

ORIGINAL

Modelo relacional de la recuperación centrada en el bienestar en el trastorno por uso de alcohol

A relational model of wellbeing-centered recovery in alcohol use disorder

LAURA ESTEBAN RODRÍGUEZ*, **, ANA SION*, **, ***; ENRIQUE RUBIO****; DANIEL MALDONADO SÁNCHEZ*; VÍCTOR ARMADA*, *****, GABRIEL RUBIO*, ***, *****, ROSA JURADO BARBA****, *****, GRUPO IN RECOVERY****, *****, *****.

* Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario 12 de Octubre. Instituto de Investigación Sanitaria Hospital 12 de Octubre (imas12), Madrid, España.

** Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid. Madrid, España.

*** Red de Investigación en Atención Primaria de Adicciones (RIAPAD), España.

**** In Recovery.

***** Facultad de Ciencias de la Salud - HM Hospitales, Universidad Camilo José Cela. Madrid, España.

***** Departamento de Departamento de Medicina Legal, Psiquiatría y Patología. Facultad de Medicina. Universidad Complutense de Madrid. Madrid, España.

***** Federación de Alcohólicos de la Comunidad de Madrid (FACOMA). Madrid, España.

Resumen

El bienestar es un elemento clave de las definiciones actuales de recuperación en el trastorno por uso de alcohol (TUA). No obstante, es preciso desarrollar un marco unificado para conceptualizar la recuperación, caracterizar sus elementos y los mecanismos para lograrla. El objetivo del estudio fue proponer un modelo que relacionara las dimensiones psicológicas implicadas en la recuperación del TUA. Se evaluó a 348 participantes con diferentes períodos de abstinencia (rango: 1 mes-28 años), mediante autoinformes de bienestar psicológico, calidad de vida, emocionalidad negativa y estrategias de afrontamiento. El análisis estadístico contó con un análisis factorial exploratorio (AFE) para identificar las dimensiones subyacentes a los indicadores evaluados y un modelo de ecuaciones estructurales (SEM) que las interrelacionó. El AFE identificó 3 factores que explicaron el 54,95% de la varianza: i) Afrontamiento; ii) Malestar Funcional (gestión emocional y capital de recuperación); iii) Salud Mental Positiva (bienestar y calidad de vida). El SEM mostró buenos índices de ajuste ($GFI = 1,00$, $SRMR = ,137$) y explicó el 85% de la varianza en Salud Mental Positiva ($R^2 = ,85$). Los resultados muestran que el tiempo de abstinencia se asocia con el aumento del empleo de estrategias de afrontamiento, lo que contribuye a la mejora del malestar funcional, y esto favorece la salud mental positiva. Esta investigación representa la primera propuesta metodológicamente sólida realizada en España para un modelo clínico de recuperación centrado en el bienestar, que redefine la comprensión de la recuperación en el TUA y proporciona soporte para intervenciones clínicas y evaluaciones más efectivas.

Palabras clave: modelo de recuperación, trastorno por uso de alcohol, salud mental positiva, malestar funcional, recuperación enriquecida, afrontamiento

Abstract

Wellbeing is a key element among the prevailing definitions of recovery from alcohol use disorder. However, there is an increasing need to develop a unified framework for recovery conceptualization and characterization of its components, as well as the mechanisms to achieve it. The objective of the study was to test a model relating the dimensions involved in recovery. A total of 348 participants with different periods of abstinence (range: 1 month-28 years) were assessed using self-reports of psychological well-being, quality of life, negative emotionality and coping strategies. Statistical analyses entailed an exploratory factor analysis (EFA) to uncover the underlying dimensions of psychological measures and a structural equation model (SEM) to elucidate their interrelations. The EFA identified 3 factors that explained 54.95% of the variance: i) Coping; ii) Functional Discomfort (emotional management and recovery capital); iii) Positive Mental Health (well-being and quality of life). The SEM demonstrated robust fit indices ($GFI = 1.00$, $SRMR = .137$) and explained 85% of the variance in well-being ($R^2 = .85$). The results suggest that during recovery in AUD, abstinence duration propels coping strategies which can ameliorate negative emotionality and enable an increase in personal and social resources. This process ultimately contributes to heightened well-being and an enhanced quality of life. The study represents a first methodologically sound proposal in Spain for a clinical recovery model centered on well-being. Its comprehensive paradigm not only reshapes our understanding of AUD recovery but also establishes a robust foundation for more efficacious clinical interventions and evaluations.

Keywords: model of recovery, alcohol use disorder, positive mental health, functional discomfort, enriched recovery, coping

■ Recibido: Enero 2024; Aceptado: Julio 2024.

■ ISSN: 0214-4840 / E-ISSN: 2604-6334

■ Enviar correspondencia a:

Laura Esteban Rodríguez. Instituto de Investigación Hospital 12 de Octubre. Avda. de Córdoba, s/n, 28041 – Madrid.
Email: lauest02@ucm.es

La Organización Mundial de la Salud (OMS) amplió su definición de salud en 1948, incluyendo nuevos aspectos para completar el concepto. En consecuencia, la salud se considera “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 1948). Esta ampliación de la definición ha generado una revisión sustancial de la noción de “recuperación” en diversas disciplinas, pues el concebir que la salud trasciende la ausencia de enfermedad, ha implicado extender el alcance de la recuperación más allá de la remisión de síntomas (Kaskutas et al., 2014, 2015; Slade et al., 2012). Sin embargo, la definición propuesta por la OMS adolece de falta de operatividad al emplear calificativos como “estado completo de bienestar”, que carecen de un significado claro (Moreno, 2008). Estos términos, aunque expresan una aspiración a un nivel óptimo de salud, resultan desafiantes en términos de aplicación práctica y medición, planteando interrogantes sobre su traducción a acciones y criterios medibles.

En respuesta a esta necesidad de operatividad en los planteamientos de salud óptima, desde la psicología positiva, se han explorado nuevos modelos de salud (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000). El Modelo de Doble Factor de la Salud Mental (Greenspoon y Saklofske, 2001) ilustra la salud mental a través de dos constructos distintos, pero interrelacionados: uno centrado en los niveles de angustia, malestar o disfuncionalidad, y otro focalizado en los niveles de bienestar. La salud mental se considera así un estado completo que incluye tanto ausencia de indicadores negativos, como la presencia de parámetros positivos (Wang et al., 2011). En línea con este modelo, los indicadores negativos abarcan la psicopatología, los síntomas de depresión y ansiedad, la angustia y los trastornos mentales; mientras que los positivos incluyen la satisfacción con la vida, el bienestar psicológico, emocional y social (Magalhães y Calheiros, 2017; Westerhof y Keyes, 2010). Cada uno de ellos reflejaría dos continuos distintos, en lugar de los extremos de un solo espectro. Este modelo ha encontrado una fundamentación psicométrica consistente sobre la bidimensionalidad de la salud (Magalhães, 2024), acumulando evidencia en diferentes contextos y trastornos mentales (Iasiello y van Agteren, 2020). No obstante, este prometedor Modelo de Doble Factor de la Salud Mental aún no se ha desarrollado en el ámbito de la recuperación en los trastornos adictivos.

En este contexto de cambio de paradigma sobre la salud, en el campo de los trastornos adictivos y, en particular, en el trastorno por uso de alcohol (TUA), se necesitan enfoques de recuperación cuyo objetivo sea la salud integral del individuo, más allá de la abstinencia y la remisión de los síntomas. Si bien los intentos por definir la recuperación en los trastornos por uso de sustancias han contribuido positivamente en la delineación del concepto y de sus constituyentes, existe aún una clara falta de consenso (Ashford et al., 2019; Esteban-Rodríguez et al., 2024a; Inanlou et al.,

2020; Witkiewitz et al., 2020). La diversidad en las definiciones evidencia la carencia de un marco teórico consolidado, que unifique la comprensión de la recuperación en el TUA (Kelly y Hoeppner, 2015). Este escenario subraya la necesidad de desarrollar un marco conceptual holístico que permita una comprensión unificada de la recuperación centrada en la salud, fomentando una convergencia de ideas y perspectivas.

Las definiciones propuestas en la primera década del 2000 (por ej., Betty Ford Institute Consensus Panel, 2007; Center for Substance Abuse Treatment - CSAT, 2005; UK Drug Policy Commission Group -UKDPC, 2008) se caracterizaron por integrar la abstinencia en la definición de recuperación; no obstante, matizaron que no eran conceptos totalmente equiparables. Estas primeras definiciones tras el cambio de paradigma conciben la recuperación como un proceso que abarca mejoras en la salud, el bienestar y la participación social. Las definiciones posteriores (Ashford et al., 2019; Best et al., 2016; Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2011; Witkiewitz et al., 2020) han destacado principalmente las nociones de bienestar y calidad de vida, desvinculando la gestión de la sustancia de la propia definición. Sin embargo, todas estas definiciones presentan también desafíos en términos de aplicabilidad, ya que tienden a ser más prescriptivas que descriptivas y resultan complicadas de operativizar en la práctica.

En respuesta a estas críticas, Kelly y Hoeppner (2015) proponen un modelo biaxial de recuperación. Este modelo se define por dos componentes fundamentales: la remisión (mantenimiento de la abstinencia) y el capital de recuperación (recursos para apoyar la recuperación, para saber más ver la revisión de Hennessy et al., 2017). Este modelo postula que la relación entre la remisión y el capital de recuperación es recíproca, mediada por reducciones absolutas de estrés y/o una mejora en las estrategias de afrontamiento para gestionarlo (Kelly y Hoeppner, 2015). Además, el Modelo Biaxial plantea que el proceso de recuperación no es estático, sino que presenta diferentes características en distintos momentos de su desarrollo, sugiriendo la existencia de diversas etapas o fases de cambio en función del tiempo en abstinencia (Kelly y Hoeppner, 2015). De acuerdo con la propuesta de la Comisión de Políticas de drogas de UK (UKDPC, 2008), el Modelo Biaxial de la recuperación plantea tres etapas: sobriedad temprana (1^{er} año de abstinencia); sobriedad sostenida (1-5 años de abstinencia); y sobriedad estable (más de 5 años de abstinencia).

A este respecto, los trabajos cuantitativos han delineado distintas etapas de recuperación en base a esta interacción entre el tiempo en abstinencia y los diferentes dominios que se han relacionado con la recuperación. En el contexto español, se han propuesto cuatro etapas basadas en la equiparación de los niveles de bienestar y calidad de vida entre individuos con TUA y un grupo control sin diagnóstico de adicciones (Rubio et al., 2023). La recuperación temprana

se manifiesta durante el primer año de abstinencia, donde los pacientes con TUA alcanzan niveles similares a los de personas sanas en la calidad de vida relacionada con la salud física. La recuperación sostenida (de 1 a 4 años de abstinencia) se caracteriza por la equiparación de la calidad de vida relacionada con la salud psicológica. A medida que se amplía el tiempo de abstinencia, surgían nuevas equiparaciones en dimensiones como la calidad de vida relacional, la sintomatología afectiva, el bienestar eudaimónico y el bienestar subjetivo, marcando la fase de recuperación avanzada (de 4 a 10 años de abstinencia). Finalmente, después de 10 años de abstinencia, se observaba una equiparación en dimensiones como la autoaceptación y la autonomía (Rubio et al., 2023).

