

MODELOS TEÓRICOS DE LA CONDUCTA ADICTIVA Y RECUPERACIÓN NATURAL. ANÁLISIS DE LA RELACIÓN Y CONSECUENCIAS

THEORETICAL MODELS OF ADDICTIVE BEHAVIOUR AND NATURAL RECOVERY. ANALYSIS OF RELATIONSHIPS AND CONSEQUENCES

José Ramón Fernández Hermida, José Luís Carballo, Roberto Secades-Villa
y Olaya García-Rodríguez

Departamento de Psicología de la Universidad de Oviedo

La prevención y el tratamiento de la drogodependencia no son independientes del modelo teórico que explica la naturaleza y los determinantes de la adicción a las drogas. El modelo bio-médico conforma buena parte del sustrato teórico que subyace hoy a las políticas de atención a la drogodependencia, y buena parte de la investigación que se puede ver en publicaciones y congresos presta cada vez mayor atención a los determinantes biológicos. Sin embargo, el fenómeno del auto-cambio o la recuperación natural en las adicciones ponen en cuestión el modelo bio-médico predominante y favorecen un enfoque bio-psico-social más acorde con la tradición y la investigación psicológicas. En el presente trabajo se exponen los datos empíricos más relevantes que se han obtenido de la investigación sobre el auto-cambio en el consumo problemático de drogas, y se analizan las consecuencias de estos hallazgos sobre los modelos teóricos en liza. Por último, se formulan algunas recomendaciones en la implantación de los servicios de atención a drogodependientes que favorezcan el cambio tanto en sujetos que se recuperan naturalmente como en aquellos que deban acudir a tratamiento.

Palabras clave: Abuso de drogas, Recuperación Natural, Modelos Psicopatológicos.

The prevention and treatment of drug-dependence are not independent of the theoretical model that explains its nature and determinants. The biomedical model makes up a large part of the theoretical substrate currently underlying policies on drug-dependence, and an ever-growing proportion of research presented in journals and at conferences focuses on biological factors. However, the phenomenon of self-change or natural recovery from addictions calls into question the predominant biomedical model, favouring a bio-psycho-social perspective more in line with psychological tradition and research. The present work reviews the most relevant empirical findings from research on self-change in problematic drug use, and analyzes the consequences of these findings for the current theoretical models in the field. Finally, some recommendations are made in relation to the implementation of drug-dependence programs that can help change both in those who recover naturally and those who require treatment.

Key words: Drug Abuse, Natural Recovery, Psychopathological Models

DOS MODELOS EN LIZA

La drogodependencia o el consumo adictivo de drogas, sean legales o no, tiene una naturaleza controvertida. Los sistemas psicopatológicos al uso (CIE y DSM) reconocen la adicción a las drogas como un trastorno o una enfermedad. En el caso del DSM gira en torno a dos conceptos, abuso y dependencia, que describen distinto grado de adherencia al hábito patológico de consumo de una o varias sustancias psicotrópicas con potencial adictivo.

Para los propósitos de este artículo nos centraremos en la noción de dependencia, ya que el concepto de abuso carece de relevancia por ser una categoría residual que indica un patrón de uso desadaptativo o peligroso de límites bastante indefinidos. Podría decirse que el abuso

puede verse como una posible estación de tránsito hacia la dependencia, estado que contiene los elementos esenciales que determinan la condición patológica de la adicción a las drogas, tales como la pérdida del auto-control, la degradación de la conducta social, la tolerancia y la abstinencia.

El modelo biomédico tradicional, subyacente a los dos sistemas de clasificación anteriormente mencionados, cree que la dependencia de una o varias drogas es una enfermedad crónica de carácter recidivante (Casas, Durro, & Pinet, 2006). Las consecuencias de esta perspectiva son bastantes claras:

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 dejar 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 su-

Correspondencia: José Ramón Fernández Hermida. Facultad de Psicología. Universidad de Oviedo. Plaza Feijoo, s/n. 33003 Oviedo – Asturias. Spain. E-mail: jrhermid@uniovi.es

puesta 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" de 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).

