

Universidad de los Andes
Facultad de Ciencias Sociales
Departamento de Psicología

LA RECUPERACIÓN ESPONTÁNEA DE LOS PROBLEMAS DE ALCOHOL Y
DROGAS

Tesis para optar el título de
PSICÓLOGO

Presentado por:

Estefanía Amaya Correa

Bajo la dirección de Augusto Pérez, Ph.D.

Y la asesoría de Orlando Scopetta

Bogotá, D.C, Agosto de 2003

Esta tesis surge del recorrido de un largo camino con muchos tropiezos que, por momentos, me llevaron a pensar que no lograría superarlo exitosamente. Dicen que la satisfacción de un triunfo es proporcional al esfuerzo que significó conseguirlo; hoy me siento triunfante, llena de esperanzas hacia el futuro y convencida de que valieron la pena las largas noches en que no dormí perfeccionando mi trabajo.

Haber superado esta última prueba no es sólo el resultado de terminar esta tesis, sino de un largo proceso en el que muchas personas me apoyaron y colaboraron.

No puedo dejar de agradecerle a mis padres, quienes siempre confiaron en mis capacidades y me brindaron las herramientas necesarias para enfrentarme a los retos con entereza y dedicación; a mi hermano Sergio por los buenos consejos a pesar de estar tan lejos, a mi hermano Juan Esteban porque con su ausencia me hizo entender la importancia de hacer las cosas bien; a Oscar Andrés que compartió mis angustias y celebró mis alegrías sin negarme nunca el amor y la compañía que necesité; y por supuesto, a mi adorado hijo Mateo, quien me enseñó a ser mamá, me hizo crecer mientras él crecía y me motivó a esforzarme cada vez más para llenarlo de orgullo y de oportunidades.

TABLA DE CONTENIDOS

| | |
|---|----|
| Resumen | 8 |
| Introducción | 9 |
| Marco Teórico | 14 |
| El Consumo Problemático de SPA | 15 |
| Criterios de Dependencia | 15 |
| Criterios de Abuso | 17 |
| Criterios de Intoxicación | 17 |
| Síndrome de Abstinencia del Alcohol | 18 |
| Síndrome de Abstinencia de Anfetaminas | 18 |
| Síndrome de Abstinencia de la Cocaína | 18 |
| Síndrome de Abstinencia de Opioides | 19 |
| Síndrome de Abstinencia de Sedantes | 19 |
| Las Principales Sustancias Psicoactivas y sus Efectos | 22 |
| Depresores del Sistema Nervioso Central | 23 |
| Alcohol | 23 |
| Barbitúricos, sedantes y ansiolíticos | 25 |
| Benzodiacepinas | 26 |
| Narcóticos | 26 |
| Inhalables | 27 |
| Estimulantes del Sistema Nervioso Central | 28 |
| Cocaína | 28 |
| Basuco | 29 |
| Anfetaminas | 29 |
| Cafeína | 30 |

| | |
|--|----|
| Alucinógenos | 30 |
| Alucinógenos Naturales | 31 |
| Alucinógenos Sintéticos | 34 |
| Sustancias Mixtas | 36 |
| Marihuana | 36 |
| Éxtasis | 38 |
| Los Programas de Tratamiento Para la Dependencia de las SPA | 39 |
| Programas Basados en la Teoría de los 12 Pasos | 40 |
| Las Comunidades Terapéuticas | 43 |
| Los Programas de Internado a Corto Plazo | 45 |
| Los Programas de Farmacoterapia | 46 |
| Programas de Tratamiento Ofrecidos por Clínicas Psiquiátricas y Hospitales Mentales | 49 |
| Los Programas de Tratamiento Ambulatorio Intensivo | 50 |
| Los Grupos de Auto-ayuda | 52 |
| La Recuperación Espontánea | 56 |
| La Recuperación Espontánea como Fenómeno General | 56 |
| La Recuperación Espontánea de los Problemas de Alcohol y Drogas | 67 |
| Objetivos | 78 |
| Objetivo General | 78 |
| Objetivos Específicos | 78 |
| Método | 79 |

| | |
|---|-----|
| Participantes | 79 |
| Instrumentos | 82 |
| Cuestionario de datos demográficos | 82 |
| Alcohol Use Disorders Identification Test | 83 |
| Filtro de control de recuperación | 86 |
| Cuestionario de razones para la recuperación, factores de mantenimiento y obstáculos para asistir a tratamiento | 87 |
| Procedimiento | 88 |
| Análisis de Datos | 90 |
| Resultados | 93 |
| Análisis Descriptivo | 93 |
| Cuestionario de datos demográficos | 93 |
| Alcohol Use Disorders Identification Test | 98 |
| Filtro de control de recuperación | 101 |
| Cuestionario de razones para la recuperación, factores de mantenimiento y obstáculos para asistir a tratamiento | 102 |
| Análisis de las razones de Recuperación | 103 |
| Análisis de los Factores de mantenimiento de la recuperación | 109 |
| Análisis de los obstáculos para asistir a tratamiento | 116 |
| Discusión y Conclusiones | 121 |
| Referencias | 125 |

| | | |
|------------|---|-----|
| Apéndices | | 129 |
| Apéndice A | Cuestionario de datos demográficos | 130 |
| Apéndice B | AUDIT | 131 |
| Apéndice C | Filtro de control de recuperación | 132 |
| Apéndice D | Cuestionario de Razones para la recuperación, factores de mantenimiento y obstáculos para asistir a tratamiento | 134 |
| Apéndice E | Formato de consentimiento informado | 136 |

Lista de Tablas

| | | |
|----------|--|-----|
| Tabla 1 | Medias de edades actuales y de recuperación | 95 |
| Tabla 2 | Nivel educativo actual | 96 |
| Tabla 3 | Medias y desviaciones estándar del número de respuestas afirmativas | 99 |
| Tabla 4 | Sustancias consumidas | 101 |
| Tabla 5 | Medias y desviaciones estándar del número de respuestas verdaderas | 102 |
| Tabla 6 | Razones para la recuperación | 103 |
| Tabla 7 | Medias de índices de importancia | 104 |
| Tabla 8 | Razones para la recuperación | 105 |
| Tabla 9 | Medias de índices de importancia | 106 |
| Tabla 10 | Razones para la recuperación | 107 |
| Tabla 11 | Medias de índices de importancia | 108 |
| Tabla 12 | Factores de mantenimiento de la recuperación | 110 |
| Tabla 13 | Medias de índices de importancia | 111 |
| Tabla 14 | Factores de mantenimiento de la recuperación | 112 |
| Tabla 15 | Medias de índices de importancia | 113 |

| | | |
|----------|--|-----|
| Tabla 16 | Factores de mantenimiento de la recuperación | 114 |
| Tabla 17 | Medias de índices de importancia | 115 |
| Tabla 18 | Obstáculos par asistir a tratamiento | 116 |
| Tabla 19 | Medias de índices de importancia | 117 |
| Tabla 20 | Obstáculos para asistir a tratamiento | 118 |
| Tabla 21 | Medias de índices de importancia | 119 |
| Tabla 22 | Obstáculos para asistir a tratamiento | 120 |
| Tabla 23 | Medias de índices de importancia | 121 |

Resumen

La recuperación espontánea de los problemas de alcohol y otras drogas es un fenómeno de creciente interés para el mundo entero por representar una nueva posibilidad de resolución de la drogadicción y una posible base para diseñar mejores programas de tratamiento del consumo problemático de sustancias psicoactivas. En el presente estudio se observa, por primera vez, la existencia de la recuperación espontánea en Colombia y se indagan las razones que motivan a hombres consumidores a dejar de consumir sin ayuda de un tratamiento formal. Con el fin de abarcar el fenómeno, se aplicaron varios cuestionarios y una entrevista semi-estructurada a 90 hombres consumidores de la ciudad de Bogotá que se recuperaron espontáneamente. Los datos recogidos permitieron concluir que para este grupo de personas, las principales razones para dejar de consumir son: el miedo a las consecuencias de lo que estaban haciendo, el deseo de mejorar las relaciones sociales y familiares que se han visto afectadas por el consumo y el cambio en la percepción del consumo, viéndolo ahora como algo inadecuado y absurdo.

Introducción

Desde épocas inmemoriales, el ser humano ha deseado comer o beber sustancias que le permitan alterar sus estados de conciencia; los seres humanos, en general, han manejado la creencia de que al alterarlos se abre la posibilidad de llegar a territorios inexplorados de la mente y el cuerpo, y han considerado que son más productivos, más inteligentes y más fuertes física y emocionalmente con la ayuda de sustancias psicoactivas (SPA), nombre que se le ha dado a estas sustancias.

Un ejemplo que demuestra la antigüedad del consumo de sustancias naturales con efectos sobre los estados de conciencia es el consumo de vino entre los griegos de la Época Clásica quienes consumían en grandes cantidades con el fin de mejorar el ánimo, alcanzar el placer y facilitar las discusiones filosóficas y políticas que se daban en los Symposia (nombre dado a las reuniones de pensadores griegos); otro es el de las culturas asiáticas antiguas en donde existían sectas llamadas *Hashishins* que buscaban en el consumo del *cannabis* experimentar las "recompensas" de la otra vida; y finalmente, un tercer ejemplo (aunque existen muchos más) es el de la mayoría de las civilizaciones indígenas de Norte, Centro y Suramérica

quienes le dieron un lugar sagrado a la hoja de coca pues era considerada como un regalo del rey Sol.

Con el avance del tiempo y paralelamente, el científico, las sustancias de este tipo aumentaron, no sólo porque el ser humano logró aislar sustancias psicoactivas naturales contenidas en plantas y arbustos; sino porque surgió la posibilidad de crear, en el laboratorio, sustancias sintéticas con los mismos o mayores efectos que el de las sustancias naturales. Algunos científicos lograron, efectivamente, determinar que algunas de estas sustancias permiten mejores desempeños en ciertos procesos mentales o físicos, pero también descubrieron efectos negativos inmediatos, a corto y a largo plazo, que usualmente superan a los primeros y que incluso pueden llevar a la muerte.

El consumo de sustancias psicoactivas no es per se problemático pero puede llegar a serlo teniendo consecuencias negativas muy importantes sobre las personas que experimentan este problema; existen inmensas diferencias entre consumir en un contexto ritualizado, o una vez por curiosidad; y consumir descontextualizada y masivamente a pesar de los evidentes perjuicios para la salud mental y física (Pérez et al., 2000). Es precisamente el consumo problemático de sustancias psicoactivas el que ha generado un gran interés en el mundo entero, ya sea

entre investigadores y teóricos del tema de la drogadicción, como popularmente se le llama, o entre las personas que no se dedican a estudiar científicamente el fenómeno, pues el consumo mundial parece estar aumentado constantemente sin distinción clara de edad, raza, estatus socioeconómico, nivel educativo o género.

Dadas las dimensiones sociales que ha alcanzado este problema, científicos, profesionales del área clínica y personas afectadas por el consumo problemático, se han encaminado durante los últimos 40 años a encontrar los procedimientos más efectivos en el tratamiento y la prevención de la dependencia y el abuso de SPA.

Desafortunadamente, ninguna de las propuestas de tratamiento existentes ha logrado alcanzar niveles de efectividad suficientes como para erradicar el problema, lo que ha disminuido la popularidad de los mismos entre los consumidores, sus familiares y algunos científicos. Esta incredulidad es probablemente una de las razones más importantes, por las cuales numerosos consumidores deciden no asistir a tratamiento e intentan buscar otras posibilidades. Dentro de ese panorama, una de las posibilidades es decidir que se es capaz de consumir sin ayuda de un profesional, "querer es poder" dice usualmente la gente, y algunos consumidores (más de los que creemos)

tienen como meta recuperarse por si mismos, sin ayuda profesional de alguna índole, cosa que parece improbable para la mayoría de las personas, dada la visión generalizada de que la adicción es una enfermedad progresiva, imposible de revertir a menos de que sea intervenida por un profesional especialista, sin la seguridad de que su intervención será efectiva.

Pero la experiencia muestra lo contrario, pues un gran número de personas argumenta haberse recuperado de alguna enfermedad, incluida la adicción, sin necesidad de un tratamiento. El fenómeno, incluso, se ha estudiado con resultados sorprendentes en personas con diversos diagnósticos como la neurosis, el cáncer, el SIDA, la adicción al tabaco, al alcohol y a otras drogas, entre otros, y que se han "curado" sin razón aparente ante su propia sorpresa, la de profesionales del área clínica y la de familiares. La recuperación de estas personas, aparentemente inexplicable, se ha nombrado entre los investigadores como recuperación espontánea, recuperación natural, maduración, auto-recuperación, auto-remisión y en los últimos años, auto-cambio. A pesar de la evidencia de este tipo de recuperaciones en personas dependientes y abusadoras de SPA, ni la comunidad científica, ni el común de la gente recibe con aceptación la idea de que una

persona consumidora de drogas, pueda dejar de consumir o consumir en cantidades y con frecuencias que resulten no problemáticas, sin la ayuda de un tratamiento.

La finalidad principal de esta tesis es rastrear casos de recuperación espontánea de los problemas de alcohol y drogas entre la población masculina de Bogotá, indagando las principales razones, que según, los consumidores de alcohol, cocaína, basuco, marihuana y heroína, los motivaron a recuperarse de esta forma.

Siendo esta la primera investigación sobre el tema en el país, se espera que de ella surja un interés por seguir estudiando el fenómeno, teniendo en cuenta que la drogadicción en Colombia es una realidad y necesita ser abordada desde diferentes puntos de vista con miras a combatir el deterioro social, económico y de salud producido por este problema.

El Consumo Problemático de SPA

Resulta entonces esencial para entender claramente el contexto en el cual se da esta investigación, que conozcamos cuáles son las características del consumo problemático: no es lo mismo ser dependiente, abusador o intoxicarse con una o varias sustancias psicoactivas ¿A partir de qué momento se puede catalogar a alguien como dependiente o abusadora de una sustancia? Es una pregunta difícil de contestar que ha inquietado constantemente a los teóricos del consumo de SPA pues el límite entre el consumo problemático y el no problemático, no es fácilmente reconocible evidenciándose en los numerosos desacuerdos y opiniones frente a la clasificación de los individuos consumidores dentro de una categoría particular. Para fines de esta tesis, nos basaremos en los criterios propuestos por el DSM-IV-TR (2000) para caracterizar el consumo problemático de SPA, sin olvidar que existen diferencias entre cada sustancia y cada persona, que hacen que la clasificación sea más compleja. El diagnóstico de intoxicación por consumo de SPA es diferente para cada sustancia que se haya consumido aunque hay algunos criterios compartidos por todas las sustancias. Dado que para el interés de esta tesis, la intoxicación no es un diagnóstico primordial, no se profundizarán en los

criterios específicos, solamente se presentarán los criterios generales.

Criterios de Dependencia

Según el DSM-IV-TR (2000), una persona es dependiente de una o varias sustancias psicoactivas si presenta 3 o más de los siguientes 7 síntomas por un período mínimo de 12 meses:

1. Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes síntomas: a) una necesidad de cantidades *marcadamente* crecientes de la sustancia para conseguir el efecto deseado, b) el efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado.
2. Síndrome de Abstinencia¹, definido por cualquiera de los siguientes síntomas: a) el síndrome de abstinencia característico de cada sustancia, b) se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
3. La sustancia se consume con mayor frecuencia y en mayor cantidad de lo que se pretendía inicialmente.

¹ El síndrome de abstinencia se caracteriza por: a) La presencia de un síndrome específico de una sustancia debido al cese o reducción de su consumo prolongado y en grandes cantidades, b) El síndrome específico de la sustancia causa un malestar clínicamente significativo o un deterioro de la actividad laboral, social o en otra áreas importantes de la actividad del individuo y c) Los síntomas no se deben a una enfermedad médica y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental. (DSM-IV-TR, 2002)

4. El consumidor tiene un deseo persistente o hace esfuerzos fallidos por controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.
5. El consumidor se toma mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia, en el consumo de la sustancia o en la recuperación de los efectos de la sustancia.
6. Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.
7. El consumidor continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos persistentes que parecen ser causados o exacerbados por el consumo de la sustancia.

Se puede, adicionalmente, especificar si se trata de una dependencia fisiológica (cuando existen signos de tolerancia y abstinencia al cumplirse cualquiera de los puntos 1 ó 2), o de una dependencia psicológica (cuando no hay signos de tolerancia o abstinencia al no se cumplirse los puntos 1 ó 2).

Criterios de Abuso

Según el DSM-IV-TR (2000), un sujeto es abusador de una o varias sustancias si presenta 1 o más de los siguientes 4 síntomas por un período mínimo de 12 meses, o

cuando los síntomas que presenta no han cumplido nunca los criterios para la dependencia de sustancias:

1. Consumo recurrente de sustancias, que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, el colegio o en casa.
2. Consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso.
3. Problemas legales repetidos relacionados con la sustancia.
4. Consumo continuado de la sustancia, a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia.

Criterios de Intoxicación

Según el DSM-IV-TR (2000) las características de una intoxicación por consumo de sustancias psicoactivas son:

1. Presencia de un síndrome reversible específico de una sustancia debido a su ingestión reciente.
2. Cambios psicológicos desadaptativos clínicamente debidos al efecto de la sustancia sobre el sistema nervioso central.
3. Los síntomas no se deben a una enfermedad médica y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Síndrome de abstinencia característico de cada sustancia

Se revisarán de manera general, los criterios de abstinencia para cada sustancia presentados por el DSM-IV-TR (2000).

Síndrome de Abstinencia del Alcohol

La abstinencia del alcohol está definida por:

- A. La interrupción o la disminución del consumo de alcohol después de haberlo consumido por un tiempo prolongado y en grandes cantidades.
- B. Dos o más de los siguientes síntomas desarrollados horas o días después de cumplirse el criterio 1:
 - 1. Hiperactividad autonómica (por ejemplo, sudoración o aceleración de las pulsaciones)
 - 2. Temblor
 - 3. Insomnio
 - 4. Náuseas o vómitos
 - 5. Alucinaciones visuales, táctiles o auditivas transitorias, o ilusiones
 - 6. Agitación psicomotora
 - 7. Ansiedad
 - 8. Crisis epilépticas
- C. Los síntomas del criterio B provocan malestar importante o un deterioro de la actividad social, laboral, familiar, o de cualquier otra área importante para el sujeto.

D. Los síntomas no se deben a una enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Síndrome de Abstinencia de Anfetaminas

La abstinencia de anfetaminas está definida por:

A. Interrupción o disminución del consumo de anfetamina después de haberla consumido por un tiempo prolongado y en grandes cantidades.