Si bien este estudio (Rubio et al., 2023), junto a otros trabajos (Kelly et al., 2018), han aportado valiosas perspectivas sobre la recuperación a largo plazo y los niveles de salud positiva y negativa en diferentes momentos de la abstinencia, plantean la dificultad de abordar de forma integrada el proceso de recuperación. La gran diversidad de variables empleadas para caracterizar las etapas ha resultado útil para aproximarse a la complejidad del proceso, pero dificulta una visión global de la recuperación como una cuestión unitaria y dinámica. Asimismo, estos estudios centrados en analizar la relación individual de las variables con los tiempos de abstinencia ayudan a entender el proceso, pero no nos brindan información sobre cómo estas dimensiones se interrelacionan para fomentar la recuperación a largo plazo.

En síntesis, la evolución del paradigma de recuperación en el TUA, orientado ahora a la salud integral del individuo, ha desencadenado, al menos, dos desafíos cruciales. Primero, la ausencia de una definición común y de dimensiones operativas de la recuperación dificulta la construcción de un marco teórico sólido, esencial para una comprensión holística y eficaz del proceso. Segundo, la carencia de un modelo de interrelaciones entre las diversas dimensiones limita la descripción y comprensión del proceso de recuperación a largo plazo.

La aplicación del Modelo de Doble Factor de la Salud Mental en el ámbito de la recuperación del TUA podría resultar beneficiosa en este contexto. Este Modelo ofrece una conceptualización de la salud completa y operativa, abordando la reducción del malestar (componente negativo) y el incremento de la salud mental positiva. Entender la recuperación como el proceso de cambio hacia ese estado completo de salud puede actuar como un nexo entre las diversas definiciones de recuperación. Debido a que las conceptualizaciones recientes enfatizan cada vez más en los indicadores positivos de la salud (Ashford et al., 2019; Best et al., 2016; Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2011; Witkiewitz et al., 2020), pero encuentran conflictos al desvincularlos de los síntomas, como por ejemplo del consumo (Esteban Rodríguez et al., 2024b). Este Modelo dual de la salud permitiría abarcar

tanto la remisión del malestar a lo largo del proceso de recuperación, como la obtención de bienestar como objetivo último, de acuerdo con las definiciones de recuperación. Si además se tienen en consideración la abstinencia y el capital de recuperación, junto con las estrategias de afrontamiento, en el marco del Modelo Biaxial de Kelly y Hoepfner (2015), se podría desarrollar una visión global y dinámica del proceso de recuperación.

Este estudio aborda cuestiones clave relacionadas con la recuperación del TUA, integrando diversos dominios para ofrecer una visión completa del proceso. Se adopta la idea de la recuperación como un proceso de mejora de la salud, considerando tanto los componentes negativos como los positivos. Además, se incorporan aportaciones de otros modelos específicos para trastornos adictivos, examinando las relaciones entre la remisión (abstinencia), el capital de recuperación y las estrategias de afrontamiento con estos indicadores positivos y negativos de la salud.

Desde la concepción de la adicción como una conducta operante desadaptativa fuertemente arraigada (Apud y Romani, 2016; Heinz et al., 2019; Lewis, 2017; Lüscher et al., 2020; Ruiz Sánchez de León, 2022; Wise y Jordan, 2021), se postula que un cambio conductual significativo, como cesar el consumo y adoptar conductas alternativas, conlleva una remisión de los índices negativos de salud. A su vez, la extinción de la conducta problema, junto con el desarrollo de estrategias de afrontamiento y la mejora del malestar, promueven la salud positiva de las personas en recuperación. De este modo, se plantea la hipótesis de que la recuperación se desarrolla hacia un estado de salud pleno: la abstinencia y las estrategias de afrontamiento se asociarían con una mejora en los índices negativos de salud mental, lo que a su vez fomentaría mejoras sustanciales en el bienestar y la calidad de vida.

Por lo tanto, el objetivo de este trabajo es comprobar las interconexiones entre dimensiones psicológicas implicadas en la recuperación para alcanzar un estado de salud mental positiva, formulando un modelo relacional de la recuperación en población clínica en abstinencia.

Métodos

Diseño

Se llevó a cabo un estudio transversal con una muestra clínica en abstinencia diagnosticada de trastorno por uso de alcohol (TUA). Se incluyeron pacientes con TUA con diferentes periodos de abstinencia, que acudían a tratamiento, bien en el Servicio de Psiquiatría del Hospital 12 de Octubre, o bien a grupos de ayuda mutua de la Comunidad de Madrid.

Participantes

Se obtuvo una muestra de 348 participantes diagnosticados de TUA en abstinencia completa al alcohol (rango de periodos de abstinencia: 1 mes – 28 años). Todos los parti-

cipantes acudían a tratamientos dirigidos a la abstinencia, ya sea en el programa de la Unidad de Alcohol del Servicio de Psiquiatría del Hospital 12 de Octubre, ya sea a grupos de ayuda mutua.

Los participantes con menos de dos años de abstinencia asistían de forma ambulatoria al programa terapéutico del Hospital 12 de Octubre. Se trata de un programa de tratamiento público (financiado y gestionado por el sistema público de salud español) con una duración de dos años. Para más detalles sobre el programa terapéutico puede verse Rubio et al. (2018). Posteriormente, se puede continuar con la participación en grupos de ayuda mutua.

Para completar la muestra de pacientes con más de dos años de abstinencia, se invitó a participar a las personas que asistían a grupos de ayuda mutua. En concreto, participaron en el estudio tres asociaciones de la Federación de Alcohólicos de la Comunidad de Madrid (FACOMA), que siguen el modelo de tratamiento cognitivo-conductual (FACOMA, 2016), y tres de Alcohólicos Anónimos (AA) con un modelo de 12 pasos.

La muestra estuvo compuesta por 114 mujeres y 234 hombres, con edades comprendidas entre los 27 y los 75 años ($M = 52,71$; $DE = 9,01$). Los pacientes tenían mayoritariamente estudios obligatorios (38,79%) o superiores

Tabla 1
Descriptivos de la muestra

Datos sociodemográficos		n	M (DE)/ Frecuencia (%)	Mín.-Máx.
Edad		348	52,71 (9,01)	27-75
Género	Hombre	234	67,24%	
	Mujer	114	32,76%	
Nivel educativo	Educación obligatoria	135	38,79%	
	Educación secundaria postobligatoria	94	27,01%	
	Estudios superiores	119	34,20%	
Situación laboral	Activa	138	39,66%	
	Desempleo	73	2,98%	
	Baja laboral	41	11,78%	
	Estudiante	3	,86%	
	Jubilación	92	26,44%	
Estado civil	Soltero/o	75	21,55%	
	Casado/o	158	45,40%	
	Divorciado/o	58	16,67%	
	Separado/o	13	3,74%	
	En pareja	39	11,21%	
	Viuda/o	5	1,44%	
Datos clínicos		n	M (DE)/ Frecuencia (%)	Mín.-Máx.
Tiempo de abstinencia (en años)		348	3.84 (4.44)	1 mes-28 años
Grupos en función del tiempo en abstinencia	Menos de 1 año	98	28,2%	
	1-5 años	164	47,1%	
	Más de 5 años	86	24,7%	
Edad de inicio del consumo		348	14.55 (4.07)	4 - 47
Consumo de tabaco	No	173	49,71%	
	Sí	172	49,43%	
Consumo en el pasado de otras sustancias	No	206	59,20%	
	Sí	142	40,8%	
Tratamiento	Hospital	164	47,13%	
	FACOMA	129	37,07%	
	AA	55	15,80%	

Nota. Medias (M) de medidas clínicas y demográficas, desviaciones estándar (DE), valores de frecuencia (expresados en %), valores mínimos (Mín.) y máximos (Máx.).

(34,20%). El 39,66% de los participantes se encontraba en situación laboral activa. Los periodos de abstinencia hasta el momento de la evaluación fueron desde 1 mes a 28 años sin consumir ($M = 3,84$ años; $DE = 4,44$), (Tabla 1).

Todos los pacientes presentaban al menos un mes de abstinencia y no consumían de forma activa otras sustancias (a excepción de café y/o tabaco). Se excluyeron aquellos pacientes diagnosticados de otra patología psiquiátrica o condición neurológica que pudiese interferir en la evaluación.

Los participantes dieron su consentimiento para participar en el estudio, tanto de forma oral como por escrito.

Instrumentos

- Escala de Calidad de vida (WHOQOL-BREF). La WHOQOL-BREF es una versión abreviada (27 ítems) del WHOQOL-100 original (World Health Organization-Quality of Life, 1998), que mide cuatro dominios: A) Salud física: incluye actividades de la vida diaria, dependencia de medicamentos y ayudas médicas, energía y fatiga, movilidad, dolor, sueño y capacidad de trabajo; B) Salud psicológica: comprende imagen corporal, sentimientos negativos y positivos, autoestima, espiritualidad o creencias personales, capacidad de aprendizaje, memoria y concentración; C) Relaciones sociales: evalúa las relaciones personales, el apoyo social y la satisfacción con la actividad sexual; D) Ambiente: abarca recursos económicos, seguridad física, asistencia sanitaria y social, entorno doméstico, oportunidades para adquirir nueva información y habilidades, participación en actividades de ocio, y transporte. Los dominios muestran valores de consistencia interna Alfa de ,82, ,81, ,68 y ,80, respectivamente (Skevington et al., 2004). La versión española del WHOQOL-BREF muestra una consistencia interna que oscila entre ,69 - ,77 (Benítez-Borrego et al., 2014).
- Escala de Bienestar Psicológico (*Psychological Well-Being Scale*, PWBS). Está basada en el modelo multidimensional de bienestar psicológico de Ryff (1989a, 1989b). La versión de 54 ítems (van Dierendonck, 2004) utilizada en este estudio evalúa seis dimensiones: Autoaceptación (sentirse bien consigo mismo, reconociendo las propias limitaciones); Autonomía (independencia y autodeterminación); Dominio del Entorno (habilidad para elegir o crear entornos favorables); Propósito en la Vida (definir objetivos que den sentido a la vida); Crecimiento Personal (empeño por desarrollar las potencialidades) y Relaciones positivas (mantener relaciones sociales estables y de confianza). Las dimensiones muestran valores de consistencia interna de ,83, ,78, ,77, ,73, ,65 y ,80, respectivamente (van Dierendonck, 2004). La versión española tiene una consistencia interna que varía entre ,58 y ,71 (Díaz et al., 2006).
- Escala de Satisfacción con la vida (Satisfaction With Life Scale, SWLS). La satisfacción con la vida hace referencia a la evaluación global que las personas hacen de su propia vida, comparando sus propias circunstancias vitales con el estándar que se considera adecuado (Diener et al., 1985). La versión original muestra una consistencia interna de ,87 (Diener et al., 1985). La versión española del SWLS muestra una consistencia interna de ,88 (Vázquez et al., 2013).
- Escala de Ansiedad de Hamilton (HAM- A). Se trata de una medida de autoinforme que evalúa la gravedad o intensidad de los síntomas de la ansiedad. Consta de 14 elementos definidos por síntomas tanto psicológicos como somáticos. Sus valores de consistencia interna oscilan entre ,79 y ,86 (Hamilton, 1959). Se ha traducido al cantonés, francés y español (Thompson, 2015). Este trabajo ha utilizado la versión española de Lobo et al. (2002).
- Escala de Depresión de Hamilton (HAM-D). Se trata de una medida de autoinforme que evalúa el perfil sintomático y la gravedad de la depresión. La versión utilizada consta de 21 ítems con 5 opciones de respuesta. Los valores de consistencia interna varían entre ,76 y ,92 (Hamilton, 1960). La versión española de la HAM-D muestra una consistencia interna de ,78 (Bobes et al., 2003).
- Cuestionario de Aceptación y Acción (Acceptance and Action Questionnaire, AAQ-II). Evalúa la evitación experiencial y la inflexibilidad psicológica. En este estudio se empleó la versión en español de 10 ítems con 7 opciones de respuesta tipo Likert. La escala original presenta una consistencia interna de ,87 (Bond et al., 2011).
- Inventario de Habilidades de Afrontamiento de Litman (Litman's Coping Behaviors Inventory, CBI). Identifica las estrategias de afrontamiento empleadas para evitar el consumo cuando se experimentan deseos de beber o situaciones de riesgo. Distingue cuatro factores o estrategias: A) Pensamiento positivo (reflexionar sobre las consecuencias positivas de la abstinencia); B) Pensamiento negativo (reflexionar sobre las consecuencias problemáticas del consumo); C) Distracción (iniciar actividades agradables); D) Evitación (eludir situaciones relacionadas con la bebida). Estos factores explican el 54% de la varianza, con valores de consistencia interna de ,91, ,81, ,65 y ,75, respectivamente (Litman et al., 1983). En muestras españolas, los valores de consistencia interna alcanzan el ,90 en individuos dependientes del alcohol (García González y Alonso Suárez, 2002).
- Valoración del Capital de Recuperación (VCR). Evalúa 10 elementos implicados en la recuperación: Abstinencia/Uso de Sustancias, Salud Psicológica Global, Salud Física Global, Implicación Comunitaria, Apoyo

