



COMILLAS
UNIVERSIDAD PONTIFICIA

ICAI

ICADE

CIHS

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

**INDICADORES DE RECUPERACIÓN EN EL
TRASTORNO POR USO DE ALCOHOL**

Autora: Miriam Sedes Pérez

Directora: Ana Sion

Madrid

2020/2021

ÍNDICE

1. Introducción.....	4
1.1 Aproximación conceptual. Dependencia del alcohol y proceso de recuperación ..	4
1.2 Elementos de la recuperación psicológica en la dependencia del alcohol	7
1.4. Diferencias de género asociadas a la dependencia del alcohol	10
2. Objetivos	12
3. Método.....	12
4. Indicadores de recuperación en el trastorno por uso de alcohol (TUS)	13
4.1. Desarrollo y exposiciones del estudio	13
4.2. Resumen y discusión de los principales hallazgos	15
5. DIFERENCIAS DE GÉNERO EN LA RECUPERACIÓN PSICOLÓGICA EN EL TRASTORNO POR USO DEL ALCOHOL	16
6. CONCLUSIONES E IMPLICACIONES FUTURAS	20
7. Bibliografía	24

RESÚMEN

Este estudio se basa en los indicadores para la recuperación exitosa por el trastorno por uso de alcohol (TUS). El alcohol es una sustancia que contribuye a las enfermedades mundiales y es la principal causa de muertes prevenibles, causando alrededor de unos 3 millones de muertes al año, con un mayor número de muertes masculinas que femeninas. Por ello, en este estudio se ha buscado, también, investigar sobre las posibles diferencias de género en el consumo excesivo y la recuperación de esta sustancia. Las diferencias principales con respecto al género han sido los motivos para acudir al tratamiento. Con respecto a la recuperación exitosa y al mantenimiento de la abstinencia, se han encontrado que los indicadores principales son: acudir a algún tipo de tratamiento y contar con una red de apoyo familiar o social y que la motivación para el cambio, aunque necesaria, no es el único predictor para la recuperación exitosa por TUS.

PALABRAS CLAVE: trastorno por uso de alcohol, dependencia, bienestar psicológico, calidad de vida, habilidades de afrontamiento, abstinencia, indicadores de recuperación psicológica.

ABSTRACT

This study shows the main indicators for a successful recovery from alcohol use disorder (AUD). Alcohol contributes to global disease and it's a leading cause of preventable death, causing around 3 million deaths per year, prevailing men's deaths over women's. For this reason, the possible differences in alcohol abuse and successful recovery in gender have also been investigated. Finding a main difference in the motive of asking for treatment. On terms of accomplishing a successful recovery and maintenance of abstinence, the main factors have been identified as assisted psychological, and if needed, pharmaceutical, treatment, as well as having social and familiar support. Motivation to make a change in their lifestyle it's required, but not excluding.

KEY WORDS: alcohol use disorder, dependence, psychological wellbeing, quality of life, coping skills, abstinence, psychological recovery indicators.

1. Introducción

1.1 Aproximación conceptual. Dependencia del alcohol y proceso de recuperación

El trastorno por uso de alcohol (TUS) o dependencia se caracterizan por experimentar una fuerte necesidad de beber, generando mucha ansiedad en el sujeto. Además de una pérdida de control determinada por la incapacidad de parar una vez se inicia la conducta de beber, y por generar un estado emocional negativo, es decir, beber para evitar sentirse ansioso e irritado (DSM-V; Guía Socidrogalcohol, 2014). Todo ello nos hace pensar en cómo sería la recuperación psicológica y cognitiva del trastorno por uso de alcohol y, por consiguiente, el mantenimiento de la abstinencia.

Así pues, los estudios que incluyen todos los efectos perjudiciales de las drogas, afectando al propio sujeto y a quienes le rodean, muestran que el alcohol es la droga más dañina (Nutt, King & Phillips, 2010).

La fundación de Alcohólicos Anónimos (A.A.) introdujo el concepto moderno de “trastorno por uso de alcohol” en 1930 (White, Kurtz, 2008), lo que hasta entonces se conocía como “alcoholismo”.

En este trabajo, nos centraremos en la importancia de los procesos de recuperación psicológica en la dependencia del alcohol y cuáles son los aspectos que la caracterizan, ya que sabemos que es un proceso realmente complicado.

La literatura científica nos muestra estudios tan tempranos en este campo como desde aproximadamente los años '70 (Smart, 1976; Roizen et al., 1978; Saunders y Kershaw, 1979; Vaillant, 1982), donde se evaluaron aspectos sobre la recuperación natural de la dependencia de sustancias, implicando esto una mejora que se produce por el propio paso del tiempo, sin ayuda profesional. De hecho, los autores indicaban que se trataba de un fenómeno habitual y común. Algunos datos incluso indican que este tipo de recuperación se puede producir en hasta un 66.7%, en población alemana (Rumpf et al., 2000) y de un 77% población canadiense (Sobell et al., 1996). Estos hallazgos despiertan el interés en conocer los indicadores de la recuperación natural, con el fin último de compararlos con aquellas personas que sigan un tratamiento y observar los resultados obtenidos y diferencias en su caso. Estos indicadores de recuperación natural son, entre otros, el apoyo y la presión familiar y social (Rumpf et al., 2002).

La Comisión de Políticas de Drogas de Reino Unido (2008) ha definido la recuperación como el proceso del control voluntario mantenido sobre el uso de sustancias que maximiza la salud y bienestar y la participación en los derechos, roles y

responsabilidades de la sociedad (Groshkova, Best y White, 2012). Además, establecieron que existen distintos estadios de recuperación y estos serían: sobriedad temprana (el primer año), sobriedad mantenida (de uno a cinco años) y sobriedad estable (5 años o más).

Por otro lado, el Panel de Consenso del Instituto Betty Ford de Estados Unidos (2012) define la recuperación como el mantenimiento voluntario de un estilo de vida caracterizado por la sobriedad, salud personal y ciudadanía.

En relación al tratamiento para la recuperación o mejora de este trastorno, es de importancia conocer que existen tratamientos farmacológicos que han sido probados para el tratamiento del trastorno por uso de alcohol, siendo las benzodiazepinas las más utilizadas comúnmente. Funcionan mejorando o aumentando el efecto del neurotransmisor GABA al receptor GABAA. Es el tratamiento estándar ya que no sólo reducen la severidad del síndrome de abstinencia, sino que, además, reducen el riesgo de las convulsiones y delirium tremens producidos por el síndrome de abstinencia (Witkiewitz et al., 2019).

A día de hoy, solo hay tres medicamentos aprobados por la Administración de Comida y Droga de los Estados Unidos para el trastorno por uso de alcohol, y estas son: inhibidor de acetaldehído deshidrogenasa (disulfiram), acamprosato y naltrexona. Siendo este último, el fármaco más eficaz en reducir el consumo excesivo de alcohol (Maisel et al., 2013).

En cualquier caso, es recomendable acompañar el tratamiento farmacológico con terapias psicológicas y comportamentales para este trastorno (Witkiewitz et al., 2019), ya que la recuperación de la dependencia del alcohol es de gran dificultad debido a que el alcohol es una sustancia con un gran potencial adictivo que altera la capacidad de decisión y tiene afectación sobre las funciones ejecutivas, además de afectar a la regulación emocional de las personas (Stavro, 2012). Todos estos factores deben ser tomados en cuenta a la hora de establecer el tratamiento para la recuperación psicológica.

Estudios recientes han informado de la importancia a la hora de emplear terminología específica para las personas que se encuentran en tratamiento o en búsqueda de ayuda.

Para ello, hemos de conocer la diferencia principal entre recuperación entendida como un amplio proceso de mejoras sostenidas en múltiples dominios (p.e: consumo de alcohol y otras áreas disfuncionales afectadas por el consumo) y remisión entendida como mejoras limitadas a síntomas específicos o problemas conductuales como el

consumo excesivo de alcohol (Tucker et al., 2020). Esta diferencia terminológica se ha visto reflejada en grupos de apoyo como puede ser Alcohólicos Anónimos donde las personas que acuden para intentar resolver su problema con el alcohol no se sienten identificados con el término “recuperación” comúnmente utilizado (Kelly et al., 2017), rechazando así las etiquetas clínicas indicativas de TUS, especialmente aquellas personas que intentan dejarlo por su cuenta (Sobell et al., 1996). Es por ello por lo que, una terminología adecuada es importante a la hora de fomentar adherencia al tratamiento, dejando de lado las definiciones tradicionales que ponen el énfasis en una abstinencia plena (Witkiewitz et al., 2019).