B. Estado de ánimo disfórico y 2 o más de los siguientes cambios fisiológicos, que aparecen horas o días después del criterio A:

1. Fatiga
2. Sueños vívidos, desagradables
3. Insomnio o hipersomnia
4. Aumento del apetito
5. Retraso o agitación psicomotores

C. Los síntomas del criterio B causan malestar importante o un deterioro de la actividad social, laboral, familiar, o de cualquier otra área importante para el sujeto.

D. Los síntomas no se deben a una enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Síndrome de Abstinencia de la Cocaína

La abstinencia de cocaína está definida por:

- A. Interrupción o disminución del consumo de cocaína después de haberla consumido por un tiempo prolongado y en grandes cantidades.
- B. Estado de ánimo disfórico y 2 o más de los siguientes cambios fisiológicos que aparecen pocas horas o días después del criterio A:
 - 1. Fatiga
 - 2. Sueños vívidos y desagradables
 - 3. Insomnio o hipersomnias
 - 4. Aumento del apetito
 - 5. Retraso o agitación psicomotora
- C. Los síntomas del criterio B causan malestar importante o un deterioro de la actividad social, laboral, familiar, o de cualquier otra área importante para el sujeto.
- D. Los síntomas no se deben a una enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Síndrome de Abstinencia de Opioides:

La abstinencia de opioides está definida por:

- A. Alguna de las siguientes posibilidades:
 - 1. Interrupción o disminución de un consumo abundante y prolongado (varias semanas o más) de opioides
 - 2. Administración de un antagonista opioide después de un período de consumo de opioides

B. Tres o más de los siguientes signos o síntomas, que aparecen de pocos minutos a varios días después del criterio A:

1. Humor disfórico
2. Náuseas o vómito
3. Dolores musculares
4. Lagrimeo o rinorrea
5. Dilatación pupilar, piloerección o sudoración
6. Diarrea
7. Bostezos
8. Fiebre
9. Insomnio

C. Los síntomas del criterio B causan malestar importante o un deterioro de la actividad social, laboral, familiar, o de cualquier otra área importante para el sujeto.

D. Los síntomas no se deben a una enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Síndrome de Abstinencia de Sedantes

La Abstinencia de sedantes esta definida por:

- A. Interrupción o disminución del consumo de cocaína después de haberla consumido por un tiempo prolongado y en grandes cantidades.
- B. Dos o más de los siguientes signos, que aparecen entre algunas horas o días después del criterio A:

1. Hiperactividad autonómica
 2. Aumento del temblor en manos
 3. Insomnio
 4. Náuseas o vómito
 5. Alucinaciones visuales, táctiles o auditivas transitorias, o ilusiones
 6. Agitación psicomotora
 7. Ansiedad
 8. Crisis epilépticas
- C. Los síntomas del criterio B causan malestar importante o un deterioro de la actividad social, laboral, familiar, o de cualquier otra área importante para el sujeto.
- D. Los síntomas no se deben a una enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Las Principales Sustancias Psicoactivas y sus Efectos

Conocer cuáles son las SPA y sus efectos permite entender lo nocivo que puede llegar a ser su consumo y lo importante que es encontrar una manera de reducir el número de personas con problemas de consumo. Existen numerosas clasificaciones de estas sustancias, en este caso serán expuestas siguiendo la clasificación de Pérez et al.(2000) que consiste en 4 categorías basadas en el efecto que tiene la sustancia en el Sistema Nervioso Central

(SNC), éstas son: Depresores del Sistema Nervioso Central (SNC), Estimulantes del SNC, Alucinógenos y Sustancias Mixtas.

Depresores del Sistema Nervioso Central

Los depresores están caracterizados por su capacidad para disminuir la actividad del SNC que se traduce en una reducción de la capacidad motora, la concentración y demás funciones cognitivas; la capacidad para asimilar la información sensorial y el estado de conciencia, entre otros. Dentro de este grupo se encuentran el alcohol, los barbitúricos, sedantes y ansiolíticos, los opioides, los inhalables y los anestésicos.

Alcohol.

Desde el momento en que apareció la agricultura (6000 A.C) y un poco más tarde la fermentación, hasta que se inició la producción de alcohol, no tuvo que pasar mucho tiempo. Desde hace miles de años la humanidad ha consumido alcohol con o sin fines rituales, de hecho, es una de las pocas sustancias tradicionales que desde un comienzo no fue utilizada únicamente con fines ceremoniales.

Sus efectos son proporcionales a la cantidad de sustancia consumida, lentificando el funcionamiento del sistema nervioso central y respiratorio. Los efectos

inmediatos, se caracterizan por una alteración de los reflejos que llegan, incluso, a desaparecer por completo con el consumo de altas dosis, se afecta la tensión arterial, la temperatura y se disminuye la inhibición en la conducta. A largo plazo, puede generar problemas en el músculo cardíaco, problemas graves de conducta, deterioro de las funciones neurológicas (que pueden resultar en demencias como la de Wernicke y Korsakoff), gastritis y problemas de hígado.

El alcohol produce dependencia física, caracterizada por la tolerancia y el síndrome de abstinencia. A diferencia de las demás sustancias, la tolerancia producida por el consumo de alcohol es negativa, lo que significa que en un principio se necesitan cada vez dosis más altas para conseguir los mismos efectos pero con el tiempo el individuo se embriaga con dosis cada vez más pequeñas.

Es importante recordar que los efectos del alcohol están influenciados, en gran parte, por las características individuales del consumidor, lo que dificulta predecir las consecuencias del consumo en cada persona. Algunas personas dependientes o abusadoras del alcohol logran mantener, por un tiempo, una vida aparentemente funcional pero tarde o temprano el deterioro impide que esta imagen se mantenga. Aún así, está claro que el consumo problemático de alcohol

siempre tiene efectos muy negativos sobre la salud del consumidor y sobre sus relaciones familiares, sociales y laborales.

Barbitúricos, sedantes y ansiolíticos.

Los barbitúricos fueron descubiertos hace más de 100 años en Alemania y fueron recetados extensamente para combatir la ansiedad y el insomnio durante la primera mitad del siglo XX, sin embargo, se hizo evidente su capacidad para inducir dependencia (con síntomas de tolerancia), razón por la cual su uso médico disminuyó rápida y sustancialmente. La dependencia o el abuso de estas sustancias se puede dividir en 3 categorías:

1. La *intoxicación crónica* en la cual la persona consigue la droga con ayuda de varias recetas médicas, pues en un principio le habían sido recetadas para combatir el insomnio y la ansiedad pero con el tiempo se vuelve dependiente físicamente de esta sustancia.
2. La *intoxicación episódica* en la cual la persona consume la droga oralmente solamente por una búsqueda de "bienestar"
3. La *inyección intravenosa* en la cual la persona se inyecta la droga, generalmente mezclándola con otras

sustancias, con el fin de alcanzar un estado placentero y de somnolencia.

Benzodiacepinas.

Las Benzodiacepinas son unas de las drogas más populares para combatir la ansiedad. Fueron comercializadas a partir de 1950 y fueron consideradas como sustancias más seguras que los barbitúricos para disminuir la ansiedad ya que no deprimen el sistema respiratorio tan fácilmente, lo que disminuye las probabilidades de causar la muerte por paro respiratorio. Cuando aparecieron, parecían tan seguras y efectivas que su utilización fue masiva, sin embargo, con el tiempo se evidenció que podían causar intoxicación y llevar al abuso o a la dependencia psicológica y física.

Narcóticos (Opio, Morfina y Heroína).

Se han llamado opioides, opiáceos o narcóticos. Los opioides incluyen el opio y las drogas derivadas de éste, tales como la heroína, la morfina y la codeína. El opio ha sido utilizado durante miles de años por su capacidad para reducir el dolor emocional y físico, y para producir somnolencia, por esta razón, fue vastamente utilizado en desórdenes médicos, eventualmente se descubriría que produce dependencia física.

En 1803, Frederic Seturner derivó una nueva sustancia del opio llamada morfina, que aliviaba el dolor más efectivamente que el opio. En un principio, se utilizó masivamente por médicos e incluso como remedio casero, pero desafortunadamente, también se hizo claro que el consumo repetido de morfina podía inducir a la adicción.

En 1898, la morfina daría paso a la heroína, que se convertiría en un nuevo analgésico utilizado durante unos años como una droga maravillosa comparable a la aspirina. Años más tarde, los médicos reconocerían que la heroína es aún más adictiva que los demás opioides. Luego se descubrirían otros derivados y se crearían opioides sintéticos como la metadona.

Todos los consumidores de opioides generan tolerancia y dependencia y se evidencia en ellos el síndrome de abstinencia.

Inhalables.

El consumo de inhalables ha aumentado sustancialmente en las últimas décadas. Los inhalables son solventes naturales o artificiales que cuando son inhalados producen alteraciones a nivel mental. Entre los inhalables están los pegantes, los desmanchadores y los correctores líquidos, entre otros. Estas sustancias son las que más daño producen

a nivel neuronal, daño que es irreversible y que lleva a un deterioro progresivo de las funciones cognitivas entre otras cosas. Las personas de bajos recursos económicos, son las consumidoras más comunes de este tipo de sustancia por 3 razones principales, primero sus efectos en el estado de conciencia disminuye las sensaciones de hambre y de frío, segundo, se pueden conseguir fácilmente y, tercero, su precio es bajo.

Estimulantes del Sistema Nervioso Central

Los estimulantes son sustancias que aumentan la actividad del SNC, lo que resulta en un aumento de la presión sanguínea, el ritmo cardíaco y en la intensificación de procesos de pensamiento, de comportamientos y del estado de alerta. Dentro de los estimulantes se encuentran la cocaína y sus derivados, las anfetaminas y la cafeína.

Cocaína.

El ingrediente activo del arbusto de coca, original de Suramérica, es el estimulante natural más poderoso. Los grupos indígenas ya consumían hoja de coca hace miles de años de manera ceremonial pero sólo a mediados de 1800 que sería aislada la droga que usualmente se consume inhalada. Durante muchos años se consideró como un medicamento y la

opinión mayoritaria era que no generaba mayores problemas aparte de una intoxicación y una psicosis momentánea, sin embargo con el tiempo se reconocería que los efectos negativos de la cocaína son significativos y que, efectivamente, si genera dependencia con síntomas de tolerancia.

Basuco.

Es un derivado de la base de la cocaína que resulta de procesar las hojas del arbusto de coca y que se fuma. De esta manera, los efectos son aún más poderosos pero menos duraderos que los de la cocaína pura. Dentro de los derivados de la coca también se encuentra el *crack* que también se fuma con una pipeta especial. Los consumidores de basuco rápidamente se vuelven adictos, lo que la hace una de las drogas más peligrosas entre las drogas más utilizadas.

Anfetaminas.

Son drogas estimulantes fabricadas en el laboratorio. Fueron sintetizadas por primera vez por un químico llamado Gordon Alles hacia los años 30 para combatir el asma, pero han sido empleadas con diversos fines médicos como tratamientos para disminuir de peso, combatir la narcolepsia y la esquizofrenia, entre otros. Las

anfetaminas producen tolerancia tan rápidamente que es fácil caer en un patrón que indicaría cierto nivel de dependencia, sin embargo, por el hecho de que no se evidencia un síndrome de abstinencia, esta idea aún no ha sido confirmada.

Cafeína.

Es el estimulante más extensamente utilizado en el mundo. La mayoría de la cafeína se consume en el café, sin embargo, también se encuentra en el té, la cola (de la nuez de kola), el chocolate (del cacao), la aspirina y en algunos jarabes para la tos. Es evidente que no se puede decir que una persona que necesita tomarse 1 ó 2 tazas de café por la mañana, es una drogadicta pero los excesos si pueden tener ciertos efectos como nerviosismo, temblor en las manos e insomnio. La cafeína tiene efectos sobre la temperatura corporal, acelera el metabolismo, aumenta la producción de orina, eleva los niveles de azúcar en la sangre y puede disminuir el apetito.

Alucinógenos

Éstos, actúan sobre el cerebro produciendo una alteración de la conciencia, cambios a nivel de la percepción del tiempo y del espacio, de sí mismo y de los demás. Su nombre se debe a que tienen la capacidad de

producir alucinaciones visuales, auditivas y táctiles. Aunque los alucinógenos no producen dependencia, si están asociados a efectos impredecibles que pueden dejar secuelas a largo plazo. El origen del consumo de estas sustancias también se remonta cientos de años, dándose de manera ritualizada y curativa entre las tribus de América Central y Suramérica que han tenido y tienen sistemas religiosos asociados a plantas con propiedades alucinógenas. Con los años, su uso se ha expandido a las ciudades, en donde se consumen sin control alguno y en contextos no ritualizados.

Existen 2 tipos de alucinógenos, los naturales y los sintéticos.

Alucinógenos naturales.

Son aquellos derivados de alguna planta y que han sido utilizados con fines rituales por las tribus, como antes mencionábamos, entre éstos encontramos la mescalina, la psilocibina, la amanita muscaria, la atropina, la escopolamina y el yajé:

1. Mescalina: Es una sustancia extraída del cactus del peyote y del cactus de San Pedro aunque también puede producirse de forma sintética. En su forma natural se consume en una bebida o fumando trozos del cactus, en su forma sintética se consume en polvo (inhalado), en tabletas, en cápsulas o incluso inyectada si se disuelve

el polvo en agua. Los efectos producidos por esta sustancia van desde, a corto plazo, la alteración de los reflejos y la coordinación, náuseas y vómitos, alucinaciones visuales de contenido religioso y místico hasta, a largo plazo, reacciones similares a las de la esquizofrenia.

2. Psilocibina: Es una sustancia que se encuentra en algunos hongos. Dado el alto costo que tiene su producción sintética, se consume generalmente en su forma natural. Generalmente se ingieren los hongos crudos o cocinados acompañados por alguna bebida dulce para contrarrestar su fuerte sabor, aunque también se pueden consumir en tabletas, cápsulas, aspirada, fumada o inyectada. Sus efectos a corto y largo plazo son muy parecidos a los de la mescalina.
3. Amanita Muscaria: Es un hongo de gran tamaño, de color rojo o naranja con algunas manchas blancas que se consume oralmente. Sus efectos a corto plazo incluyen nerviosismo, alteraciones en la respiración, náuseas y diarrea, alucinaciones, pensamientos paranoides, comportamientos de auto y heteroagresión e incluso la muerte. Sus efectos a largo plazo son muy similares a los de la mescalina y la psilocibina.

4. Atropina, escopolamina y alcaloides relacionados: Son sustancias que se encuentran en plantas de la familia de las *solanáceas* que en muchos lugares se conocen como "borracheros". En grandes dosis pueden tener efectos alucinógenos aunque su composición primordial no es la de una sustancia alucinógena. Sus efectos van desde la desorientación, la pérdida de la memoria, desórdenes del lenguaje, pensamientos paranoides, convulsiones y alucinaciones, hasta la muerte.
5. Yajé: Es una bebida alucinógena que se obtiene de un bejuco selvático hervido o triturado que se acompaña generalmente de un aditivo vegetal que es el causante de la mayor parte de las alucinaciones. Entre las culturas tradicionales, es considerado como una planta sagrada debido a sus fines rituales y religiosos. En las ciudades, se ha difundido su consumo entre jóvenes e intelectuales por motivos recreativos o espirituales. Sus efectos, a corto plazo, consisten en náuseas, diarrea, vómitos, alteraciones en la temperatura corporal, en la percepción del tiempo y el espacio, así como alucinaciones visuales y experiencias místicas y religiosas. Sus efectos a largo plazo se caracterizan por un bienestar general que puede durar días o semanas posteriores al consumo.

Alucinógenos sintéticos.

Son aquellos obtenidos en los laboratorios y que fueron utilizados, por años, como medicamentos. Sus efectos alucinógenos sólo se conocerían más adelante. Entre éstos encontramos el LSD, el STP y el DOM, el TMA, la Ketamina y el PCP:

1. LSD: Es el más poderoso de los alucinógenos y se consume, usualmente, en forma de pastillas, tabletas, cápsulas o "papeletas", aunque también puede ser inhalado o inyectado. Es producido en su gran mayoría en laboratorios ilícitos aunque por razones investigativas puede ser sintetizado legalmente en pequeñas dosis. Sus efectos a corto plazo incluyen alteración de la fortaleza muscular, de los reflejos, de la coordinación, de la percepción del tiempo y el espacio y sensaciones místicas y religiosas. A largo plazo, pueden producir, *flashbacks* (que hacen referencia a episodios alucinógenos que se presentan días, meses o años después del consumo de la sustancia), síndrome amotivacional (que se refiere a la pérdida de interés en las relaciones sociales); episodios psicóticos (que se refieren a alteraciones del pensamiento); y alucinaciones y comportamientos similares a los de una persona esquizofrénica.

2. STP y DOM: Son sustancias producidas químicamente que se obtienen en forma de polvo o cristales. Sus efectos, en dosis pequeñas, pueden incluir sensaciones estimulantes y eufóricas; en dosis altas, pueden producirse efectos similares a los del LSD caracterizados por alucinaciones visuales y alteraciones perceptuales así como náuseas, vómitos y dificultades respiratorias.
3. TMA: Es un polvo amarillo consumido en forma oral o intravenosa. Sus efectos son muy parecidos a los de la mescalina aunque adicionalmente, puede generar comportamientos antisociales y destructivos.
4. Ketamina: Es un polvo blanco utilizado como tranquilizante sólo en animales, de forma legal, sin efectos colaterales para éstos. Su consumo en humanos por vía oral, intravenosa o inhalada, tiene efectos alucinógenos, puede causar convulsiones, vómito si se mezcla con alcohol y comportamientos suicidas o agresivos en personas deprimidas o con tendencias violentas.
5. PCP: Es un anestésico que en su comienzo se utilizó en humanos pero que luego se limitó su uso a los animales, debido a sus efectos colaterales displacenteros. Las personas que consumen esta sustancia lo hacen por sus efectos tranquilizantes y alucinatorios. Pueden producir alteraciones perceptuales parecidas a las producidas por

el LSD, sentimientos paranoides, ansiedad, convulsiones y problemas respiratorios que pueden resultar en la muerte.

Aunque los alucinógenos no producen dependencia o, siquiera, tolerancia, si producen episodios que pueden derivarse en estados de locura y ansiedad extremas por lo que algunas personas deben buscar tratamiento, incluso farmacológico (con antipsicóticos o sedantes), para combatir estos efectos definitivamente.

Sustancias Mixtas

Su nombre se debe a que sus efectos pueden ser de 2 o más de las categorías antes expuestas (depresores, estimulantes o alucinógenos). A pesar de que en esta cuarta categoría existe una gran cantidad de sustancias, nos limitaremos a la marihuana y al éxtasis por ser las 2 sustancias de este tipo que se encuentran en Colombia.

Marihuana.