Social, Actividades de Ocio, Entorno Familiar, Asunción de Riesgos, Funcionamiento Vital y Experiencia de Recuperación (para saber más ver Groshkova et al. (2013). La escala original muestra correlaciones intraclase entre ,50 y ,73 (Groshkova et al., 2013), y la adaptación española presenta una consistencia interna de ,90 (Sion et al., 2022).

Procedimiento

La determinación del tamaño de la muestra se basó en los análisis estadísticos planificados. Considerando la naturaleza del análisis factorial exploratorio (AFE) se fijó que la proporción de participantes por elemento debía situarse, al menos, entre 5:1 (Gorsuch, 1983) o 10:1 (Velicer y Fava, 1998), con un tamaño mínimo de 100 participantes. Dado que se evaluaron 19 dimensiones (dimensiones de subescalas y conceptos globales de cada escala), se estableció que la muestra mínima debía estar conformada por 100-190 participantes para realizar el AFE. Para el modelo de ecuaciones estructurales (*structural equation modeling*, SEM), se siguieron las recomendaciones de Kline (2005) y Jackson (2003) de al menos 200 observaciones. En concordancia con estos estándares, la muestra final incluyó a 348 participantes, cumpliendo con estos criterios.

Se utilizó una estrategia de muestreo no probabilístico por conveniencia. Se solicitó la participación voluntaria a los pacientes que acudían a tratamiento por TUA al programa de tratamiento ambulatorio de la Unidad de Alcohol del servicio psiquiatría del Hospital 12 de Octubre y a los grupos de ayuda-mutua de las asociaciones de FACOMA y AA.

Los participantes procedentes del Hospital 12 de Octubre fueron reclutados en el contexto del tratamiento. Psiquiatras adjuntos superiores, responsables del programa, solicitaron la participación de los pacientes en el estudio. Se recalcó que la participación era voluntaria y que, en ningún caso, afectaría a su tratamiento. Aquellos que aceptaron realizar el estudio fueron evaluados individualmente en las instalaciones del Hospital.

En el caso del reclutamiento de los participantes de la asociación FACOMA, éste fue realizado por la psicóloga responsable de los grupos terapéuticos y de la asistencia psicológica en las sedes de FACOMA. Las condiciones de reclutamiento fueron similares a la anterior: tenían indicaciones explícitas sobre la participación voluntaria, sin repercusiones en el tratamiento. Los individuos fueron evaluados en cada una de las sedes de FACOMA. Para los individuos procedentes de grupos de AA, el reclutamiento se realizó a través de un representante que se encargó de la invitación al estudio. Una vez que manifestaron interés en el estudio, un psiquiatra senior del Hospital 12 de Octubre se puso en contacto con ellos para evaluarlos dentro de las instalaciones del hospital.

En todos los casos, tras explicar el estudio a cada participante y obtener la firma del consentimiento informado, se

procedió a la cumplimentación de las escalas. Las escalas se pasaron en una sola sesión (90 minutos aproximadamente), en la que también se realizó una breve entrevista semi-estructurada para el registro de datos sociodemográficos y clínicos. Los cuestionarios se rellenaron en formato digital mediante la plataforma RedCap con el apoyo de las investigadoras. Las respuestas a los cuestionarios se pasaron a una base de datos en SPSS para su posterior análisis.

Todos los procedimientos fueron aprobados por el Comité de ética del Hospital 12 de Octubre, entendiendo que el estudio y la metodología empleada se ajustaban a las normas éticas esenciales y criterios deontológicos que rigen el Centro (CEIm 19/086).

Análisis de datos

En primer lugar, se realizó un análisis descriptivo para explorar las características sociodemográficas (ej. edad, género, nivel educativo, situación laboral) y clínicas (ej. tiempo de abstinencia, tratamientos previos, edad de inicio del consumo) de la muestra. Igualmente, se realizó un análisis descriptivo de las puntuaciones en los cuestionarios. A continuación, se compararon las puntuaciones de los cuestionarios según el grupo de ayuda mutua al que asistían los participantes, ajustando por edad y tiempo de abstinencia, mediante un análisis MANCOVA.

En tercer lugar, se calcularon correlaciones entre el tiempo de abstinencia (puntuación directa en meses) y las puntuaciones Z de las diferentes escalas y subescalas. Se empleó el coeficiente de Spearman (Rho de Spearman) debido a la falta de normalidad en algunas variables, determinada mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov, y/o a que el número de opciones en la escala Likert era inferior a seis. Solo se consideraron para análisis posteriores aquellas variables que mostraron correlaciones significativas con el tiempo de abstinencia.

Las variables transformadas a puntuaciones Z que mostraron correlaciones significativas con el tiempo en abstinencia, se emplearon para realizar un Modelo de Ecuaciones Estructurales (SEM). Los SEM permiten estimar efectos y relaciones entre múltiples variables a partir de las correlaciones existentes en una muestra de manera transversal (Ruiz et al., 2010), lo que hace que este modelo sea especialmente adecuado para este estudio. La evaluación del SEM se realizó en dos pasos, teniendo en cuenta que se precisa un Modelo de Medida válido antes de evaluar el componente estructural (Orgaz Baz, 2008): primero, se buscó un Modelo de Medida aceptable y, posteriormente, se evaluó el componente estructural.

Dado que se disponía de una hipótesis preliminar sobre las dimensiones subyacentes, pero no de una teoría suficientemente consolidada para especificar un modelo confirmatorio, se llevó a cabo un Análisis Factorial Exploratorio (AFE). Este enfoque permite identificar el número y la naturaleza de los factores latentes sin imponer

una estructura predeterminada, conforme a las recomendaciones de Ferrando y Anguiano-Carrasco (2010) en situaciones donde la teoría subyacente aún no está completamente desarrollada. Se utilizó Mínimos Cuadrados no Ponderados (ULS) como método de estimación, de acuerdo con las orientaciones de Lloret-Segura et al., (2014), y Oblimin para la rotación de factores. A fin de determinar el número de factores se empleó la regla de Kaiser.

Una vez identificados los factores que guiarían el modelo de medida mediante el AFE, se evaluó el modelo teórico propuesto a través del modelo estructural. Una ventaja del SEM es que permite proponer el tipo y la dirección de las relaciones que se espera encontrar entre las diversas variables contenidas en él, para luego estimar los parámetros especificados por las relaciones propuestas a nivel teórico (Ruiz et al., 2010). La especificación teórica del modelo posibilita proponer estructuras relacionales entre las variables, de manera que unas presenten un efecto sobre las otras, creando concatenaciones de efectos, lo que permite medir la ruta de influencia entre múltiples variables (Escobedo Portillo et al., 2016). El propósito de este modelo específico fue explicar la variabilidad en el factor identificado en el AFE de Salud Mental Positiva, compuesto por medidas de calidad de vida, bienestar hedónico y eudaimónico. Se seleccionó este factor como variable dependiente debido a su presencia en la mayoría de las definiciones actuales de la recuperación, que enfatizan en estos indicadores positivos de la salud (Ashford et al., 2019; Best et al., 2016; Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2011; Witkiewitz et al., 2020). Para este propósito, se utilizaron las puntuaciones de los otros dos factores identificados en el AFE, además del tiempo de abstinencia, de acuerdo con nuestra hipótesis. De este modo se pudo testar nuestro modelo teórico y establecer la contribución directa e indirecta de la abstinencia y los factores identificados en la variabilidad de la Salud Mental Positiva. Se empleó el método ULS para la estimación de parámetros, adecuado para el tipo de variables utilizadas (Morata-Ramírez et al., 2015). El ajuste de los modelos se estimó utilizando los indicadores proporcionados por el programa AMOS v.26: RMR (Root Mean Square Residual), SRMR (Standardized Root Mean Square Residual), AGFI y GFI como índices de ajuste absoluto, así como NFI (Normed Fit Index) y RFI (Relative Fit Index) como índices incrementales. Los criterios para la interpretación de estos indicadores fueron: AGFI, GFI, NFI y RFI $> ,95$, y RMR y SRMR próximos a cero (Byrne, 2016; Hu y Bentler, 1999). El modelo se presenta gráficamente, indicando los pesos de regresión estandarizados y las medidas marginales. Además, se incluyen tablas que detallan los efectos totales e indirectos estandarizados, proporcionando una visión comprehensiva de las interrelaciones entre las variables estudiadas.

Todos los análisis se realizaron utilizando el software estadístico SPSS v.26 (IBM, 2019) y AMOS v.26, con un nivel de significación establecido en $p < ,05$.

Resultados

El análisis descriptivo de las puntuaciones en los cuestionarios, incluidas las subescalas, se presenta en la Tabla 2. Al comparar las puntuaciones de las diferentes escalas según el grupo de ayuda mutua en el que se recibía tratamiento, se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p < ,05$), ajustadas por tiempo de abstinencia y edad de los participantes, únicamente en la subescala de Ambiente del cuestionario WHOQOL-Bref ($F = 6,27$; $p = ,014$; $h_p^2 = 0,04$), (Tabla 2). Los participantes que acudían a AA mostraron puntuaciones más altas en la evaluación subjetiva del Ambiente, que aquellos acudían a FACOMA. En las demás variables, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas según el grupo de ayuda mutua al que se asistía a tratamiento.

El análisis de correlaciones entre el tiempo de abstinencia y las puntuaciones en las escalas reveló correlaciones estadísticamente significativas ($p < ,05$) entre el tiempo de abstinencia y las puntuaciones de todas las escalas y subescalas (Tabla 3) a excepción de la subescala calidad de vida relacionada con el Ambiente (WHOQOL-Bref), la subescala de bienestar psicológico acerca de las Relaciones positivas (PWBS), y el uso de la estrategia de evitación (CBI). Éstas fueron excluidas de los análisis subsiguientes.