Teniendo esto en cuenta, sabemos que la recuperación es un proceso complicado basado en el **cambio de conducta** y que, la mayoría de las personas que padecen TUS, reducen notablemente el consumo o se recuperan por completo con el tiempo (Kelly et al., 2017; Fan et al., 2019; Sarich et al., 2019). En referencia a esto último mencionado, sabemos que, el porcentaje de personas con problemas por el consumo de alcohol que buscan ayuda profesional o tratamiento es muy bajo (Grella et al., 2013; Rockville, 2019), menos del 25% de las personas que necesitan tratamiento acuden a las facilidades establecidas para ayudar a lograr el abandono o reducción del consumo de alcohol. De hecho, la gran mayoría (70%) tienen un consumo moderado y lidian con el TUS individualmente sin contar con tratamientos (Sobell et al., 1996, Fan et al., 2019), ya que contar con éste se asocia a problemas de consumo de mayor severidad cuyos tratamientos hacen énfasis en la abstinencia (Tucker, 2003; Fan et al., 2019).

Algunos indicadores para la recuperación son: la motivación para el cambio y los cambios en el estilo de vida (Bischof et al., 2000).

Así pues, terapias que han demostrado su eficacia en el mantenimiento de la abstinencia abarcan un amplio abanico desde enfoques de entrevistas motivacionales hasta condicionamiento operante, pasando por programas de contingencias y enfoques de refuerzo comunitario, terapias cognitivo-conductuales, entrenamiento de habilidades de afrontamiento y prevención de recaídas y enfoques basados en la aceptación y atención plena o mindfulness (Witkiewitz et al., 2019).

Se ha demostrado que la motivación no es el único predictor para una recuperación exitosa (Schuckit et al., 1997), siendo necesaria la presencia de una red de apoyo familiar y social (Rumpf et al., 2002) que ayude al sujeto a mantener la abstinencia. Aquellos sujetos que acuden a tratamiento refieren experimentar una mayor presión para la recuperación y mayor sensación de apoyo en el mantenimiento de la abstinencia

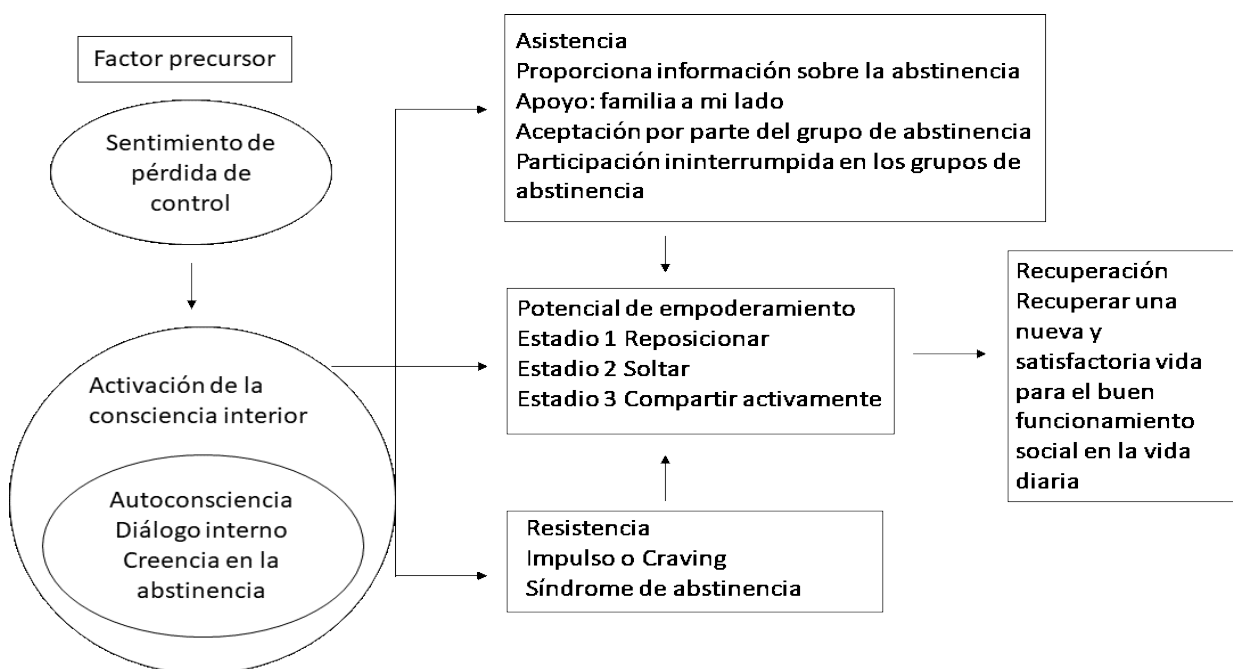
al contar con su entorno familiar y social, además de haber ejercido un cambio de actitud con ambos entornos (Tuchfeld, 1981).

1.2 Elementos de la recuperación psicológica en la dependencia del alcohol

Sabiendo que la recuperación por el trastorno por uso de alcohol es un proceso realmente costoso y el mantenimiento de la abstinencia conlleva tantos esfuerzos para la persona, es importante conocer el momento en el que se reconocen a sí mismos que necesitan ayuda y deciden acudir a tratamiento. ¿Qué necesita una persona con TUS para acudir a tratamiento?

Los resultados de los estudios muestran que el factor desencadenante para que las personas con TUS acudan a tratamiento es la sensación de pérdida de control (Yeh et al., 2007). Esta sensación de pérdida de control es la causa principal por la que los sujetos con dependencia al alcohol deciden cesar el consumo de la sustancia. Estas personas describen la sensación como “haber tocado fondo” y la reconocen tras haber sufrido una o varias pérdidas, como por ejemplo; el trabajo, la pareja, relaciones interpersonales cercanas o familiares, pérdida económica o de salud (Yeh et al., 2007). Se ha demostrado que la motivación necesaria para el cambio (entre otros indicadores necesarios) solo aparecía cuando la persona sufría la pérdida de personas o ámbitos significativos de su vida (descrito para ellos como haber “tocado fondo”, una profunda depresión y una pérdida completa del control (Yeh et al., 2007). Así pues, si las personas no han pasado por esta experiencia de pérdida de control, el tratamiento para la abstinencia será mucho más complicado (Yeh et al., 2007). (Figura 1)

Figura 1. Recuperación exitosa en la recuperación del trastorno por uso de alcohol desde un proceso de empoderamiento (Tabla adaptada del artículo de Yeh et al., 2007).



En la Figura 1 podemos identificar que, el factor precursor para buscar tratamiento es la sensación de pérdida de control de la que hemos estado hablando. Este sentimiento da lugar a una activación de la consciencia interior, conocida también como “insight”, donde la persona, a través de un proceso de autoconsciencia, experimenta el “haber tocado fondo”. Es, precisamente, este sentimiento, el que hace que la persona crea en la posibilidad de lograr una abstinencia y, para ello, necesita ayuda. Es este momento de pérdida cuando la persona toma la iniciativa para acudir al tratamiento. Para ello, la persona debe crear un proceso de empoderamiento basado en reposicionar, soltar y compartir activamente. Es decir, lo que se le pide a la persona es que exprese lo que siente en ese momento desde una manera más saludable para su bienestar psicológico. Si la persona tiene un buen proceso de empoderamiento o se siente empoderada, cuando aparezcan las resistencias al cambio que se ven muy influidas por los impulsos agigantados de consumir o Craving o, por el síndrome de abstinencia, la persona será capaz de controlar esos impulsos y seguir con el proceso de la recuperación. Es importante que, para que la persona tenga realmente el sentimiento de empoderamiento, se le haya dado toda la información acerca del proceso de recuperación y las dificultades que se pueden experimentar en el periodo de abstinencia. Si esta información no se proporciona con claridad, la persona podría encontrarse perdida o

frustrada cuando experimente el Craving y consumir, perdiendo, otra vez, el control de su vida. Igual de importante es que la persona sienta que tiene apoyos sociales y familiares. Es muy importante que la persona en tratamiento sienta que tiene ese apoyo que le ayudará a recuperar la confianza en sí mismo y en el tratamiento cuando sienta estos impulsos agigantados por consumir, así como el sentimiento de apoyo por parte del grupo de abstinencia. Ligado a esto último, este apoyo ha de ser bidireccional, es decir, la persona debe acudir a estos grupos de abstinencia ininterrumpidamente tanto para crear el sentimiento de apoyo en sus compañeros y en el grupo, como para lograr una abstinencia mantenida en el tiempo.

Teniendo este sentimiento de empoderamiento, la persona podrá hacer una reestructuración de su vida, contando con un buen funcionamiento social en su día a día. ¿Cómo podemos conseguir el mantenimiento absoluto de abstinencia en personas dependientes del alcohol a través de un proceso de empoderamiento?

Gibson (1991) definió el proceso de empoderamiento de los alcohólicos como el proceso de permitir a las personas involucradas en el tratamiento recuperar el control sobre los factores que afectaban a su salud y, por consiguiente, alcanzar la autodeterminación.