Es una sustancia que se obtiene del arbusto *Cannabis Sativa* secando sus hojas y que se puede fumar en cigarrillos o en pequeñas pipas. Ha sido utilizada con fines medicinales pero no en la forma fumada. Aunque en los años 70, muchos de los investigadores llegaron a la conclusión de que la marihuana no tenía efectos negativos, esas conclusiones han sido revaluadas debido, en parte, al

hecho de que la marihuana actual contiene mucha más cantidad de la sustancia psicoactiva comparada con la de aquella época, como resultado de la mejoría en la calidad de las semillas cultivadas. Los efectos inmediatos se caracterizan por una sensación de bienestar, euforia leve, relajación, aumento de la sensibilidad sensorial, alteraciones en la percepción del tiempo, en la memoria, en la capacidad asociativa y en la capacidad de reacción ante estímulos auditivos o visuales. En algunos casos las personas pueden experimentar sentimientos de ansiedad y depresión. Los efectos a largo plazo incluyen disminución en la capacidad para memorizar, para concentrarse y en los niveles de motivación, así como dificultades respiratorias y disminución en el conteo de espermatozoides y problemas menstruales entre los adolescentes. Adicionalmente, puede aumentar síntomas de enfermedades cardiovasculares y respiratorias así como ser un desencadenante de enfermedades mentales tales como la esquizofrenia, también es un facilitador en el inicio del consumo de otras sustancias nocivas para la salud.

A pesar de que no hay un consenso con respecto a si la marihuana produce o no dependencia, si se ha evidenciado que los consumidores frecuentes tienden a experimentar ciertos síntomas de abstinencia y tolerancia, lo que lleva

a pensar que probablemente si la produce aún cuando los síntomas sean distintos a los producidos por otras sustancias psicoactivas.

Éxtasis

Es una sustancia sintética (MDMA) que tiene propiedades estimulantes parecidas a las de las anfetaminas y propiedades alucinógenas parecidas a las de la mescalina, la combinación de estas características dan pie a sus efectos.

En un principio, la MDMA fue utilizada en el tratamiento de la anorexia y como facilitador de la psicoterapia, pero poco a poco fue difundiéndose su uso recreativo. Es un polvo blanco, pero en la calle se encuentra en forma de pastillas de colores o cápsulas transparentes en las cuales la sustancia se mezcla con otras como las anfetaminas o la cafeína, también se puede inyectar. Sus efectos inmediatos incluyen una sobreestimulación que puede producir ansiedad, vértigo, náuseas y vómito, el éxtasis altera la afectividad, la percepción, las vivencias del yo y la temperatura corporal la cual se eleva sustancialmente.

A pesar de que no produce dependencia física, hay pruebas de que produce una toxicidad neurológica, y los

cambios en la temperatura corporal pueden ser la causa de la deshidratación, las convulsiones y las hemorragias craneanas que se han visto en las autopsias de las personas que murieron luego de consumirlo.

Los Programas de Tratamiento Para la Dependencia de las SPA

Para conocer los diferentes programas de tratamiento existentes, nos basaremos en la presentación de Pabón (Pérez et al., 2000) en la cual expone 7 tipos de tratamiento, presentando los objetivos generales de los mismos, analizando sus componentes, ventajas y desventajas, y exponiendo los factores que pueden llegar a ser determinantes para el éxito de éstos.

Los 7 programas son: Los programas basados en la teoría de los 12 pasos, los programas de internado a largo plazo principalmente basados en el modelo de Comunidad Terapéutica, los programas de internado a corto plazo, la farmacoterapia y los programas de prescripción de drogas substitutas, los programas ofrecidos por clínicas psiquiátricas y hospitales mentales, los programas de tratamiento ambulatorio intensivos y los grupos de auto-ayuda.

El objetivo principal de la gran mayoría de estos tratamientos radica en la abstinencia o la disminución

drástica del consumo de las SPA, éstos intentan adicionalmente, mejorar la calidad de vida de los pacientes trabajando en el mejoramiento de sus habilidades sociales. Otros, buscan disminuir los daños asociados al consumo, enseñando estrategias para que el consumo sea realizado de manera controlada y responsable. Cabe recordar, que ningún tratamiento ha logrado hasta ahora, ser eficaz en todos los casos de personas consumidoras que ingresan a estos programas.

Programas Basados en la Teoría de los 12 Pasos

Éstos surgieron a partir del modelo original de Alcohólicos Anónimos hacia la década de los 30, como resultado del encuentro de 2 personas con problemas de dependencia y/o abuso de alcohol y se ha convertido en una gran comunidad a nivel mundial, hasta llegar a cerca de 2 millones de miembros en diferentes países y culturas. Basándose en la teoría de los 12 pasos, han aparecido otros programas como Narcóticos Anónimos, Alnon, Alateen y el modelo de Minnesota.

Este tipo de programas cuenta con 4 supuestos básicos:

1. La dependencia a las SPA involucra una dimensión biológica y otra psicosocial.
2. La "adicción" constituye una enfermedad que involucra una dimensión fisiológica y una psicológica.

3. La dependencia a las SPA incide negativamente en la vida espiritual del consumidor.

4. Las personas con problemas de dependencia a las SPA son incapaces de controlar el problema por lo que la abstinencia total es un requerimiento básico para el proceso de tratamiento y la recuperación.

Los programas de tratamiento basados en la teoría de los 12 pasos se caracterizan principalmente por:

1. El proceso de cambio depende básicamente del paciente.
2. La motivación para entrar y mantenerse en el tratamiento provienen del paciente.
3. Se centran en la espiritualidad, abarcando aspectos como la fuerza de voluntad y la fe.
4. El proceso comprende acciones prácticas dirigidas a prevenir la recaída en el consumo tales como la asignación de tareas y la orientación en el proceso de recuperación.
5. La confrontación constructiva acerca del consumo y aspectos relacionados juega un papel fundamental
6. El tratamiento se centra en la recuperación con respecto a la familia, el trabajo y las relaciones
7. Son totalmente gratuitos y abiertos a cualquier individuo que presente problemas relacionados con el consumo de SPA.

Los 12 puntos esenciales de este tratamiento son tratados a lo largo de una serie de reuniones de grupo y consisten en:

1. Reconocer la falta de capacidad para controlar el problema.
2. La invitación a creer en un poder superior al consumidor como fuente de recuperación.
3. Entregarse a la voluntad de ese poder superior, tal como cada persona lo entienda.
4. Realizar un inventario y evaluación de sí mismo.
5. Reconocer los errores cometidos ante ese poder superior, el consumidor mismo y los otros
6. y 7. Permitir a ese poder superior liberar al consumidor de todos sus defectos de carácter.
8. y 9. Reparar el daño causado a otras personas que rodean al individuo.
10. Continuar con el inventario y admitir los errores cometidos.
11. Buscar el contacto con el poder superior a través de la oración y la meditación.
12. Llevar este mensaje a otros individuos con problemas similares.

Estos tratamientos se acomodan mejor a personas de escasos recursos económicos dado que son gratuitos, y

tienen mejores resultados en personas consumidoras de cocaína, marihuana y alcohol, así como en aquellas personas que permanecen por lo menos 3 meses en el tratamiento.

Las Comunidades Terapéuticas

Éstas surgieron en Inglaterra como un intento por transformar el funcionamiento tradicional de los hospitales, teniendo como objetivo principal, resocializar y reinsertar al consumidor a la sociedad.

Las comunidades terapéuticas cuentan con 4 sustentos básicos, a saber:

1. La responsabilidad del tratamiento está principalmente en los pacientes que hacen parte de la comunidad.
2. El tratamiento es un proceso continuo en donde se involucra el día a día del paciente.
3. El proceso de tratamiento requiere una comunicación abierta, menos rigidez en la jerarquía comparada con la de los hospitales y una discusión diaria sobre las funciones y tareas de cada uno de los miembros de la comunidad.
4. El paciente debe cumplir un papel importante en la estructura social del centro de tratamiento, además, de cumplir con funciones y tareas específicas como parte de su recuperación.

Las características principales de este tipo de tratamiento radican en:

1. La democratización que hace referencia a que cada miembro de la comunidad participa en las decisiones terapéuticas y administrativas tomadas por el grupo.
2. La tolerancia que hace referencia a que cada miembro de la comunidad debe tolerar los comportamientos de sus compañeros, aún cuando éstos resulten difíciles de aceptar en situaciones normales.
3. La comunalidad que hace referencia a la intercomunicación y las relaciones íntimas entre los integrantes de la comunidad.
4. La confrontación con la realidad que hace referencia a que los pacientes suelen ser enfrentados con la visión que otros tienen de sus comportamientos, fortaleciendo sus nexos con el mundo real y cotidiano que los rodea.

Los tratamientos basados en el concepto de comunidad terapéutica consisten en programas de 6 a 12 meses (que se pueden extender hasta por 3 años) de internado voluntario en donde hay una jerarquía de acuerdo con las funciones que cada miembro debe cumplir dentro de la comunidad, estas funciones van desde llevar el registro de asistencia a las terapias de grupo, cocinar y almacenar alimentos hasta llevar las labores de aseo y mantenimiento del lugar. Los

miembros que más tiempo llevan dentro de la comunidad son, usualmente, los que dirigen la comunidad y coordinan las actividades diarias más importantes.

Generalmente, hay 2 terapias de grupo diariamente en las cuales participan todos los miembros de la comunidad aumentando la unión y el sentimiento de pertenencia de los mismos. Estas comunidades cuentan con un equipo clínico que incluye psicólogos y trabajadores sociales y que se encargan de asegurarse del adecuado desarrollo de las terapias en grupo, las terapias individuales, el proceso terapéutico individual de cada paciente e incluso un seguimiento de éste cuando ha terminado el tratamiento.

Las personas que mejor se acomodan a este tipo de tratamiento son aquellas con una larga historia de consumo y comportamientos criminales, cuyas relaciones sociales se hayan visto gravemente afectadas por el consumo, así como, para consumidores de heroína, cocaína y alcohol.

Los Programas de Internado a Corto Plazo

Éstos tienen como objetivos primordiales estabilizar médicamente al paciente, que se mantenga abstemio y que cambie su estilo de vida.

Los programas de este estilo se caracterizan porque los pacientes permanecen internos por no más de 30 días y

porque generalmente son llevados a cabo por organizaciones con o sin ánimo de lucro, por programas en los hospitales o clínicas y por programas manejados a nivel regional por las autoridades locales. Pueden tener como sustento básico distintos modelos teóricos y consisten en un conjunto de intervenciones terapéuticas individuales y grupales orientadas a lograr los cambios antes mencionados.

La adhesión a los programas de internado a corto plazo se da, usualmente, en personas con niveles educativos y profesionales más altos y niveles de criminalidad más bajos que los de las personas que ingresan a otros programas. Su efectividad es mayor en consumidores de cocaína, marihuana y alcohol y parece no estar afectada por lo corto que es si se dirige a la población adecuada.

Los Programas de Farmacoterapia

Éstos, tienen como objetivo eliminar la dependencia a la sustancia y se caracterizan por tener un procedimiento distinto para cada sustancia específica. La base general de este tipo de tratamiento se sustenta en 4 funciones fundamentales:

1. La desintoxicación, que consiste en la utilización de medicamentos para reducir o controlar los síntomas del síndrome de abstinencia. Se lleva a cabo obligatoriamente

en pacientes consumidores de sustancias cuya abstinencia genera dicho síndrome.

2. La estabilización y el mantenimiento, que consiste en administrar al paciente una sustancia substituta cuyos efectos se producen a largo plazo y permiten que el paciente funcione con relativa normalidad sin presentar síntomas del síndrome de abstinencia.
3. El tratamiento antagonista, que consiste en el uso de medicamentos para bloquear los efectos de la sustancia a la cual es dependiente el individuo.
4. El doble diagnóstico, que hace referencia a que la farmacoterapia también es utilizada para tratar desórdenes psiquiátricos cuando se presentan en conjunto con problemas de dependencia a las SPA.

Como habíamos mencionado anteriormente, los pacientes son tratados de una manera específica según la sustancia a la cual son dependientes. En el caso del alcohol, la primera etapa del tratamiento consiste en la desintoxicación llevada a cabo a través de un proceso de abstinencia gradual. El fármaco utilizado, generalmente, para la dependencia al alcohol es el *disulfiram* pues disuade al paciente de consumir dado que de hacerlo experimentaría mareo, náuseas, dolor de cabeza y un aumento de la tasa cardíaca.

Para el tratamiento de la dependencia a los opioides (casi siempre heroína), se utilizan programas de mantenimiento de metadona que produce efectos similares a los de la heroína y previene los síntomas de la abstinencia durante 24 horas. La metadona también genera síndrome de abstinencia pero en menor intensidad (aunque más prolongado) y permite que el paciente funcione normalmente eliminando el deseo de consumir heroína.

Por otro lado, la *naltrexona*, es la sustancia antagonista más utilizada en el tratamiento para la dependencia a los opioides pero dado que no elimina el deseo de consumir heroína, los pacientes suelen abandonar el tratamiento.

Siguiendo con la cocaína, se han sugerido 2 fármacos para el tratamiento de la dependencia a esta sustancia: los agentes dopaminérgicos que parecieran reducir el deseo de consumir y los síntomas de abstinencia, y los antidepresivos que parecieran reducir el deseo de consumir cocaína. Sin embargo, no se ha demostrado la efectividad consistente de estos u otros fármacos.

Estos tratamientos son los más efectivos, hasta el momento, para tratar la dependencia a la heroína siempre y cuando se acompañen de un tratamiento psicoterapéutico

dirigido a resolver problemas que el farmacológico no puede.

Programas de Tratamiento Ofrecidos por Clínicas Psiquiátricas y Hospitales Mentales

Éstos, consideran a la dependencia como un problema de orden psiquiátrico que debe ser tratado fundamentalmente con droga psiquiátrica, los pacientes que ingresan a este tipo de tratamiento son intervenidos como cualquier otra persona que sufra de una enfermedad mental e incluso suelen compartir el mismo espacio físico con estos segundos.

Los mayores niveles de efectividad de este tipo de intervenciones para tratar la dependencia de las SPA, se ha visto en personas que tengan un doble diagnóstico de farmacodependencia (como se le llama a los problemas de dependencia a las SPA en estas instituciones) y otro problema psiquiátrico.

A pesar de que estos programas de tratamiento se centran en la intervención farmacológica, cada vez es más común que las clínicas psiquiátricas y hospitales mentales cuenten con un equipo clínico interdisciplinario que incluye psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales y terapeutas ocupacionales, entre otros, en un intento por darle un tratamiento más completo a los pacientes al

valorar los aspectos no médicos del consumo de sustancias psicoactivas.

Los Programas de Tratamiento Ambulatorio Intensivo

Estos programas se distinguen por 3 razones fundamentales:

1. Los pacientes deben ingresar voluntariamente al programa y no solamente por presiones de tipo familiar o legal.
2. los costos de este tipo de tratamientos son bajos.
3. El tratamiento resulta intensivo en la medida en que los pacientes pasan muchas horas en un tratamiento continuo y constante.

Las principales características de los programas de tratamiento ambulatorio intensivo radican en:

1. Su metodología es ambulatoria de manera que el paciente no debe asilarse de su ambiente familiar, social y laboral para seguir con el tratamiento.
2. El proceso terapéutico es de poca duración.
3. Una de las herramientas terapéuticas más utilizada es la confrontación dado que busca enfrentar al paciente con hechos y sentimientos que no son abiertamente reconocidos.

4. Se centra en el presente teniendo en cuenta el estado físico, mental y emocional del paciente en cada uno de los momentos del tratamiento.
5. Las actividades de grupo juegan un papel muy importante ya que el contacto con otros supone que la persona logra identificar sus problemas de interrelación asociados al consumo.
6. El objetivo principal del tratamiento es que el paciente reconozca la responsabilidad de sus decisiones, acciones, que recupere valores y potenciales disminuidos por el consumo y que inicie un proceso de modificación de su conducta de consumo, su comportamiento social y su actividad laboral.

Los componentes fundamentales de este tipo de tratamientos son:

1. La evaluación física, psicológica y motivacional.
2. El proceso terapéutico.
3. El seguimiento.

Estos tratamientos funcionan mejor en personas jóvenes (entre 14 y 45 años), que estudian o trabajan y en policonsumidores.

Los Grupos de Auto-ayuda

Muchas personas recurren a este tipo de tratamiento porque no sienten que los tratamientos formales suplan todas sus necesidades. Los grupos de auto-ayuda consisten en asociaciones de personas con problemas de dependencia o abuso de sustancias que se reúnen para compartir sus experiencias y resolver sus conflictos a través de la comprensión y el apoyo mutuo. La ayuda prestada por estos grupos se da principalmente en 5 aspectos:

1. Demuestran apoyo y comprensión hacia el consumidor.
2. Constituyen un grupo de referencia para la persona, evitando que se aísole de su ambiente social.
3. Brindan información y orientación a quien lo necesite.
4. Ayudan al consumidor a identificar mejor la forma de enfrentarse a situaciones de riesgo que puedan llevarlo a recaer.
5. Ayudan a la persona a reconocer distintas alternativas para enfrentar su problema de dependencia o abuso.

Los tratamientos de este tipo se caracterizan básicamente por:

1. No cuentan con un director o profesional del área clínica a cargo de las reuniones y el proceso de tratamiento, sino que son los mismos miembros del grupo

los encargados de coordinar las actividades y orientar el proceso de recuperación.

2. Todos los miembros tienen en común que comparte problemas de consumo de sustancias psicoactivas.
3. Las reuniones se llevan a cabo de manera informal y ajenos al ámbito de los hospitales, las clínicas o los consultorios.
4. La participación en los grupos es abierta a cualquier persona con problemas de consumo por lo que usualmente el grupo es variable e inconstante.

La mayor eficacia de estos programas de tratamiento, se da, usualmente, en personas que no logran adaptarse a las intervenciones más formales y en personas con recursos económicos limitados dado que son gratuitos.

Estos son, en términos generales, los diferentes tipos de tratamiento para los problemas de consumo de SPA, sin embargo, existen muchos otros que mezclan características de varios de los anteriores en un intento por acoplarse mejor a las necesidades de los individuos con este tipo de problemas. La efectividad de los tratamientos tiende a variar mucho de acuerdo a las características individuales del consumidor pero existen ciertas consideraciones que

pueden facilitar la decisión de ingresar a uno u otro tratamiento:

1. Los patrones de consumo de hombres y mujeres son diferentes.
2. Las características individuales de personalidad, carácter e historia del consumidor deben tenerse en cuenta antes de decidirse por un tratamiento.
3. Los consumidores que habitan en la calle suelen acoplarse mejor a tratamientos como el de comunidades terapéuticas.
4. El tiempo de permanencia en el tratamiento está directamente relacionado a la probabilidad de éxito del mismo.
5. El seguimiento de los pacientes luego de terminar con el tratamiento es un factor de éxito del mantenimiento de la recuperación.
6. Los tratamientos tienden a ser más efectivos si incluyen intervención terapéutica a nivel individual, grupal, familiar y ocupacional y si se realiza una evaluación periódica de los aspectos físicos y psicológicos del paciente.

