



Variables implicadas en la abstinencia de alcohol a largo plazo: cuáles son y cuándo juegan un papel más importante

Variables involved in the long-term alcohol abstinence: Which variables are involved and at what point of time?

Rosa Jurado-Barba^{1,4}, Regina Espinosa¹, Marta Marín-Mayor^{2,3,4}, Ana Sion^{2,5} y Gabriel Rubio-Valladolid^{1,2,3,4}

¹Facultad de Ciencias de la Salud - HM Hospitales, Universidad Camilo José Cela, Villanueva de la Cañada 28692, Madrid, España.

²Instituto de Investigación Sanitaria Hospital 12 de Octubre (imas12), Madrid, España.

³Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid, España.

⁴Red de Investigación en Atención Primaria de Adicciones (RIAPAd). Instituto de Salud Carlos III, España.

⁵Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid, España.

ORCID Rosa Jurado-Barba: <https://orcid.org/0000-0002-1117-8387>

ORCID Regina Espinosa: <https://orcid.org/0000-0002-2709-6562>

ORCID Marta Marín-Mayor: <https://orcid.org/0000-0001-8335-9382>

ORCID Ana Sion: <https://orcid.org/0000-0002-1031-5124>

ORCID Gabriel Rubio-Valladolid: <https://orcid.org/0000-0002-1171-1508>

Recibido: 04/02/2024 · Aceptado: 25/03/2024

Cómo citar este artículo/citation: Jurado-Barba, R., Espinosa, R., Marín-Mayor, M., Sion, A. y Rubio-Valladolid, G. (2024). Variables implicadas en la abstinencia de alcohol a largo plazo: cuáles son y cuándo juegan un papel más importante. *Revista Española de Drogodependencias*, 49(1), 73-95. <https://doi.org/10.54108/10076>

Resumen

Diversas variables psicológicas están implicadas en el pronóstico de los pacientes con dependencia de alcohol, durante el tratamiento y después del alta. Sin embargo, aún no conocemos el papel que juegan estas variables en la consecución y mantenimiento de la abstinencia y, si éstas, se modifican a lo largo del tiempo. Metodología: Se recogieron datos longitudinalmente relacionados con ansiedad, depresión, impulsividad, estrategias de afrontamiento, sentido de la vida (SV) y asistencia a las asociaciones de ayuda-mutua (AM) de pacientes ambulatorios con dependencia de alcohol (N=159, 66% varones, edad media=42.54 años). Se realizaron evaluaciones basalmente, al alta (después de 2 años de tratamiento), a los 2 y a los 4 años después del alta. Las variables relacionadas con el consumo de alcohol fueron evaluadas con el método Timeline Followback. Resultados: En la evaluación basal, el estilo de afrontamiento evitativo y la impulsividad se asociaron con los meses de abstinencia acumulada a los 4 años. Al alta, y a los 2 años de seguimiento, las puntuaciones altas en el SV se asociaron con los meses de abstinencia acumulada a los 4 años. Los modelos de mediación encontraron que el SV incrementaba los meses de abstinencia acumulada a los 4 años a través del estilo de afrontamiento evitativo y una reducción de los niveles de depresión. Conclusiones: El SV es un componente determinante en la abstinencia a largo plazo. Dado que las asociaciones de AM promueven el SV, éstas deberían ser recomendadas como una parte esencial de un tratamiento integrado de la dependencia de alcohol.

Palabras clave

Estilo de afrontamiento evitativo; sentido de la vida; dependencia de alcohol; ansiedad-depresión; asociaciones de ayuda-mutua.