Otras definiciones, como la de Rodwell (1996) del proceso de empoderamiento lo definen como un proceso de socialización, donde las habilidades personales de las personas son reconocidas y fomentadas, con el fin de que alcancen sus necesidades y solucionen sus problemas, así como fomentar los recursos personales que necesitan para tener una sensación de control de su vida. Este proceso de empoderamiento mejoraría tanto la autoestima de las personas como las habilidades personales de establecer metas y tener una sensación de control sobre su vida.

Este proceso de empoderamiento para el mantenimiento de la abstinencia se llevará a cabo una vez la persona ha pasado por la experiencia de pérdida de control. Esta experiencia de autoconsciencia ayudará a la persona a promover sus habilidades personales, interpersonales y sociales para el cambio (Gibson, 1995).

Sabemos que, las personas que se emergen en el proceso de recuperación presentan resistencias, como por ejemplo el malestar físico producido por el “craving”, que implicaría un deseo intenso por consumir. Sin embargo, lo que hace que las personas en tratamiento sigan por el camino de la abstinencia es el conseguir luchar y derrotar esos síntomas de resistencia (Yeh et al., 2007).

Se conoce como “craving” la sensación de un deseo agigantado, manifestada como un excesivo apetito y una pulsión incapaz de contenerse buscadora de recompensas. La persona experimenta este deseo como si formase parte de sí mismo, es decir, el sentimiento es egosintónico (Ludwig et al., 1974). Cuando las personas en tratamiento consiguen darse cuenta de ese impulso, deja de ser “craving” y pasa a ser “compulsión”, ese es el proceso de autoconsciencia donde la persona se da cuenta de que tiene una adicción, que necesita ayuda y tratamiento porque ha tocado fondo. La persona es capaz de juzgar y valorar esa compulsión, se da cuenta de que está ahí, aunque no pueda controlarla, por eso acude a tratamiento (Yeh et al., 2007).

Es de importancia, durante este proceso de empoderamiento para la recuperación en la dependencia del alcohol, que los profesionales de salud ayuden a las personas que padecen TUS a la integración o reintegración a la sociedad y hacer uso de recursos personales como pueden ser familiares, amigos o grupos de autoayuda para el cambio de estas personas y para seguir mejorando en la recuperación del alcohol y mantenimiento de la abstinencia (Mulford, 1979, Bischof et al., 2003, Owen et al., 2003).

1.4. Diferencias de género asociadas a la dependencia del alcohol

Si los hombres y las mujeres somos biológicamente distintos por naturaleza, entonces, ¿la dependencia al alcohol será distinta? Y, por consiguiente, ¿habrá diferencias de género en la recuperación? Son preguntas importantes que responder, ya que a la hora del tratamiento deberemos conocer si estas supuestas diferencias influirán positiva o negativamente en el tratamiento y, por ello, en su recuperación.

A pesar de que los problemas por consumo de alcohol sean el doble en hombres que en mujeres, hay evidencias, según estudios epidemiológicos recientes, que muestran que el consumo de alcohol en mujeres ha aumentado significativamente en los últimos años llegando a la conclusión de que en un futuro no lejano, habrá un mayor número de mujeres con problemas de alcohol que de hombres. Aun conociendo estos datos, sabemos que el porcentaje de mujeres que acude a tratamiento es mucho menor al de los hombres (Ávila et al., 1994).

Ante la pregunta si hay diferencia en la dependencia del alcohol, Wilsnack et al. (1995) y Rubio et al. (2000), responden que, efectivamente, hay una serie de características significativas que aumentan la probabilidad de padecer un trastorno por uso de alcohol en las mujeres. Estos son los factores etiológicos más determinantes: un patrón de

consumo excesivo por parte de su pareja, presencia de síntomas depresivos y/o depresión franca que además influye en la cronificación de la dependencia alcohólica, antecedentes de abuso sexual en la infancia y malos tratos en la niñez o adultez.

Teniendo en cuenta estos factores de riesgo ante el trastorno por uso de alcohol, nos adentramos en el transcurso de la enfermedad, ¿por qué las mujeres acuden menos a tratamiento que los hombres? Se conoce que el motivo principal de consulta o ayuda médica o psicológica es debido a los síntomas psicopatológicos depresivos (Blume, 1986). El transcurso de la enfermedad se desarrolla en un corto periodo de tiempo, el consumo es menor y el inicio del mismo es más tardío en las mujeres (Beckman et al., 1975).

En ellas, el consumo de alcohol acompañado de psicofármacos y estimulantes es más común que en los varones y las consecuencias de padecer TUS se ven más a nivel somático y familiar frente a los problemas legales, laborales o sociales en los hombres (Beckman et al., 1975).

Estas consecuencias somáticas se ven con la presencia de una patología hepática más grave que en los hombres, al igual que una mayor afectación cardiovascular, miopática y osteoporosis, teniendo en cuenta que su consumo es menor que en varones (Blume et al., 1997; Rubio et al., 2000 y Hill, 1995.).

Hay varias razones por las cuales las mujeres acuden menos a tratamiento que los hombres, entre las que cabe destacar la negativa connotación social que hay hacia las mujeres con dependencia al alcohol, hay una menor aceptación social por las mujeres con TUS que por los hombres (Limusin et al., 2002; Blume et al., 1997 y Bach, 1995). En relación a este estigma social por las mujeres con problemas de alcohol, muchas veces tratan de buscar ayudas o tratamientos alejados del sistema público de salud. En relación a esto último, este tipo de búsqueda de ayuda suele ser por la presencia de sintomatología ansiosa o depresiva (más frecuentemente) o por trastornos del sueño como puede ser el insomnio (Wilsnack et al., 1982; Wilsnack et al., 1996). Es por ello que primero se trabaja con los trastornos psicopatológicos, ya que es lo objetivamente visible, más socialmente aceptado e interfiere directamente con la vida diaria y, trabajando sobre ellos, aparece en consulta el trastorno por uso de alcohol. Esto nos hace despertar alertas acerca del tratamiento para lograr una recuperación exitosa. Habría que conocer si es el alcohol lo que causa la sintomatología depresiva y ansiosa, ya que se conoce que es una sustancia depresiva del sistema nervioso, o si bien padecía

un trastorno psicopatológico previo que ha desembocado en un trastorno por uso de alcohol.

Por otro lado, muchas veces son consumidoras solitarias, por ejemplo, amas de casa, y, por lo tanto, la enfermedad puede pasar más desapercibida (Blume et al., 1997).

Por ello, debemos tener en cuenta que, para poder iniciar un tratamiento para el TUS, hay que tener en cuenta las diferencias de género. En las mujeres el inicio es más tardío, el consumo es menor, el transcurso de la enfermedad es rápido y puede ir asociado a trastornos psicopatológicos que deben ser tenidos en cuenta ya que pueden obstaculizar el verdadero problema de dependencia al alcohol (Ávila et al., 2007).

2. Objetivos

Este estudio se ha centrado en resolver algunas cuestiones sobre la recuperación psicológica en el trastorno por uso de alcohol, para ello se han fijado dos objetivos principales:

1. Evaluar los principales indicadores de la recuperación psicológica en el trastorno por uso de alcohol
2. Comprobar si hay diferencias de género en cuanto a estos indicadores de recuperación psicológica en el trastorno por uso de alcohol.

Para conseguir ambos, han ido surgiendo otras preguntas de investigación enfocadas hacia la resolución de los objetivos planteados.

3. Método

El método de recogida de información para realizar este estudio de investigación ha sido a través de una exhaustiva búsqueda en conocidas páginas como pueden ser Google Scholar o Psych Info. La forma de búsqueda ha sido introduciendo terminología específica y palabras claves, tales como: “alcohol dependence”, “alcohol and recovery”, “indicators for recovery in alcohol dependence”, “AUD and abstinence”, “gender and alcoholism”, “differences in recovery from AUD” entre otras.

En este proceso de recabar información relevante para el estudio de “Indicadores de recuperación en la dependencia del Trastorno por Uso de Alcohol” he desechado estudios que no recogían la información relacionada con los objetivos. Para el estudio, eran de relevancia los indicadores de recuperación psicológica y comprobar diferencias de género en la recuperación del trastorno por uso de alcohol.

He incluido todos aquellos estudios en los que aparecían personas con dependencia al alcohol, aquellos estudios que muestran datos objetivos acerca del abuso de esta sustancia y su recuperación exitosa, así como la no exitosa y aquellos que tenían información sobre cómo mantener una abstinencia plena. Además, se han incluido estudios que mostraban evidencias de los indicadores más relevantes para las personas con TUS, así como las posibles diferencias de género que puede presentar tanto la dependencia como la recuperación de este trastorno.