Existe una última distinción por hacer con respecto a los tratamientos, que resulta fundamental para esta investigación. Dentro de los tratamientos antes expuestos

existen tratamientos formales y no formales, los tratamientos formales son aquellos que incluyen alguna intervención de tipo terapéutico ya sea a nivel individual, familiar o grupal, por parte de una persona con formación profesional al respecto, o alguna intervención de tipo farmacológico; y los no formales son los que carecen de este tipo de intervenciones aún cuando pueden seguir una serie de pautas similares a las del tratamiento formal. De acuerdo con esta distinción, entre los tratamientos antes expuestos, aquellos considerados como formales serían los tratamientos basados en la teoría de los doce pasos, aquellos basados en el concepto de comunidades terapéuticas, los programas de internado a corto plazo, los programas de farmacoterapia, los programas de tratamiento de clínicas psiquiátricas y hospitales mentales y los programas de tratamiento ambulatorio intensivo; y los programas de tratamiento no formales serían los grupos de auto-ayuda y la mayoría de los programas de A.A y N.A ya que ya no funcionan bajo los parámetros del modelo original de 12 pasos. La mayoría de los grupos de A.A y N.A en Colombia se aproximan más al concepto de grupos de auto-ayuda que al de los tratamientos de 12 pasos. Los grupos colombianos son caracterizados principalmente por reuniones diarias o semanales, de consumidores de alcohol u

otras drogas, en donde se comparten las experiencias asociadas al consumo y a sus efectos siguiendo la mayoría de los 12 pasos; aquellos que se han recuperado deben apadrinar a mínimo un nuevo miembro del grupo. Su trabajo como padrinos consiste en apoyar y guiar a los nuevos miembros a través del proceso de recuperación. La mayoría de los que se recuperan con este programa, siguen asistiendo a las reuniones durante meses o años.

La Recuperación Espontánea

La Recuperación Espontánea como Fenómeno General

Usualmente el término "recuperación espontánea" es desconocido para la gran mayoría de las personas que no tienen algún tipo de relación con este fenómeno. La intuición y el sentido común tienden a llevar a las personas que escuchan este término, a pensar que hace referencia a una recuperación sin intervención de una causa exterior, dándose de manera automática e involuntaria. De hecho, uno de los mayores inconvenientes del término es que la mayoría de las personas, incluidos los llamados científicos, asumen esa palabra como si hiciera referencia a un "milagro" que no permite seguimiento o desglosamiento alguno y que por lo tanto no podría ser medido, estudiado o analizado seriamente a través de la investigación científica.

Bergin (1971) argumenta que el término ha retardado el proceso científico porque lleva a pensar que los procesos de recuperación espontánea equivalen a no saber qué está pasando; y la idea de que hay eventos que ocurren sin razón aparente es algo que el "espíritu científico" aborrece.

Para lograr entender claramente qué significa la recuperación espontánea del consumo de Sustancias Psicoactivas, debemos empezar por definir el término en general y por rastrear históricamente la utilización del mismo.

Cuando se habla de recuperación espontánea, se utiliza para describir las mejorías en desórdenes (en un primer momento sólo para desórdenes neuróticos) que se dan, a pesar de la ausencia de cualquier tipo de tratamiento formal. Ésta definición se ha prestado para grandes discusiones, dado que implica un entendimiento de lo que significa un tratamiento formal: Rachman (1971) explica que un examen psiquiátrico completo; hablar de los problemas personales con un pariente, un abogado, un sacerdote, un vecino o un extraño; o vivir una bancarrota, un amorío o un ascenso laboral entre otros momentos críticos de la vida; no constituyen un tratamiento formal aun cuando puedan tener efectos terapéuticos. Esta aclaración es importante ya que en muchas de las discusiones entabladas por los

teóricos que se interesan en el tema, aparece el problema de saber si estas situaciones son o no parte de un tratamiento formal.

Los primeros intentos por darle cabida a la noción de recuperación espontánea (*spontaneous remission*) surgen probablemente de los estudios realizados por Landis (1937) relacionados con las mejorías en las personas con trastornos mentales. En éstos, Landis estudió los índices de mejoría en los hospitales mentales entre los pacientes diagnosticados con neurosis. Observó que en el estado de Nueva York, 70% de los pacientes neuróticos eran dados de alta anualmente, por razones de recuperación o mejoría; en todo Estados Unidos la cifra se encontraba en el 68%. En principio, éstas cifras están representando la **línea base** (el punto de comparación) de la recuperación espontánea, lo cual implica que los métodos terapéuticos deberían mostrar sustancialmente mejores resultados que los vistos acá para ser considerados seriamente.

Poco después, en 1946, Denker calculó la línea base a partir del estudio consecutivo de 500 pacientes que se quejaban de incapacidades debidas a la neurosis y que habían sido tratados por médicos generales. En ningún caso, había habido más que una psicoterapia completamente superficial aunque los sedantes y la sugestión eran

elementos constantes en el tratamiento. Se hizo un seguimiento de mínimo cinco y máximo diez años a estos pacientes luego de que el periodo de incapacidad hubiera empezado, utilizando criterios relativamente estrictos de mejoría. Denker encontró que 45% de estos pacientes se recuperó en el transcurso de un año y otro 27% se recuperó luego de dos años. El total de recuperaciones aumentaría, luego, a un 90% a los cinco años.

Para muchos es claro que estos estudios tienen defectos, aún así merecen el crédito por haber constituido el punto de partida de investigaciones posteriores y, sobre todo, de grandes discusiones. De hecho, las conclusiones de estos dos estudios fueron la fuente de inspiración de Eysenck para gestar la idea de la recuperación espontánea, idea que se expresará en una serie de artículos (1952, 1961, 1965, 1969) muy controvertidos pero vitales para el entendimiento del término antes expuesto y que veremos con más detalles más adelante.

Como hemos visto anteriormente, la recuperación espontánea era utilizada en sus principios como una manera de comparar métodos terapéuticos y determinar qué tan eficientes podían ser. Bergin (1971) hace un recuento de varios estudios (Friess and Nelson, 1942; Hastings, 1958; Orgel, 1958; Graham, 1960; Endicott and Endicott, 1963;

Cappon, 1964; O'Connor, 1964; Kringlen, 1965; Shore and Massimo, 1966; Vorster, 1966; Materson, 1967; Paul, 1967; Kogler & Brill, 1967) que demuestran, según él, que la psicoterapia genera un porcentaje mucho mayor de recuperación que la falta de tratamiento y critica duramente los estudios de Landis y Denker argumentando que muchas de las personas que fueron estudiadas como parte del grupo de pacientes sin tratamiento, en realidad, habían conversado con sacerdotes, abogados, familiares, entre otros, que habían ejercido un efecto terapéutico equivalente al de un tratamiento formal y que por lo tanto, no podían constituir la línea de base para comparar. Adicionalmente, expone que ciertas de las investigaciones antes mencionadas, encontraron índices de recuperación espontánea igual a cero como las de Cappon (1964), O'Connor (1964) y Kogler & Brill (1967); o muy bajos, como en las demás. De ahí, que concluya que es muy probable que la recuperación espontánea no sea tan común como se ha expuesto y que no se pueda comparar con la psicoterapia cuyos resultados son mucho mejores. Sin embargo, Bergin si reconoce la existencia del fenómeno, aunque no cree que sea tan común como lo afirman Landis, Denker y Eysenck. Es probable que Bergin estuviera luchando por salvar el prestigio de la psicoterapia, pues resulta preocupante que

la mejoría que ésta genera sea casi igual a la que resulta de la recuperación espontánea. Esta tendencia a sentir a la recuperación espontánea como una "amenaza" para el reconocimiento de los tratamientos formales, es la que puede haber reforzado la oposición que ha tenido la idea de que puede haber una mejoría sustancial y en un gran número de casos, de manera espontánea.

Rachman (1971), por su parte, critica fuertemente la posición de Bergin y expone que los resultados de las investigaciones de Cappon, O'Connor y Kogler & Brill no reflejan la verdad sobre los índices de recuperación espontánea. Por ejemplo, Rachman explica que el trabajo de Cappon titulado "Results of Psychotherapy" (1964) estudia, como su nombre lo dice, a pacientes que asistieron a psicoterapia entre 1955 y 1969. De los 201 pacientes, 163 fueron considerados la muestra operacional pues habían terminado su terapia en 1960. Se hizo un seguimiento a estos pacientes por correo, donde sólo el 53% respondió, adicionalmente, se hizo evidente que aún aquellos que habían expresado mejorías importantes, presentaban cuatro veces más síntomas que personas "normales", es decir, que debía considerarse como pacientes psiquiátricos. Cappon concluye afirmando que su investigación estaba dirigida a

encontrar ciertas relaciones entre los resultados de las terapias.

Esta conclusión le permite a Rachman (1971) afirmar que la investigación no estaba dirigida, en ningún momento, a estudiar el fenómeno de la recuperación espontánea por lo tanto no puede constituir una prueba de la dimensión de la recuperación natural, ni siquiera arroja datos que permitan siquiera calcular índices de recuperación espontánea.

Ésta es sólo una de las fuentes de error que Rachman analiza para esta investigación y algo similar hace con las demás investigaciones con lo cual desmonta la conclusión de Bergin de que estos estudios demuestran que la recuperación espontánea es mínima.

Adicionalmente a las críticas que hace de las conclusiones de Bergin, Rachman expone y apoya el argumento de Eysenck sobre la recuperación espontánea. En las primeras aproximaciones de Eysenck (1952), éste argumenta que la medición adecuada de los efectos psicoterapéuticos ha sido impedida por errores metodológicos en la mayoría de estudios realizados hasta ese momento. Es así como decide que necesita encontrar una base de comparación, que se pueda utilizar en los estudios que no incluyen grupos control, un estimado de las recuperaciones que suceden en ausencia de terapia. Partiendo de los estudios de Landis y

Denker, estimó que se puede esperar que 2 de cada 3 pacientes, se recuperen en un lapso de 2 años aún en ausencia de tratamiento.

Durante los años siguientes, Eysenck profundizaría sobre el tema y publicaría otra serie de artículos que constituyen la base de su argumento. Eysenck empezó por investigar y comparar los índices de mejoría reportados en tratamiento, con la línea de comparación de la recuperación espontánea; tomando como base los estudios que ya se habían hecho. En un primer momento retomó 24 estudios, de donde surgiría una de sus conclusiones más conocidas, que afirma que estos estudios no lograron demostrar que la psicoterapia, Freudiana u otra, facilite la recuperación de pacientes neuróticos. Éstos, sólo lograron mostrar que 2 tercios de un grupo de pacientes neuróticos va a recuperarse o va a mejorar en un lapso de aproximadamente 2 años a partir de la aparición de su enfermedad, sin importar si son tratados por medio de psicoterapia o no (Eysenck, 1952).

Más tarde, incluiría otras investigaciones que habían utilizado grupos control, y al parecer, es en esta época en la cual el tema de la recuperación espontánea empieza a extenderse hacia otras áreas además de la de las enfermedades mentales. Por ejemplo, el estudio Cambridge

Somerville se centró en la prevención de la delincuencia. Para hacerlo, tomaron una muestra de 650 jóvenes de bajos recursos; la mitad recibió psicoterapia y consejería que suponía una disminución en el riesgo de volverse delincuentes, y la otra sirvió de control. Los resultados evidenciaron que el tratamiento no redujo la incidencia de delincuencia en el grupo en tratamiento, a pesar de que los terapeutas (y los jóvenes mismos) sentían que éstos se habían beneficiado sustancialmente.

Finalmente, Eysenck postula 8 grandes conclusiones de todas sus revisiones (1960):

1. Cuando se comparan grupos control de neuróticos no tratados y grupos experimentales de pacientes neuróticos tratados por medio de psicoterapia, ambos grupos se recuperan aproximadamente en la misma medida.
2. Cuando los soldados que han sufrido una crisis neurótica, y no han recibido psicoterapia, se comparan con soldados que sí lo han hecho, las oportunidades de que los dos grupos vuelvan a servicio es aproximadamente la misma.
3. Cuando soldados neuróticos son separados de servicio, sus oportunidades de recuperación no se ven afectadas por recibir o no psicoterapia.

4. Los neuróticos civiles que son tratados con psicoterapia se recuperan o mejoran aproximadamente en la misma medida que neuróticos similares que no reciben psicoterapia.
5. Los niños que sufren de desórdenes emocionales y son tratados con psicoterapia, se recuperan o mejoran aproximadamente en la misma medida que niños similares que no reciben psicoterapia.
6. Los pacientes neuróticos tratados por medio de psicoterapia basada en la teoría del aprendizaje mejoran significativamente más rápido que los pacientes tratados por medio del psicoanálisis o los que no reciben psicoterapia alguna.
7. Los pacientes neuróticos tratados por medio de psicoterapia psicoanalítica no mejoran más rápido que los pacientes tratados por medio de psicoterapia ecléctica y pueden mejorar aún menos rápido teniendo en cuenta que un gran número de pacientes abandona el tratamiento.
8. Con excepción de los métodos psicoterapéuticos basados en la teoría del aprendizaje, los resultados de las investigaciones publicadas con neuróticos civiles y militares, sugieren que el efecto de la psicoterapia es mínimo o inexistente, y que no adiciona efecto alguno al tratamiento médico de rutina, o a los eventos como si ocurre con la experiencia cotidiana de los pacientes.

Obviamente, estas conclusiones han sido discutidas y/o criticadas (Pérez, 1981). Las 2 críticas más fuertes son tal vez, primero, que Eysenck en su recopilación, distribuyó los resultados en 4 categorías arbitrarias que pretendían agrupar datos de las investigaciones que fueron revisadas, datos éstos, que a su vez estaban distribuidos en agrupaciones igualmente arbitrarias. Además algunas tenían 3 categorías, otras 4, 5 y hasta; esta situación, evidentemente, le resta confiabilidad a sus conclusiones.

La segunda crítica más importante al trabajo de Eysenck es que los trabajos de Landis y Denker que sirvieron como base para su trabajo, estudiaron 2 poblaciones distintas y dejaron de lado datos sociodemográficos muy importantes para delimitar las características de los 2 grupos, por lo tanto, no pueden ser comparables. Son exactamente este tipo de fallas las que permiten que Bergin, por ejemplo, desconfíe de las cifras expuestas por Eysenck de existencia del fenómeno de la recuperación espontánea.

A pesar de las debilidades metodológicas de estos trabajos, durante mucho tiempo fueron los únicos datos sobre el fenómeno de la recuperación espontánea en comparación con los efectos de la psicoterapia. De ahí que debamos reconocer que las recopilaciones de Eysenck han

permitido hacerse una idea de la dimensión que puede alcanzar la recuperación espontánea.

Concluyendo, es importante resaltar que si Eysenck afirma que las terapias de aprendizaje funcionan, tal vez la recuperación espontánea pueda estar mediada por aprendizajes individuales que hacen que la persona viva cambios importantes para su vida y por otro lado, resulta primordial tener en cuenta que también la experiencia cotidiana es importante en las movilizaciones de pacientes psiquiátricos (y seguramente, de personas que no presenten un cuadro de enfermedad mental), así que si se pretende estudiar la recuperación espontánea en esta investigación, es clave averiguar por los cambios importantes en las experiencias cotidianas de las personas recuperadas, sin ayuda de tratamiento alguno, que pudieron haber influido en el tipo de recuperación.

La Recuperación Espontánea de los Problemas de Alcohol y Drogas

Hasta aproximadamente mediados de la década de los 60, la recuperación espontánea fue utilizada únicamente como método de comparación entre tratamientos, y más específicamente entre psicoterapias, o para medir la

eficacia de una sola psicoterapia, además, parecía estar pensada sólo para casos de enfermedad mental.

Sin embargo, el hecho de mantener el interés en este tema durante años permitió que el mundo científico empezara a reconocer que la recuperación espontánea era una opción y que era una realidad que merecía aún más estudio. La pregunta es entonces por qué no se ha recibido con aceptación la idea de que este fenómeno puede aplicarse al consumo de SPA; la respuesta puede estar en 3 razones principales (Sobell et al., 2001), primero, la idea de que alguien con una adicción puede resolver su problema sin ayuda profesional va en contravía de la opinión de un gran número de profesionales de la salud así como de la creencia popular; segundo, la atención de los investigadores se ha centrado principalmente en los individuos con problemas muy severos de consumo que se han recuperado con ayuda de tratamiento lo que les ha impedido encontrar, significativamente, personas que se hayan recuperados sin ayuda de tratamiento; y por último, la dominación en el campo de la investigación sobre consumo de SPA, del modelo de enfermedad de la adicción que plantea que si alguien tiene la habilidad de detener un comportamiento adictivo por sí sólo, entonces realmente no había desde un principio ninguna adicción, no permite que la recuperación espontánea

sea una opción viable en la resolución de este tipo de problemas.

Después de las investigaciones realizadas hace aproximadamente 40 años que lograron identificar el fenómeno de la recuperación espontánea en otras áreas diferentes a la de la psicoterapia, el estudio de este tema pareció disolverse y la discusión empezó a apaciguarse, sin embargo, a partir de finales de los años 60, surgió una nueva serie de investigaciones que se dedicaron al estudio de la recuperación espontánea en áreas nuevas como la del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas. Para el interés de esta investigación, nos centraremos en el estudio de este fenómeno frente al consumo de alcohol y otras drogas.

Las investigaciones dedicadas a este tema no son muy numerosas dado el corto tiempo en el cual se ha estudiado el fenómeno. Un estudio realizado hace pocos años (Sobell et al., 2000) encontró que sólo se habían publicado 38 artículos, hasta 1997, sobre la recuperación espontánea del consumo de SPA que tuvieran rigor metodológico e incluyeran variables demográficas y de historia de consumo. De éstos, el 75% se realizó entre consumidores de alcohol, el 22.5% se realizó entre individuos adictos a la heroína y otros muy pocos se realizaron entre consumidores de cocaína

(7.5%) y marihuana (2.5%). Cabe anotar que la gran mayoría de estos estudios se hicieron en Estados Unidos (59.1%), Europa (18.9) y Canadá (16.2%).