Por otro lado, el modelo bio-psico-social entiende la drogodependencia como una conducta o hábito regulado por factores biológicos, psicológicos y sociales. Según este modelo, la conducta adictiva o la drogodependencia no es una condición crónica del individuo, sino el resultado de la interacción de determinantes psicológicos, biológicos y sociales en un momento dado. Las consecuencias de esta perspectiva también son bastante claras:

1. Puede haber recuperación en ausencia de tratamiento. El paso de un consumo de riesgo a uno de bajo riesgo o la abstinencia es un fenómeno bastante común. Al igual que sucede con el fenómeno de recuperación natural en las neurosis (Eysenck, 1952), las adicciones pueden evolucionar favorablemente si se producen las condiciones que determinen, en cada caso, el cambio de conducta. No todos los sujetos pueden modificar su comportamiento adictivo sin ayuda externa, bien debido a la gravedad del hábito o al deterioro grave de sus condiciones personales y sociales. Pero la recuperación natural parece el camino que sigue la mayoría de las personas que tienen "problemas" con las drogas (Cunningham, 1999; Dawson et al., 2005; Hasin & Grant, 1995; Klingemann et al., 2001; Sobell, Cunningham, & Sobell, 1996).
2. La recaída durante el tratamiento es el resultado de la interacción de los distintos factores que determinan la presencia del hábito. No debe ser vista como

una evidencia de una vulnerabilidad biológica subyacente, sino como la evidencia del fracaso de los mecanismos de afrontamiento del sujeto frente a los condicionantes contextuales de su conducta.

3. El objetivo del tratamiento puede ser el "consumo controlado". Como en el caso de la recaída, la incapacidad de auto-control no es una característica crónica de una persona, sino que debe verse como el resultado de las determinantes contextuales y la capacidad de afrontamiento.

La elección del modelo bio-médico está teniendo importantes efectos en la forma de prevenir y tratar la drogodependencia. Algunos de los más relevantes son los siguientes:

- ✓ La dirección de las políticas anti-droga han estado y están, cada vez más, bajo una perspectiva sanitaria, muy dominada por el modelo bio-médico.
- ✓ A pesar de que la prevención goce de gran predicamento en las políticas públicas anti-droga, su desarrollo e implantación son claramente precarios. La prevención de las drogodependencias tiene una perspectiva casi totalmente psico-social con importantes repercusiones en los ámbitos legal, educativo y comunitario. A diferencia de la prevención de las enfermedades infecciosas, los componentes biomédicos no son relevantes. Dentro de este contexto, resulta lógico que los gestores sanitarios no afronten con convicción y medios la tarea preventiva.
- ✓ El tratamiento se medicaliza a marchas forzadas. Cada vez más, surgen o parecen surgir nuevas indicaciones o enfoques farmacológicos en el campo del tratamiento, que copan la actividad en congresos y simposios, además de una presencia creciente en las revistas especializadas. A pesar de que hay vías de tratamiento psico-social muy importantes para los drogodependientes, eso no significa que el modelo de "enfermedad crónica" no sea el que subyace en muchos de esos recursos asistenciales (p.ej.: mediante la adopción de objetivos únicos de abstinencia). Por último, resulta significativa la insistencia de las autoridades de que la Asistencia Primaria tome más cartas en la prevención y el tratamiento de la drogodependencia. Para cualquier conocedor de la actividad en Asistencia Primaria resulta evidente que un reclamo de ese tipo a un servicio médico por excelencia y muy colapsado sólo puede hacerse desde una perspectiva completamente bio-médica.

¿Cuáles son las razones para que se mantenga un mo-

delo bio-médico de las adicciones? ¿Hay razones científicas que avalen la idoneidad de ese modelo frente al bio-psico-social a la hora de explicar o dar cuenta de los fenómenos que se pueden observar en el comportamiento adictivo?

Esta fuera de las limitaciones de este trabajo entrar en un análisis detallado de las pruebas que puedan apoyar a uno u otro modelo. Es muy posible que las razones científicas, sociales y económicas que apuntalan el modelo bio-médico para explicar hábitos de conducta, tales como las adicciones, en el seno de las sociedades occidentales, no sean diferentes de los que se han aducido para comprender el entusiasmo bio-médico actual en el análisis de otros trastornos psicopatológicos (Blech, 2005).

En esta ocasión, nuestro interés se va a centrar en el estudio de las implicaciones que tiene el fenómeno de la recuperación natural de las adicciones para la comprensión, prevención y tratamiento de las drogodependencias. Procederemos inicialmente exponiendo brevemente la naturaleza de la recuperación natural y los hallazgos derivados de la investigación. Luego se analizará su coherencia con los modelos teóricos en liza. Finalmente se expondrán algunas conclusiones que afectan a la prevención y el tratamiento de las drogodependencias.

LA RECUPERACIÓN NATURAL O EL AUTO-CAMBIO EN LAS CONDUCTAS ADICTIVAS

Cuando una persona drogodependiente se recupera sin la intervención de tratamiento formal alguno se dice que se ha recuperado "naturalmente", que se ha producido una "recuperación espontánea" o que ha mejorado mediante un proceso "guiado por él mismo" o "auto-cambio".

La definición anterior tiene tres elementos fundamentales (drogodependencia, recuperación y tratamiento formal) que es necesario precisar.