4. Indicadores de recuperación en el trastorno por uso de alcohol (TUS)

4.1. Desarrollo y exposiciones del estudio

Según Tuchfeld (1981), los factores sociales son los más importantes en el mantenimiento de la abstinencia para alcanzar la recuperación por el trastorno por uso de alcohol. Estos *indicadores sociales* incluyen el *apoyo y reforzamiento de amigos y familiares, la presencia de sistemas de apoyo sociales y económicos lo suficientemente estables* y la posibilidad de poder realizar *actividades* que no guarden relación con el consumo de alcohol. Entre estos factores sociales y, en relación a este último mencionado, acudir a grupos de autoayuda, como puede ser *Alcohólicos Anónimos* es un indicador de la recuperación por TUS (Tucker et al., 1995). A su vez, encontramos *factores psicológicos y personales* que determinan, en gran medida, la recuperación de estos pacientes. Podemos encontrar, entre estos indicadores, la motivación para recuperarse, los cambios en el estilo de vida, una actitud de asertividad frente al cambio y métodos de afrontamiento frente a las posibles situaciones de estrés que se puedan generar en el proceso de desintoxicación del alcohol.

Slade (2011), por otro lado, estableció cinco categorías principales dentro del proceso de recuperación psicológica en enfermedades psiquiátricas y cada una de ellas cuenta con unas características. La primera categoría es conocida como *conectividad*. Dentro de esta categoría, Slade incluyó la importancia de las relaciones personales que tuviese la persona, el apoyo de amigos, grupos de ayuda y de otras personas y la sensación de formar parte de una comunidad. Siguiendo, la segunda categoría es la de *esperanza y optimismo hacia el futuro*, donde se encuentran la motivación para el cambio, poseer unas relaciones esperanzadoras, mantener un pensamiento positivo y valorando el futuro, tener esperanza y creer en el proceso de recuperación y tener sueños y

aspiraciones. La tercera categoría que definió Slade como esencial para lograr este proceso de recuperación es la de *identidad*, basada en superar los estigmas, reconstruir o redefinir un sentido positivo de la identidad personal y conocer las dimensiones personales de identidad. Nombró la cuarta categoría como *sentido de vida*, incluyendo en esta la espiritualidad, el nivel de calidad de vida, el significado que se le da a las experiencias derivadas de enfermedades mentales, el tener una vida significativa y unos roles y metas sociales y el ser capaz de hacer una reconstrucción vital en su vida. Por último, la quinta categoría fue nombrada como *empoderamiento*, término previamente definido. En esta última, consideró de importancia el poseer el control sobre la propia vida, centrarse en las fortalezas personales que tiene cada persona y el adquirir una responsabilidad personal de las decisiones tomadas en su vida.

Schuckit et al. (1997) informaron que la gran mayoría de pacientes con TUS que acudían a sesiones de tratamiento (55,6%) habían experimentado periodos de abstinencia de hasta 3 meses que habían desembocado en una recaída en el consumo de alcohol. Por lo tanto, podemos decir que periodos de abstinencia aparentemente largos y prolongados, no son el indicador principal para la recuperación por este trastorno. Así mismo sucede con la motivación, Prochaska et al., (1992), aseguró que la motivación era y es necesaria para el cambio pero no es suficiente para la mejora.

Un factor precursor efectivo que promueve la reducción de consumo y las mejoras relacionadas con el funcionamiento es el *tratamiento profesional* para consumidores (Magura, Laudet, Kang, y Whitney, 1999; Mojtabai and Graff Zivin, 2003; Simpson, Joe, and Broome, 2002; Teesson et al., 2006), de todas formas, el tratamiento profesional dura un periodo de tiempo, siendo las tasas de consumo postratamiento muy elevadas, muchas veces dándose poco después de haber terminado el tratamiento (Gossop, Stewart, Browne, y Mardsen, 2002; Laudet, Stanick, y Sands, 2007). Por eso, se considera de importancia indagar en los posibles indicadores que fomentan la abstinencia fuera del tratamiento que mantienen las ganancias que se han generado en el periodo de tiempo de tratamiento (Toneatto, Sobell, Sobell, y Rubel, 1999; Sobell et al., 2001).

Examinando la experiencia personal de las personas que acudieron a tratamiento, lograron la abstinencia durante un periodo de tiempo de entre uno y tres meses y luego tuvieron una recaída, se encontraron distintos hallazgos (Laudet, 2007): aquellas personas que habían logrado la abstinencia durante unos meses luego habían tenido 4 o más episodios de recaídas postratamiento. Relataban la importancia de querer

recuperarse y la necesidad de centrarse y trabajar por el objetivo de lograr la abstinencia, así como la necesidad de identificar y evitar los detonantes que les causaban esas recaídas y la necesidad de buscar y aceptar apoyo de los demás (Laudet y White, 2004). Las personas que estaban en tratamiento han identificado estos “detonantes” para el consumo como el experimentar emociones negativas de soledad o aburrimiento, la tentación de consumir (viendo a otros hacerlo o que alguien les ofrezca) y las situaciones estresantes del día a día (Laudet y White, 2004; Laudet, Magura, Vogel, y Knight, 2004; Titus et al., 2002). Estas recaídas tan frecuentes nos hacen pensar que la adicción, en este caso, al alcohol, siempre permanecerá latente.

Durante el tratamiento, estas personas nombraban otros factores de importancia en el logro de la recuperación exitosa, todos ellos mencionados con anterioridad, como pueden ser: el apoyo de los familiares, amigos y pareja, la espiritualidad y la esperanza, y el recordar las consecuencias negativas que han tenido para ellos el consumo excesivo de alcohol en el pasado (Burman, 1997; Laudet, Savage, y Mahmood, 2002; Margolis, Kilpatrick, y Mooney, 2000). En conclusión, los indicadores esenciales para mantener la abstinencia son: *el apoyo emocional (familia, amigos, pareja y espiritualidad) y mantener la motivación para el cambio* (Laudet, 2007) habiendo pasado por un tratamiento profesional (como puede ser Alcohólicos Anónimos) que les haya enseñado técnicas para mantener la abstinencia.

4.2. Resumen y discusión de los principales hallazgos

Por lo tanto, recogiendo los datos mencionados anteriormente, sabemos que para lograr una recuperación exitosa del trastorno por uso de alcohol hay una serie de indicadores que son necesarios y ninguno suficiente por individual. Podemos decir que una red de apoyo segura, un grupo de autoayuda y una buena disposición para el cambio son los principales indicadores para lograr la abstinencia completa y que esa no es, en sí misma, el único indicador precursor para la recuperación.

Laudet y Sagro (2007), establecieron cuáles eran las claves principales implicadas en la decisión de acudir a tratamiento. Siendo éstas: sentir que el camino de vida que habían elegido no les gustaba, estar cansado de la vida de consumidor (excesivo) de alcohol, el deseo de mejorar, tener preocupación sobre las consecuencias negativas sobre uno mismo y sobre los demás que el abuso del consumo de alcohol puede tener, dificultad de establecer relaciones con otros y experimentar esas consecuencias negativas del

consumo de alcohol. Yeh et al., (2007) agrupó todas estas experiencias en una sola "sentimiento de pérdida de control" o "tocar fondo".

Por lo tanto, sabemos que, para que aquellas personas que con trastorno por uso de alcohol logren una abstinencia exitosa, hay grandes indicadores y todos ellos de importancia. Teniendo esto en cuenta, sabemos que es esencial el haber pasado por un tratamiento profesional, no siendo éste excluyente para lograr la abstinencia plena. Las personas que terminan el tratamiento pueden presentar unos meses de abstinencia pero los datos revelan una recaída en el consumo de alcohol pasados los tres o cuatro meses. Es por ello importante tener esto en cuenta a la hora de establecer un tratamiento así como conocer los apoyos sociales con los que contará la persona al terminar dicho proceso y la motivación que tendrá para lograr un cambio de vida positivo.

5. Diferencias de género en la recuperación psicológica en el trastorno por uso del alcohol

Según estudios epidemiológicos recientes, la prevalencia por TUS (definido por el DSM-V) es mayor en hombres que en mujeres (Grant et al., 2015). Sin embargo, entre los años 2000 y 2013, las tasas de mujeres con TUS han aumentado un 84% frente a un 35% de los hombres (Grant et al, 2017).

Para conocer si hay diferencias en la recuperación, considero de importancia empezar por las diferencias en el consumo y la afectación del mismo en hombres y en mujeres. A nivel de salud física, los efectos por abuso de alcohol son mucho más negativos en las mujeres que en los hombres (Epstein et al., 2013). Se debe a que, por lo general, el nivel de agua en el cuerpo es menor en las mujeres y poseen un mayor porcentaje de grasa, creando niveles de alcohol en sangre mucho mayores. Es por ello que el alcohol persiste más en el cuerpo de la mujer que en el del hombre (McCaul et al, 2019). A su vez, las mujeres corren mayores riesgos a la hora de padecer enfermedades cardiovasculares, cáncer, o enfermedades de hígado (Erol et al, 2015), así como atrofia en el cerebro debido al consumo crónico de alcohol (Mann et al, 2005). Son datos de importancia a la hora de establecer un tratamiento que resulte efectivo para su recuperación, ya que estas características psicosomáticas no se dan en los hombres y, por lo tanto, el tratamiento deberá ser distinto.