En el estudio de Sobell, Ellingstad & Sobell (2000) se afirmó que, en realidad, los resultados obtenidos en las investigaciones, no habían evolucionado como se esperaba, desde los primeros estudios hasta los últimos; aun así; las conclusiones de los diferentes artículos no dejan de ser increíbles para aquellos que no ven a la recuperación espontánea como un camino para solucionar los problemas de dependencia y abuso de sustancias. Por ejemplo, un estudio realizado en 1996 en Canadá (Sobell, Cunningham & Sobell, 1996) encontró que el 82% de los consumidores problemáticos de alcohol que habían estado recuperados durante un año o más, se había recuperado sin ningún tratamiento, comparado con un 18% que si había recibido tratamiento incluyendo Alcohólicos Anónimos. Este tipo de conclusiones aumenta la importancia del tema, ya que si se lograra concluir con seguridad cuáles son las características, procesos o circunstancias que hacen posible que las personas superen, sin necesidad de tratamiento formal, una dificultad como es el consumo de alcohol y otras SPA entonces se podrían hacer hipótesis sobre los cambios que permitirían aumentar la eficacia de los tratamientos formales, o sobre la búsqueda

de ciertas condiciones personales y ambientales que ayudan a que las personas abusadoras y dependientes de drogas o alcohol se recuperen sin ayuda formal; la implicación global sería una mayor capacidad de predecir cuál sería la mejor opción de tratamiento.

De acuerdo con lo planteado anteriormente, el orden normal en la evolución de los objetivos de los estudios sobre recuperación espontánea del consumo de SPA, era pasar de demostrar que los índices de recuperaciones espontáneas son significativos, al de conocer las razones de estas recuperaciones; como efectivamente sucedió.

Entre las posibles razones de las recuperaciones espontáneas se encuentran la ocurrencia de ciertos eventos vitales críticos tales como experimentar una laguna, desarrollar una enfermedad asociada al consumo de SPA, convertirse a una religión, tener un hijo, cambiar de trabajo o casarse (Sobell, Sobell, Toneatto & Leo, 1993; Sobell, Ellingstad & Sobell, 2000); otra posible razón de la aparición de este fenómeno en un gran porcentaje de los que se recuperan sin ayuda, es que éstos hacen evaluaciones cognitivas de su situación que pueden incluir comparaciones entre los costos y beneficios de consumir excesivamente, utilizar retóricas mentales de donde se desarrolla una base cognitiva para resolver sus problemas de consumo, o planear

conscientemente estrategias de cambio (Sobell, Sobell, Toneatto & Leo, 1993; Finfgeld, 1997; Toneatto, Sobell, Sobell & Rubel, 1999;). En relación con esta última afirmación, fue tal vez Ludwig (1985) uno de los primeros investigadores en tratar de determinar y estudiar algunos de los procesos cognitivos asociados a la recuperación espontánea. A partir de sus investigaciones concluyó que las razones principales para iniciar la recuperación del consumo de alcohol respondían principalmente al estado mental de los consumidores y a su percepción de la situación más que a eventos vitales o circunstancias externas, entre éstas están el "fondo personal" que se refiere a una situación donde el consumidor experimenta una gran humillación, pena personal o una pérdida importante (divorcio, pérdida del trabajo), el desarrollo de una enfermedad física que amenaza con provocar la muerte, el desarrollo de una alergia o aversión físicas al alcohol, los cambios en el estilo de vida como resultado de una sensación de pérdida del control y las experiencias espirituales.

Por su parte, Stall y Biernacki (1986) plantean que la recuperación espontánea es el resultado de un proceso de dos fases en donde la primera fase se caracteriza por la creación de un sentido de recuperación o una motivación

para dejar el consumo como resultado de un examen cognitivo de las implicaciones físicas, económicas, sociales y relacionales del abuso de sustancias, que lleva finalmente a un cambio psicológico y al ímpetu de cambio. La segunda fase, se caracteriza por cambios en los hábitos de consumo, un manejo de los síntomas del síndrome de abstinencia, una redefinición de las relaciones económicas, emocionales y sociales, el apoyo de otras personas y el manejo de una nueva identidad y nuevo estilo de vida.

La alternativa propuesta por Prochaska & DiClemente (Prochaska & DiClemente, 1983; Prochaska, DiClemente, & Norcross, 1992; Prochaska & Velicer, 1997) es una de las que más auge ha tenido en el estudio de las adicciones y constituye un modelo integrativo del cambio comportamental que describe la manera como las personas modifican un problema de comportamiento y adquieren un comportamiento positivo. Este modelo ha servido para estudiar cambios en numerosos comportamientos tales como el control de peso, fumar, el abuso del alcohol y otras SPA, la utilización del condón como protección contra el VIH, cambios organizacionales, la utilización de protectores solares para prevenir el cáncer de piel y el manejo del estrés, entre otros. En este caso, el modelo permite estudiar tanto la recuperación espontánea, como la recuperación con ayuda

de un tratamiento formal o uno propuesto por los grupos de ayuda como Alcohólicos o Narcóticos Anónimos. Prochaska integró 18 de las teorías ya existentes en el campo de la psicoterapia razón por la cual el modelo se llamó transteórico. La propuesta se basa en 3 dimensiones principales, primero, los procesos son variables independientes que determinan la manera como proceden las personas para cambiar sus problemas de comportamiento; segundo, los procesos de cambio se evidencian en actividades que los individuos realizan para modificar estos problemas y tercero, las variables independientes pueden ser aplicadas por terapeutas, clientes o individuos que intentan modificar sus problemas sin necesidad de tratamiento (Prochaska, Velicer, DiClemente & Fava, 1988). El proceso por el cual una persona resuelve sus problemas de consumo supone una intención de cambio por parte de ésta y considera que las condiciones biológicas y sociales del consumidor son factores externos influyentes en el individuo pero no en el comportamiento de consumo.

El constructo base de esta perspectiva es el de las etapas de cambio, cinco etapas (Precontemplación, contemplación, preparación, acción, mantenimiento) fueron identificadas por los autores en un estudio que comparaba los procesos por medio de los cuales los sujetos dejaban de

fumar con y sin ayuda de un tratamiento (Mc Connaughy, Prochaska & Velicer 1983).

En la última década las evidencias psicométricas han desvirtuado la idea de que los individuos recuperados espontáneamente realmente experimenten etapas de cambio, por lo que el modelo transteórico ha perdido vigencia (Sobell et al., 2001), un ejemplo práctico es el de una persona que dejar de consumir tabaco de un día para otro sin necesidad de pasar por las etapas de las que hablan Prochaska y DiClemente.

Sobell y Klingemann, son probablemente 2 de los autores que han investigado el tema más recientemente. Su último libro (Klingemann, Sobell, Barker, Blomquist, Cloud, Ellinstad, Fingfeld, Granfield, Hodgins, Hunt, Junker, Moggi, Peele, Smart, Sobell & Tucker, 2001) es particularmente importante pues va más allá de exponer simplemente los resultados de investigaciones y muestra el fenómeno de la recuperación espontánea desde diferentes perspectivas brindando estrategias para promover políticas que impulsen el cambio de una situación de dependencia o abuso de sustancias a una de no dependencia o abuso sin necesidad de un tratamiento formal. En este libro se plantea que la gran mayoría de las personas que sufren de problemas de dependencia o abuso no asisten nunca a

tratamiento, por ejemplo, la proporción de abusadores de alcohol no tratados frente a los tratados es de 13 a 1.

Según el libro de Sobell y cols., entre las principales razones para no asistir a tratamiento están: el temor a ser clasificados como adictos a las drogas, la creencia de que sus problemas no son tan graves como para necesitar tratamiento y el deseo de los abusadores de manejar los problemas de consumo por si mismos. Igualmente se plantea que la recuperación no implica una abstinencia total y que un gran número de personas recuperadas revelan que consumen sustancias psicoactivas en niveles que son considerados como de bajo riesgo y que no permiten catalogarlas como dependientes o abusadores.

Las conclusiones no son suficientes para afirmar que conocemos ya las razones por las cuales una persona con las características antes explicadas, se recupera de la dependencia o el abuso de sustancias. Las razones son tan diversas que prácticamente cualquier experiencia puede ser la causa de la recuperación. El paso a seguir sería entonces que se analizaran las características de personalidad de los consumidores recuperados espontáneamente, con el fin de ver si existe relación alguna entre éstas, las razones de la recuperación y la recuperación espontánea misma.

Para esta investigación no se consideró esta posibilidad por tratarse de tan sólo un primer acercamiento al tema de la recuperación espontánea y no un estudio exhaustivo al respecto.

Objetivos

Objetivo General

Identificar casos de recuperación espontánea en hombres colombianos, generando interés por conocer aún más sobre este fenómeno dentro de otros investigadores.

Objetivos Específicos

1. Realizar una descripción general del fenómeno de la recuperación espontánea en hombres de la ciudad de Bogotá.
2. Identificar las características de cada participante para determinar su historia de consumo y la presencia de la recuperación espontánea de la dependencia al alcohol, la marihuana, la cocaína y la heroína en la muestra.
3. Identificar las razones expuestas por los participantes para haberse podido recuperar de manera espontánea, de acuerdo al grupo al que pertenecen.
4. Realizar un análisis descriptivo de la muestra en función de los datos obtenidos a través de los 5 instrumentos aplicados.
5. Comparar los diferentes grupos pertenecientes a la muestra para ver si hay diferencia en las razones de recuperación expuestas dentro de cada grupo.

Método

La propuesta metodológica de esta investigación tendrá en cuenta una serie de observaciones planteadas por Sobell, Ellingstad y Sobell (2000) con el fin de disminuir al máximo los errores de metodología de la mayoría de los estudios sobre el tema realizados hasta el momento.

Participantes

Participaron en el estudio un total de 90 individuos con problemas relacionados con el uso de alcohol o drogas. Los participantes se reclutaron por medio de 3 estrategias básicas:

1. Un anuncio en el periódico EL TIEMPO del domingo, redactado de la siguiente manera:

“¿SUPERÓ EXITOSAMENTE PROBLEMAS DE CONSUMO DE ALCOHOL O DROGAS SIN TRATAMIENTO FORMAL?. Si es una de estas personas (aunque haya asistido a grupos de N.A o A.A) podría ayudarnos en una investigación dando información muy valiosa para diseñar programas de tratamiento de estos problemas. Se garantiza la confidencialidad de todos los participantes. Información Estefanía Amaya. 3131281”

2. Utilización de la técnica de “bola de nieve”.
3. Solicitud de participación a sujetos conocidos por la investigadora.

Los criterios de inclusión de los participantes fueron:

1. Ser de género masculino en un intento por disminuir la influencia del género en el fenómeno pudiendo aislar mejor los demás elementos que se quieren analizar.
2. Veinticinco años de edad como mínimo y 50 años de edad como máximo, esta última consideración se hace en un intento por disminuir como posible fuente de error, la recuperación reactiva a un momento crítico de la vida adulta pues es bien conocido el hecho de que alrededor de esa edad muchas personas empiezan a preocuparse seriamente por su salud, pues los efectos acumulados de diferentes abusos, de enfermedades, o simplemente del deterioro natural asociado a la edad, los lleva a pensar que deben abandonar ciertos comportamientos, pues ahora tienen evidencia concreta de ciertos problemas que antes no veían.
3. La firma de un consentimiento informado por parte de los participantes.
4. La aceptación de no ser pagados por su colaboración.
5. Cumplir con los requisitos de dependencia del alcohol y otras drogas.

6. Que las principales sustancias a las cuales sean dependientes sean el alcohol, la cocaína, la marihuana, el basuco o la heroína.
7. Que cumpliendo el requisito (6) llenen los requisitos para determinar una *recuperación* del consumo problemático y hayan mantenido estos criterios por más de 2 años.
8. Que no hayan recibido un diagnóstico psiquiátrico, esto con el fin de evitar dobles diagnósticos pues éstos constituyen casos especiales que ameritarían una investigación propia.

Los participantes fueron asignados a uno de 3 grupos:

1. Grupo A conformado por aquellos consumidores recuperados que nunca han recibido ningún tipo de ayuda o tratamiento formal (n = 30) en donde se incluirían también sujetos que hayan discutido sus problemas personales con sacerdotes, abogados u otras personas sin formación terapéutica así como aquellos que asistieron a 1 ó 2 sesiones de grupos de auto-ayuda o que lo hicieron varios años antes de la recuperación.
2. Grupo B conformado por aquellos consumidores que han acudido a grupos de A.A o de N.A y que están recuperados actualmente y lo han estado por al menos 2 años, aun cuando hubieran recaído anteriormente (n = 30)

3. Grupo C conformado por aquellos consumidores que asistieron a tratamientos no exitosos, continuaron su abuso durante por lo menos 2 años y luego se recuperaron sin ayuda o tratamiento formales (n = 30).

Instrumentos

De acuerdo con los objetivos de la presente tesis, se aplicaron 4 instrumentos dirigidos a conocer los datos demográficos de los participantes, la historia de consumo en el pasado, la existencia o no de recuperación, las razones de la recuperación, de los factores de mantenimiento de ésta y las razones para no haber asistido o haber abandonado el tratamiento formal.

Cuestionario de Datos Demográficos

Con el fin de conocer los diferentes datos demográficos de los participantes, se diseñó un cuestionario con los datos de interés. La importancia de este cuestionario radica no sólo en que permite saber si el participante cumple los requisitos de género, edad, no presencia de un doble diagnóstico, forma de recuperación; sino también en que intenta ser lo más completo posible con el fin de que si en algún momento se quisiera comparar esta investigación con otra similar, se puedan hacer las distinciones respectivas entre las muestras, en un intento por evitar las críticas metodológicas que se la han hecho a

este tipo de estudios anteriormente (Apéndice A). El cuestionario incluyó los siguientes datos:

1. Género
2. Edad actual
3. Edad en el momento de la recuperación
4. Nivel educativo actual
5. Ocupación actual
6. Empleo actual
7. Estrato socioeconómico
8. Estado civil actual
9. Consumo actual de tabaco
10. Presencia de un diagnóstico psiquiátrico
11. Forma de recuperación
12. Ciudad y país de entrevista

Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT, versión en español)

El AUDIT es un instrumento de 9 preguntas que permite rastrear problemas de dependencia de alcohol y otras drogas. Fue traducido y validado por Contel, Gual & Colom (1999) en su versión original en español; Sobell et al. (2001) hicieron algunas modificaciones en la versión en español para una de sus investigaciones, esta segunda

versión que será utilizada en este estudio fue validada en los Estados Unidos con población de origen hispana, actualmente bilingüe; pero como se presentaron en ella ciertas contaminaciones idiomáticas inevitables, el instrumento fue corregido y presentado a los autores para que dieran su visto bueno. Los autores, efectivamente, aceptaron las correcciones y consideraron que eran pertinentes.

El instrumento se basa en los criterios de dependencia expuestos por el DSM-IV (1994) que son iguales a los expuestos por el DSM-IV-TR(2000) y presentados anteriormente en el capítulo "Criterios de dependencia, abuso e intoxicación" y que recordaremos a continuación: Una persona es dependiente de una o varias sustancias psicoactivas si presenta 3 o más de los siguientes 7 síntomas por un período mínimo de 12 meses:

1. Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes síntomas: a) una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado, b) el efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado.
2. Síndrome de Abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes síntomas: a) el síndrome de abstinencia

característico para la sustancia, b) se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

3. La sustancia se consume con mayor frecuencia y en mayor cantidad de lo que se pretendía inicialmente.
4. Existe un deseo persistente o esfuerzos fallidos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.
5. Se toma mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia, en el consumo de la sustancia o en la recuperación de los efectos de la sustancia.
6. Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.
7. Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos persistentes que parecen ser causados o exacerbados por el consumo de la sustancia.

La primera pregunta del AUDIT se refiere a la principal droga consumida, con el fin de conocer si se trata de las sustancias que nos interesan para fines de esta tesis. Cada una de las siguientes 7 preguntas hace referencia, en forma pasada, a cada uno de los criterios de dependencia del DSM-IV-TR. Las preguntas pueden contestarse afirmativa o negativamente, cada respuesta afirmativa equivale al cumplimiento de uno de los criterios, asimismo,

cada respuesta negativa equivale al no cumplimiento de uno de los criterios. La última pregunta está dirigida a saber si 3 o más de estos criterios se dieron en un mismo período de 12 meses. Si el participante responde afirmativamente a 3 o más de las primeras 7 preguntas; y a la última pregunta, es considerado como un sujeto dependiente, en el pasado, de la sustancia consumida.

Este instrumento incluye 2 preguntas para el investigador con el fin de determinar rápidamente si el participante fue o no dependiente de la sustancia por la que se indaga en la primera pregunta. Si las 2 respuestas a estas preguntas son afirmativas, el individuo fue dependiente de la sustancia (Apéndice B).

Filtro de Control de Recuperación

Este instrumento se diseñó para esta tesis, con el fin de determinar si el participante, efectivamente, se recuperó de su problema de dependencia. Consta de 4 afirmaciones que se pueden responder como verdadero o falso, que hacen referencia a los criterios considerados como representativos de la recuperación, por oposición a los que representan un problema de consumo. El instrumento fue revisado por Pérez, doctor en psicología y especialista

en temas relacionado con el consumo de drogas, quien concluyó que si cumplía la función esperada.

Si el participante contesta que la primera afirmación ("Actualmente Ud. no consume ninguna sustancia, incluyendo el alcohol, o lo hace en cantidades tan pequeñas y con tan baja frecuencia que no provocan ningún problema") es falsa, es considerado como no apto para seguir con el estudio. Si la primera afirmación es verdadera, mínimo 2 de las 3 siguientes también tienen que serlo para que el participante sea considerado como una persona recuperada del consumo problemático y pueda seguir haciendo parte de la investigación (Apéndice C).

Cuestionario de Factores Relacionados con la Recuperación, su Mantenimiento y con las Barreras ante el Tratamiento Formal

Este instrumento fue diseñado para fines de esta investigación, pretendiendo reunir las razones de recuperación, mantenimiento y no ingreso o abandono de un tratamiento formal; más comúnmente dadas en otras investigaciones por los consumidores recuperados espontáneamente (Sobell, Sobell, Toneatto & Leo, 1993; Sobell, Ellingstad & Sobell, 2000) para disminuir las diferencias, en la terminología usada por los

participantes, entre las respuestas de uno y otro. Pretende suministrar información sobre cuáles son las razones de la recuperación, los factores del mantenimiento y los obstáculos para asistir a tratamiento en la población estudiada y sobre sus niveles de importancia para cada participante.

El instrumento cuenta con 14 afirmaciones que hacen referencia a las razones para la recuperación, 13 que se refieren a los factores de mantenimiento y 8 que tratan los obstáculos para asistir o abandonar el tratamiento formal. Cada afirmación puede ser contestada como verdadera o falsa; cuando un participante responde que una afirmación es verdadera debe dar un índice de importancia que va de 1 a 3, en donde 1 equivale a que esa razón, ese factor o ese obstáculo fue o es "muy importante en mi decisión", 2 equivale a "de mediana importancia en mi decisión" y 3 "poco importante en mi decisión" (Apéndice D).