El Análisis Factorial Exploratorio (AFE) identificó tres factores que explicaron el 54,95% de la varianza total. Se cumplieron los criterios de adecuación muestral, reflejados por la prueba de Kaiser-Meyer-Olkin ($KMO = ,871$), así como los criterios de esfericidad de Bartlett ($\chi^2 = 2128,19$; $p < ,05$), indicando que los datos eran adecuados para el análisis factorial. El Factor 1, denominado Salud Mental Positiva, incluyó variables relacionadas con el bienestar psicológico o eudaimónico, la calidad de vida y la satisfacción con la vida. El Factor 2, denominado Malestar Funcional, abarcó las escalas de depresión, ansiedad, evitación experiencial y el capital de recuperación, este último con cargas negativas. El Factor 3, denominado Afrontamiento, se compuso de las habilidades de afrontamiento (ver Tabla 4). Las comunales entre las variables y los factores fueron superiores al 15% y los pesos factoriales superaron el umbral de ,40 recomendado para muestras mayores de 150 participantes, excepto para la variable de satisfacción con la vida, que presentó una carga factorial de ,364 en un factor y ,361 en el otro,

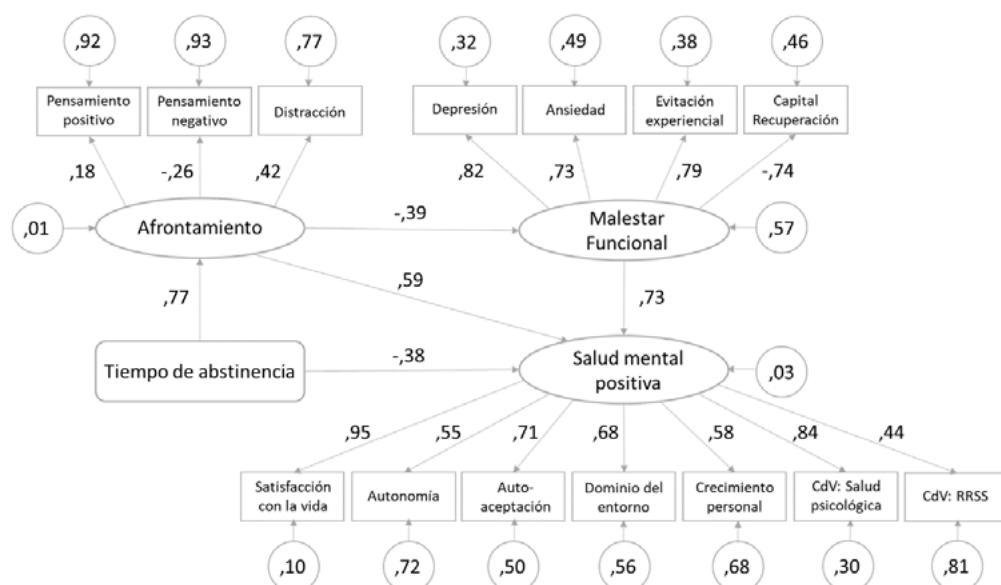
A partir de este resultado del AFE, se construyó el modelo de medida del SEM con los tres factores identificados y correlacionados, confirmando que se trataba de un modelo válido con índices de ajuste adecuados ($GFI = ,975$; $AGFI = ,964$; $RMR = ,074$; $SRMR = ,074$; $NFI = ,963$;

Tabla 2
Descriptivos de las puntuaciones en las escalas y MANCOVA por programa de ayuda mutua

Escalas	MANCOVA por GAM						
	M	DE	Mín.	Máx.	F	p	μ^2_p
Depresión (HAH-D)	11,76	8,15	1,00	47,00	0,095	,758	,001
Ansiedad (HAM-A)	9,03	6,85	1,00	42,00	0,684	,410	,005
Satisfacción con la vida (SWLS)	21,33	6,47	5,00	35,00	0,027	,870	,000
Autonomía (PWBS)	37,60	6,68	17,00	51,00	0,052	,820	,000
Relación con otros (PWBS)	39,87	7,73	20,00	54,00	0,120	,729	,001
Autoaceptación (PWBS)	35,61	8,29	10,00	53,00	2,676	,104	,018
Dominio del entorno (PWBS)	38,70	8,22	16,00	54,00	3,869	,051	,027
Propósito (PWBS)	37,05	7,52	13,00	54,00	1,082	,300	,008
Crecimiento (PWBS)	37,66	7,96	15,00	53,00	0,987	,322	,007
Salud física (WHOQOL)	13,67	1,88	8,00	17,71	2,817	,095	,019
Salud psicológica (WHOQOL)	14,04	2,25	6,67	18,00	0,009	,925	,000
Relaciones sociales (WHOQOL)	13,56	3,01	5,00	20,00	0,365	,547	,003
Ambiente (WHOQOL)	15,40	2,08	9,00	20,00	6,256	,014*	,042
Evitación experiencial e inflexibilidad psicológica (AAQ-II)	32,37	11,14	11,00	64,00	0,251	,617	,002
Pensamiento positivo (CBI)	28,90	4,53	10,00	37,00	2,402	,123	,017
Pensamiento negativo (CBI)	17,34	5,39	0	24,00	1,085	,299	,008
Distracción (CBI)	16,89	6,66	0	30,00	0,084	,773	,001
Evitación (CBI)	9,03	3,06	0	15,00	0,097	,756	,001
Capital de Recuperación total (VCR)	43,55	6,68	8,00	50,00	0,004	,949	,000

Nota. (*) $p < ,05$. Medias (M) de las puntuaciones en las escalas, desviaciones estándar (DE), valores mínimos (Mín.) y máximos (Máx.). MANCOVA de las puntuaciones en los cuestionarios por tipo grupo de ayuda mutua (FACOMA vs AA), ajustando por edad y tiempo en abstinencia.

Figura 1
Modelo de ecuaciones estructurales de la recuperación en el TUA



Nota. Las variables observables se representan en el interior de los rectángulos. Las variables no observables (latentes) se indican en los óvalos. Las medidas marginales se encuentran en los círculos. EL efecto estructural se representa como una flecha recta, cuyo origen es la variable predictora y cuyo final, donde se encuentra la punta de la flecha, es la variable dependiente. Los parámetros de los efectos directos estandarizados del modelo se representan sobre la flecha correspondiente.

Tabla 3

Correlación de Spearman entre el tiempo en abstinencia y la puntuación en las escalas

Escalas	Tiempo abstinencia
Depresión (HAM-D)	-,283**
Ansiedad (HAM-A)	-,245**
Satisfacción con la vida (SWLS)	,275**
Autonomía (PWBS)	,167**
Relaciones positivas (PWBS)	,066
Autoaceptación (PWBS)	,203**
Dominio del entorno (PWBS)	,214**
Propósito en la vida (PWBS)	,108*
Crecimiento personal (PWBS)	,255**
Salud física (WHOQOL-Bref)	,148**
Salud psicológica (WHOQOL-Bref)	,302**
Relaciones sociales (WHOQOL-Bref)	,132*
Ambiente (WHOQOL-Bref)	,067
Evitación experiencial e inflexibilidad psicológica (AAQ-II)	-,361**
Capital de Recuperación (VCR)	,248**
Pensamiento positivo (CBI)	,160**
Pensamiento negativo (CBI)	-,193**
Distracción (CBI)	,366**
Evitación (CBI)	,090

Nota. Valores de correlación Rho de Spearman entre las puntuaciones Z en las subescalas y el tiempo en abstinencia. * $p < .05$; ** $p < .01$

Tabla 4

Reducción de los indicadores de recuperación a dimensiones. AFE: Matriz de carga rotada y comunalidades

Variables	Factor			Comunalidades
	1	2	3	
Autoaceptación (PWBS)	,850			,725
Salud psicológica (WHOQOL)	,692			,583
Autonomía (PWBS)	,686			,399
Dominio del entorno (PWBS)	,574			,672
Crecimiento personal (PWBS)	,568			,426
Relaciones sociales (WHOQOL)	,411			,379
Satisfacción con la vida (SWLS)	,364	-,361		,469
Depresión (HAM-D)		,913		,784
Ansiedad (HAM-A)		,689		,544
Capital recuperación (VCR)		-,627		,661
Evitación experiencial e inflexibilidad psicológica (AAQ-II)	-,340	,486		,557
Pensamiento negativo (CBI)			,709	,504
Pensamiento positivo (CBI)			,700	,619
Distracción (CBI)	,340		,594	,372

Nota. Matriz de carga rotada (se omiten los pesos inferiores a ,30). Método de estimación de parámetros ULS. Método de rotación: Oblimin. Comunalidades tras extracción.

RFI = ,955). Por tanto, se empleó el Afrontamiento, el Malestar funcional y la Salud mental positiva como dimensiones latentes.

Entre estos factores latentes, junto con el tiempo en abstinencia, se establecieron relaciones siguiendo la hipótesis de trabajo y se creó el modelo estructural. De este modo, el SEM representado en la Figura 1 refleja la hipótesis relacional según la cual el tiempo en abstinencia se asocia al empleo de estrategias de afrontamiento, estos a su vez se relacionan con la disminución del malestar funcional, lo que contribuye al incremento de la salud mental positiva. El modelo explicó el 85% de la varianza en Salud Mental Positiva ($R^2 = ,85$) con unos indicadores de ajuste adecuados (GFI = 1,00; AGFI = 1,00; RMR = ,136; SRMR = ,137; NFI = ,999; RFI = ,999).

El Afrontamiento tuvo una influencia estadísticamente significativa tanto sobre el Malestar Funcional (Efecto total estandarizado = -,392; $p < ,001$), como sobre la Sa-

lud Mental Positiva (Efecto total estandarizado = ,876; $p < ,001$). A su vez, el Malestar Funcional también tuvo un efecto estadísticamente significativo sobre la Salud Mental Positiva (Efecto total estandarizado = -,731; $p < ,001$), (ver Tabla 5).

De acuerdo con la hipótesis de trabajo, el tiempo de abstinencia también tuvo un efecto directo y estadísticamente significativo sobre el Afrontamiento (Efecto total estandarizado = ,772; $p = ,02$). Sin embargo, no se encontró un efecto estadísticamente significativo de la abstinencia sobre la Salud Mental Positiva (Efecto total estandarizado = ,296; $p = ,145$). A este respecto cabe destacar que, si bien el efecto directo del tiempo en abstinencia sobre la Salud Mental Positiva tuvo un carácter negativo (Efecto directo estandarizado = -,381), el efecto indirecto fue positivo y de mayor valor (Efecto indirecto estandarizado = ,677), (ver Tabla 6).

Por último, como se observa en la Figura 1, los pesos de regresión de las puntuaciones en las diferentes escalas y

Tabla 5

Hipótesis del modelo estructural: Efecto no estandarizado y resultados de las pruebas

Predictor	Dependiente	Estimación del coeficiente	S.E.	C.R.	p
Tiempo en abstinencia	Afrontamiento	,002	,001	2,333	,020
Afrontamiento	Malestar Funcional	-,258	,062	-4,167	<,001
Malestar Funcional	Salud Mental Positiva	-,541	,057	-9,541	<,001
Afrontamiento	Salud Mental Positiva	,116	,033	3,472	<,001
Tiempo en abstinencia	Salud Mental Positiva	,001	,000	1,458	,145

Nota. S.E. (Error estándar del coeficiente), C.R. (Valor crítico).