Psicológicamente, la respuesta de estrés es muy común en el desarrollo y mantenimiento del trastorno por uso de alcohol, tanto en mujeres como en hombres

(Koob et al, 2010), sin embargo, las alteraciones emocionales y biopsicosociales inducidas por el consumo de alcohol y, en relación al estrés son más comunes en las mujeres (Peltier et al, 2019). La elevada exposición al alcohol puede generar respuestas inflamatorias, estresoras y trauma teniendo un gran impacto en los efectos psicológicos (McCaul et al. 2019), incrementando el riesgo de padecer o mantener el TUS y coexistiendo con trastornos emocionales y/o los efectos secundarios por el abuso de alcohol como puede ser la degeneración neuronal. Con el fin de no mantener el TUS y conseguir una abstinencia plena, es importante el trabajo psicológico con las terapias previamente explicadas. Es una manera de prevenir síntomas que dificulten el proceso de recuperación. Todo esto se ve reflejado tanto en hombres como en mujeres.

Por último, a nivel hormonal, el alcohol afecta a ambos géneros, teniendo en las mujeres un efecto recíproco en el consumo de alcohol y las hormonas sexuales (McCaul et al. 2019). En los hombres, un consumo crónico de alcohol tiene efecto en los niveles de testosterona (Erol et al, 2015), mientras que en las mujeres el alto consumo se ve reflejado en las hormonas sexuales femeninas (estradiol, progesterona y el metabolismo) (McCaul et al. 2019; Carroll et al, 2016). Más específicamente, las alteraciones en las funciones de los receptores de estrógeno pueden contribuir a padecer osteoporosis, disfunción sexual e infertilidad en las mujeres (Erol et al, 2015). De hecho, los niveles de estrógenos pueden tener una mejora en las propiedades gratificantes de las sustancias, *aumentando el comportamiento compulsivo* y, a su vez, la progesterona puede *atenuar los efectos gratificantes del consumo* (Carroll et al, 2016; Hudson et al, 2011). Por otro lado, un descenso de progesterona puede aumentar la vulnerabilidad al estrés y potenciar el consumo de alcohol inducido por este sentimiento de estrés (Fox et al, 2009). Debemos tener en cuenta los daños hormonales producidos por el alcohol, ya que en gran medida influirán en la compulsión al consumo rompiendo los periodos de abstinencia que se hayan logrado.

Tanto las afectaciones a niveles físicos como psicológicos como hormonales deben ser tomados en cuenta a la hora de establecer un tratamiento que resulte efectivo en la recuperación. Todos estos factores son influyentes en una recuperación exitosa o no.

El estudio Epidemiológico Nacional de Alcohol y Condiciones Relacionadas (NESARC) examinó la existencia de problemas mentales en personas con TUS, encontrando unas mayores tasas de problemas del ánimo y de ansiedad en las mujeres. También paranoia, trastorno de la personalidad histriónica, trastorno límite de la

personalidad y trastorno de la personalidad evitativa. Estas condiciones mentales deben ser tomadas en cuenta a la hora de establecer el tratamiento y para lograr una recuperación exitosa. Los hombres, sin embargo, presentaban altas tasas de personalidad narcisista y antisocial (Goldstein et al, 2012). En relación al Craving o al impulso agigantado que sienten las personas que se encuentran en el proceso de recuperación por volver a consumir, Peltier et al (2019), Karpyak et al (2016) y Fox et al, (2009) afirman que las mujeres son más propensas a consumir por experimentar sentimientos negativos y de estrés. Es por ello que, durante el tratamiento, ha de indagarse el motivo de consumo. Sabiendo cuál es el detonante que les hace consumir excesivamente, podremos ejercer cierto control para evitar ese condicionamiento en situaciones postratamiento. Se ha demostrado que ambos géneros consumen para aumentar las emociones positivas, sin embargo, son las mujeres las que asocian el consumo abusivo de alcohol con las emociones negativas (Lehavot et al, 2014). Estas emociones negativas pueden ser de cualquier tipo, no obstante, el TUS en mujeres está muy relacionado con el estrés postraumático (ETP) y con estresores graves, presentando una prevalencia de 25% hasta el 55% de EPT durante el tratamiento (Hien et al, 2009). Heffner et al, afirmaron que, en las mujeres, la severidad de los síntomas del trauma y la cantidad de traumas en su vida eran un predictor de relevancia para la recaída, sin embargo, esta relación trauma-recaída no aparecía en los hombres. Por lo tanto, sabemos que, si rompemos con este condicionamiento, la esperanza de abstinencia plena será mayor.

Socialmente, las mujeres parecen tener más probabilidad de desarrollar el trastorno por uso de alcohol si hay antecedentes en su familia o si su pareja es consumidor de alcohol (Khan et al., 2013). Además, estudios han demostrado que las mujeres tienen menos apoyo social en su recuperación que los hombres (Epstein et al, 2013), y sabemos que, para todos los géneros, tener una importante red de apoyo familiar y social es de gran importancia para lograr una recuperación exitosa, en cambio, son los hombres quienes reportan sentir mayor presión social para su recuperación (Bischof et al, 2000). Lale et al, (2014) realizaron un estudio donde pudieron concluir que, la ausencia de apoyo social en las mujeres se ve directamente influido por la estigmatización social que sigue habiendo hacia una mujer con TUS y al miedo que sienten ellas de que las consecuencias por el consumo de alcohol influyan en sus relaciones. Con todo, el *Estudio Nacional de Alcohol* que fue realizado a una muestra de más de 32.000

personas entre 1984 y 2010 demostró que cada vez más mujeres sienten ese apoyo o presión social para lograr el cambio y que, por lo tanto, la recuperación en las mismas está mejorando al disuadir el estigma que había implementado en la sociedad de las mujeres con TUS. Sabemos que la ausencia de una red de apoyo es un factor de riesgo para mantener el TUS y, por lo tanto, no tenerlo, influirá directamente en la recuperación de las personas.

Por lo tanto, los estudios realizados hasta el día de hoy en diferencias de género en la recuperación de TUS muestran que hay diferencias biopsicosociales en el desarrollo de la enfermedad y su recuperación. Los efectos a nivel físico son más intrusivos y dañinos en las mujeres que en los hombres y el estrés, trauma y emociones negativas son grandes factores de riesgo para el desarrollo y mantenimiento de TUS en las mujeres. Todos estos factores y diferencias de género en el desarrollo y mantenimiento del trastorno por uso de alcohol han de ser tenidos en cuenta y pueden servir como orientación a la hora del tratamiento y la recuperación.

En 2020, McCarty et al concluyeron que el acceso al tratamiento para las mujeres presenta más barreras que para los hombres, como puede ser el internalizar el estigma social hacia las mujeres con TUS o la ausencia de cuidados a sus hijos, haciendo a este grupo más propenso a creer que el problema “se resolverá por sí solo”. Las mujeres que sí acceden a tratamiento presentan diferencias clínicas frente a los hombres: suelen tener historial de consumo severo de alcohol y drogas, menor nivel educativo y económico, mayor tasa de desempleo y necesidades en el hogar, convivencia de los hijos en su casa, más estrés parental que los hombres y suelen ser más jóvenes (Epstein et al, 2013). Los estudios muestran que las mujeres acceden a tratamiento a través de portales y reciben los cuidados para el TUS a través de los servicios de cuidados mentales (McCarty et al, 2020; McCaul et al, 2019; Epstein et al, 2013; Greenfield et al, 2007; Weisner et al, 1992).

A la hora de la adherencia al tratamiento, en ambos géneros se asocia con niveles financieros altos, baja inestabilidad mental, problemas menos severos en el consumo, altas tasas de empleo y edad más avanzada. En las mujeres, sin embargo, hay factores específicos para la adherencia al tratamiento, por ejemplo, tener una fuente de referencia, estabilidad personal, número de hijos y la posibilidad de cuidarlos (Greenfield et al, 2007).

Un estudio longitudinal llevado a cabo a lo largo de 16 años a una muestra de 466 hombres y mujeres que acudían a *Alcohólicos Anónimos* (AA), mostró resultados distintos en hombres que en mujeres. Las mujeres conseguían mejores resultados y mayores beneficios un año después de haber empezado el tratamiento en AA que los hombres. 16 años después, las mujeres que habían acudido a Alcohólicos Anónimos tenían mucha más probabilidad de estar libre de problemas con el consumo de alcohol, consumir menos cantidades o tener menos síntomas de dependencia del DSM-V. Además, afirmaron tener menos problemas de consumo asociados a lidiar con emociones negativas y una mayor autoeficacia de abstinencia frente a los hombres, así como mejoras en los trastornos depresivos, relaciones personales (familiares y sociales), la resolución de problemas y confianza en sí mismas (Moos et al, 2006).