Los estudios de recuperación natural en el campo de la adicción se han preocupado de precisar el estado inicial o de partida del paciente que se ha recuperado. Esta preocupación viene determinada por la necesidad de conocer si el proceso de recuperación natural ocurre en pacientes realmente drogodependientes o sólo en personas con "problemas" con las drogas. Haciendo una cierta definición circular o tautológica de la dependencia como concepto central de la adicción, se ha llegado a decir que si el sujeto cambia por sí mismo su hábito adictivo de una sustancia, entonces no es verdadera-

mente adicto (entiéndase dependiente) a la misma (Chiauzzi & S., 1993). A pesar de que en algunos trabajos sólo se tengan en cuenta criterios clínicos de consumo (cantidad, frecuencia, tipos de drogas, etc.) para evaluar la gravedad de la dependencia, en otros se utilizan, como punto de corte, criterios nosológicos establecidos, tales como los que marca el DSM, que permiten comparar la "senda" de recuperación seguida por sujetos que han ido a tratamiento frente a los que no han ido y se recuperan "naturalmente". De esta manera, se trata de garantizar que la comparación se hace una vez que se ha superado en ambos casos un cierto umbral de gravedad de la dependencia. La utilización de esta estrategia de valoración, que se apoya en sistemas nosológicos de clara inspiración médica, no está exenta de críticas, provenientes precisamente de los más acérrimos defensores del modelo médico, lo que no deja de ser paradójico (Vaillant, 2005). En todo caso, la valoración de la drogodependencia se hace tanto con criterios continuos (número y gravedad de los diversos síntomas o conductas de dependencia) o discontinuos/categoriales (se alcanza o no el criterio que marca el sistema nosológico que se utiliza).

El concepto de recuperación es también importante. Para algunos, normalmente desde modelos médicos o morales, la recuperación sólo puede ser igual a la abstinencia. Sin embargo, parece evidente que la contrafigura del consumo abusivo o dependiente, cuya característica esencial no es tanto la cantidad cuanto la pérdida de control del consumidor, es el uso controlado. Es importante que se tenga en cuenta que la idea de "recuperación", en el caso de los estudios de recuperación natural y en lo que se refiere al consumo de alcohol, normalmente no significa "abstinencia" sino "consumo no peligroso". Este uso "no peligroso" se establece de acuerdo con las propias normas de la OMS (World Health Organization, 1998). Las consecuencias de adoptar uno u otro criterio son importantes para dilucidar la importancia de la recuperación natural. Se ha estimado que la no inclusión de los bebedores moderados podría excluir a un 40% de los bebedores problemáticos de alcohol que se recuperan sin ayuda terapéutica (Klingemann et al., 2001; Sobell, Ellingsstad, & Sobell, 2000). En lo que se refiere al tabaco o las drogas ilegales no hay "consumo seguro", por lo que el criterio de recuperación es la abstinencia (Carballo et al., 2007). Este criterio puede resultar muy discutible de acuerdo con la gravedad de las

consecuencias del consumo controlado y prolongado de sustancias como el cannabis, o incluso la cocaína y la heroína, aunque es plenamente conforme con las directrices sanitarias vigentes.

No resulta siempre fácil dilucidar lo que se quiere decir cuando se habla de tratamiento formal. Este es un asunto importante, porque no hay una diferencia radical entre los cambios observados durante el tratamiento y los que pueden verse como consecuencia del proceso de "auto-cambio". Si en lo que le sucede al sujeto no hay diferencia sustancial, entonces se torna muy importante dilucidar que se entiende por ayuda terapéutica y en qué se diferencia de la ayuda externa que también reciben los adictos que optan por la recuperación natural. Es difícil separar lo que es tratamiento de lo que no lo es. Para los propósitos de los estudios de recuperación natural, Klingemann et al. (2001) han definido el tratamiento como diferentes tipos de recursos o servicios terapéuticos dirigidos a lograr el cambio en las conductas adictivas, incluyendo a: grupos de autoayuda, tratamientos psicológicos o psiquiátricos, recursos relacionados con los servicios sociales, hospitales psiquiátricos, consejo médico o de enfermería, servicios hospitalarios o de emergencia y centros de desintoxicación. Como puede observarse, esta es una definición extraordinariamente amplia que excluye toda ayuda a la recuperación que se haya definido como una actuación terapéutica estructurada, desde el consejo breve y el apoyo psico-social institucional hasta los tratamientos más elaborados y prolongados sean de tipo psicológico o psiquiátrico. Hay que hacer notar, sin embargo, que algunos estudios recientes no han considerado tratamiento la asistencia a tres o menos sesiones de grupos de auto-ayuda (Ellingsstad, Sobell, Sobell, Eickelberry, & Golden, 2006; Sobell, Sobell, & Toneatto, 1992; Sobell, Sobell, Toneatto, & Leo, 1993; Toneatto, Sobell, Sobell, & Rubel, 1999), sobre todo si el sujeto considera que su paso por esos grupos fue irrelevante para su proceso de recuperación.