Tabla 6

Efectos totales e indirectos estandarizados

Efectos totales estandarizados			
	Tiempo abstinencia	Afrontamiento	Malestar Funcional
Afrontamiento	,772		
Malestar Funcional	-,302	-,392	
Salud Mental Positiva	,296	,876	-,731
Efectos indirectos estandarizados			
	Tiempo abstinencia	Afrontamiento	Malestar Funcional
Malestar Funcional	-,302		
Salud Mental Positiva	,677	,286	

Nota. Los valores representan los pesos de regresión.

subescalas sobre los factores correspondientes superaron el ,40, y las comunalidades superaron el 15%. A excepción de las estrategias de Pensamiento positivo y negativo, además esta última tuvo un peso de regresión negativo.

Discusión

Las definiciones actuales sugieren que la recuperación en el TUA es un proceso holístico, dinámico, autodirigido y pro-social, que conlleva mejoras en la salud y el bienestar (Esteban Rodríguez et al., 2024b). El presente trabajo ha identificado tres dimensiones implicadas en la recuperación del TUA: i) Afrontamiento; ii) Malestar Funcional; iii) Salud Mental Positiva. En base a estas dimensiones, se ha establecido un modelo relacional, que proporciona un marco comprehensivo para entender la recuperación de manera más integral. De acuerdo con el modelo obtenido, la recuperación en población clínica con TUA puede concebirse como un proceso amplio, dinámico y multifacético, donde el tiempo en abstinencia promueve cambios conductuales

y la implementación de estrategias de afrontamiento. A su vez, estas acciones fomentan la mejora de la emocionalidad negativa y aumentan la disponibilidad de recursos personales y sociales, lo cual contribuye al incremento del bienestar y la calidad de vida. Este trabajo se erige como la primera iniciativa en España en presentar un modelo clínico de recuperación enfocado en el bienestar y avalado metodológicamente de forma rigurosa. El modelo propuesto ofrece indicadores para el monitoreo del proceso de recuperación, destaca las dimensiones que abordar para lograr una recuperación hacia un estado de salud completo, y presenta gran potencial para guiar las intervenciones terapéuticas.

A pesar de los distintos enfoques entre los programas de ayuda mutua evaluados, solo se encontraron diferencias en las puntuaciones de la subescala de calidad de vida relacionada con el ambiente. La ausencia de diferencias en el resto de las variables entre los grupos de ayuda mutua (GAM) podría deberse a que los abordajes terapéuticos, aunque diversos, se centran en el crecimiento personal durante la recuperación (Arias et al., 2023). Estudios previos también

han mostrado resultados similares, sin diferencias significativas en el funcionamiento de los participantes entre GAM basados en 12 pasos y aquellos con enfoques cognitivo-conductuales (Kelly et al., 2023). Esto sugiere que los programas podrían ofrecer beneficios comparables, por lo que serían de interés investigaciones futuras sobre el papel de los componentes o enfoques de los GAM en el estudio de factores que pueden influir en el proceso de recuperación.

Dimensiones identificadas de la recuperación en el TUA: Afrontamiento, Malestar Funcional y Salud Mental Positiva.

La dimensión “Afrontamiento” agrupa las estrategias de afrontamiento del Inventario de Habilidades de Afrontamiento de Litman et al. (1983). Esta dimensión captura las respuestas, actitudes y estrategias empleadas para prevenir recaídas (Litman et al., 1983). Diferentes modelos teóricos han comprobado la influencia de estas estrategias, como los modelos de Litman et al. (1984), el Modelo de Prevención de Recaídas de Marlatt y Gordon (1985) o la Teoría del estrés y del afrontamiento (Folkman, 1984). Estos modelos proponen que la adquisición e implementación efectiva de estrategias de afrontamiento activas fomentan la autoeficacia, por lo que se constituyen como un componente relevante de la recuperación (Hasking y Oei, 2008; Larimer et al., 1999; Laudet, 2008; Laudet et al., 2002; Marlatt y Gordon, 1985; Marlatt, 1996; Monti y Rohsenow, 1999; Witkiewitz y Marlatt, 2007). Actualmente, la mayoría de los programas de tratamiento de los trastornos adictivos incluyen la prevención de recaídas, cuya eficacia ha sido ampliamente corroborada (Hasking y Oei, 2008; Larimer et al., 1999; Marlatt, 1996; Monti y Rohsenow, 1999; Witkiewitz y Marlatt, 2007). Estas estrategias, que abarcan desde la identificación de situaciones de riesgo hasta la implementación de técnicas de afrontamiento adaptativas, tienen el potencial de empoderar a los individuos en recuperación y fortalecer sus recursos para enfrentar desafíos y evitar recaídas (Hasking y Oei, 2008; Litman et al., 1984; Witkiewitz y Marlatt, 2007).

En cuanto a la dimensión denominada “Malestar Funcional”, hace referencia a las dificultades para satisfacer las demandas de la vida cotidiana, englobando el malestar emocional y los déficits en los recursos disponibles. Esta dimensión puede entenderse desde el Modelo de Doble Factor de la Salud Mental (Greenspoon y Saklofske, 2001) como la disminución de indicadores negativos o de disfunción, pues incluye los síntomas de depresión, ansiedad y evitación experiencial. Adicionalmente, considera los recursos personales y sociales disponibles para el individuo (apoyo social, actividades de ocio, entorno familiar, etc.), ampliando el malestar más allá de la psicopatología. En el contexto de la recuperación de trastornos adictivos, esta dimensión es similar a la “Recuperación esencial” propuesta por Kaskutas et al. (2014), la cual se refiere a los elementos

básicos necesarios para mantener cambios significativos en el consumo de sustancias. Cabe destacar que esta dimensión, aunque parece crítica, no es suficiente para comprender la recuperación y la salud en su totalidad. Puesto que esta dimensión de Malestar Funcional se enfoca en los cambios en medidas clínicas de daño y los recursos vitales disponibles que apoyan la recuperación, pero no equivalen a la misma.

La literatura sobre trastornos adictivos y su recuperación ha resaltado la influencia del afecto negativo patológico y la gestión deficiente de la emocionalidad negativa en la predicción de recaídas como factores de riesgo, subrayando su papel en la recuperación clínica (Marlatt y Gordon, 1985; Pandina et al., 1992; Stasiewicz y Maisto, 1993). Por su parte, la medida del capital de recuperación (Groshkova et al., 2013; Sion et al., 2022) considera la disponibilidad de recursos para satisfacer necesidades básicas en distintos ámbitos vitales y los asocia con el curso clínico de la dependencia, así como con la probabilidad de inicio y mantenimiento de la recuperación. Esta medida de capital de recuperación tiene un efecto techo en pacientes que acuden a tratamientos para la dependencia del alcohol y que se encuentran en recuperación (Sion et al., 2022), por lo que obtener puntuaciones menores en esta escala puede estar indicando la existencia de un déficit en los recursos habituales en población residente en España. De esta manera, se comprende que se trate más de un indicador negativo de la salud, que un indicador relacionado con el bienestar, pues un capital de recuperación limitado supone un perjuicio para el individuo. Así, la dimensión de Malestar funcional o Recuperación funcional aborda la necesidad subrayada por Groshkova et al. (2013) de una evaluación conjunta de los perfiles de síntomas con el capital de recuperación para predecir el curso de la recuperación.

En resumen, el Malestar funcional o Recuperación funcional contempla tanto los factores de riesgo, como factores de protección para la mejora en el TUA. Reconoce la situación premórbida de recursos disponibles que amortiguan o acrecientan el impacto de las situaciones adversas, que pueden influir en la resiliencia y el afrontamiento (Cloud y Granfield, 2008; Kelly y Hoeppner, 2015); así como ayudar a mitigar y reducir el estrés asociado con la adaptación a la abstinencia (Laudet y White, 2008).

En cuanto al factor denominado “Salud Mental Positiva”, incluye variables de la calidad de vida, el bienestar eudaimónico y la satisfacción con la vida. Estas dimensiones son reconocidas por diferentes trabajos sobre el Modelo de Doble Factor de la Salud Mental como indicadores positivos de la salud mental (Magalhães, 2024). También están presentes en las definiciones actuales de recuperación enriquecida como dimensiones fundamentales del proceso (Kaskutas et al., 2014). En el contexto del TUA, abundantes trabajos muestran mejoras en el bienestar y la calidad de vida con el mantenimiento de la abstinencia o la reduc-

ción del consumo en personas que han recibido tratamiento (Donovan et al., 2005), desde resultados transversales con extensos periodos de abstinencia (Kelly et al., 2018; Rubio et al., 2023), como en seguimientos de hasta 7 años (Frischknecht et al., 2013).

Entre las dimensiones que forman este factor, las dimensiones que mayor varianza compartida presentaron en el análisis factorial, resultaron ser la autoaceptación y el dominio del entorno. La autoaceptación, en la Escala de Bienestar Psicológico (PWBS; Ryff, 1989b; Ryff y Keyes, 1995), se ha sugerido que ejerce una influencia central en las demás dimensiones de la red de bienestar psicológico (Blasco-Belled y Alsinet, 2022). Sentirse orgulloso, confiado y positivo con uno mismo, validando tanto la vida presente, como aceptando la vida pasada, puede ser un elemento clave de la recuperación en los programas considerados en este trabajo (12 pasos y ayúdate-ayúdanos). Esas dimensiones han sido destacadas en el estudio de la recuperación orientada al usuario, concretamente, la metasíntesis de Klevan et al. (2021) destaca como componentes esenciales de la recuperación personal aceptarse a uno mismo y tener el control. Además, esta dimensión de Salud Mental Positiva incluye aspectos como el crecimiento personal, la satisfacción con las relaciones y la autonomía, coincidiendo con los propuestos por Kaskutas et al. (2014), identificados desde la perspectiva de las personas implicadas en el proceso de recuperación.

En este sentido, este factor, denominado “Salud Mental Positiva” se alinea con las definiciones contemporáneas de recuperación enriquecida y con la evidencia acumulada hasta el momento (Ashford et al., 2019; Betty Ford Institute Consensus Panel, 2007; SAMHSA, 2011; UKDPC, 2008; Witkiewitz et al., 2020). Se podría considerar que el objetivo del proceso de recuperación no se limita exclusivamente a la abstinencia, sino que aspira a alcanzar niveles óptimos de salud. Como se observa en estudios anteriores, este propósito es a largo plazo, si bien es un objetivo alcanzable (Kelly et al., 2018; Rubio et al., 2023). La evidencia apunta a que no sólo se mejora en salud mental positiva, sino que la magnitud de esta mejora es tal que aquéllos inmersos en este proceso de recuperación del TUA pueden lograr niveles de bienestar y calidad de vida comparables con la población general con el paso del tiempo (Rubio et al., 2023).

Modelo relacional de la recuperación en el TUA

Los resultados obtenidos apoyan la comprensión de la recuperación como un proceso diferenciado en etapas, en el que la interrupción de la conducta problema (consumo) favorece el desarrollo de conductas alternativas. Esta asociación contribuye a la disminución de la sintomatología afectiva característica del TUA y a la construcción de capital de recuperación. La estrategia de afrontamiento basada en la distracción actúa como mediador en la relación entre la abstinencia y la disminución del malestar funcional. En

otras palabras, un mayor manejo de habilidades de distracción mejora la relación de la abstinencia con la gestión de la emocionalidad negativa y el aumento del capital de recuperación. Esta mejora en el malestar funcional, a su vez, influye en la salud mental positiva o recuperación enriquecida, de manera que los efectos de la abstinencia sobre la salud mental positiva se presentan únicamente si se produce una mejora en el malestar funcional. Este modelo ha presentado buenos indicadores de ajuste (Pérez et al., 2013), con un GFI de 1,00 y un SRMR de 0,137, lo que respalda su validez y coherencia en la explicación del proceso de recuperación en el contexto del TUA.