Concluyendo, podemos encontrar diferencias de género con respecto a la aparición y mantenimiento del TUS, teniendo un efecto directo en el tratamiento y recuperación del mismo.

6. Conclusiones e implicaciones futuras

Tras haber realizado el estudio de la recuperación del trastorno por uso de alcohol, sabemos que hay diferentes indicadores para lograr una abstinencia plena y mantenida en el tiempo y que, estos mismos por sí solos no son suficientes para alcanzar dicha abstinencia.

Hay que tener en cuenta que, de entre todas las sustancias, el alcohol es la droga más dañina a niveles físicos, psíquicos y hormonales, tanto en los hombres como en las mujeres y, por lo tanto, lograr una recuperación exitosa y un periodo de abstinencia mantenido en el tiempo tiene grandes dificultades para las personas que lo sufren. Esta sustancia tiene semejante potencial adictivo que, en muchas ocasiones donde la situación para la persona con TUS es muy grave, se requiere tratamiento farmacológico, siendo las benzodiacepinas el tratamiento más utilizado. Además, hay una amplia gama de terapias psicológicas con las que podemos contar para ayudar a estas personas con TUS. Entre ellas, las más utilizadas por los psicólogos profesionales son: terapia cognitivo-conductual, entrenamiento de habilidades de afrontamiento y prevención de recaídas y programas de contingencias, todas ellas mencionadas con anterioridad. En cualquier caso, recientemente se han aplicado terapias como la atención plena o el mindfulness.

Sabemos que la recuperación, al igual que llegar a la enfermedad, es un proceso. Es un proceso basado en el *cambio de conducta*. La persona con TUS está ejecutando una conducta de beber en exceso y ésta debe ser cambiada. Para lograr este cambio en el estilo de vida, influyen diferentes factores, como hemos mencionado anteriormente, que deben presentarse para que el cambio sea el deseado. También sabemos, según estudios recientes que, la mayoría de las personas con trastorno por uso de alcohol que acuden a tratamiento o grupos de ayuda, reducen el consumo notablemente o logran una recuperación completa. Sin embargo, aun contando con estos datos, el porcentaje de personas que padecen TUS y no acuden a tratamiento es bastante elevado (70%). Este porcentaje tan alto significativamente se debe a la estigmatización que sigue habiendo en la sociedad hacia las personas con este problema con el alcohol, viéndose mucho más marcado en la población femenina que en la masculina. Considerando esto una línea de intervención interesante: captar personas con TUS sin que sufran ese sentimiento de marginación o juicio por parte de la sociedad. De cualquier modo, aquellas personas que deciden acudir a tratamiento refieren experimentar una mayor presión social y familiar que les ayuda en el proceso de recuperación y mantenimiento de abstinencia. Es cierto que para acudir a tratamiento y lograr abstinencia se requiere tener motivación, sin ella, la persona no le encontrará sentido al tratamiento, no obstante, este factor no es suficiente en sí mismo para mantener la abstinencia. Hemos podido conocer, gracias al estudio realizado, que esta motivación viene dada en aquellas personas que han experimentado una “pérdida completa de control” sobre su vida. Son personas que refieren “haber tocado fondo” y encuentran la motivación para el cambio en esa profunda depresión en la que sienten que han tenido una pérdida importante en su vida (trabajo, pareja, economía...) a causa del problema con el alcohol. Es considerablemente relevante el hecho de que la persona encuentre motivación para lograr el cambio y que, en ese proceso de cambio, la persona se sienta empoderada para vencer cualquier impulso que le desvíe de su camino hacia la abstinencia. Es imprescindible trabajar este sentimiento de empoderamiento con la persona, se considera un elemento fundamental en la persona durante el tratamiento psicológico.

Una vez abordados los indicadores psicológicos (motivación, empoderamiento, asertividad, etc.) para la recuperación por el trastorno de alcohol, nos adentramos con los indicadores sociales. Como se ha podido demostrar, el hecho de contar con una red de apoyo social o familiar o contar con la posibilidad de realizar actividades alejadas del consumo, ayuda y facilita en gran medida la recuperación por TUS. Bien es cierto que

estos indicadores son esenciales para lograr una recuperación exitosa e incluso llegar a la abstinencia, sin embargo, no hay que dejarse llevar por largos periodos de abstinencia, ya que éstos mismos no son indicadores de una recuperación plena. Postratamiento, las tasas de recaídas son muy altas, por ello se ha indagado acerca de los indicadores que ayudarían a mantener el periodo de abstinencia fuera de los grupos de ayuda o del tratamiento psicológico. Siendo éstos: evitar tentaciones, evitar situaciones estresantes y hacer frente a las emociones negativas con herramientas de afrontamiento adquiridas durante el tratamiento.

En conclusión, los principales indicadores para lograr una recuperación exitosa de TUS son: el apoyo de familiares, amigos y pareja, la espiritualidad y la esperanza y la motivación para el cambio, siendo todos ellos necesarios y ninguno suficiente por sí mismo.

Por otro lado, nos planteábamos la cuestión de diferencias de género con respecto a la recuperación del trastorno por uso de alcohol. Sabemos que la incidencia de TUS es mayor en hombres que en mujeres y, también sabemos que la incidencia en mujeres está subiendo con los años más que los hombres. Podemos decir que la incidencia mayor en hombres es un indicador de que, por lo general, las mujeres consumen en solitario y, por consiguiente, acuden menos a tratamiento porque no detectan el problema con el alcohol.

Encontramos más diferencias en el “para qué” del consumo, siendo en las mujeres “para hacer frente a las emociones negativas y de estrés”, habiendo que hacer hincapié en reformular esa cuestión. Además, éstas son más propensas a desarrollar TUS si algún familiar o su pareja son consumidores excesivos de alcohol, por eso, habría que poner el foco tanto en pacientes como en acompañantes como método de prevención y de tratamiento. En relación a los periodos de abstinencia de los que hablábamos, sabemos que en las mujeres hay una relación directa entre la severidad de los síntomas del trauma y la cantidad de los mismos y el tener recaídas. Es decir, a la hora de establecer un tratamiento para las mujeres, contando con que ellas tienen mucho menor apoyo social que los hombres, debemos valorar este precursor de recaídas y evitar que se dé.

Concluyendo, podemos decir que los principales indicadores para una recuperación exitosa en el trastorno por uso de alcohol son los apoyos sociales y la motivación para el cambio, y que encontramos diferencias de género en la recuperación ya que las mujeres se encuentran con mucho menor apoyo social que los hombres y las afectaciones a nivel físico, psíquico y hormonal son mucho más intrusivas y dañinas en ellas que en ellos.

No obstante, se ha demostrado que, tras haber pasado por tratamiento, las mujeres presentan mayores probabilidades de consumir menos cantidades e, incluso, estar libres de problemas con el alcohol.

Tras la realización de este estudio, podemos sacar en claro varias cosas de cara a líneas de intervención futuras. Para empezar, es importante cuando la persona acude a tratamiento, conocer la severidad de su trastorno por uso de alcohol, así como apoyos sociales y motivaciones personales. También se deben tener en cuenta las diferencias de género que hay con respecto al consumo y a la afectación del mismo en un género u otro. Es importante ya que, a la hora de trazar un tratamiento que resulte efectivo para la persona, no será la misma terapia para las mujeres que para los hombres. Conociendo y teniendo en cuenta los principales motivos de consumo de ellas, la terapia psicológica deberá atender a los problemas psicológicos subyacentes al trastorno por uso de alcohol. Llevando un buen cuidado psicológico para el TUS y proporcionando las herramientas de afrontamiento y enseñanzas adecuadas podremos prevenir un gran porcentaje de recaídas. Hay que cuidar las herramientas aportadas durante el tratamiento que puedan servirles de ayuda cuando experimenten esa necesidad incontrolable de consumir postratamiento.