Correspondencia:

Rosa Jurado-Barba

Email: mrjurado@ucjc.edu



Abstract

Several psychological variables have been associated with the prognosis during alcohol dependence treatment and after discharge. However, we still do not know the role that these variables play in the achievement of abstinence and if they modify throughout time. Method: Longitudinal survey data related to anxiety, depression, impulsivity, coping, meaning in life (MiL) and attendance to mutual-help groups were collected from outpatients with alcohol dependence (N= 159, 66% male, mean age=42.54 years). Assessment points were the following: baseline, at discharge (after 2-years of treatment), and 2-years and 4-years follow-up after discharge. Drinking outcomes were evaluated with the Timeline Followback Method Assessment. Results: At baseline, levels of avoidance coping and impulsivity were associated with months of accumulated abstinence at 4-years-follow-up. However, at discharge and at two-years follow-up, higher scores in MiL were consistently associated with months of accumulated abstinence at 4-years of follow-up. Mediation models showed that MiL increased accumulated abstinence at 4 years-follow-up by increasing avoidance coping and reducing levels of depression. Conclusions: MiL is a determining component in the long-term sustained abstinence. Our results support the key role of MiL and point to a new mechanism through which it influences the maintenance of sobriety. Because mutual-help groups have consistently demonstrated to promote MiL, they should be implemented and recommended as an essential part of an integrated treatment of alcohol dependence.

Keywords

Avoidant coping style; meaning in life; alcohol dependence; anxiety-depression; mutual-help groups.

INTRODUCCIÓN

Europa es uno de los continentes con mayores costes derivados de los Trastornos por Uso de Alcohol (TUA) (GBD, 2015). Según la 5ª Edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) los TUA son un patrón problemático de consumo de alcohol que conduce a un deterioro o malestar significativo. Es una condición clínica crónica y recurrente (APA, 2013). Se han desarrollado diversas estrategias para su tratamiento, incluyendo los tratamientos conductuales y los farmacológicos (Morgenstern and Longabaugh, 2000; Anton et al. 2014).

Uno de los objetivos principales de los estudios clínicos en el área de los TUA ha

sido investigar qué variables están asociadas tanto en el corto, como en el largo plazo, con la consecución y el mantenimiento de la abstinencia (Sliedrecht et al., 2019). De esta manera, ha quedado demostrado que la severidad de la ansiedad, la depresión y la impulsividad al inicio del tratamiento de los TUA se ha relacionado con mayores tasas de recaída (Bartrés-Faz et al., 2018; Khazanov & Ruscio, 2016; Kleftras & Psarra, 2012; Stevens et al., 2014). Además, se ha encontrado que las estrategias de afrontamiento empleadas por los pacientes con TUA durante el periodo de tratamiento también constituyen un importante factor predictivo en la consecución de la abstinencia (Sliedrecht et al., 2019). Por último, los estudios de seguimiento basados en los programas de



12 pasos han señalado que algunas variables como la asistencia a las sesiones grupales, así como el propósito y el significado de la vida, también podrían estar relacionadas con la consecución y mantenimiento de la abstinencia (Carroll, 1993; Krentzman et al., 2017; Robinson et al., 2007).

Sin embargo, no solamente el tomar conciencia de la asociación entre estas variables y el pronóstico de los TUA facilita el trato que los clínicos ofrecen a los pacientes con un TUA que buscan tratamiento. Esto puede ser debido, entre otras causas, al hecho de que algunas variables, como la consecución de la abstinencia, pueden ser más determinantes en el pronóstico en las primeras etapas del tratamiento, mientras que otras, como la espiritualidad, podrían desempeñar un papel más importante en el pronóstico a medio y largo plazo (Krentzman et al., 2017). A esto se añade que estas variables no han sido extensamente evaluadas en estudios naturalísticos y entornos reales, por lo que los clínicos no terminan de identificar su utilidad a la hora de mejorar la eficacia de los tratamientos.

Por ello podría ser de utilidad conocer qué variables están asociadas, en una misma muestra, con el pronóstico de los TUA durante el periodo de tratamiento, y cuáles de ellas podrían continuar siendo determinantes durante el periodo de seguimiento en el medio y largo plazo. De esta manera, podríamos implementar estrategias más eficaces que ayudasen en el proceso de recuperación de los pacientes con TUA tanto durante el periodo de tratamiento como después del alta médica.