Procedimiento

Los participantes fueron contactados por medio del aviso del periódico, por la técnica de "bola de nieve" y por solicitud a personas conocidas por la investigadora. Los participantes contactados por medio del periódico o de la técnica de "bola de nieve", se comunicaban telefónicamente con la investigadora y eran entrevistados

brevemente para determinar si cumplían con los criterios de inclusión y para resolver cualquier inquietud con respecto a la investigación; luego, se acordaba una cita según la disponibilidad de tiempo para reunirse en un consultorio especialmente arrendado con el fin de que, tanto la investigadora como el participante, no se sintieran invadidos en su espacio; y para evitar riesgos de inseguridad. Los individuos que cumplían con los criterios de inclusión que se convirtieron en participantes por solicitud de la investigadora directamente, fueron contactados telefónicamente directamente por ella y citados según la disponibilidad de tiempo para reunirse en el consultorio. Una vez reunidos, los participantes respondieron directamente a los instrumentos, excepto por la entrevista que fue hecha por la investigadora.

A cada participante se le suministraba, en un primer momento, el formato de consentimiento informado (Apéndice E).

El primer instrumento presentado a los participantes era el cuestionario de datos demográficos, luego el AUDIT. Este último se aplicó con el fin de determinar si la persona había tenido efectivamente problemas de dependencia de las SPA pertinentes para la investigación y podía seguir con los demás instrumentos. Después, se prosiguió a aplicar

el filtro de control de recuperación y el cuestionario de razones para la recuperación.

En el análisis de datos no se incluyó el número de personas que no cumplió con los requisitos de inclusión cuando alguno no los cumplía, se buscaba otro participante que si lo hiciera.

Análisis de Datos

Los datos obtenidos por medio de los instrumentos fueron analizados cuantitativamente. Se generaron bases de datos en Excel para las respuestas obtenidas por medio de la aplicación de el cuestionario de datos demográficos, el AUDIT, el filtro de control y el cuestionario de razones para la recuperación, factores de mantenimiento y obstáculos para el tratamiento formal; cada base incluía los 3 grupos de participantes.

Habiendo generado la base del primer instrumento, se realizó un análisis de tipo descriptivo de los datos demográficos, permitiendo un conocimiento de las características demográficas generales de la muestra perteneciente a cada grupo.

Con la segunda base de datos lista, se observó en cada grupo la frecuencia de participantes dependientes de una SPA y el número de respuestas afirmativas en cada participantes, presentadas en tablas de frecuencia; así

como, un análisis descriptivo que incluyó las tendencias centrales y de dispersión del número de participantes dependientes y del número de respuestas afirmativas.

Con la base de datos del tercer instrumento, se observó en cada grupo la frecuencia de participantes recuperados y se realizaron las respectivas tablas y el análisis descriptivo del número de recuperados.

En la cuarta base realizada, se observaron y acto seguido se sintetizaron en tablas, las frecuencias de afirmaciones verdaderas en cada grupo y se hizo el respectivo análisis descriptivo. Adicionalmente, se calculó para cada grupo un índice de importancia de cada afirmación, y la media de índices de importancia de cada afirmación. Estos cálculos se hicieron de la siguiente manera: cuando un participante respondió que una afirmación del instrumento le parecía verdadera, y que la calificaba con 1 (muy importante), a esta respuesta se le asignó un valor de 3 puntos; cuando se le valoró con 2 (medianamente importante), se le asignó un valor de 2 puntos, cuando se le calificó con 3 (poco importante) se le asignó un valor de 1 punto; y cuando alguien consideró una afirmación como falsa, se le asignó un valor de 0, al resultado de este proceso se le llamó "índice de importancia". Luego, se sumaron los puntos de cada afirmación según el número de

personas que habían contestado falso; o verdadero muy importante, verdadero de mediana importancia o verdadero poco importante. Esta suma se dividió por el número total de personas que respondieron el instrumento (30), creando una media de índices de importancia para cada grupo. Estas medias se compararon para reconocer las afirmaciones con más importancia dentro de cada grupo. Entre más alta fue la media, más importante la razón.

Resultados

Los resultados obtenidos por medio de el cuestionario de datos demográficos, el AUDIT, el filtro de recuperación y el cuestionario de razones, factores y obstáculos, serán expuestos a continuación.

Análisis descriptivo

Cuestionario de Datos Demográficos

La muestra fue dividida en 3 grupos, cada grupo fue analizado por aparte.

En los tres, el género de los participantes era masculino en los 30 casos, es decir, el 100% de la muestra eran hombres, de acuerdo con los criterios de inclusión que se habían planteado al principio. Cuando alguna mujer se comunicó con el interés de ser parte de la investigación, se le explicó que estaba dirigida a los hombres, en realidad, muy pocas mujeres se comunicaron (sólo 5).

En el primer grupo las edades, en el momento de la aplicación de los instrumentos, oscilaron entre los 25 y los 49 años, siendo la media 34,7 y la desviación estándar 7,01 lo que expresa que la participación en la investigación se dio en hombres con edades muy diferentes, abarcando casi toda la juventud y la adultez. En el segundo grupo las edades en el momento de la aplicación, fueron desde los 25 hasta los 47, siendo la media 33,7 y la

desviación estándar 6,83 evidenciándose de nuevo un gran margen de edades. En el tercer grupo, las edades de los participantes en el momento de la aplicación, estuvieron entre los 25 y los 47, siendo la media de 34,6 y la desviación estándar de 6,48, mostrando que igualmente hubo una gran variación en las edades de los participantes de este grupo.

En conclusión, todos los grupos presentaron una variabilidad importante en las edades de los participantes, evidenciando el alcance del problema del consumo afecta a jóvenes y adultos.

En cuanto a las edades de los participantes en el momento de la recuperación, es decir, cuando dejaron de consumir o empezaron a hacerlo en cantidades y frecuencias tan pequeñas que no representaban ningún problema; para el grupo A, oscilaron entre los 20 y los 42 siendo la media 28,7 y la desviación estándar 5,69 evidenciando que en este grupo la recuperación espontánea se dio en edades muy diferentes. Para el grupo B estuvieron entre los 16 y los 37 con una media de 25,07 y una desviación estándar de 5,44; en este grupo se observa por lo tanto, que las recuperaciones se pueden dar en gente muy joven pero que también se da en gente adulta y para el grupo C el rango de edades estuvo entre los 19 y los 38 con una media de 28,2 y

una desviación estándar de 4,18 dándose la mayoría de las recuperaciones en gente alrededor de los 30 lo cual resulta lógico si pensamos que es gente que asistió a tratamiento, recayó y luego se recuperó sin ayuda mínimo 2 años después de haber recaído, es decir, pasando por un proceso que tomó varios años. A continuación se presenta una tabla de medias de edades en los 3 grupos.

Tabla 1

Medias de Edades Actuales y de Recuperación

| Grupo | Edades | |
|-------|----------|--------------|
| | Actuales | Recuperación |
| A | 34,7 | 28,7 |
| B | 33,4 | 25,0 |
| C | 34,6 | 28,2 |

En cuanto al nivel educativo, los participantes eran en su mayoría profesionales (40%), seguidos por los bachilleres o estudiantes universitarios (37%), los que no habían terminado el bachillerato (13%) y por último los participantes con un nivel educativo de posgrado o superior (10%), en el grupo B, la mayoría eran profesionales (63%), 20% había terminado el bachillerato o estaban cursando estudios de pregrado, 13% tenía estudios de posgrado o superiores y 3% no había terminado el bachillerato. En el

grupo C el 73% eran profesionales, el 20% bachilleres o estudiantes de pregrado y el 7% tenía estudios de posgrado o superiores. A continuación se presenta una tabla de frecuencias absolutas y relativas que recoge los datos obtenidos a través de la pregunta del nivel educativo.

Tabla 2

Nivel educativo actual

| Grupo | Nivel Educativo | | | | | | | |
|-------|-----------------|-------------|--------------|----------|----------|-------------|--------------|----------|
| | Posgrado | Profesional | Bachillerato | Primaria | Posgrado | Profesional | Bachillerato | Primaria |
| A | 3 | 10% | 12 | 40% | 11 | 37% | 4 | 13% |
| B | 4 | 13% | 19 | 63% | 6 | 20% | 1 | 3% |
| C | 2 | 7% | 22 | 73% | 6 | 20% | 0 | 0% |

En cuanto a los índices de empleo en los 3 grupos, en el primero el 90% tenía algún empleo y el 10% era desempleado; en el grupo B el 57% tenía empleo y el 43% no y en el grupo C había un 73% de empleados y un 27% de desempleados. De esta variable no se presenta tabla pues no se considera necesario.

En el grupo A, el 33% de los participantes pertenecía al estrato 6, 23% al 3, 17% al 2, 13% al 4, 10% al 5 y 3% al 1. En el grupo B la distribución por estratos se daba con 33% de los participantes pertenecientes a estrato 3, 27% a estrato 6, 23% al 4, 13% al 5, 3% al 2 y ninguno pertenecía

a estrato 1. En el grupo C, 30% pertenecía a estrato 6, 27% al 4, 17% al 3, 13% al 5, 13% al 2 y ninguno a estrato 1. En los 3 grupos se vio un bajo número de personas pertenecientes a los estratos bajos, esto puede deberse a que el periódico no es un medio comúnmente leído por estas personas o incluso es posible que muchos de estos sujetos no sepan leer.

El estado civil de los participantes del grupo A se caracterizó por un 57% de hombres casados, 33% de hombres solteros, 7% en unión libre, 3% separado. En el grupo B, la mayoría de los hombres eran solteros (53%), seguidos por un 40% de hombres casados y 7% separados, no había hombres en unión libre. En cuanto al grupo C, el 53% era casado, el 40% soltero, el 3% convivía en unión libre y el 3% era separado. En el grupo B, es probable que el mayor porcentaje de participantes sea soltero debido a que son hombres en promedio más jóvenes que los de los otros dos grupos, en el grupo A y C el número de participantes en edad de estar casados era mayor.

La tasa de fumadores en el grupo A era de 33% vs. un 77% no fumador, en el grupo B era de 57% vs. 43% de no fumadores y en el grupo C era igualmente de 57% vs. 43% de no fumadores. Usualmente las personas recuperadas mantienen el vicio del tabaco, aún así hay algunos que consideran que

estar recuperados necesitan ser abstemios totales, incluso del tabaco.

Ninguno de los participantes había tenido un diagnóstico psiquiátrico, esto resulta lógico pues la muestra se escogió con este aspecto como criterio de inclusión, cuando un participante había tenido un diagnóstico se excluía de la muestra y se aplicaban los instrumentos a otro sujeto que si los cumpliera, hasta completar los 30 de cada grupo.

AUDIT

Como ya se había expuesto el AUDIT arroja datos sobre la presencia o no de un problema de dependencia a las SPA en el pasado. Para los grupos A, B y C, el 100% de la muestra había tenido un problema de dependencia de una sustancia, lo cual es lógico teniendo en cuenta que este era otro criterio de inclusión.

El número de respuestas afirmativas en el grupo A, va desde 5 hasta 8 siendo la media 6,9 y la desviación estándar 0,8 lo cual indica que, en general, las puntuaciones fueron altas. Para el grupo B el número de respuestas afirmativas va desde 6 hasta 8 siendo la media 7,63 y la desviación estándar 0,56 evidenciando un promedio alto de respuestas afirmativas. Para el grupo C, el número de respuestas afirmativas de los participantes va desde 6

hasta 8 siendo la media 7,53 y la desviación estándar 0,57 mostrando igualmente un promedio alto.

A continuación se presenta una tabla de medias y desviaciones estándar de las respuestas afirmativas en los 3 grupos.

Tabla 3

Medias y desviaciones estándar del número de respuestas afirmativas

| Grupo | Respuestas Afirmativas | |
|-------|------------------------|---------------------|
| | Media | Desviación estándar |
| A | 6,9 | 0,88 |
| B | 7,63 | 0,56 |
| C | 7,53 | 0,57 |

En cuanto a las sustancias consumidas por los participantes, en el grupo A el 53% era dependiente del alcohol, el 33% era dependiente de la marihuana, el 10% del basuco y el 3% de la cocaína, ningún participante era dependiente de la heroína; en el grupo B el 57% había consumido problemáticamente alcohol, el 27% marihuana, el 10% basuco y el 7% cocaína, de nuevo ninguno era consumidor de heroína; finalmente, en el grupo C el 63% era dependiente del alcohol, el 27% de la marihuana y el 10% de cocaína, ninguno era consumidor de basuco o de heroína.

Probablemente ningún participante había sido dependiente de la heroína y se había recuperado espontáneamente, dado que la heroína es una de las sustancias más adictivas y que genera uno de los síndromes de abstinencia más fuertes por lo que resulta muy difícil recuperarse, del consumo de esta sustancia, sin ayuda. Sin embargo, esta sustancia se incluyó dentro de la investigación porque en otros estudios algunos participantes habían afirmado haberse recuperado sin tratamiento.

A continuación se presenta una tabla de frecuencias absolutas y relativas de participantes según la sustancia consumida.

Sustancias consumidas

| Grupo | Sustancia | | | | | | | |
|-------|-----------|-----|-----------|-----|--------|-----|---------|-----|
| | Alcohol | | Marihuana | | Basuco | | Cocaína | |
| A | 16 | 53% | 10 | 33% | 3 | 10% | 1 | 3% |
| B | 17 | 57% | 8 | 27% | 3 | 10% | 2 | 7% |
| C | 19 | 63% | 8 | 27% | 0 | 0% | 3 | 10% |

Filtro de Control de Recuperación

El análisis descriptivo de este instrumento incluye las tendencias centrales y de dispersión del número de respuestas contestadas como verdaderas por los participantes de cada grupo.

Como primera medida, es importante expresar que el 100% de la muestra se había recuperado de su problema de dependencia del alcohol, la marihuana, el basuco o la cocaína.

En los tres grupos, el número de respuestas verdaderas estuvo entre 3 y 4, lo cual es normal teniendo en cuenta que si un participante respondía verdadero a dos o menos afirmaciones debía ser excluido del estudio. Las medias del número de respuestas verdaderas en el grupo A fue de 3,73 con una desviación estándar de 0,45; para el grupo B la media fue de 3,87 y la desviación estándar de 0,35; y en el

grupo C la media de respuestas verdaderas fue de 3,8 con una desviación estándar de 0,41.

A continuación se presenta la respectiva tabla.

Tabla 5

Medias y desviaciones estándar del número de respuestas verdaderas

| Grupo | Respuestas verdaderas | |
|-------|-----------------------|---------------------|
| | Media | Desviación estándar |
| A | 3,73 | 0,45 |
| B | 3,87 | 0,35 |
| C | 3,80 | 0,41 |

Cuestionario de razones para la recuperación, factores de mantenimiento y obstáculos para asistir a tratamiento.

Este es el instrumento más importante para esta investigación dado que brinda información sobre las razones que los participantes aducen para haberse recuperado sin ayuda formal, sobre los factores que facilitaron el mantenimiento de esta recuperación y sobre los obstáculos para asistir o mantenerse en tratamiento. Para efectos del estudio se analizarán de manera independiente las razones, los factores y los obstáculos.

Análisis de las razones de recuperación.

A continuación se presentará una tabla de frecuencias absolutas y relativas de cada afirmación sobre las razones de recuperación en el grupo A y luego una tabla de medias de los índices de importancia en este grupo.

Tabla 6

Razones para la recuperación

| Razones para la Recuperación | | | | | | | | | | | |
|------------------------------|-------|-----|----|----------------|---|-------------------------|---|-----------------|----|-----------------|--|
| Pregunta | Falso | | | Verdadero | | | | | | | |
| | | | | Muy importante | | Medianamente importante | | Poco importante | | Total Verdadero | |
| 1 | 26 | 87% | 1 | 3% | 2 | 7% | 1 | 3% | 4 | 13% | |
| 2 | 20 | 67% | 6 | 20% | 3 | 10% | 1 | 3% | 10 | 33% | |
| 3 | 9 | 30% | 17 | 57% | 3 | 10% | 1 | 3% | 21 | 70% | |
| 4 | 9 | 30% | 11 | 37% | 6 | 20% | 4 | 13% | 21 | 70% | |
| 5 | 7 | 23% | 12 | 40% | 9 | 30% | 2 | 7% | 23 | 77% | |
| 6 | 22 | 73% | 4 | 13% | 2 | 7% | 2 | 7% | 80 | 27% | |
| 7 | 15 | 50% | 9 | 30% | 4 | 13% | 2 | 7% | 15 | 50% | |
| 8 | 12 | 40% | 10 | 33% | 6 | 20% | 2 | 7% | 18 | 60% | |
| 9 | 24 | 80% | 0 | 0% | 2 | 7% | 4 | 13% | 6 | 20% | |
| 10 | 18 | 60% | 6 | 20% | 4 | 13% | 2 | 7% | 12 | 40% | |
| 11 | 11 | 37% | 10 | 33% | 4 | 13% | 5 | 17% | 19 | 63% | |
| 12 | 15 | 50% | 6 | 20% | 5 | 17% | 4 | 13% | 15 | 50% | |
| 13 | 17 | 57% | 1 | 3% | 3 | 10% | 9 | 30% | 13 | 43% | |
| 14 | 12 | 40% | 7 | 23% | 5 | 17% | 6 | 20% | 18 | 60% | |

Tabla 7

Medias de índices de importancia

| Índices de Importancia | |
|------------------------|-------|
| Pregunta | Media |
| 1 | 0,3 |
| 2 | 0,8 |
| 3 | 2,1 |
| 4 | 1,6 |
| 5 | 1,9 |
| 6 | 0,6 |
| 7 | 1,2 |
| 8 | 1,5 |
| 9 | 0,3 |
| 10 | 0,9 |
| 11 | 1,4 |
| 12 | 1,1 |
| 13 | 0,6 |
| 14 | 1,2 |

Según las medias de los índices de importancia, las 3 razones más importantes para la recuperación de los participantes del grupo A son la afirmación 3 "Empecé a tener mucho miedo a las consecuencias de lo que estaba haciendo" (2,1), la afirmación 5 "El consumo estaba dañando mis relaciones afectivas" (1,9) y la afirmación 4 "Empecé a pensar sobre el consumo de una manera diferente: me parecía absurdo e inadecuado" (1,6).

Siguiendo con el análisis de los datos arrojados por el cuarto instrumento, se presentan las tablas de: frecuencias absolutas y relativas del número de razones verdaderas y de medias de índices de importancia de cada razón, en el grupo B.