Reuniendo lo que se ha dicho hasta ahora sobre drogodependencia, recuperación y tratamiento, puede tenerse ya una primera impresión sobre la recuperación natural en las adicciones. Estos estudios no se han centrado sólo en el uso "problemático" y de abuso de las adicciones, limitando su alcance, sino que también se han investigado las posibilidades de recuperación natural en sujetos dependientes, definiendo la dependencia de acuerdo con lo que se recoge en los sistemas nosológicos actuales. Además, el alcance de la recuperación

no se ha limitado a los sujetos abstinentes, en el caso del alcohol, sino que se han incluido como recuperaciones válidas las de aquellos sujetos que regresan a un uso controlado y de bajo riesgo para la salud. Desde la perspectiva de la recuperación natural no hay razón para mantener la abstinencia como criterio, sin caer en el razonamiento circular de que la dependencia siempre exige abstinencia, o sin mantener una posición moralista ajena a los criterios clínicos que para el alcohol mantiene una organización internacional como la OMS. Por último y con el fin de darle la máxima consistencia al concepto de auto-cambio o de "cambio natural", el concepto de tratamiento se ha extendido ampliamente hasta abarcar toda forma reglada de intervención en el campo de las drogodependencias, aunque se han establecido algunos límites en el caso de la auto-ayuda, dada la frecuencia con la que estos pacientes exploran este tipo de estrategias terapéuticas que luego no siguen.

LA RECUPERACIÓN NATURAL EN LA INVESTIGACIÓN EMPÍRICA

El fenómeno de auto-cambio o la recuperación natural ocurre con éxito en todo tipo de adicciones a sustancias psicoactivas. Uno de los más citados estudios iniciales se centró en la mejora sin intervención terapéutica alguna que tenía lugar entre algunos de los veteranos de Vietnam adictos a la heroína cuando regresaban a sus hogares en EE.UU (Robins, 1993). Posteriormente, la mayoría de los trabajos han versado sobre el alcohol y tabaco, aunque cada vez más se van incorporando estudios con otras sustancias, tales como el cannabis, la cocaína, la heroína y otras (Carballo et al., 2007).

Cuando los datos de las investigaciones han procedido de amplias encuestas pasadas a la población general, se han podido encontrar tasas de auto-cambio muy elevadas (Dawson et al., 2005). Así, en el caso del alcohol las cifras han oscilado desde el 67% al 83% de "auto-cambiadores" dependiendo de si eran "dependientes" o "abusadores" respectivamente (Hasin & Grant, 1995), o en el entorno del 77% si el criterio de inclusión era que fueran bebedores habituales con un consumo de más de 7 unidades de bebida / día (lo que no es poco) (Sobell, Cunningham, & Sobell, 1996). No es extraño que a tenor de estos resultados se concluya que "... una amplia mayoría de personas con problemas con el alcohol pueden superar, y, de hecho, los superan sin tratamiento formal o grupos de auto-ayuda" (Klingemann et al., 2001)

Como ya se ha dicho antes, en el caso de las drogas ilegales los datos obtenidos son más escasos, aunque parecen ir en la misma dirección. En una amplia encuesta realizada en Canadá se ha podido encontrar que el 84% de los usuarios de cannabis, el 85,9% de LSD, el 84% de los de crack / cocaína, el 79,6% de speed y el 65,5% de heroína podrían ser auto-cambiadores (Cunningham, 1999).

El proceso de auto-cambio es más probable que ocurra cuando la adicción es menos grave (Bischof, Rumpf, Hapke, Meyer, & John, 2002; Weisner, Matzger, & Kasutas, 2003), aunque puede darse en cualquier tipo de sujeto dependiente, sin limitación por razón de la historia de abuso o características personales. La gravedad de la adicción hace referencia a un constructo cuyas variables son la gravedad de la dependencia antes de iniciar el proceso de cambio, así como el número, duración e importancia de las consecuencias derivadas de la conducta adictiva. Los distintos estudios que comparan las características de los sujetos que van a tratamiento con las de los que se recuperan naturalmente, encuentran que, por término medio, los que se recuperan naturalmente suelen presentar un perfil menos grave de adicción y tienen más recursos personales para afrontar el proceso de cambio (DiClemente, 2006). Eso no significa que no se pueda dar el proceso de auto-cambio en sujetos con adicciones graves, o con escasos recursos.