En este trabajo, la estrategia de afrontamiento que ha emergido con mayor relevancia es la distracción. Esta medida abarca una amplia gama de actividades distractoras, tanto de carácter individual (pasear o ir a trabajar) como social (establecer contacto con amigos). Esta estrategia conductual implica tomar una decisión consciente en situaciones de riesgo, eligiendo entre la conducta conocida (el consumo de alcohol) y una alternativa constructiva. Este enfoque se alinea con los principios de la activación conductual, ya que implementar una conducta diferente resulta reforzante por varias razones. En primer lugar, evita el consumo, lo que fortalece el sentimiento de autoeficacia en la abstinencia. En segundo lugar, ofrece reforzadores alternativos al consumo, enriqueciendo el entorno, lo que respalda la comprensión de la recuperación desde la perspectiva de las teorías operantes y del enriquecimiento ambiental.

De acuerdo con las teorías conductuales clásicas sobre la elección, la presencia de reforzadores competitivos en el entorno predice la reducción tanto del consumo, como la conducta de búsqueda (Bickel et al., 1995; Vuchinich y Tucker, 1988, 1996). Las terapias conductuales, que aprovechan los procedimientos de aprendizaje operante para reforzar las conductas deseadas, han demostrado algunos de los efectos más fuertes en el tratamiento del trastorno por uso de sustancias (Carroll y Onken, 2005). Asimismo, la distracción también puede lograrse a través del contacto social, obteniendo el refuerzo natural propio de la relación social (McNamara et al., 2021; Thoits, 2011) y el consecuente control social, lo cual motiva a las personas a asumir comportamientos responsables y abstenerse de conductas problemáticas, como el abuso de alcohol (Hirschi, 2004; Thoits, 2011).

La asociación entre el mantenimiento de la abstinencia y la mejora en la gestión emocional y el capital de recuperación ha sido objeto de una extensa investigación (Cloud y Granfield, 2008; Granfield y Cloud, 1999; Pandina et al., 1992; Stasiewicz y Maisto, 1993; White, 2008). No obstante, en nuestros datos destaca la relación indirecta entre ambas, mediada por el uso de estrategias de afrontamiento. Esto respalda un enfoque terapéutico que involucre actividades alternativas, pues los cambios en los comportamientos

tos pueden provocar transformaciones en los pensamientos y estados emocionales. La eficacia de la activación conductual ha sido demostrada en la reducción de síntomas depresivos, afecto negativo y evitación experiencial en poblaciones con trastorno por uso de sustancias (Daughters et al., 2008; Vujanovic et al., 2017). Esta estrategia permitiría que la motivación para el cambio no se base únicamente en la eliminación de una conducta problemática, sino que también se dirija a la promoción de conductas más adaptativas y de enriquecimiento ambiental. En conjunto, estos hallazgos resaltan la importancia de la distracción como estrategia clave en el proceso de recuperación, al ofrecer conductas y reforzadores alternativos al consumo.

Por último, nuestros resultados indican que la abstinencia solo tiene un impacto positivo en la Salud Mental Positiva de manera indirecta, es decir, a través del aumento en el uso de estrategias de afrontamiento y la mejora del malestar funcional. Esto se alinea con el mecanismo propuesto por Carlon et al. (2022), quienes sostienen que las mejoras en la calidad de vida durante la recuperación en individuos que han reducido su consumo o han alcanzado la abstinencia, se basan en la reducción del estrés y del afecto negativo. Pese a que varios estudios indican mejoras en la calidad de vida en ambas condiciones (Dawson et al., 2005), éstas son más pronunciadas en aquéllos que se encuentran en abstinencia (Donovan et al., 2005; Subbaraman y Witbrodt, 2014). Así, la abstinencia parece ser mejor para una calidad de vida óptima a largo plazo (Subbaraman y Witbrodt, 2014), lo que, según nuestros resultados, se explica por su efecto indirecto en la Salud Mental Positiva. De este modo, a fin de que la abstinencia sea beneficiosa para los indicadores positivos de salud y actúe como potenciador del éxito terapéutico, es crucial enfocarse también en la gestión emocional y el capital de recuperación durante el tratamiento.

Limitaciones

Si bien este estudio presenta importantes implicaciones para la práctica clínica, subrayando, por ejemplo, la importancia de considerar la abstinencia, el fortalecimiento de las estrategias de afrontamiento, el manejo de la emocionalidad negativa y la construcción del capital de recuperación, es esencial reconocer sus limitaciones inherentes. Su diseño transversal es valioso para identificar asociaciones entre variables, pero no permite realizar inferencias causales y temporales. La elucidación de relaciones temporales demandaría de investigaciones longitudinales que aborden la secuencia temporal de los fenómenos estudiados. No obstante, el diseño transversal ha permitido estudiar diferentes dimensiones de la recuperación en distintos momentos, incluyendo pacientes con periodos de abstinencia muy prolongados, entendiendo la recuperación como un proceso a largo plazo, lo cual sería complicado con un estudio longitudinal.

Asimismo, el modelo de recuperación propuesto es preliminar y se deriva de un estudio específico, lo que plantea desafíos para su generalización a diversas poblaciones y contextos. Aunque la muestra se ha mostrado suficiente para obtener resultados estadísticamente robustos, puede no representar completamente la diversidad de la dependencia por uso de alcohol. Los factores individuales y culturales, incluidas cuestiones de género, podrían modular las interacciones entre las dimensiones identificadas y las relaciones establecidas.

A esto se suma la diversidad de los periodos de abstinencia y la limitación geográfica de la muestra, compuesta exclusivamente por residentes de la Comunidad de Madrid (España). Si bien la muestra engloba tres tipos enfoques de tratamiento diferentes, dos de ellos pertenecen al entorno asociativo y suponen periodos de abstinencia muy prolongados, difícilmente comparables con el grupo procedente del ámbito hospitalario, cuyo máximo periodo de abstinencia es de 2 años, coincidiendo con la duración del programa. Además, todos los participantes estaban involucrados en tratamientos orientados a la abstinencia, lo que puede contribuir a la percepción del cese del consumo como parte integral de la recuperación. La elección voluntaria de estos tratamientos por parte de los participantes también puede afectar a la generalización de los resultados. Sería interesante replicar el modelo en poblaciones en tratamientos con enfoques terapéuticos distintos o, incluso, en individuos que no han recibido tratamiento.

A pesar de la inclusión de dimensiones relevantes para el proceso de recuperación, se reconoce que los trastornos por uso de sustancias son multifactoriales y complejos. Aspectos adicionales, como las reducciones en el estigma y el autoestigma o los cambios cognitivos, podrían enriquecer futuras investigaciones y el modelo presentado.

Por tanto, es importante complementar este trabajo con otros estudios y otros tipos de diseños de investigación, como estudios longitudinales que contemplen las variables propuestas desde la perspectiva intrasujeto, para obtener una comprensión más completa y sólida del proceso de recuperación en el contexto del TUA.

Con todo, el modelo propuesto ofrece un marco conceptual valioso que puede guiar la intervención y la evaluación en el tratamiento del TUA, aportando una mejora en estas áreas.

Conclusiones

Las tres dimensiones identificadas (Afrontamiento, Malestar Funcional y Salud Mental Positiva) poseen una sólida base teórica como componentes centrales en la recuperación del TUA dirigida a un estado completo de salud. Sin embargo, gran parte de la literatura se ha centrado en analizar por separado la relación de cada dimensión con la abstinencia o la reducción del consumo. La innovación

fundamental de este estudio radica en presentar un modelo relacional que abarca las dimensiones de Salud Mental Positiva, Malestar Funcional y Afrontamiento. A través de un enfoque holístico, se ha proporcionado un marco teórico y empírico que destaca la interconexión de estas dimensiones durante amplios periodos de recuperación. Este modelo sugiere que la abstinencia es el punto de partida, pero no el objetivo, ya que su influencia se extiende a través de la implementación de estrategias de afrontamiento, la mejora en la sintomatología afectiva y en el capital de recuperación y, finalmente, el logro de un mayor bienestar y calidad de vida, representado en la Salud Mental Positiva.

Reconocimientos

Queremos agradecer la colaboración e implicación en este trabajo de todos los miembros del grupo in Recovery.

Agradecemos también la colaboración de los pacientes de las asociaciones de ayuda mutua de Alcohólicos Anónimos (AA) y de Federación de Alcohólicos Rehabilitados de la Comunidad de Madrid (FACOMA).

Una de las autoras, Laura Esteban Rodríguez, ha contado con una beca predoctoral del Ministerio de Universidades (FPU21/998758).

Conflicto de intereses

Las y los autores declaran que la investigación se llevó a cabo en ausencia de relaciones comerciales o financieras que pudieran interpretarse como un posible conflicto de intereses.

Referencias

- Arias, F., Sion, A., Espinosa, R., Jurado-Barba, R., Marín, M., Martínez Maldonado, A. y Rubio, G. (2023). Psychological recovery stages of alcohol dependent patients after an intensive outpatient treatment: A 4-year follow-up study. Fases de la recuperación psicológica en pacientes dependientes del alcohol tras un tratamiento intensivo: Un seguimiento de 4 años. *Adicciones*, 35(1), 21–32. <https://doi.org/10.20882/adicciones.1575>
- Apud, I. y Romani, A. (2016). The crossroad of addiction. Different models in the study of drug dependence. *Health and Addictions*, 16(2), 115–125. <https://doi.org/10.21134/haaj.v16i2.267>
- Ashford, R. D., Brown, A., Brown, T., Callis, J., Cleveland, H. H., Eisenhart, E., Groover, H., Hayes, N., Johnston, T., Kimball, T., Manteuffel, B., McDaniel, J., Montgomery, L., Phillips, S., Polacek, M., Statman, M. y Whitney, J. (2019). Defining and operationalizing the phenomena of recovery: A working definition from the recovery science research collaborative. *Addiction Research and Theory*, 27(3), 179–188. <https://doi.org/10.1080/16066359.2018.1515352>
- Benitez-Borrego, S., Guàrdia-Olmos, J. y Urzúa-Morales, A. (2014). Factorial structural analysis of the Spanish version of WHOQOL-BREF: An exploratory structural equation model study. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*. <https://doi.org/10.1007/s11136-014-0663-2>
- Best, D., Beckwith, M., Haslam, C., Alexander Haslam, S., Jetten, J., Mawson, E. y Lubman, D. I. (2016). Overcoming alcohol and other drug addiction as a process of social identity transition: The social identity model of recovery (SIMOR). En *Addiction Research and Theory* (Vol. 24, Issue 2, pp. 111–123). Taylor and Francis Ltd. <https://doi.org/10.3109/16066359.2015.1075980>
- Betty Ford Institute Consensus Panel. (2007). What is recovery? A working definition from the Betty Ford Institute. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 33(3), 221–228. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jat.2007.06.001>
- Bickel, W. K., DeGrandpre, R. J. y Higgins, S. T. (1995). The behavioral economics of concurrent drug reinforcers: A review and reanalysis of drug self-administration research. *Psychopharmacology*, 118(3), 250–259. <https://doi.org/10.1007/BF02245952>
- Blasco-Belled, A. y Alsinet, C. (2022). The architecture of psychological well-being: A network analysis study of the Ryff Psychological Well-Being Scale. *Scandinavian Journal of Psychology*, 63(3), 199–207. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/sjop.12795>
- Bobes, J., Bulbena, A., Luque, A., Dal-Ré, R., Ballesteros, J., Ibarra, N., Casas, M., Bosch, R., Collazos, F., Roncero, C., Merino, J., Bisbe, C., Contreras, C., Berenguer, F., Gómez-Gómez, J. M., Bascarán, M. T., García Portilla, M. P., Martínez Barrondo, S., Cañete, J., et al. (2003). Evaluación psicométrica comparativa de las versiones en español de 6, 17 y 21 ítems de la Escala de valoración de Hamilton para la evaluación de la depresión. *Medicina Clínica*, 120(18), 693–700. <https://doi.org/10.1157/13047695>
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., Waltz, T. y Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the acceptance and action questionnaire-II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy*, 42(4), 676–688. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.03.007>
- Byrne, B. M. (2016). *Structural Equation Modeling With AMOS: Basic Concepts, Applications, and Programming*, Third Edition (3rd ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315757421>
- Carlson, H. A., Hurlocker, M. C. y Witkiewitz, K. (2022). Mechanisms of quality-of-life improvement in treatment