Tabla 8

Razones para la recuperación

| Razones para la Recuperación | | | | | | | | | | | |
|------------------------------|-------|-----|----|----------------|-------------------------|-----------------|-----------------|-----|----|-----|--|
| Pregunta | Falso | | | Verdadero | | | | | | | |
| | | | | Muy importante | Medianamente importante | Poco importante | Total Verdadero | | | | |
| 1 | 22 | 73% | 3 | 10% | 3 | 10% | 2 | 7% | 8 | 27% | |
| 2 | 17 | 57% | 5 | 17% | 4 | 13% | 4 | 13% | 13 | 43% | |
| 3 | 8 | 27% | 16 | 53% | 5 | 17% | 1 | 3% | 22 | 73% | |
| 4 | 12 | 40% | 7 | 23% | 7 | 23% | 4 | 13% | 18 | 60% | |
| 5 | 6 | 20% | 13 | 43% | 9 | 30% | 2 | 7% | 24 | 80% | |
| 6 | 17 | 57% | 7 | 23% | 4 | 13% | 2 | 7% | 13 | 43% | |
| 7 | 13 | 43% | 8 | 27% | 5 | 17% | 4 | 13% | 17 | 57% | |
| 8 | 12 | 40% | 9 | 30% | 6 | 20% | 3 | 10% | 18 | 60% | |
| 9 | 21 | 70% | 0 | 0% | 4 | 13% | 5 | 17% | 9 | 30% | |
| 10 | 16 | 53% | 7 | 23% | 5 | 17% | 2 | 7% | 14 | 47% | |
| 11 | 7 | 23% | 14 | 47% | 4 | 13% | 5 | 17% | 23 | 77% | |
| 12 | 12 | 40% | 11 | 37% | 4 | 13% | 3 | 10% | 18 | 60% | |
| 13 | 16 | 53% | 1 | 3% | 5 | 17% | 8 | 27% | 14 | 47% | |
| 14 | 15 | 50% | 5 | 17% | 4 | 13% | 6 | 20% | 15 | 50% | |

Tabla 9

Medias de índices de importancia

| Índices de Importancia | |
|------------------------|-------|
| Pregunta | Media |
| 1 | 0,6 |
| 2 | 0,9 |
| 3 | 2,0 |
| 4 | 1,3 |
| 5 | 2,0 |
| 6 | 1,0 |
| 7 | 1,3 |
| 8 | 1,4 |
| 9 | 0,4 |
| 10 | 1,1 |
| 11 | 1,8 |
| 12 | 1,5 |
| 13 | 0,7 |
| 14 | 1,0 |

De acuerdo con las medias de índices de importancia las razones principales para la recuperación en el grupo B son la afirmación 3 "Empecé a tener mucho miedo a las consecuencias de lo que estaba haciendo" (2,0), la afirmación 5 "El consumo estaba dañando mis relaciones afectivas" (2,0) y la afirmación 11 "El consumo estaba afectando mis relaciones con mi familia" (1,8).

A continuación se presentan las respectivas tablas de frecuencias y medias para el grupo C.

Tabla 10

Razones para la recuperación

| Pregunta | Razones para la Recuperación | | | | | | | | | |
|----------|------------------------------|-----|----------------|-------------------------|-----------------|-----------------|---|-----|----|-----|
| | Falso | | Verdadero | | | | | | | |
| | | | Muy importante | Medianamente importante | Poco importante | Total Verdadero | | | | |
| 1 | 24 | 80% | 1 | 3% | 3 | 10% | 2 | 7% | 6 | 20% |
| 2 | 17 | 57% | 6 | 20% | 5 | 17% | 2 | 7% | 13 | 43% |
| 3 | 8 | 27% | 16 | 53% | 6 | 20% | 0 | 0% | 22 | 73% |
| 4 | 7 | 23% | 12 | 40% | 8 | 27% | 3 | 10% | 23 | 77% |
| 5 | 7 | 23% | 16 | 53% | 5 | 17% | 2 | 7% | 23 | 77% |
| 6 | 19 | 63% | 6 | 20% | 4 | 13% | 1 | 3% | 11 | 37% |
| 7 | 9 | 30% | 9 | 30% | 9 | 30% | 3 | 10% | 21 | 70% |
| 8 | 14 | 47% | 7 | 23% | 3 | 10% | 6 | 20% | 16 | 53% |
| 9 | 22 | 73% | 2 | 7% | 2 | 7% | 4 | 13% | 8 | 27% |
| 10 | 15 | 50% | 6 | 20% | 6 | 20% | 3 | 10% | 15 | 50% |
| 11 | 6 | 20% | 11 | 37% | 8 | 27% | 5 | 17% | 24 | 80% |
| 12 | 7 | 23% | 9 | 30% | 9 | 30% | 5 | 17% | 23 | 77% |
| 13 | 18 | 60% | 0 | 0% | 5 | 17% | 7 | 23% | 12 | 40% |
| 14 | 16 | 53% | 4 | 13% | 5 | 17% | 5 | 17% | 14 | 47% |

Tabla 11

Medias de índices de importancia

| Índices de Importancia | |
|------------------------|-------|
| Pregunta | Media |
| 1 | 0,4 |
| 2 | 1,0 |
| 3 | 2,0 |
| 4 | 1,8 |
| 5 | 2,0 |
| 6 | 0,9 |
| 7 | 1,6 |
| 8 | 1,1 |
| 9 | 0,5 |
| 10 | 1,1 |
| 11 | 1,8 |
| 12 | 1,7 |
| 13 | 0,6 |
| 14 | 0,9 |

De acuerdo con las medias presentadas en la tabla anterior, las razones más importantes para la recuperación en el grupo C son la afirmación 3 "Empecé a tener mucho miedo a las consecuencias de lo que estaba haciendo" (2,0), la afirmación 5 "El consumo estaba dañando mis relaciones afectivas" (2,0), la afirmación 4 "Empecé a pensar sobre el consumo de una manera diferente: me parecía absurdo e

inadecuado" (1,8) y la afirmación 11 "El consumo estaba afectando mis relaciones con mi familia" (1,8).

Análisis de los factores de mantenimiento.

De conformidad con lo expuesto anteriormente, se procede a analizar los factores que facilitaron, según los participantes de cada grupo, el mantenimiento de la recuperación espontánea que experimentaron.

A continuación se presentan las respectivas tablas de frecuencias absolutas y relativas del número de afirmaciones verdaderas y de las medias de los índices de importancia de los factores de mantenimiento, en los grupos A, B y C.

Tabla 12

Factores de mantenimiento de la recuperación

| Factores de Mantenimiento de la Recuperación | | | | | | | | | | |
|--|-------|-----|----------------|-----|-------------------------|-----|-----------------|-----|-----------------|-----|
| Pregunta | Falso | | Verdadero | | | | | | | |
| | | | Muy importante | | Medianamente importante | | Poco importante | | Total Verdadero | |
| 1 | 11 | 37% | 9 | 30% | 6 | 20% | 4 | 13% | 19 | 63% |
| 2 | 8 | 27% | 13 | 43% | 6 | 20% | 3 | 10% | 22 | 73% |
| 3 | 15 | 50% | 7 | 23% | 4 | 13% | 4 | 13% | 15 | 50% |
| 4 | 9 | 30% | 14 | 47% | 5 | 17% | 2 | 7% | 21 | 70% |
| 5 | 11 | 37% | 10 | 33% | 6 | 20% | 3 | 10% | 19 | 63% |
| 6 | 13 | 43% | 6 | 20% | 8 | 27% | 3 | 10% | 17 | 57% |
| 7 | 11 | 37% | 8 | 27% | 6 | 20% | 5 | 17% | 19 | 63% |
| 8 | 23 | 77% | 3 | 10% | 2 | 7% | 2 | 7% | 7 | 23% |
| 9 | 8 | 27% | 10 | 33% | 9 | 30% | 3 | 10% | 22 | 73% |
| 10 | 23 | 77% | 2 | 7% | 4 | 13% | 1 | 3% | 7 | 23% |
| 11 | 13 | 43% | 9 | 30% | 8 | 27% | 0 | 0% | 17 | 57% |
| 12 | 13 | 43% | 8 | 27% | 7 | 23% | 2 | 7% | 17 | 57% |
| 13 | 11 | 37% | 10 | 33% | 5 | 17% | 4 | 13% | 19 | 63% |

Tabla 13

Medias de índices de importancia

| Índices de Importancia | |
|------------------------|-------|
| Pregunta | Media |
| 1 | 1,4 |
| 2 | 1,8 |
| 3 | 1,1 |
| 4 | 1,8 |
| 5 | 1,5 |
| 6 | 1,2 |
| 7 | 1,4 |
| 8 | 0,5 |
| 9 | 1,7 |
| 10 | 0,5 |
| 11 | 1,4 |
| 12 | 1,3 |
| 13 | 1,5 |

Según las medias de índices de importancia, los 3 factores de mantenimiento más importantes para los participantes del grupo A son la afirmación 2 "Descubrí que cuando me propongo algo puedo lograrlo, y quería dejar de consumir" (1,8), la afirmación 4 "Me interesé por situaciones y actividades en las que el consumo no tenía cabida" (1,8) y la afirmación 9 "Cambié completamente de amigos, los nuevos no eran consumidores" (1,7).

Tabla 14

Factores de mantenimiento de la recuperación

| Factores de Mantenimiento de la Recuperación | | | | | | | | | | |
|--|-------|-----|----------------|-----|-------------------------|-----|-----------------|-----|-----------------|-----|
| Pregunta | Falso | | Verdadero | | | | | | | |
| | | | Muy importante | | Medianamente importante | | Poco importante | | Total Verdadero | |
| 1 | 14 | 47% | 7 | 23% | 6 | 20% | 3 | 10% | 16 | 53% |
| 2 | 11 | 37% | 11 | 37% | 6 | 20% | 2 | 7% | 19 | 63% |
| 3 | 18 | 60% | 6 | 20% | 3 | 10% | 3 | 10% | 12 | 40% |
| 4 | 10 | 33% | 12 | 40% | 7 | 23% | 1 | 3% | 20 | 67% |
| 5 | 10 | 33% | 11 | 37% | 6 | 20% | 3 | 10% | 20 | 67% |
| 6 | 12 | 40% | 8 | 27% | 9 | 30% | 1 | 3% | 18 | 60% |
| 7 | 10 | 33% | 9 | 30% | 7 | 23% | 4 | 13% | 20 | 67% |
| 8 | 20 | 67% | 3 | 10% | 5 | 17% | 2 | 7% | 10 | 33% |
| 9 | 7 | 23% | 14 | 47% | 7 | 23% | 2 | 7% | 23 | 77% |
| 10 | 21 | 70% | 3 | 10% | 4 | 13% | 2 | 7% | 9 | 30% |
| 11 | 12 | 40% | 9 | 30% | 8 | 27% | 1 | 3% | 18 | 60% |
| 12 | 15 | 50% | 5 | 17% | 7 | 23% | 3 | 10% | 15 | 50% |
| 13 | 9 | 30% | 10 | 33% | 8 | 27% | 3 | 10% | 21 | 70% |

Tabla 15

Medias de índices de importancia

| Índices de Importancia | |
|------------------------|-------|
| Pregunta | Media |
| 1 | 1,2 |
| 2 | 1,6 |
| 3 | 0,9 |
| 4 | 1,7 |
| 5 | 1,6 |
| 6 | 1,4 |
| 7 | 1,5 |
| 8 | 0,7 |
| 9 | 1,9 |
| 10 | 0,6 |
| 11 | 1,5 |
| 12 | 1,1 |
| 13 | 1,6 |

Los factores de mantenimiento más importantes para los participantes del grupo B son la afirmación 9 "Cambié completamente de amigos, los nuevos no eran consumidores" (1,9), la afirmación 4 "Me interesé por situaciones y actividades en las que el consumo no tenía cabida" (1,7) y las afirmaciones 2, 5 y 13 con medias de índices de importancia iguales (1,6), estas afirmaciones son respectivamente: "Descubrí que cuando me propongo algo

puedo lograrlo, y quería dejar de consumir”, “Mi salud empezó a mejorar y me recuperaré físicamente” y “le di un giro total a mi vida: cambié de costumbres, de metas y de intereses”.

Tabla 16

Factores de mantenimiento de la recuperación

| Factores de Mantenimiento de la Recuperación | | | | | | | | | | |
|--|-------|-----|----------------|-------------------------|-----------------|-----------------|---|-----|----|-----|
| Pregunta | Falso | | Verdadero | | | | | | | |
| | | | Muy importante | Medianamente importante | Poco importante | Total Verdadero | | | | |
| 1 | 11 | 37% | 9 | 30% | 5 | 17% | 5 | 17% | 19 | 63% |
| 2 | 10 | 33% | 8 | 27% | 8 | 27% | 4 | 13% | 20 | 67% |
| 3 | 15 | 50% | 11 | 37% | 2 | 7% | 2 | 7% | 15 | 50% |
| 4 | 8 | 27% | 14 | 47% | 7 | 23% | 1 | 3% | 22 | 73% |
| 5 | 6 | 20% | 10 | 33% | 10 | 33% | 4 | 13% | 24 | 80% |
| 6 | 9 | 30% | 9 | 30% | 9 | 30% | 3 | 10% | 21 | 70% |
| 7 | 5 | 17% | 10 | 33% | 7 | 23% | 8 | 27% | 25 | 83% |
| 8 | 17 | 57% | 5 | 17% | 6 | 20% | 2 | 7% | 13 | 43% |
| 9 | 10 | 33% | 18 | 60% | 2 | 7% | 0 | 0% | 20 | 67% |
| 10 | 21 | 70% | 3 | 10% | 3 | 10% | 3 | 10% | 9 | 30% |
| 11 | 9 | 30% | 13 | 43% | 7 | 23% | 1 | 3% | 21 | 70% |
| 12 | 11 | 37% | 6 | 20% | 8 | 27% | 5 | 17% | 19 | 63% |
| 13 | 8 | 27% | 13 | 43% | 6 | 20% | 3 | 10% | 22 | 73% |

Tabla 17

Medias de índices de importancia

| Índices de Importancia | |
|------------------------|-------|
| Pregunta | Media |
| 1 | 1,4 |
| 2 | 1,5 |
| 3 | 1,3 |
| 4 | 1,9 |
| 5 | 1,8 |
| 6 | 1,6 |
| 7 | 1,7 |
| 8 | 1,0 |
| 9 | 1,9 |
| 10 | 0,6 |
| 11 | 1,8 |
| 12 | 1,3 |
| 13 | 1,8 |

En el grupo C los factores de mantenimiento de la recuperación más importantes son la afirmación 4 "Me interesé por situaciones y actividades en las que el consumo no tenía cabida" (1,9) la afirmación 9 "Cambié completamente de amigos, los nuevos no eran consumidores" (1,9) y las afirmaciones 5, 11 y 13 (todas con una media de índices de importancia de 1,8), que son respectivamente: "mi salud empezó a mejorar y me recuperé físicamente", "Me

propuse evitar todas las situaciones en las que hubiera riesgo de consumo" y "Le di un giro total a mi vida: cambié de costumbres, de metas y de intereses".

Análisis de los obstáculos para asistir a tratamiento.

A continuación se presentan las tablas de frecuencias y de medias de índices de importancia de los obstáculos, para los 3 grupos.

Tabla 18

Obstáculos para asistir a tratamiento

| Obstáculos para Asistir a Tratamiento | | | | | | | | | | |
|---------------------------------------|-------|-----|----|----------------|-------------------------|-----------------|---|-----|-----------------|-----|
| Pregunta | Falso | | | Verdadero | | | | | | |
| | | | | Muy importante | Medianamente importante | Poco importante | | | Total Verdadero | |
| 1 | 22 | 73% | 2 | 7% | 5 | 17% | 1 | 3% | 8 | 27% |
| 2 | 11 | 37% | 8 | 27% | 8 | 27% | 3 | 10% | 19 | 63% |
| 3 | 14 | 47% | 8 | 27% | 5 | 17% | 3 | 10% | 16 | 53% |
| 4 | 12 | 40% | 6 | 20% | 7 | 23% | 5 | 17% | 18 | 60% |
| 5 | 11 | 37% | 10 | 33% | 7 | 23% | 2 | 7% | 19 | 63% |
| 6 | 26 | 87% | 1 | 3% | 2 | 7% | 1 | 3% | 4 | 13% |
| 7 | 25 | 83% | 1 | 3% | 3 | 10% | 1 | 3% | 5 | 17% |
| 8 | 23 | 77% | 0 | 0% | 4 | 13% | 3 | 10% | 7 | 23% |

Tabla 19

Medias de índices de importancia

| Índices de Importancia | |
|------------------------|-------|
| Pregunta | Media |
| 1 | 0,6 |
| 2 | 1,4 |
| 3 | 1,2 |
| 4 | 1,2 |
| 5 | 1,5 |
| 6 | 0,3 |
| 7 | 0,3 |
| 8 | 0,4 |

De acuerdo con las medias de los índices de importancia, los principales obstáculos para asistir o mantenerse en tratamiento para el grupo A son la afirmación 5 "Los tratamientos existentes no son buenos" (1,5), la afirmación 2 "Pensaba que mi problema no era tan grave como para ir a tratamiento" (1,4) y las afirmaciones 3 y 4 (1,2) que son respectivamente "Sentía vergüenza de imaginarme en tratamiento" y "Lo que había oído me parecía inaceptable".

Tabla 20

Obstáculos para asistir a tratamiento

| Obstáculos para Asistir a Tratamiento | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------------|-------|-----|--|----------------|-----|-------------------------|-----|-----------------|-----|-----------------|-----|
| Pregunta | Falso | | | Verdadero | | | | | | | |
| | | | | Muy importante | | Medianamente importante | | Poco importante | | Total Verdadero | |
| 1 | 22 | 73% | | 1 | 3% | 3 | 10% | 4 | 13% | 8 | 27% |
| 2 | 15 | 50% | | 5 | 17% | 6 | 20% | 4 | 13% | 15 | 50% |
| 3 | 19 | 63% | | 5 | 17% | 4 | 13% | 2 | 7% | 11 | 37% |
| 4 | 13 | 43% | | 8 | 27% | 6 | 20% | 3 | 10% | 17 | 57% |
| 5 | 15 | 50% | | 7 | 23% | 7 | 23% | 1 | 3% | 15 | 50% |
| 6 | 25 | 83% | | 3 | 10% | 1 | 3% | 1 | 3% | 5 | 17% |
| 7 | 26 | 87% | | 0 | 0% | 3 | 10% | 1 | 3% | 4 | 13% |
| 8 | 25 | 83% | | 0 | 0% | 2 | 7% | 3 | 10% | 5 | 17% |

Tabla 21

Medias de índices de importancia

| Índices de Importancia | |
|------------------------|-------|
| Pregunta | Media |
| 1 | 0,4 |
| 2 | 1,0 |
| 3 | 0,8 |
| 4 | 1,3 |
| 5 | 1,2 |
| 6 | 0,4 |
| 7 | 0,2 |
| 8 | 0,2 |

Los principales obstáculos para asistir o mantenerse en tratamiento, en el grupo B son las afirmaciones 4, 5 y 6 con medias respectivas de 1,3; 1,2 y 1,0; estas afirmaciones son: "Lo que había oído me parecía inaceptable", "Los tratamientos existentes no son buenos" y "Pensaba que mi problema no era tan grave como para ir a tratamiento".