En un trabajo realizado en España por los autores de este artículo y que aún no ha sido publicado, se ha podido encontrar que los que se recuperan naturalmente o auto-cambiadores presentaban al inicio del proceso de cambio menos síntomas de dependencia que los que acudían a tratamiento. Además los sujetos que pedían tratamiento tenían más trastornos psicopatológicos asociados (comorbilidad) que los que no solicitaban tratamiento y frecuentemente referían mayores tasas de policonsumo. La presencia de trastornos comórbidos y el uso de múltiples sustancias puede ser interpretada como un incremento de los problemas asociados y como una reducción de los recursos personales para afrontarlos (DiClemente, 2006).

En el auto-cambio parecen darse procesos cognitivos similares a los que pueden encontrarse en los sujetos que se recuperan mediante tratamiento. Según el modelo transteórico (Prochaska & DiClemente, 1984), la recuperación supone siempre el propósito de cambio, compromiso, planificación y toma de decisión efectiva de la persona implicada. Es discutible si ese proceso de cam-

bio se ciñe a una secuencia de estadios prefijada, tal y como viene descrita en el modelo transteórico, que sirva para predecir "el grado en el que un individuo está motivado para cambiar una conducta problema" (Klingemann et al., 2001). Lo que no resulta tan dudoso, dado el volumen de las pruebas, es que la disponibilidad al cambio sea el resultado de la interacción de múltiples factores conductuales, cognitivos y ambientales.

Hay factores conocidos que influyen en la decisión y en el éxito del auto-cambio. Entre esos factores se encuentran los determinantes ambientales y evolutivos, los problemas asociados al consumo de drogas y los recursos disponibles. Los determinantes ambientales que aparecen con más frecuencia en la literatura son los cambios vitales importantes (de lugar de residencia, de trabajo, de estado civil, etc.) o los relacionados con la presión social, sea de la familia, amigos, del trabajo, etc. (Bischof, Rumpf, U., Meyer, & John, 2001; Rumpf, Bischof, Hapke, Meyer, & John, 2002). Desde un punto de vista evolutivo, se ha especulado con la hipótesis de la maduración para explicar la facilidad con la que ciertos adictos abandonan su hábito al llegar a cierta edad, o se ha podido comprobar el efecto de vínculo que existe entre la edad y ciertos hábitos de consumo y cómo, una vez superada la etapa crítica, se retoman comportamientos más saludables (Drew, 1968; Winick, 1962, 1964). En relación con esto último, el estudio de las variables predictoras asociadas a la recuperación natural o al auto-cambio podrían ser de gran utilidad para conocer la importancia futura de ciertos hábitos patológicos de consumo de drogas asociados a la adolescencia (Vik, Cellucci, & Ivers, 2003). Es un hecho que no todos los sujetos de 12 a 18 años con patrones abusivos de consumo de alcohol, tabaco u otras drogas, van a degenerar en pacientes adultos con dependencias graves.

Otros factores que influyen en la decisión son los que derivan directamente del consumo de drogas. Frecuentemente se cita a la salud como un motivo para dejar el consumo de alcohol. El consumo de drogas puede llevar aparejado una agresión directa o indirecta a la salud del sujeto. No es extraño que un 52,9% de los estudios que informan de las razones para el cambio, indiquen la salud como una de ellas (Carballo et al., 2007). Otras razones importantes vinculadas directamente con el consumo, son las dificultades económicas y las complicaciones legales. El consumo abusivo bien sea de sustancias legales o ilegales (en este último caso con mayor fuerza) puede estar asociado con el deterioro de la actividad la-

boral, la búsqueda incesante de fuentes financieras para mantener el hábito y la trasgresión de la Ley. En este sentido, no es extraño que también se recojan en este apartado razones económicas y legales como determinantes importantes tanto para el inicio como para el mantenimiento del cambio (Carballo et al., 2007).

Los recursos disponibles pueden ser un factor determinante para elegir la vía del auto-cambio. Es muy posible que los sujetos que tengan un mejor nivel de educación, mayores recursos financieros y sociales puedan afrontar antes y mejor el proceso de cambio, por lo que es muy probable que elijan evitar la estigmatización y los condicionantes relacionados con los programas de tratamiento, como se muestra en la mayoría de estudios donde se les preguntan las razones de no acudir a tratamiento (Carballo et al., 2007; Sobell et al., 2000). También es verdad es que los recursos no pueden ser independizados de la gravedad de la adicción, ya que son este tipo de sujetos con mayores posibilidades los que presentan adicciones menos graves.