7. Bibliografía

- Ávila, E, J.J., y González Parra, D. (2007). Diferencias de género en la enfermedad alcohólica. *Adicciones*, 19(4), 383-392.
- Ávila, J.J, Pérez, A., Rodríguez, M. (1994). Estudio de una muestra de pacientes alcohólicos dos años después de finalizar el tratamiento. *Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr*, 22, 6-124.
- Bach, L. (1995). Alcoholismo femenino. *Adicciones*, 7, 3-5.
- Beckman, L.J. (1975). Women alcoholics. A review of social and psychological studies. *Journal of Study on Alcohol*, 36, 797-824.
- Bischof, G., Rumpf, H.J., Hapke, U., Mayer, C., y Jone, U. (2003). Types of natural recovery from alcohol dependence: a cluster analytic approach. *Addiction*, 98, 1371-1406.
- Bischof, G., Rumpf, H.J., Hapke, U., Meyer, C., y John, U. (2000). Maintenance Factors of Recovery From Alcohol Dependence in Treated and Untreated Individuals. *Alcoholism: Clinical and experimental research*, 24(12), 1773-1777.
- Blume, S.B. (1986). Women and alcohol: A review. *JAMA*, 256, 1467-1470.
- Blume, S.B. (1997). Women: clinical aspects. *Substance Abuse: A Comprehensive Textbook*. Willians & Wilkins, 645-654.
- Burman, S. (1997). The challenge of sobriety: natural recovery without treatment and self-help groups. *Journal of Substance Abuse*, 9, 41-61.
- Carballo, J.L., Fernández-Hermida, J.R., Secades-Villa, R., y García-Rodríguez, O. (2007). Determinantes de la recuperación de los problemas de alcohol en sujetos tratados y no tratados en una muestra española. *Adicciones*, 20(1), 49-58.
- Carroll, M.E., Smethells, J.R. (2016). Sex differences in behavioral dyscontrol: Role in drug addiction and novel treatments. *Front Psychiatry*, 6.
- Epstein, E.E., Menges, D. (2013). Women and addiction. In: McCrady BS, Epstein EE, editors. *Addictions: A Comprehensive Guidebook*, 788-818.

- Erol, A., Karpyak, V.M. (2015) Sex and gender-related differences in alcohol use and its consequences: Contemporary knowledge and future research considerations. *Drug Alcohol Depend*, 156, 1-13.
- Fan, A.Z., Chou, S.P., Zhang, H., Jung, J., y Grant, B.F. (2019). Prevalence and Correlates of Past-Year Recovery From DSM-5 Alcohol Use Disorder: Results From National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions-III. *Alcohol Clin Exp Res*, 43(11), 2406-2420.
- Fox, H.C., Sinha, R. (2009) Sex differences in drug-related stress-system changes: Implications for treatment in substance-abusing women. *Harv Rev Psychiatry*, 17(2), 103–119.
- Gibson, C.H. (1991). A concept analysis of empowerment. *Journal of Advanced Nursing*, 16, 354-361.
- Gibson, C.H. (1995). The process of empowerment in mother of chronically ill children. *Journal of Advanced Nursing*, 21, 1201-1210.
- Goldstein, R.B., Dawson, D.A., Chou, S.P., y Grant, B.F. (2010). Sex differences in prevalence and comorbidity of alcohol and drug use disorders: results from wave 2 of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Stud Alcohol Drugs*, 73(6), 938-50
- Gossop, M., Stewart, D., Browne, N., Marsden, J. (2002). Factors associated with abstinence, lapse or relapse to heroin use after residential treatment: protective effect of coping responses. *Addiction*, 97(10), 1259–1267.
- Grant, B.F., Chou, S.P., Saha, T.D., Pickering, R.P., Kerridge, B.T., Ruan, W.J., Huang, B., Jung, J., Zhang, H., Fan, A., y Hasin, D.S. (2017) Prevalence of 12-Month Alcohol Use, High-Risk Drinking, and DSM-IV Alcohol Use Disorder in the United States, 2001-2002 to 2012-2013: Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *JAMA Psychiatry*, 74(9), 911-923.
- Grant, B.F., Goldstein, R.B., Saha, T.D. (2015) Epidemiology of DSM-5 alcohol use disorder: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions III. *JAMA Psychiatry*, 72(8), 757–766.

- Greenfield, S.F., Brooks, A.J., Gordon, S.M., Green, C.A., Kropp, F., McHugh, R.K., Lincoln, M., Hien, D., Miele, G.M. (2007). Substance abuse treatment entry, retention, and outcome in women: a review of the literature. *Drug Alcohol Depend*, 86(1), 1-21.
- Grella, C.E., Stein, J.A. (2013). Remission from substance dependence: differences between individuals in a general population longitudinal survey who do and do not seek help. *Drug Alcohol Depend*, 133(1),146-53.
- Groshkova, T., Best, D., y White. W. (2012). The Assessment of Recovery Capital: Properties and psychometrics of a measure of addiction recovery strengths. *Drug and Alcohol Review*.
- Heffner JL, Blom TJ, Anthenelli RM. (2011). Gender differences in trauma history and symptoms as predictors of relapse to alcohol and drug use. *Am J Addict*, 20(4), 307-11.
- Hien, D., Litt, L.C., Cohen, L.R., et al. (2009). Trauma Services for Women in Substance Abuse Treatment: An Integrated Approach.
- Hill, S.Y. (1995). Mental and physical health consequences of alcohol use in women. *Alcoholism and Women*, 12, 181-197.
- Holzhauser, C. G., Cucciare, M., & Epstein, E. E. (2020). Sex and Gender Effects in Recovery From Alcohol Use Disorder. *Alcohol research: current reviews*, 40(3), 03. <https://doi.org/10.35946/arcr.v40.3.03>
- Hudson, A., Stamp J.A. (2011) Ovarian hormones and propensity to drug relapse: A review. *Neurosci Biobehav Rev*, 35(3), 427-436.
- Karpyak, V.M., Biernacka, J.M., Geske, J.R., Abulseoud, O.A., Brunner, M.D., Chauhan, M., Hall-Flavin, D.K., Lewis, K.A., Loukianova, L.L., Melnyk, G.J., Onsrud, D.A., Proctor, B.D., Schneekloth, T.D., Skime, M.K., Wittkopp, J.E., Frye, M.A., y Mrazek, DA. (2016). Gender-specific effects of comorbid depression and anxiety on the propensity to drink in negative emotional states. *Addiction*, 111(8), 1366-75.
- Kelly, J.F., Bergman, B., Hoepfner, B.B., Vilsaint, C., y White, W.L. (2017). Prevalence and pathways of recovery from drug and alcohol problems in the

United States population: Implications for practice, research, and policy. *Drug Alcohol Depend*, 181, 162-169.

Khan, S., Okuda, M., Hasin, D.S., Secades-Villa, R., Keyes, K., Lin, K.H., Grant, B., Blanco, C. (2013). Gender differences in lifetime alcohol dependence: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Alcohol Clin Exp Res*, 37(10), 1696-705.

Koob,G.F., Volkow,N.D. (2010). Neurocircuitry of addiction. *Neuropsychopharmacology*, 35(1), 217–238.

Lale, R., Sklar, M., Wooldridge, J. (2014). Gender congruence moderates beliefs about the causes of alcohol dependence and major depression. *Int J Ment Health Addict*, 12(4), 395–405.

Laudet, A. B., Magura, S., Vogel, H. S., Knight, E. L. (2004). Perceived reasons for substance misuse among persons with a psychiatric disorder. *American Journal on Orthopsychiatry*, 74(3), 365–375.

Laudet, A. B., Savage, R., Mahmood, D. (2002). Pathways to long-term recovery: a preliminary investigation. *Journal of Psychoactive Drugs*, 34(3), 305–311.

Laudet, A., Stanick, V., Sands, B. (2007). The effect of onsite 12-step meetings on post-treatment outcomes among polysubstance-dependent outpatient clients. *Evaluation Review*, 31(6), 613–646.

Laudet, A., White, W. (2004). An exploration of relapse patterns among former polysubstance users. 132nd Annual Meeting of the American Public Health Association.

Laudet, A.B. (2008). The road to recovery: where are we going and how do we get there? Empirically driven conclusions and future directions for service development and research. *Substance Use & Misuse*, 43, 2001-2020.

Le Berre, A.P. (2019). Emotional processing and social cognition in alcohol use disorder. *Neuropsychology*, 33(6), 808–821. <https://doi.org/10.1037/neu0000572>

Lehavot K, Stappenbeck CA, Luterek JA, Kaysen D, Simpson TL. (2014). Gender differences in relationships among PTSD severity, drinking motives, and alcohol

- use in a comorbid alcohol dependence and PTSD sample. *Psychol Addict Behav*, 28(1), 42-52.
- Limusin, F. (2002). Clinical and biological specificities of female alcoholism. *L'Encephale*, 28, 503-509.
- Ludwig, A.M., y Wikler, M.D. (1974). "Craving" and Relapse to Drink. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 35(1), 108-130.
- Magura, S., Laudet, A., Kang, S. Y., y Whitney, S. A. (1999). Effectiveness of comprehensive services for crack-dependent mothers with newborns and young children. *Journal of Psychoactive Drugs*, 31(4),321–338.
- Maisel, N.C., Blodgett, J.C., Wilbourne, P.L, Humphreys, K., y Finney, J.W. (2012). Meta-analysis of naltrexone and acamprosate for treating alcohol use disorders: when are these medications most helpful?. *Addiction*, 108, 275-293.
- Mann, K., Ackermann, K., Croissant, B. (2005) Neuroimaging of gender differences in alcohol dependence: Are women more vulnerable? *Alcohol Clin Exp Res*, 29(5), 896–901.
- Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales **DSM-5** (2014): American Psychiatric Association- **APA**.
- Margolis, R., Kilpatrick, A., Mooney, B. (2000). A retrospective look at long-term adolescent recovery: clinicians talk to researchers. *Journal of Psychoactive Drugs*, 32(1), 117–125.
- Mary, L., Bird, V., LeBoutillier, C., Williams, J., y Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *The British Journal of Psychiatry*, 199, 445-452.
- McCaul, M.E., Roach, D., Hasin, D.S., Weisner, C., Chang, G., y Sinha, R. (2019). Women and addiction. *Alcohol Clin Exp Res*, 43(5), 774-779.
- McCrary, B.S., Epstein, E.E., Fokas, K.F. (2020). Treatment interventios for women with alcohol use disorder. *Alcohol Res*, 40(2).

