múltiples factores que, al ser identificados, pueden ayudar a diseñar estrategias individuales y grupales para solucionar el problema del consumo abusivo de sustancias. Lo anterior sugiere que aparte de los beneficios derivados de la decisión del individuo (recuperarse, superar su problemática), hay un avance en la determinación de un modelo que se basa en la creencia sobre la capacidad de la persona para conseguir positivamente los resultados. Surge un énfasis en los méritos individuales, las fortalezas, la iniciativa para promover la responsabilidad en el cambio, en contraste directo con el modelo tradicional basado en la falta de poder sobre el control de sí mismo.

Es demasiado temprano para afirmar que se encontraron los mismos resultados que en los trabajos clásicos de Sobell y sus colaboradores (1992, 1993, 1996, 2000 y 2002); pero sí puede decirse que las tendencias generales son las mismas. Se requiere aumentar significativamente el número de sujetos y, manteniendo otras condiciones iguales, continuar construyendo una pirámide de información de la cual puedan desprenderse conocimientos cada vez más refinados. También es necesario profundizar sobre eventuales diferencias en la severidad del problema tal como se presenta en los dos grupos: algunos han sostenido que quienes se recuperan sin tratamiento están menos severamente afectados por el problema que quienes requieren tratamiento; los datos disponibles en esta investigación no permiten todavía aclarar este punto.

Referencias

Burman, S. (1997). The Challenge of Sobriety: Natural Recovery Without Treatment and Self-Help Groups. *Journal of substance abuse*, 9, 41-61.

Cunningham, J.A. (1999). Untreated Remissions from Drug Use: The Predominant Pathway. *Addictive Behaviors*, 24, (2), 267-270.

Cunningham, J.A., Lin, E., Ross, H.E. & Walsh, G.W. (2000) Factors Associated with Untreated remission from Alcohol abuse or Dependence. *Addictive Behaviors*, 25, (2), 317-321

Finfgeld, D.L. (1997). Resolution of Drinking Problems Without Formal Treatment. *Perspective in Psychiatric Care*, 33, (3), 14-21.

Granfield, R. & Cloud, W. (1996). The Elephant that no one Sees: Natural Recovery among Middle-Class Addicts. *Journal of Drug Issues*, 26, (1), 45-61.

Humphreys, K., Moos, R.H. & Finney, J.W. (1995). Two Pathways out of drinking Problems without Professional treatment. *Addictive Behaviors*, 20, (4), 427-441.

King., Pukish, M., Tucker. & Jalie, A. (2000). Behavior Change Patterns and Strategies Distinguishing Moderation Drinking and Abstinent During the Natural Resolution of Alcohol Problems Without treatment. *Psychology of Addictive Behaviors*, 14, (1) 48-55.

Klingemann, H., Sobell, L.C., Baker, J., Blomqvist, J., Cloud, W., Ellinstad, T., Finfgeld, D., Granfield, R., Hodgson, D., Hunt, G., Junker, C., Moggi, F., Peele, S., Smart, R., Sobell, M.B. & Tucker, J. (2001). Promoting Self-change from Problem Substance Use, Practical implication and treatment. The Netherlands, Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.

Ludwig, A.M. (1985). Cognitive Process Associated with "Spontaneous" Recovery from Alcoholism. *Journal of Study on Alcohol*, 46, (1), 53-58

Prochaska, J.O., Velicer, W.F., DiClemente, C.C. & Fava, J. (1998). Measuring Process of Change: Applications to the Cessation of Smoking. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, (4), 520-528

Sobell, L. (2002). Natural recovery from alcohol abuse: findings and implications for treatment and public policy. Montreal, Canada: World Forum: Drugs, dependencies, impacts and responses. September 25.

Sobell, L.C., Sobell, M.B. & Toneatto, T. (1992). Recovery from Alcohol Problems without Treatment. In Heather, N., Miller, W.R. & Greeley, J. (Eds). *Self control and addictive behaviours*, New York: Maxwell Macmillan

Sobell, L.C., Sobell, M.B., Toneatto, T. & Leo, G.I. (1993). What Triggers the Resolution of Alcohol Problems Without Treatment?. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 17, (2), 217-244.

Sobell, L.C., Sobell, M.B. & Cunningham, J.A. (1996). Recovery from Alcohol Problems with and without Treatment: Prevalence in Two Population Surveys. *American Journal of Public Health*, 86, (7), 966-971.

Sobell, L.C., Sobell, M.B. Timothy, P., & Ellingstadt, T.P. (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., Sobell, M.B., Leo, G.I., Agrawal, S., Johnson-Young, L. & Cunningham, J.A. (2002). Promoting Self-Change with Alcohol Abuser: A Community-Level Mail Intervention Based on Natural Recovery Studies. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 26, (6) 936-948.