Por último, la aceptación social del fenómeno de auto-cambio es muy posible que tenga también una importante repercusión en la generación de estrategias de auto-cambio entre los sujetos con consumos problemáticos. La elección entre tratamiento y auto-cambio se encuentra modulada por factores tales como los programas de tratamiento disponibles y su accesibilidad, la experiencia de otras personas que han abandonado sus hábitos perjudiciales de consumo, la confianza en la utilidad de los servicios disponibles, la disponibilidad de grupos de auto-ayuda, las actitudes y creencias comunitarias sobre las drogas y la recuperación de la drogodependencia y la experiencia pasada con los tratamientos, entre otros (Klingemann et al., 2001). Es muy posible que las actitudes y la experiencia sociales ante el cambio en las drogodependencias modele el comportamiento individual hacia el auto-cambio y la recuperación natural. Se conoce la importancia del contexto social en la prevención y el tratamiento de la drogodependencia. Es muy posible que ese sea el camino por el que ejercen su efecto la influencia "religiosa o espiritual" referida por algunos auto-cambiadores o el papel de los ex-toxicómanos en los programas de tratamiento. Actualmente se está llevando a cabo una investigación en diversas ciudades europeas que trata de averiguar las distintas actitudes y creencias sociales sobre el auto-cambio 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 auto-cambio y la extensión del mismo entre las personas con consumos problemáticos.

El hallazgo de que la evolución del proceso de la recuperación natural no lleva necesariamente a la abstinencia es un asunto de gran importancia en estos estudios, como ya se ha subrayado anteriormente. En una revisión de las investigaciones realizadas hasta el año 2000, se pudo comprobar que más de las tres cuartas partes de los sujetos que se recuperan del consumo problemático del alcohol eligen el consumo moderado o controlado (Sobell et al., 2000). En esa misma revisión, se pudo encontrar que un 46,2% de los estudios que analizaban la recuperación del consumo de otras drogas también tenían en cuenta el consumo limitado o controlado.

Se ha discutido si estos hallazgos están sesgados ya que no se puede garantizar que estemos ante recuperaciones estables o que la información que suministran los pacientes pueda ser "creíble" o exacta. No es este el lugar para tratar extensamente estos temas que también han sido sometidos a investigación. Baste decir que el concepto de "estabilidad" se ha tenido en cuenta en la investigación, manteniendo criterios restrictivos temporales para aceptar sujetos recuperados "naturalmente". Se recomienda que no se acepte ninguna "recuperación natural" cuya duración sea inferior a 5 años, ya que el máximo período de inestabilidad se localiza en los primeros cinco años posteriores al cambio, sea conseguido éste por tratamiento o por auto-cambio (Sobell et al., 2000). Algunos estudios muestran la estabilidad de la recuperación natural en autocambiadores de alcohol tanto abstinentes como de consumo moderado tras varios años de seguimiento (Rumpf, Bischof, Hapke, Meyer, & John, 2006; Sobell, Sobell, & Kozlowski, 1995). En lo que se refiere a la exactitud de los auto-informes, no se ha apreciado ninguna razón para desconfiar de esa fuente de información, aunque se recomienda el uso de informantes adicionales que puedan mejorar la exactitud de los informes (Sobell et al., 2000).

RECUPERACIÓN NATURAL Y MODELOS DE CONDUCTA ADICTIVA

El fenómeno de la recuperación natural, tal y como se ha descrito hasta este momento, tiene unas implicaciones claras en el debate de los modelos aún vigente en el campo de las adicciones.

El modelo de enfermedad crónica, característicamente bio-médico, postula un trastorno permanente y, en contac-

to con la sustancia, progresivo que no se puede detener en ausencia de tratamiento. Las características del individuo que le hacen ser dependiente se encuentran radicadas en su fisiología y son permanentes, tal vez por estar radicadas en su genoma. Tal enfoque es completamente incompatible con el fenómeno de la recuperación natural o el "auto-cambio" que hemos venido describiendo.

La generalidad de los procesos de auto-cambio, tanto por edades, culturas, tipos de drogas consumidas, gravedad de la adicción, etc., apunta a un proceso bastante común en la relación con las drogas, y hace imposible que se mantenga la idea de que la dependencia de las drogas sólo tiene un componente biológico que la explique. La variadas características del fenómeno de auto-cambio apuntan, sin lugar a dudas, más a una etiología compleja en la que interactúan diversos factores (psicológicos, sociales y biológicos) que a una simple de tipo fundamentalmente biológico. Es más, la naturaleza de los factores que inician y mantienen los procesos de auto-cambio y la similitud de esos factores con los que también operan en el tratamiento (Bischof, Rumpf, Hapke, Meyer, & John, 2000; Bischof et al., 2002; Blomqvist, 1999; Tucker, Vuchinich, & Rippens, 2002), abogan por un modelo bio-psico-social, que concuerda mejor con la pluralidad de las diferentes rutas adictivas.