Teniendo en cuenta este objetivo, hemos realizado un análisis estadístico complementario, a partir de un estudio previo en el que

pretendíamos demostrar que combinando la asistencia a los grupos de ayuda-mutua (AM) y al programa ambulatorio de tratamiento intensivo de nuestro hospital se mejoraba el pronóstico de los pacientes con un TUA durante su proceso de recuperación (Rubio et al., 2018). El periodo de tratamiento era de 24 meses y, al alta, los pacientes mantenían un seguimiento de 4 años, en los que eran evaluados durante el segundo y el cuarto año. El objetivo de este segundo análisis estadístico ha sido determinar que variables basales (evaluadas antes de iniciar el tratamiento), al alta, y durante el segundo año de seguimiento están implicadas en la consecución y en el mantenimiento de la abstinencia al final del periodo de seguimiento (a los 4 años).

MATERIALES Y MÉTODOS

Participantes

Para obtener más información relacionada con la muestra incluida, las estrategias empleadas y los periodos de seguimiento, se puede revisar nuestro estudio previo (Rubio et al., 2018). La muestra final incluyó a 159 pacientes ($n=68$ habían recibido el tratamiento ambulatorio habitual y $n=91$ habían recibido el tratamiento ambulatorio habitual y, además, asistieron a grupos de AM). La Tabla I recoge las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes durante la evaluación basal. La edad media en el inicio del consumo de alcohol fue de 17.6 años ($DT=6.24$). La edad media a la que los participantes cumplieron criterios diagnósticos de TUA fue 29.8 años ($DT=9.33$). Al inicio del tratamiento, el número de años medio de consumo de alcohol fue de 12.8 años ($DT=10.07$). La puntuación media de la Escala de Severidad



de la Dependencia de Alcohol fue de 30.18 (SD=14.1), lo que indica una dependencia grave. Con relación al consumo de otras sustancias, el 81.2% de los pacientes padecían una dependencia de nicotina y el 18.9% una dependencia de cocaína.

Diseño y procedimiento

La muestra procedía de dos cohortes de participantes que habían recibido tratamiento para su TUA en una institución pública y que después de completar su tratamiento

habían mantenido un seguimiento durante un periodo de 4 años mediante entrevistas personales telefónicas. En este estudio, los participantes fueron evaluados en distintos puntos temporales: básicamente, al alta, a los 2 años de seguimiento, y a los 4 años de seguimiento. Investigamos, asimismo, el papel que cada una de las variables podía tener a la hora de explicar la abstinencia acumulada a los 4 años de seguimiento.

La variable dependiente fueron los meses de abstinencia acumulada a los 4 años de seguimiento, que se correlacionó con las

Tabla 1. Características demográficas y clínicas de la muestra

	PARTICIPANTES, n= 159
Edad, Media (DT)	42.54 (± 8.39)
Estado Civil Marital, n (%)	
Soltero/a	56 (35.2)
Casado/a	68 (42.7)
Separado/Divorciado/a	33 (20.7)
Viudo/a	2 (1.2)
Educación, n (%)	
Estudios primarios	29 (18.2)
Estudios secundarios	79 (49.6)
Estudios universitarios	51 (32.1)
Situación laboral, n (%)	
Activo	81 (50.9)
Desempleado	32 (20.1)
Otros	46 (28.9)
Tratamiento grupal, n (%)	
Tratamiento habitual solo	68 (42.8)
Combinación con grupos de AM	91 (57.2)
Edad de inicio del consumo de alcohol, Media (DT)	17.68 (± 6.24)
Edad a la que se diagnostica el TUA, Media (DT)	29.79 (± 9.33)
Años de uso de alcohol, Media (DT)	12.82 (± 10.07)
Escala de Dependencia de Alcohol, Media (DT)	30.18 (± 14.11)
Dependencia de tabaco, n (%)	129 (81.1)
Consumo de cocaína, n (%)	52 (32.7)
Meses de asistencia a los grupos de AM (familiares), Media (DT)	8.21 (± 12.78)
Número de sesiones a grupos de AM (pacientes), Media (DT)	224.89 (303.78)