- Mojtabai, R., Graff Zivin, J. (2003). Effectiveness and cost-effectiveness of four treatment modalities for substance disorders: a propensity score analysis. *Health Services Research*, 38(1), 233–259.
- Moos, R.H., Moos, B.S., Timko, C. (2006). Gender, treatment and self-help in remission from alcohol use disorders. *Clin Med Res*, 4(3):163-74.
- Mulford, H.A. (1979). Treating alcoholism versus acceleration the natural recovery process. A cost-benefit comparison. *Journal of Studies on Alcohol*, 40(5), 505-513.
- Nutt, D.J., King, L.A., y Phillips, L.D. (2010). Drug harms in the UK: a multicriteria decisión análisis. *The Lancet*, 376, 1558-1565.
- Ochoa mangado, E., Madoz-Gúrpide, A., y Vicente Muelas, N. (2009). Diagnóstico y tratamiento de la dependencia del alcohol. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 55(214), 26-40.
- Owen, P.L., Slaymaker, V., Tonigan, J.S., McCrady, B.S., Epstein, E.E., Kaskutas, L.A., Humphreys, K., y Miller, W.R. (2003). Participation in alcoholics anonymus: intended and unintended change mechanisms. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 27, 524-532.
- Peltier, M.R., Verplaetse, T.L., Mineur, Y.S. (2019). Sex differences in stress-related alcohol use. *Neurobiol Stress*, 10.
- Pereiro Gómez, C., y Fernández Miranda, J.J. (2018). Guía de adicciones para especialistas en formación. *Socidrogalcohol*
- Prochaska, J.O., DiClemente, C.C., Norcross, J.C. (1992). In search of how people change. *Am Psychol*, 47, 1102-1114.
- Rettie, H., Hogan, L., y Miles Cox, W. (2018). The Recovery Strenghts Questionnaire for alcohol and drug use disorders. *Drug and Alcohol Review*.
- Rockville, M.D. (2019). Key Substance Use and Mental Health Indicators in the United States: Results From the 2018 National Survey on Drug Use and Health. *Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA)*.

- Rodwell, C.M. (1996). An analysisi of the concept of empowerment. *Journal of Advanced Nursing*, 23, 305-313.
- Roizen, R., Cahalan, D., y Shanks, P. (1978). Spontaneous remission among untreated problem drinkers. *Longitudinal research on drug use: Empirical findings and methodological issues*, 197-221.
- Rubio, G., Blázquez, A. (2000). Mujer y problemas por el alcohol. *Guía Práctica de Intervención en el Alcoholismo*, 327-336.
- Rumpf, H.J., Bischof, G., Hapke, U., Meyer, C., y John, U. (2000). Studies on natural recovery from alcohol dependence: sample selectionbias by media solicitation?. *Addiction*, 95, 765-775.
- Rumpf, H.J., Hapke, U., Meyer, C., y John, U. (2002). Screening for Alcohol Use Disorders and At-risk Drinking in the General Population: Psychometric Performance of Three Questionnaires. *Alcohol and Alcoholism*, 37, 261-268.
- Sarich, P., Canfell, K., Banks, E., Paige, E., Egger, S., Joshy, G., Korda, R., y Weber, M. (2019). A Prospective Study of Health Conditions Related to Alcohol Consumption Cessation Among 97,852 Drinkers Aged 45 and Over in Australia. *Alcohol Clin Exp Res*, 43(4), 710-721.
- Saunders, W.M., y Kershaw, P.W. (1979). Spontaneous Remission from Alcoholism: A Community Study. *British Journal of Addiction to Alcohol & Other Drugs*, 73, 251-265.
- Schuckit, M.A., Tipp, J.E., Smith, T.L., y Bucholz, K.K. (1997). Periods of abstinence following the onset of alcohol deoendence in 1,853 men and women. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 58(6), 581-589.
- Simpson, D. D., Joe, G. W., Broome, K. M. (2002). A national 5-year follow-up of treatment outcomes for cocaine dependence. *Arch General Psychiatry*, 59(6), 538–544.
- Smart, R.G. (1976). Spontaneous recovery in alcoholics: A review and análisis of the available research. *Drug Alcohol Dpend*, 277-285.
- Sobell, L. C., Klingemann, H. K., Toneatto, T., Sobell, M. B., Agrawal, S., Leo, G. I. (2001). Alcohol and drug abusers' perceived reasons for self-change in Canada

- and Switzerland: computer-assisted content analysis. *Substance Use and Misuse*, 36(11),1467–500.
- Sobell, L.C., Cunningham, J.A., Sobell, M.B. (1996). Recovery from alcohol problems with and without treatment: prevalence in two population surveys. *Am J Public Health*, 86(7), 966-72.
- Sobell, L.C., Cunningham, J.A., y Sobell, M.B. (1996). Recovery from alcohol problems with and without tratment: Prevalence in two populationsurveys. *Am Journal of Public Health*, 966-972
- Stavro, K., Potvin, S., y Pelletier, J. (2011). Paradoxical Cognitive Capacities in Dual Diagnosis Schizophrenia: The Quest for Explanatory Factors. *Journal of Dual Diagnosis*, 8, 35-47.
- Teesson, M., Ross, J., Darke, S., Lynskey, M., Ali, R., Ritter, A., et al. (2006). One-year outcomes for heroin dependence: findings from the Australian Treatment Outcome Study (ATOS). *Drug Alcohol Dependance*, 83(2), 174–180.
- Titus, J., Dennis, M., White, M., Godley, S., Tims, F., Diamond, G. (2002). An examination of adolescents’ reasons for starting, quitting, and continuing to use drugs and alcohol following treatment. 64th Annual Scientific Meeting of the College on Problems of Drug Dependence (CPDD).
- Toneatto, T., Sobell, L. C., Sobell, M. B., Rubel, E. (1999). Natural recovery from cocaine dependence. *Psychology of Addictive Behaviors*, 13(4), 259–268.
- Tuchfeld, B.S. (1981). Spontaneous remission in alcoholics: Empirical observations and theoretical implications. *Journal of Studdies on Alcohol*, 42, 626-641.
- Tucker, J. A., Chandler, S. D., y Witkiewitz, K. (2020). Epidemiology of Recovery From Alcohol Use Disorder. *Alcohol research: current reviews*, 40(3). <https://doi.org/10.35946/arcr.v40.3.02>
- Tucker, J.A. (2003). Natural resolution of alcohol-related problems. *Recent Dev Alcohol*, 16, 77-90.
- Tucker, J.A., Vuchinich, R.E., Pukish, M.M. (1995). Moral environmental contexts surrounding recovery from alcohol problems by trated and untreated problem drinkers. *Exp Clin Psychopharmacol*, 39, 127-133.

- Vaillant, G.E., & Milofsky, E.S. (1982). The etiology of alcoholism: A prospective viewpoint. *American Psychologist*, 37(5), 494–503.
- White, W.L., y Kurtz, E. (2008). Twelve Defining Moments in the History of Alcoholics Anonymous. *Recent Developments in Alcoholism*, 18, 37-57.
- Wilsnack, S.C. (1982). Alcohol abuse and alcoholism in women. *Enciclopedic Handbook of Alcoholism*, 718-735.
- Wilsnack, S.C. (1996). Patterns and trends in women's drinking: recent findings and some implications for prevention. *Women and Alcohol: Issues for Prevention Research*. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 19-63.
- Wilsnack, S.C., Wilsnack, R.W. (1995). Drinking and problem drinking in US women: Patterns and recent trends. *Recent Developments in Alcoholism*, 12, 29-60.
- Witkiewitz, K., Lutten, R.Z., y Leggio, L. (2019). Advances in the science and treatment of alcohol use disorder. *Science Advances*, 1-11.
- Witkiewitz, K., Wilson, A.D., Pearson, M.R., Montes, K.S., Kirouac, M., Roos, C.R., Hallgren, K.A., y Maisto, S.A. (2019). Profiles of recovery from alcohol use disorder at three years following treatment: can the definition of recovery be extended to include high functioning heavy drinkers? *Addiction*, 114(1), 69-80.
- Yeh, M.Y., Che, H.L., Lee, L.W., y Horng, F.F. (2008). An empowerment process: successful recovery from alcohol dependence. *Journal of Clinical Nursing*, 921-929.