El tratamiento a los drogodependientes debe ser visto como una ayuda al proceso de auto-cambio generado por los sujetos. Si la descompensación entre los estímulos al consumo y los recursos del sujeto para afrontarlos es muy grande, entonces los sujetos motivados solicitan tratamiento. Este binomio formado por los estímulos asociados al consumo y los recursos de afrontamiento mantienen una relación dinámica que posibilita muchas posibles salidas y entradas en la adicción, algo que es bastante común en este campo. Esta forma de entender el tratamiento es completamente incompatible con un reduccionismo biologicista, ya que una de las posibles soluciones de equilibrio por las que puede optarse incluye la opción de un "consumo controlado". El hecho constatado de que la dependencia y el consumo "problemático de las drogas" no tiene como único destino de mejora a la abstinencia, desafía abiertamente la noción de la predisposición crónica o el concepto de enfermedad subyacente al modelo bio-médico. Parece evidente que el control de la conducta adictiva puede darse en dos diferentes escenarios (abstinencia y consumo controlado) cuya viabilidad dependerá de múltiples factores psicológicos, biológicos y sociales.

A MODO DE CONCLUSIÓN. ALGUNAS CONSECUENCIAS PRÁCTICAS

La realidad empírica y la naturaleza del fenómeno de auto-cambio no autorizan a mantener un enfoque bio-médico reduccionista. Parece evidente que la adopción de la idea de que la drogodependencia es una enfermedad crónica, con un substrato fundamentalmente biológico, deja fuera gran parte de la realidad observable y produce una fuerte distorsión en las estrategias de prevención y tratamiento que no favorecen su eficacia.

La constatación del fenómeno de auto-cambio en las drogodependencias debería conllevar ciertos cambios en los enfoques preventivo y terapéutico.

La prevención debería tener en cuenta el fenómeno de la "recuperación natural". Es necesaria la promoción del auto-cambio con el fin de que los individuos, que estén usando inadecuadamente las drogas, deseen cambiar sus patrones de consumo y no estén interesados en iniciar el tratamiento, puedan confiar en sus posibilidades y poner en marcha el proceso de cambio. Para ello la información pública y la educación deberían mostrar que es posible recuperarse del consumo problemático de alcohol y que ese es el camino que se utiliza con más frecuencia (Sobell & Sobell, 2005). Una estrategia de este tipo podría tener influjo positivo incluso sobre los que no son capaces de mejorar por sí mismos, ya que parece predisponerles más favorablemente a buscar ayuda (Sobell et al., 2002).

Si se observa el auto-cambio como la base esencial del proceso de cambio de la dependencia al consumo responsable y controlado o a la abstinencia, independientemente de si se usa la ayuda del tratamiento o no, entonces el foco de interés en el tratamiento o en las intervenciones terapéuticas deberá cambiar hacia una mayor atención a los determinantes, características y procesos individuales de cambio. Debe primarse el enfoque psico-social en el tratamiento de las adicciones, y alejarse de la deriva biologicista a la que estamos asistiendo.

Una consecuencia inmediata de unir esta perspectiva con la extensión e importancia del auto-cambio en las adicciones, es la necesidad de fomentar la creación y financiación de los llamados "servicios de moderación" (con funciones de reducción de riesgo) que se dirijan a ese amplio segmento de la población que desean reducir el consumo de alcohol y no quieren recurrir aún a los programas de tratamiento formales disponibles. Esta estrategia tendría la ventaja obvia de atraer hacia los ca-

nales de tratamiento a personas reacias a entrar en él.

Obviamente para garantizar el éxito de esa estrategia, sería completamente necesario el entrenamiento y formación de los profesionales en técnicas de evaluación y tratamiento, así como en la formulación de objetivos, más acordes con un modelo bio-psico-social de la adicción, que se diferencien de los que usualmente se formulan en los servicios de atención a drogodependientes que se mueven dentro del marco tradicional sanitario de "enfermedad crónica".

AGRADECIMIENTOS

Este artículo ha podido realizarse gracias a la ayuda MCYT-03-BSO- 00732 del Ministerio de Educación y Ciencia.

REFERENCIAS

Bischof, G., Rumpf, H. J., Hapke, U., Meyer, C., & 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., & 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., U., H., Meyer, C., & John, U. (2001). Factors influencing remission from alcohol dependence without formal help in a representative population sample. *Addiction*, 96(9), 1327-1336.

Blech, J. (2005). *Los inventores de enfermedades*. Barcelona: Ediciones Destino, S.A.

Blomqvist, J. (1999). Treated and untreated recovery from alcohol misuse: environmental influences and perceived reasons for change. *Substance Use & Misuse*, 34(10), 1371-1406.