variables independientes: sociodemográficas, estrategias de afrontamiento evitativo, niveles de impulsividad, ansiedad y depresión, el significado de la vida (SV), el número de sesiones a grupos de AM a la que asistían los participantes, y el número de meses durante los cuales asistieron los familiares de los participantes a los programas de AM. Estas correlaciones fueron evaluadas en distintos periodos del estudio: basalmente, al alta del programa, y a los 2 y a los 4 años de seguimiento.

Programa terapéutico de continuidad de cuidados

Para una explicación más detallada del programa terapéutico se pueden consultar nuestras publicaciones previas (Rubio et al., 2018; Rubio et al., 2020). En resumen, se trata de un tratamiento cognitivo-conductual, multimodal, intensivo, de 24 meses de duración, que se desarrolla a lo largo de 5 etapas: a) desintoxicación y motivación hacia la abstinencia (2-3 meses); b) prevención de recaídas, basado en el modelo cognitivo-conductual desarrollado por Marlatt y Gordon (1985); c) programa de habilidades sociales, basado en el desarrollado en el Proyecto MATCH (Kadden et al., 1992); (d) consolidación de los cambios conductuales y en el estilo de vida (10-12 meses). Después de completar el tratamiento, los pacientes eran derivados al programa de continuidad de cuidados (PCC) desarrollados en los centros de atención primaria (Rubio et al., 2020). La información relacionada con el periodo de seguimiento fue obtenido de la historia clínica electrónica (HCE) por los Médicos de Atención Primaria (MAP). Si algún paciente había sido asignado a otro MAP, el caso era coordinado con el médico responsable. Cada dos años, todos

los participantes eran entrevistados con el objetivo de completar las escalas psicológicas y recoger la información relacionada con los meses de abstinencia acumulada y la asistencia a las citas de seguimiento.

Tanto los pacientes como sus familiares podían asistir a las reuniones de las asociaciones de AM de manera gratuita. Esto nos ha permitido incluir algunas variables dentro del estudio como el número de sesiones a las que los pacientes asistían a los grupos de AM (224.89, SD=303.7) y el número de meses durante los cuales los familiares de los pacientes asistían a los grupos de AM (32.23, SD= 12.7).

Medidas e instrumentos de evaluación

Los pacientes eran entrevistados y diagnosticados conforme a los criterios diagnósticos del manual de los trastornos mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA, 2000).

Las variables que se señalan a continuación son las que fueron recogidas en los periodos de evaluación a lo largo del estudio:

SV: El Cuestionario de Significado de la Vida (MiLQ, con sus siglas en inglés) es un instrumento que evalúa el significado de la vida, definida como el sentido y el significado que se tiene del propio ser y de su existencia (Steger et al., 2006). Este cuestionario evalúa dos aspectos del significado de la vida a través de las siguientes subescalas, con 5 ítems cada una: Presencia y Búsqueda. La presencia se refiere a la medida en que la gente comprende, da o ve el significado de sus vidas acompañado por el grado en que se perciben con un propósito, misión u objetivo ulterior. La búsqueda de significado concierne



al grado en que los individuos intentan establecer y/o aumentar su comprensión del sentido o propósito en sus vidas. La versión española validada tiene una Alfa de Cronbach de 0.80 para la puntuación total (Góngora & Solano, 2011) y para el presente estudio de 0.87. La medida incluida en este estudio fue la puntuación total del SV.