- for alcohol use disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 90(8), 601–612. <https://doi.org/10.1037/ccp0000750>
- Carroll, K. M. y Onken, L. S. (2005). Behavioral therapies for drug abuse. *American Journal of Psychiatry*, 162(8), 1452–1460. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.8.1452>
- Center for Substance Abuse Treatment. (2005). *National Summit on Recovery Conference Report*. Paper presented at the National Summit on Recovery, Washington, D.C.
- Cloud, W. y Granfield, R. (2008). Conceptualizing recovery capital: Expansion of a theoretical construct. *Substance Use y Misuse*, 43(12/13), 1971–1986. <https://doi.org/10.1080/10826080802289762>
- Daughters, S. B., Braun, A. R., Sargeant, M. N., Reynolds, E. K., Hopko, D. R., Blanco, C. y Lejuez, C. W. (2008). Effectiveness of a brief behavioral treatment for inner-city illicit drug users with elevated depressive symptoms: The life enhancement treatment for substance use (LETS Act!). *Journal of Clinical Psychiatry*, 69(1), 122–129. <https://doi.org/10.4088/jcp.v69n0116>
- Dawson, D. A., Grant, B. F., Stinson, F. S., Chou, P. S., Huang, B. y Ruan, W. J. (2005). Recovery from DSM-IV alcohol dependence: United States, 2001–2002. *Addiction*, 100(3), 281–292. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2004.00964.x>
- Díaz, D., Rodríguez-Carvajal, R., Blanco, A., Moreno-Jiménez, B., Gallardo, I., Valle, C. y Van Dierendonck, D. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*, 18(3), 572–577. <https://reunido.uniovi.es/index.php/PST/article/view/8474>
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsem, R. J. y Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4901_13
- Donovan, D., Mattson, M. E., Cisler, R. A., Longabaugh, R. y Zweben, A. (2005). Quality of life as an outcome measure in alcoholism treatment research. *Journal of Studies on Alcohol, Supplement*, s15, 119–139. <https://doi.org/10.15288/jsas.2005.s15.119>
- Escobedo Portillo, M. T., Hernández Gómez, J. A., Estebané Ortega, V. y Martínez Moreno, G. (2016). Modelos de ecuaciones estructurales: Características, fases, construcción, aplicación y resultados. *Ciencia & trabajo*, 18(55), 16–22.
- Esteban Rodríguez, L., Pérez-López, M., Sion, A., Olmos-Espinosa, R., Jurado-Barba, R., Maldonado-Sánchez, D., Armada, V. y Rubio, G. (2024a). Agreement for Recovery: First Spanish Consensus on the Concept of Alcohol Addiction Recovery. *Actas Españolas de Psiquiatría*.
- Esteban Rodríguez, L., Sion, A. y Jurado-Barba, R. (2024b). Evolución del concepto de recuperación en el trastorno por uso de alcohol. *Revista Española de Drogodependencias*, 49(2), 75–93. <https://doi.org/10.54108/10083>
- Federación de Alcohólicos de la Comunidad de Madrid (FACOMA) (2016). *Ayúdate-Ayúdanos. Programa para pacientes y familiares de personas con problemas por el alcohol u otras drogas*. Madrid: Ediciones Mapa. ISBN 978-84-608-9611-1.
- Ferrando, P. J. y Anguiano-Carrasco, C. (2010). El análisis factorial como técnica de investigación en psicología. *Papeles del psicólogo*, 31(1), 18–33. <https://www.redalyc.org/pdf/778/77812441003.pdf>
- Folkman, S. (1984). Personal control and stress and coping processes: A theoretical analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46(4), 839–852. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.46.4.839>
- Frischknecht, U., Sabo, T. y Mann, K. (2013). Improved drinking behaviour improves quality of life: A follow-up in alcohol-dependent subjects 7 years after treatment. *Alcohol and Alcoholism*, 48(5), 579–584. <https://doi.org/10.1093/alcac/agt038>
- García González, R. y Alonso Suárez, M. (2002). Evaluación en programas de prevención de recaída: Adaptación española del Inventario de Habilidades de Afrontamiento (CBI) de Litman en dependientes del alcohol. *Adicciones*, 14(4), 455. <https://doi.org/10.20882/adicciones.476>
- Gorsuch, R. (1983). *Factor analysis* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates. <https://doi.org/10.4324/9780203781098>
- Granfield, R. y Cloud, W. (1999). *Coming Clean: Overcoming Addiction Without Treatment* (1st Editio). New York University Press. ISBN 0814715826
- Greenspoon, P. J. y Saklofske, D. H. (2001). Toward an integration of subjective well-being and psychopathology. *Social indicators research*, 54(1), 81–108. <https://doi.org/10.1023/A:1007219227883>
- Groshkova, T., Best, D. y White, W. (2013). The assessment of recovery capital: Properties and psychometrics of a measure of addiction recovery strengths. *Drug and Alcohol Review*, 32(2), 187–194. <https://doi.org/10.1111/j.1465-3362.2012.00489.x>
- Hamilton, M. (1959). The assessment of anxiety states by rating. *British Journal of Medical Psychology*, 32, 50–55. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1959.tb00467.x>
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 23(1), 56–62. <https://doi.org/10.1136/jnnp.23.1.56>
- Hasking, P. A. y Oei, T. P. S. (2008). Incorporating coping into an expectancy framework for explaining drinking behaviour. *Current Drug Abuse Reviews*, 1(1), 20–35. <https://doi.org/10.2174/1874473710801010020>
- Heinz, A., Beck, A., Halil, M. G., Pilhatsch, M., Smolka, M. N. y Liu, S. (2019). Addiction as learned behavior patterns. *Journal of clinical medicine*, 8(8), 1086. <https://doi.org/10.3390/jcm8081086>

- Hennessy, E. A. (2017). Recovery capital: A systematic review of the literature. *Addiction Research & Theory*, 25(5), 349–360. <https://doi.org/10.1080/16066359.2017.1297990>
- Hirschi, T. (2004). Self-control and crime. En R. F. Baumeister y K. D. Vohs (Eds.), *Handbook of self-regulation: Research, theory, and applications* (pp. 537–552). The Guilford Press.
- Hu, L. y Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 6(1), 1–55. <https://doi-org.bucm.idm.oclc.org/10.1080/10705519909540118>
- Iasiello, M. y van Agteren, J. (2020). Mental health and/or mental illness: A scoping review of the evidence and implications of the dual-continua model of mental health. *Evidence Base: A Journal of Evidence Reviews in Key Policy Areas*, (1), 1–45. <https://search.informit.org/doi/10.3316/informit.261420605378998>
- IBM Corp. (2019). IBM SPSS Statistics for Windows, Version 26.0. Armonk, NY: IBM Corp
- Inanlou, M., Bahmani, B., Farhodian, A. y Rafiee, F. (2020). Addiction Recovery: A Systematized Review. *Iranian journal of psychiatry*, 15(2), 172–181. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32426014/>
- Jackson, D. L. (2003). Revisiting Sample Size and Number of Parameter Estimates: Some Support for the N:q Hypothesis. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 10(1), 128–141. https://doi.org/10.1207/S15328007SEM1001_6
- Kaskutas, L. A., Borkman, T. J., Laudet, A., Ritter, L. A., Witbrodt, J., Subbaraman, M. S., Stunz, A. y Bond, J. (2014). Elements that define recovery: The experiential perspective. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 75(6), 999–1010. <https://doi.org/10.15288/jsad.2014.75.999>
- Kaskutas, L. A., Witbrodt, J. y Grella, C. E. (2015). Recovery definitions: Do they change? *Drug and Alcohol Dependence*, 154, 85–92. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2015.06.021>
- Kelly, J. F., Greene, M. C. y Bergman, B. G. (2018). Beyond abstinence: Changes in indices of quality of life with time in recovery in a nationally representative sample of U.S. adults. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 42(4), 770–780. <https://doi.org/10.1111/acer.13604>
- Kelly, J. F. y Hoepfner, B. (2015). A biaxial formulation of the recovery construct. *Addiction Research & Theory*, 23(1), 5–9. <https://doi.org/10.3109/16066359.2014.930132>
- Kelly, J.F., Levy, S., Matlack, M. y Hoepfner, B.B. (2023) Who affiliates with SMART recovery? A comparison of individuals attending SMART recovery, alcoholics anonymous, both, or neither. *Alcohol: Clinical and Experimental Research*, 47, 1926–1942. <https://doi.org/10.1111/acer.15164>
- Klevan, T., Bank, R. M., Borg, M., Karlsson, B., Krane, V., Ogundipe, E.,... Kim, H. S. (2021). Part I: Dynamics of recovery: A meta-synthesis exploring the nature of mental health and substance abuse recovery. *International journal of environmental research and public health*, 18(15), 7761. <https://doi.org/10.3390/ijerph18157761>
- Kline, R. B. (2005). *Principles and practice of structural equation modeling* (2nd ed.). Guilford Press. <https://doi.org/10.1177/1049731509336986>
- Larimer, M., Palmer, R. y Marlatt, A. (1999). Relapse prevention. An overview of Marlatt's cognitive-behavioral model. *Journal of the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism*, 23(2), 151–160. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6760427/>
- 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(12-13), 2001–2020. <https://doi.org/10.1080/10826080802293459>
- Laudet, A. B., Savage, R. y Mahmood, D. (2002). Pathways to long-term recovery: A preliminary investigation. *Journal of Psychoactive Drugs*, 34(3), 305–311. <https://doi.org/10.1080/02791072.2002.10399968>
- Laudet, A. B. y White, W. L. (2008). Recovery capital as prospective predictor of sustained recovery, life satisfaction, and stress among former poly-substance users. *Substance Use y Misuse*, 43(1), 27–54. <https://doi.org/10.1080/10826080701681473>
- Lewis, M. (2017). Addiction and the brain: Development, not disease. *Neuroethics*, 10(1), 7–18. <https://doi.org/10.1007/s12152-016-9293-4>
- Litman, G. K., Stapleton, J., Oppenheim, A. N. y Peleg, B. M. (1983). An instrument for measuring coping behaviours in hospitalized alcoholics: Implications for relapse prevention treatment. *British Journal of Addiction*, 78(3), 269–276. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1983.tb02511.x>
- Litman, G. K., Stapleton, J., Oppenheim, A. N., Peleg, M. y Jackson, P. (1984). The relationship between coping behaviours, their effectiveness and alcoholism relapse and survival. *British Journal of Addiction*, 79(3), 283–291. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1984.tb00276.x>
- Lloret-Segura, S., Ferreres-Traver, A., Hernández-Baeza, A. y Tomás-Marco, I. (2014). El análisis factorial exploratorio de los ítems: Una guía práctica, revisada y actualizada. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 30(3), 1151–1169. <https://dx.doi.org/10.6018/analesps.30.3.199361>
- Lobo, A., Chamorro, L., Luque, A., Dal-Ré, R., Badia, X., Baró, E. y Grupo de Validación en Español de Escalas Psicométricas (GVEEP) (2002). Validación de las versiones en español de la Montgomery-Asberg Depression Rating Scale y la Hamilton Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad [Valida-