Carballo, J. L., Fernández Hermida, J. R., Secades Villa, R., Sobell, L., Dum, M., & García Rodríguez, O. (2007). Natural recovery from alcohol and drug problems: A methodological review of the literature from 1999 through 2005. In 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., & Pinet, C. (2006). Otras Drogodependencias. In J. Vallejo Ruiloba (Ed.), *Introducción a la Psicopatología y a la Psiquiatría* (pp. 620).

Barcelona: Masson S.A.

Cunningham, J. A. (1999). Untreated remissions from drug use: the predominant pathway. *Addictive Behaviors*, 24(2), 267-270.

Chiauzzi, E. J., & S., L. (1993). Taboo topics in addiction treatment: An empirical review of clinical folklore. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 10, 303-316.

Dawson, D. A., Grant, B. F., Stinson, F. S., Chou, P. S., Huang, B., & Ruan, W. J. (2005). Recovery from DSM-IV alcohol dependence: United States, 2001-2002. *Addiction*, 100(3), 281-292.

Dawson, D. A., Grant, B. F., Stinson, F. S., Chou, P. S., Huang, B., & Ruan, W. J. (2005). Recovery from DSM-IV alcohol dependence: United States, 2001-2002. *Addiction*, 100, 281-292.

DiClemente, C. C. (2006). Natural Change and the Troublesome Use of Substances. In W. R. Miller & K. M. Carroll (Eds.), *Rethinking Substance Abuse. What the Science Shows, and What We Should Do about It* (pp. 81-96). New York: The Guilford Press.

Drew, L. R. H. (1968). Alcoholism as a self-limiting disease. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 29, 956-967.

Ellingstad, T., Sobell, L., Sobell, M., Eickelberry, L., & Golden, C. (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 of Psychology*, 16(5), 319-324.

Hasin, D., & 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., Sobell, L., Barker, J., Blomqvist, J., Cloud, W., Ellingstad, T., et al. (2001). *Promoting Self-Change from Problem Substance Use: Practical Implications for Policy, Prevention and Treatment*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers. (pag. 20).

Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1984). *The Transtheoretical Approach: Crossing Traditional Boundaries of Therapy*. Homewood, IL: Dow Jones - Irwin.

Robins, L. N. (1993). Vietnam veterans' rapid recovery from heroin addiction: A fluke or normal expectation? *Addiction*, 88, 1041-1054.

Rumpf, H. J., Bischof, G., Hapke, U., Meyer, C., & John, U. (2002). The role of family and partnership in re-

- covery from alcohol dependence: comparison of individuals remitting with and without formal help. *European Addiction Research*, 8(3), 122-127.
- Rumpf, H. J., Bischof, G., Hapke, U., Meyer, C., & John, U. (2006). Stability of remission from alcohol dependence without formal help. *Alcohol and Alcoholism* 41(3), 311-314.
- Sobell, L., Cunningham, J. A., & Sobell, M. (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., Ellingstad, T., & Sobell, M. (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., Cunningham, J. A., & 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., Sobell, M. B., Leo, G. I., Agrawal, S., Johnson-Young, L., & Cunningham, J. A. (2002). Promoting selfchange with alcohol abusers: a community-level mail intervention based on natural recovery studies. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 26, 936-948.
- Sobell, L. C., Sobell, M. B., & Toneatto, T. (1992). Recovery from alcohol problems without treatment. In 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., & Leo, G. I. (1993). What triggers the resolution of alcohol problems without treatment. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 17(2), 217-224.
- Sobell, M., & Sobell, L. C. (2005). Time to Tear Down the Wall: Comment on Dawson et al. (2005). *Addiction*, 100, 294-295.
- Sobell, M. B., Sobell, L. C., & Kozlowski, L. T. (1995). Dual recoveries from alcohol and smoking problems. In J. B. Fertig & J. A. Allen (Eds.), *Alcohol and tobacco: From basic science to clinical practice* (pp. 207-224). Rockville: MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.
- Toneatto, T., Sobell, L. C., Sobell, M. B., & Rubel, E. (1999). Natural recovery from cocaine dependence. *Psychology of Addictive Behaviors*, Vol 13(4), 259-268.
- Tucker, J. A., Vuchinich, R. E., & 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.
- Vaillant, G. (2005). Secrets and lies: Comments on Dawson et al. (2005). *Addiction*, 100, 294.
- Vik, P. W., Cellucci, T., & Ivers, H. (2003). Natural reduction of binge drinking among college students. *Addictive Behaviors*, 28(4), 643-655.
- Weisner, C., Matzger, H., & 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.
- Winick, C. (1964). The life cycle of the narcotic addict and of addiction. *Bulletin on Narcotics*, 16(1-11).
- World Health Organization. (1998). *Mental Disorders in Primary Care*. Geneva: World Health Organization.