Impulsividad: La Escala Barrat de Impulsividad (BIS-11) (Patton et al., 1995) es una escala auto aplicada que consta de 30 ítems que determina los componentes cognitivo, motor y no planificado de la impulsividad. La versión española (Oquendo et al., 2001) tiene un buen coeficiente alfa y mantiene estos tres factores iniciales. La Alfa de Cronbach en este estudio fue de 0.79.

Ansiedad y depresión: Empleamos la Escala Hamilton de Ansiedad (HADS-A) (Hamilton, 1959) y la Escala Hamilton de Depresión (HADS-D) (Hamilton, 1967) para determinar los síntomas ansiosos y depresivos, respectivamente, con unas Alfas de Cronbach de 0.78 y de 0.82 para este estudio.

Afrontamiento evitativo: El Inventario de habilidades de afrontamiento (CBI) (Litman et al., 1983) ha sido adaptado a la población española (García González & Alonso Suárez, 2002). Se trata de un cuestionario autoadministrado que consta de 36 ítems que permiten identificar la frecuencia con la que un individuo emplea estrategias de afrontamiento para mantener la abstinencia en situaciones de riesgo. El Alfa de Cronbach para la versión española validada era del 0.78 y para este estudio del 0.76. Teniendo en cuenta que en la población española una de las estrategias más frecuentemente empleadas para manejar las situaciones de riesgo es la evitación, incluimos la subescala de evitación con 5 ítems (ítems 3, 8, 18, 20 y 30).

Severidad de la dependencia de alcohol:

La Escala de la Severidad de la Dependencia de Alcohol (SADS) (Rubio, Urosa, & Santo Domingo, 1998) consta de 30 preguntas de tipo Likert con cuatro respuestas alternativas. La puntuación total permite diferenciar entre una dependencia de alcohol leve (puntuación <20), moderada (puntuación entre 21-37) y grave (puntuación >37). El Alfa de Cronbach en la versión original española fue de 0.91 y, para este estudio, de 0.87.

Meses de abstinencia acumulada durante el periodo de seguimiento de 4 años:

La evaluación del consumo de alcohol durante el periodo de seguimiento se realizó empleando la entrevista Alcohol Timeline Followback (TLFB) diseñada por Sobell y Sobell (Sobell et al., 1988) para determinar retrospectivamente el consumo diario de alcohol. A través de esta entrevista, se pudo determinar la presencia de recaídas, la extensión del consumo y los periodos de abstinencia acumulada. Estos datos eran después comparados con los niveles séricos de GGT, que eran obtenidos con una frecuencia anual.

Número de sesiones a los que los pacientes asistieron a los grupos de AM y número de meses a los que sus familiares asistieron a las sesiones grupales de las asociaciones de AM:

Estos datos fueron obtenidos a partir de los registros de asistencia de pacientes y familiares recogidos por nuestro equipo en coordinación con las asociaciones, con una frecuencia semanal o quincenal.

Análisis estadístico

Se emplearon correlaciones de Pearson para estudiar la asociación entre el sexo, la edad, las variables psicológicas (afrota-



miento evitativo, impulsividad, ansiedad y depresión, y SV) y las variables relacionadas con la asistencia de pacientes y familiares a los grupos de AM (número de sesiones a las que asistieron los pacientes, y número de meses a los que asistieron los familiares de los pacientes a los grupos de AM), que se evaluaron en distintos periodos de tiempo (basalmente, al alta del programa, y a los 2 años de seguimiento), y el número de meses de abstinencia acumulada a los 4 años de seguimiento. Además, se realizaron análisis de regresión lineal por pasos para explorar qué variables predecían con significación estadística el número de meses de abstinencia acumulada a los 4 años de seguimiento. Por último, observamos que a los 2 años de seguimiento existían asociaciones significativas entre el afrontamiento evitativo, la depresión y el SV con los meses de abstinencia acumulada a los 4 años de seguimiento, por lo que decidimos explorar si el afrontamiento evitativo y los niveles de depresión medidos durante el segundo año de seguimiento podrían constituir factores mediadores entre el SV (a los 2 años de seguimiento) y los meses de abstinencia acumulada a los 4 años de seguimiento. La significación estadística de los efectos mediadores del modelo analizados en el presente estudio fue examinada con el método de la Regresión Lineal de los Mínimos Cuadrados y el método Bootstrap a través del programa desarrollado por Hayes (2013; 2012). Los análisis Bootstrap fueron realizados a través del Macro PROCESS y del “Modelo 4 de Mediación Múltiple”. La significación estadística de las variables mediadoras fue examinada con muestras de 10000 Bootstrap. Se estableció el nivel de significación estadística en 0.05. El análisis estadístico se realizó a través del programa IBM SPSS 22.0.