- tion of the Spanish versions of the Montgomery-Asberg depression and Hamilton anxiety rating scales]. *Medicina clínica*, 118(13), 493–499. [https://doi.org/10.1016/s0025-7753\(02\)72429-9](https://doi.org/10.1016/s0025-7753(02)72429-9)
- Lüscher, C., Robbins, T. W. y Everitt, B. J. (2020). The transition to compulsion in addiction. *Nature Reviews Neuroscience*, 21(5), 247–263. <https://doi.org/10.1038/s41583-020-0289-z>
- Magalhães E. (2024). Dual-factor models of Mental Health: A systematic review of empirical evidence. *Psychosocial intervention*, 33(2), 89–102. <https://doi.org/10.5093/pi2024a6>
- Magalhães, E. y Calheiros, M. M. (2017). A dual-factor model of mental health and social support: Evidence with adolescents in residential care. *Children and Youth Services Review*, 79, 442–449. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2017.06.041>
- Marlatt, A. y Gordon, J. (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors* (A. Marlatt y J. Gordon, Eds.). Guilford press.
- Marlatt, G.A. (1996). Taxonomy of high-risk situations for alcohol relapse: Evolution and development of a cognitive-behavioral model. *Addiction*, 91(12s1): 37–50. <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.91.12s1.15.x>
- McNamara, N., Stevenson, C., Costa, S., Bowe, M., Wakefield, J., Kellezi, B., Wilson, I., Halder, M. y Mair, E. (2021). Community identification, social support, and loneliness: The benefits of social identification for personal well-being. *British Journal of Social Psychology*, 60(4), 1379–1402. <https://doi.org/10.1111/bjso.12456>
- Monti, P. M. y Rohsenow, D. J. (1999). Coping-skills training and cue-exposure therapy in the treatment of alcoholism. *Alcohol Research y Health*, 23(2), 107. PMID: 10890804 PMCID: PMC6760423
- Morata-Ramírez, M., Holgado-Tello, F. P., Barbero-García, I. y Mendez, G. (2015). Análisis factorial confirmatorio: Recomendaciones sobre mínimos cuadrados no ponderados en función del error Tipo I de Ji-Cuadrado y RMSEA. *Acción psicológica*, 12(1), 79–90. <https://doi.org/10.5944/AP.12.1.14362>
- Moreno, G. A. (2008). La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. *Sapiens. Revista universitaria de investigación*, 9(1), 93–107. www.redalyc.org/pdf/410/41011135004.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (7 Abril 1948). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. <https://www.who.int/es/about/accountability/governance/constitution>
- Orgaz Baz, B. (2008). Introducción a la metodología SEM: Concepto y propósitos fundamentales. En M.A. Verdugo, M. Crespo, M. Badía y B. Arias (Coord.), *Metodología en la investigación sobre discapacidad. Introducción al uso de las ecuaciones estructurales* (pp. 13–28). Publicaciones del INICO Colección Actas.
- Pandina, R. J., Johnson, V. y Labouvie, E. W. (1992). Affectivity: A central mechanism in the development of drug dependence. En M. D. Glantz y R. W. Pickens (Eds.), *Vulnerability to drug abuse* (pp. 179–209). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10107-008>
- Pérez, E., Medrano, L. A. y Rosas Sánchez, J. (2013). El Path Analysis: Conceptos básicos y ejemplos de aplicación. *Revista Argentina de Ciencias Del Comportamiento*, 5(1), 52–66. <https://doi.org/10.32348/1852.4206.v5.n1.5160>
- Rubio, G., Esteban Rodríguez, L., Sion, A., Ramis Vidal, L., Blanco, M. J., Zamora-Bayon, A., Caba-Moreno, M., Macias-Molina, A. I., Pérez-Sánchez, D. y Rubio-Escobar, E. (2023). How, when, and to what degree do people with alcohol dependence recover their psychological wellbeing and quality of life? The Madrid Recovery Project. *Frontiers in Psychiatry*, 14, 1130078. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1130078>
- Rubio, G., Marín, M., Arias, F., López-Trabada, J. R., Iribarren, M., Alfonso, S., Prieto, R., Blanco, A., Urosa, B., Montes, V., Jurado, R., Jiménez-Arriero, M. Á. y de Fonseca, F. R. (2018). Inclusion of alcoholic associations into a public treatment programme for alcoholism improves outcomes during the treatment and continuing care period: A 6-year experience. *Alcohol and Alcoholism*, 53(1), 78–88. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agx078>
- Ruiz, M. A., Pardo, A. y San Martín, R. (2010). Modelos de ecuaciones estructurales. *Papeles del psicólogo*, 31(1), 34–45.
- Ruiz Sánchez de León, J. M. (2022). Efectos del enriquecimiento ambiental en la recuperación de la adicción: Ni enfermedad, ni crónica ni recidivante. *Revista Española de Drogodependencias* 144–165. <https://doi.org/10.54108/10009>
- Ryff, C. D. (1989a). Beyond Ponce de Leon and life satisfaction: New directions in quest of successful ageing. *International Journal of Behavioral Development*, 12(1), 35–55. <http://dx.doi.org/10.1177/016502548901200102>
- Ryff, C. D. (1989b). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069–1081. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.57.6.1069>
- Ryff, C. D., y Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(4), 719–727. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.69.4.719>
- Seligman, M. E. y Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology. An introduction. *The American psychologist*, 55(1), 5–14. <https://doi.org/10.1037//0003-066x.55.1.5>
- Sion, A., Jurado-Barba, R., Esteban-Rodríguez, L., Arias, F. y Rubio, G. (2022). Spanish Validation of the Assessment of Recovery Capital Scale in Clinical Population with Alcohol Use Disorder. *The Spanish Journal of Psychology*, 25. <https://doi.org/10.1017/SJP.2022.12>

- Skevington, S. M., Lotfy, M. y O'Connell, K. A. (2004). The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial A Report from the WHOQOL Group. In *Quality of Life Research*. <https://doi.org/10.1023/B:QURE.0000018486.91360.00>
- Slade, M., Leamy, M., Bacon, F., Janosik, M., Le Boutillier, C., Williams, J. y Bird, V. (2012). International differences in understanding recovery: Systematic review. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 21(4), 353–364. <https://doi.org/10.1017/S2045796012000133>
- Stasiewicz, P. R. y Maisto, S. A. (1993). Two-factor avoidance theory: The role of negative affect in the maintenance of substance use and substance use disorder. *Behavior Therapy*, 24(3), 337–356. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(05\)80210-2](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(05)80210-2)
- Subbaraman, M. S. y Witbrodt, J. (2014). Differences between abstinent and non-abstinent individuals in recovery from alcohol use disorders. *Addictive Behaviors*, 39(12), 1730–1735. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2014.07.010>
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration, S. (2011). *SAMHSA's Working Definition of Recovery*. <https://store.samhsa.gov/sites/default/files/pep12-recdef.pdf>
- Thoits, P. A. (2011). Mechanisms linking social ties and support to physical and Mental Health. *Journal of Health and Social Behavior*, 52(2), 145–161. <https://doi.org/10.1177/0022146510395592>
- Thompson, E. (2015). Hamilton rating scale for anxiety (HAM-A). *Occupational Medicine*, 65(7), 601. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqv054>
- UK Drug Policy Commission Group. (2008). The UK Drug Policy Commission Recovery Consensus Group. *Policy*. https://www.ukdpc.org.uk/wp-content/uploads/Policy%20report%20-%20A%20vision%20of%20recovery_%20UKDPC%20recovery%20consensus%20group.pdf
- van Dierendonck, D. (2004). The construct validity of Ryff's Scales of Psychological Well-being and its extension with spiritual well-being. *Personality and Individual Differences*. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(03\)00122-3](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(03)00122-3)
- Vázquez, C., Duque, A. y Hervás, G. (2013). Satisfaction with life scale in a representative sample of Spanish adults: Validation and normative data. *Spanish Journal of Psychology*. <https://doi.org/10.1017/sjp.2013.82>
- Velicer, W. F. y Fava, J. L. (1998). Affects of variable and subject sampling on factor pattern recovery. *Psychological Methods*, 3(2), 231–251. <https://doi.org/10.1037/1082-989X.3.2.231>
- Vuchinich, R. E. y Tucker, J. A. (1988). Contributions from behavioral theories of choice to an analysis of alcohol abuse. *Journal of Abnormal Psychology*, 97(2), 181–195. <https://doi.org/10.1037//0021-843x.97.2.181>
- Vuchinich, R. E. y Tucker, J. A. (1996). Alcoholic relapse, life events, and behavioral theories of choice: A prospective analysis. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 4(1), 19–28. <https://doi.org/10.1037/1064-1297.4.1.19>
- Vujanovic, A. A., Meyer, T. D., Heads, A. M., Stotts, A. L., Villarreal, Y. R. y Schmitz, J. M. (2017). Cognitive-behavioral therapies for depression and substance use disorders: An overview of traditional, third-wave, and transdiagnostic approaches. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 43(4), 402–415. <https://doi.org/10.1080/00952990.2016.1199697>
- Wang, X., Zhang, D. y Wang, J. (2011). Dual-factor model of mental health: Surpass the traditional mental health model. *Psychology*, 2(8), 767–772. <http://dx.doi.org/10.4236/psych.2011.28117>
- Westerhof, G. J. y Keyes, C. L. (2010). Mental illness and Mental Health: The two continua model across the lifespan. *Journal of adult development*, 17(2), 110–119. <https://doi.org/10.1007/s10804-009-9082-y>
- White, W. L. (2008). Recovery: Old wine, flavor of the month or new organizing paradigm? *Substance use & misuse*, 43(12-13), 1987–2000. <https://doi.org/10.1080/10826080802297518>
- Wise, R. A. y Jordan, C. J. (2021). Dopamine, behavior, and addiction. *Journal of biomedical science*, 28(1), 83. <https://doi.org/10.1186/s12929-021-00779-7>
- Witkiewitz, K. y Marlatt, G. A. (2007). Overview of Relapse Prevention. En K. A. Witkiewitz y G. A. Marlatt (Eds.), *Therapist's Guide to Evidence-Based Relapse Prevention* (pp. 3–17). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-012369429-4/50031-8>
- Witkiewitz, K., Montes, K. S., Schwebel, F. J. y Tucker, J. A. (2020). What Is Recovery? *Alcohol Research: Current Reviews*, 40(3), 1. <https://doi.org/10.35946/arc.v40.3.01>
- World Health Organization- Quality of Life, W. (1998). WHOQOL: Measuring quality of life. *Psychol Med*. <https://doi.org/10.5.12>