Tabla 22

Obstáculos para asistir a tratamiento

| Obstáculos para Asistir a Tratamiento | | | | | | | | | | |
|---------------------------------------|-------|-----|----|----------------|-------------------------|-----------------|---|-----|-----------------|-----|
| Pregunta | Falso | | | Verdadero | | | | | | |
| | | | | Muy importante | Medianamente importante | Poco importante | | | Total Verdadero | |
| 1 | 19 | 63% | 2 | 7% | 4 | 13% | 5 | 17% | 11 | 37% |
| 2 | 11 | 37% | 8 | 27% | 5 | 17% | 6 | 20% | 19 | 63% |
| 3 | 25 | 83% | 2 | 7% | 3 | 10% | 0 | 0% | 5 | 17% |
| 4 | 11 | 37% | 8 | 27% | 9 | 30% | 2 | 7% | 19 | 63% |
| 5 | 15 | 50% | 10 | 33% | 4 | 13% | 1 | 3% | 15 | 50% |
| 6 | 25 | 83% | 3 | 10% | 1 | 3% | 1 | 3% | 5 | 17% |
| 7 | 24 | 80% | 2 | 7% | 4 | 13% | 0 | 0% | 6 | 20% |
| 8 | 25 | 83% | 1 | 3% | 2 | 7% | 2 | 7% | 5 | 17% |

Tabla 23

Medias de índices de importancia

| Índices de Importancia | |
|------------------------|-------|
| Pregunta | Media |
| 1 | 0,6 |
| 2 | 1,3 |
| 3 | 0,4 |
| 4 | 1,5 |
| 5 | 1,3 |
| 6 | 0,4 |
| 7 | 0,5 |
| 8 | 0,3 |

Para los participantes del grupo C, los principales obstáculos frente al tratamiento son "Lo que había oído me parecía inaceptable" (1,5), "Pensaba que mi problema no era tan grave" (1,3) y "Los tratamientos existentes no son buenos" (1,3).

Discusión y Conclusiones

Como resultado del análisis del cuestionario de datos demográficos, del AUDIT, del cuestionario de control de recuperación y del cuestionario sobre razones para la recuperación, factores de mantenimiento y obstáculos para asistir a tratamiento; se puede afirmar, principalmente, que con seguridad el fenómeno de la recuperación espontánea es una realidad entre los hombres de la ciudad de Bogotá consumidores de alcohol, marihuana, basuco y cocaína. De manera más específica, se debe tener en cuenta que habiendo observado que las edades de consumo y recuperación espontánea son altamente variables, que la diversidad de estratos fue alta (aún cuando los estratos más bajos no fueron suficientemente representados), que el fenómeno se dio en personas con problemas de dependencia de diferentes sustancias y con diferentes maneras de recuperarse espontáneamente; debe darse mayor importancia a la recuperación espontánea y sus características como factores pertinentes para el desarrollo de tratamientos capaces de abarcar y ser efectivos en una población significativamente variable, en términos de edad, estrato y sustancia consumida, entre otros.

Por otra parte, resulta evidente que las razones más importantes para dejar de consumir espontáneamente se

centran principalmente en la motivación por resolver los conflictos de carácter familiar y social, en el temor frente a las consecuencias personales de consumir problemáticamente y en el cambio de concepción frente al consumo de sustancias psicoactivas nocivas para la salud mental y física de los consumidores y las personas con las que éstas se relacionan. De aquí se debe entonces reconocer la importancia de la familia y demás personas allegadas al consumidor; en el momento de intentar resolver un problema de esta índole, sea con o sin tratamiento formal, no está de más incluir dentro de los procesos de recuperación a éstas personas con el fin de que la recuperación se de en el contexto general en el cual se desenvuelve la persona dependiente. No es imposible pensar que ese ambiente que rodea al consumidor pueda ser la herramienta más poderosa para enfrentar la dependencia, así como también podría constituirse como un elemento perpetuador del comportamiento adictivo; cualquiera sea la situación, la familia, los amigos, los jefes, los empleados, etc son parte activa del problema y/o de la solución y deben ser tenidos en cuenta para que los resultados del proceso sean mayores y más estables.

Como elementos de mantenimiento de la recuperación, es vital resaltar de nuevo la influencia del entorno en el que

se desenvuelven las personas recuperadas de una dependencia de una SPA y que han mantenido esa recuperación por 2 o más años; muchas de estas personas argumentan que el mantenimiento se debe al cambio de amigos y a la evitación de actividades o situaciones de riesgo de consumo; no debemos olvidar, sin embargo, que es probable que estas razones sólo tomen peso cuando existe una decisión clara de recuperarse y mantener esa recuperación permanentemente, sustentada probablemente en la reflexión de cada persona recuperada acerca de las capacidades propias para enfrentar esa dificultad y de las ventajas y desventajas del consumo.

Adicionalmente se deben estudiar y analizar las opiniones que los consumidores recuperados espontáneamente tienen sobre los tratamientos existentes. Si la mayoría de las personas dependientes de una SPA perciben, tal como lo hicieron los participantes de esta investigación, que los tratamientos existentes no son buenos, que sus problemas no son tan graves como para asistir a éstos o que asistir es fuente de vergüenza; entonces, resulta evidente que la mayoría de las personas afectadas por el problema de la drogadicción no asistan nunca a un tratamiento y aquellos que lo hacen y tienen una mala experiencia la compartan y divulguen reduciendo aún más los casos en los cuales los consumidores buscan ayuda profesional. Los tratamientos

deberían entonces diseñarse como resultado de un trabajo conjunto entre profesionales del área clínica, investigadores sobre el tema, consumidores recuperados en tratamiento y, aún más importante, consumidores que nunca hayan asistido a tratamiento y estén o no recuperados y puedan exponer las razones por las cuales consideran que los tratamientos existentes no son efectivos y no llenan las necesidades y las expectativas que tienen.

La consecuencia de los resultados de esta investigación debería ser un mayor interés por el desarrollo de investigaciones dirigidas a estudiar el tema de la recuperación espontánea en Colombia, rastreando y analizando todos los elementos que introduce esta tesis pero que no desarrolla a profundidad dado que es el primer paso de un largo camino que debe recorrer la investigación sobre drogas en este país. Estamos al frente de un problema de orden global, otros países ya han incursionado hace años en el tema de la recuperación espontánea y pueden permitirnos grandes herramientas para aprehender aún mejor el fenómeno y por qué no, realizar investigaciones transculturales que permitan hacer comparaciones productivas para todos aquellos que de alguna u otra forma estamos interesados o afectados por la problemática del consumo de sustancias psicoactivas.

Referencias

- Aliño, J & Valdés, M. (2002) DSM-IV-TR. Breviario.
Barcelona, Madrid, Paris, Milano, Asunción, Bogotá,
Buenos Aires, Caracas, Lima, Lisboa, México,
Montevideo, Panamá, Quito, Río de Janeiro, San José de
Costa Rica, San Juan de Puerto Rico, Santiago de
Chile: Masson.
- Bergin, A. & Garfield, S. (1971) Psychoterapy and Behavior
Change. New York, London, Sydney, Toronto: John Wiley
& Sons, inc.
- Bergin, A. & Garfield, S (1971) Psychoterapy and Behavior
Change. An empirical analysis. Second edition. New
York, Chichester, Brisbane, Toronto: John Wiley &
Sons, inc.
- Contel, M.; Gual, A.; Colom, J. (1999) Test para la
Identificación de Trastornos por Uso de Sustancias
(AUDIT): Traducción y Validación del AUDIT al Catalán
y al Castellano. Adicciones. 11 (4)
- Finfgeld, D. (1997) Resolution of Drinking Problems without
Formal Treatment. Perspectives in Psychiatric Care 33
(3), 14 - 23.
- Klingemann, H. (2002) Notes on 'societal climates'
promoting or impeding self-change. Montreal, Canada:

World Forum: Drugs, dependencies, impacts and responses. September 25.

Klingemann, H.; Sobell, L.; Barker, J.; Blomquist, J.; Cloud, W.; Ellinstad, T.; Finfgeld, D.; Granfield, R.; Hodgins, D.; Hunt, G.; Junker, C.; Moggi, F.; Peele, S.; Smart, R.; Sobell, M. & Tucker, J. (2001)

Promoting Self-change from Problem Substance Use
Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.

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

Mc Conaughy, E.; Prochaska, J. & Velicer, W. (1983). Stages of Change in Psychotherapy: Measurement and sample profiles. Psychotherapy: Theory, Research and Practice 20 (3), 368-375.

Pérez, A. (1981) Psicología Clínica. Problemas Fundamentales. México: Trillas

Pérez, A.; Gerlein, A.; Parra, L.; Pérez, M.; Posada, C.; Prada, E.; Restrepo, G.; Ruiz, J.; Sardi, L.; Avendaño, M.; Mejía, I.; Uribe, T. & Villar, E. (2000) El libro de las Drogas. Manual para la familia. Colombia: Editorial carrera 7a.

Prochaska, J.; Velicer, W.; DiClemente, C. & Fava, J. (1988) Measuring Processes of Change: Applications to

the cessation of Smoking. Journal of Consulting and Clinical Psychology 56 (4), 520-528.

Prochaska, J. & DiClemente, C. (1983) Stages and Processes of Self-Change of Smoking: Toward An Integrative Model of Change. Journal of Consulting and Clinical Psychology 51 (3), 390-395.

Rachman, S. (1971) The Effects of Psychotherapy. International Series of Monographs in Experimental Psychology, Volume 15. Oxford, New York, Toronto, Sydney, Braunschweig: Pergamon Press.

Sobell, L.; Sobell, M.; Toneatto, T. & Leo, G. (1993) What triggers the resolution of Alcohol Problems without treatment. Alcoholism: Clinical and Experimental Research 17 (2), 217-224

Sobell, L.; Cunningham, J. & 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.; Sobell, M.; Agrawal, S.; Leo, G.; Johnson-Young, L.; Toneatto, T.; Simco, E. (2001) A

longitudinal prospective study of recovery and relapse among untreated alcohol abusers. Paper presented at the 35th Annual Meeting of the Association for Advancement of Behaviour Therapy. November. Philadelphia, PA.

Sobell, L., Sobell, M.; Leo, G.; Agrawal, S.; Jonson-Young, L.; Cunningham, J. (2002). Promoting self-change with alcohol abusers: A community-level mail intervention based on natural recovery studies. Alcoholism: Clinical and Experimental Research 26 (6), 936-948

Stall, R. & Biernacki, P. (1986) Spontaneous remission from the problematic use of substances: An inductive model derived from comparative analysis of the alcohol, opiate, tobacco and food/obesity literatures. International Journal of the Addictions 21, 1-23.

Toneatto, T.; Sobell, L.; Sobell, M.; Rubel, E. (1999) Natural recovery from cocaine dependence. Psychology of Addictive Behaviors 13 (4), 259-268.

Vaillant, G. (1983) The Natural History of Alcoholism. Cambridge, London: Harvard University Press.

APÉNDICES

Apéndice A

Cuestionario de datos demográficos

1. Sexo:
2. ¿Cuántos años tiene actualmente?
3. ¿Cuántos años tenía en el momento en que dejó de consumir o lo empezó a hacer en cantidades tan pequeñas y con tan baja frecuencia que no le provocaban ningún problema?
4. ¿Cuál es su nivel educativo actual?
5. ¿Actualmente tiene un empleo?
6. ¿A qué estrato socioeconómico pertenece?
7. ¿Cuál es su estado civil actual?
8. ¿Ud. Fuma actualmente?
9. ¿Alguna vez Ud. Ha recibido un diagnóstico psiquiátrico?
Si su respuesta fue "si", ¿Qué diagnóstico le dieron?
19. ¿Cuál fue su forma de recuperación?
18. Ciudad y país de Entrevista

Apéndice B

AUDIT

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

1. La principal droga que consumía era (marque solo una):

(1) Alcohol

(2) Otra Droga: Escriba el nombre de la droga (e.g., cocaína, marihuana): _____

| | SI | NO |
|---|----|----|
| 2. ¿Con frecuencia Ud. consumía alcohol o drogas en mayores cantidades o por períodos más largos de tiempo de lo que planeaba? | q | q |
| 3. ¿Con frecuencia Ud. quiso o trató de disminuir o parar el uso de alcohol o drogas? | q | q |
| 4. ¿Gastaba Ud. gran cantidad de tiempo usando alcohol o drogas, o en actividades tratando de obtener alcohol o drogas, o pasaba a gran cantidad de tiempo recuperándose de los efectos del uso de alcohol o drogas? | q | q |
| 5. ¿Detuvo o redujo su participación en actividades sociales, ocupacionales o recreacionales importantes debido a su uso de alcohol o drogas? | q | q |
| 6. ¿Ud. continuó el uso de alcohol o drogas a pesar de saber que le estaban causando o empeorando problemas en su vida (social, psicológica, física)? | q | q |
| 7. ¿Encontró que Ud. necesitaba aumentar marcadamente la cantidad de alcohol o drogas que usaba para poder sentirse intoxicado o conseguir el efecto deseado, o que Ud. conseguía menos efecto usando la misma cantidad de alcohol y drogas que anteriormente? | q | q |
| 8. ¿Alguna vez tuvo síntomas de abstinencia cuando trató de disminuir o parar el uso de alcohol o drogas, o Ud. con frecuencia consumía alcohol o drogas para aliviar o evitar esos síntomas? | q | q |
| 9. ¿Tres o más de las preguntas 2 a 8 le ocurrieron en un mismo período de 12 meses? | q | q |
| OFFICE USE ONLY: | | |
| 10. Are at least three of the Questions 2 through 8 answered "YES"? | q | q |
| 11. Are Questions 9 and 10 both answered "YES"? | q | q |

Apéndice C

Filtro de control de recuperación

Por favor responda con toda sinceridad a las siguientes preguntas; V=verdadero, F= falso

1. Actualmente Ud. no consume ninguna sustancia (incluyendo el alcohol), o lo hace en cantidades tan pequeñas y con tan baja frecuencia que no provocan ningún problema.

V F

2. Desde que Ud. logró su recuperación, no ha tenido problemas con la ley por porte o por consumo de sustancias, incluyendo el consumo de alcohol.

V F

3. A partir de su recuperación sus relaciones familiares, afectivas y amistosas se han estabilizado notablemente.

V F

4. Desde que Ud. suspendió su consumo de sustancias, o lo modificó radicalmente, ha logrado tener una actividad productiva para Ud. y para otros (trabajar, estudiar).

V F

Apéndice D

Cuestionario de Razones para la recuperación, factores de mantenimiento y obstáculos para asistir a tratamiento

Ud. encontrará a continuación tres grupos de preguntas: el primero se refiere a las razones por las cuales Ud. dejó de consumir alcohol y otras sustancias, o cambió la cantidad y la frecuencia hasta lograr un consumo no problemático; el segundo se refiere a los factores que le han permitido mantener su recuperación; y el tercero a las razones que Ud. tuvo para no asistir a un tratamiento, o para abandonarlo si lo inició. En la primera columna Ud. deberá marcar V=verdadero o F=falso; cuando su respuesta sea 'V', en la segunda columna, "Importancia", Ud. deberá marcar 1 ("muy importante en mi decisión"), 2 ("de mediana importancia") ó 3 ("poco importante").

A. Razones para la recuperación

V-F Importancia

| | | |
|--|--|--|
| 1. Me estaba provocando dificultades con la ley. | | |
| 2. Tomé decisiones importantes que afectaban mi estilo de vida (casarse, tener un hijo). | | |
| 3. Empecé a tener mucho miedo a las consecuencias de lo que estaba haciendo. | | |
| 4. Empecé a pensar sobre el consumo de una manera diferente: me parecía absurdo e inadecuado. | | |
| 5. El consumo estaba dañando mis relaciones afectivas. | | |
| 6. Mis condiciones de vida cambiaron (cambio de ciudad, cambio de vecindario o de actividad). | | |
| 7. El consumo estaba afectando mi vida social y de amistades. | | |
| 8. Me estaba sintiendo muy preocupado(a) por mi salud, pues tenía síntomas inquietantes. | | |
| 9. Me estaba sintiendo incongruente con mis creencias religiosas. | | |
| 10. El consumo me había llevado a ser incompetente en mi trabajo (o me amenazaron con despedirme). | | |
| 11. El consumo estaba afectando mis relaciones con mi familia. | | |
| 12. El consumo estaba teniendo efectos muy negativos en mi vida en general. | | |
| 13. Los costos económicos del consumo eran muy altos | | |
| 14. Me di cuenta de lo mal que estaban otras personas que consumían como yo lo hacía. | | |

B. Factores de mantenimiento

V-F Importancia

| | | |
|---|--|--|
| 1. Encontré un trabajo que me estimulaba y me absorbía positivamente. | | |
|---|--|--|

| | | |
|---|--|--|
| 2. Descubrí que cuando me propongo algo puedo lograrlo, y quería dejar de consumir. | | |
| 3. La religión ha sido un soporte permanente. | | |
| 4. Me interesé por situaciones y actividades en las que el consumo no tenía cabida. | | |
| 5. Mi salud empezó a mejorar y me recuperé físicamente. | | |
| 6. Me dediqué a reforzar lo bueno que hay en mí. | | |
| 7. Recibí mucho apoyo de mis familiares y amigos. | | |
| 8. Mis finanzas mejoraron notablemente. | | |
| 9. Cambié completamente de amigos, los nuevos no eran consumidores. | | |
| 10. El cambio de vecindario o de ciudad ha contribuído. | | |
| 11. Me propuse evitar todas las situaciones en las que hubiera riesgo de consumo. | | |
| 12. Mi pareja me ha ayudado mucho. | | |
| 13. Le di un giro total a mi vida: cambié de costumbres, de metas y de intereses | | |

C. Obstáculos para asistir a tratamiento

V-F Importancia

| | | |
|---|--|--|
| 1. Los tratamientos son muy costosos. | | |
| 2. Pensaba que mi problema no era tan grave como para ir a tratamiento. | | |
| 3. Sentía vergüenza de imaginarme en tratamiento. | | |
| 4. Lo que había oído me parecía inaceptable | | |
| 5. Los tratamientos existentes no son buenos | | |
| 6. Había tenido una mala experiencia a ese nivel. | | |
| 7. Eso hace parte de mi intimidad, no quería hablarlo con nadie. | | |
| 8. Me preocupaba que me señalaran como 'loco'. | | |

Apéndice E

Formato de consentimiento informado

Sr. Participante:

El objetivo principal de este instrumento es indagar respecto a su historia de consumo y a las razones por las cuales considera que logró recuperarse sin ayuda de un tratamiento formal. Su participación es voluntaria y se garantiza que la información recogida en este estudio será utilizada únicamente para fines investigativos, razón por la cual se asegura la confidencialidad de los participantes.

Firma del participante_____

Gracias por su colaboración.