RESULTADOS

En los siguientes apartados expondremos, en primer lugar, las correlaciones entre las distintas variables evaluadas en los distintos periodos del estudio y el pronóstico relacionado con la abstinencia acumulada a los 4 años de seguimiento, con sus respectivos modelos de regresión. En segundo lugar, presentaremos los resultados relacionados con los análisis múltiples paralelos.

Correlaciones y modelos de regresión

Resultados de la evaluación basal y su correlación con la abstinencia acumulada a los 4 años de seguimiento. La Tabla 2 nos muestra que, la edad, las estrategias de afrontamiento evitativo, y la asistencia a los grupos de AM tanto por parte de los pacientes, como por parte de familiares, correlacionaban positivamente, y la impulsividad negativamente, con los meses de abstinencia acumulada.

El modelo de regresión lineal de pasos sucesivos se diseñó introduciendo aquellas variables que habían demostrado significación estadística en los modelos de correlación. En primer lugar, la edad se introdujo para controlar su efecto sobre la variable dependiente. A continuación, se introdujeron las variables relacionadas con las estrategias de evitación y la impulsividad, número de sesiones a las que asistían los pacientes a los grupos de AM y el número de meses durante los cuales los familiares de estos asistían a los grupos de AM. El programa dio lugar a tres modelos (Tabla 3). El modelo final ($F(3, 158) = 10.05, p = 0.0001$) reflejó que los factores predictores significativos que explicaron el 16% ($R^2 = 0.16$) de la varianza de los meses de abstinencia acumulada fueron las estrategias de evitación y los



menores niveles de impulsividad ($\Delta R^2=0.02$, ($\Delta F(1, 155)=5.20$, $p=0.02$). La variable estrategias de evitación fue la que presentaba una mayor beta (0.29) (ver Tabla 3).

Resultados de las evaluaciones al alta y su correlación con la abstinencia acumulada a los 4 años de seguimiento. La Tabla 4 muestra la existencia de una relación estadísticamente significativa entre las subescalas de afrontamiento evitativo, los menores niveles de ansiedad y las mayores puntuaciones en el SV, y los meses de abstinencia acumulada a los 4 años de seguimiento.

Se realizó un modelo de regresión lineal de pasos sucesivos utilizando estas variables. El estilo de afrontamiento evitativo, la ansiedad, el SV, y la asistencia a los grupos de AM tanto de pacientes como familiares

Se realizó un modelo de regresión lineal de pasos sucesivos utilizando estas variables. El estilo de afrontamiento evitativo, la ansiedad, el SV, y la asistencia a los grupos de AM tanto de pacientes como familiares

Tabla 2. Correlaciones entre las variables medidas basalmente y los meses de abstinencia acumulada a los 4 años de seguimiento

		1	2	3	4	5	6	7	8	9
Nº Meses Abstinencia	1									
1. Sexo	-0.09	1								
2. Edad	0.16*	-0.14*	1							
3. Afront. Evitativo	0.34**	0.03	0.11	1						
4. Impulsividad	-0.24**	-0.04	-0.01	-0.22**	1					
5. Ansiedad	0.008	-0.01	0	-0.12	0.15*	1				
6. Depresión	0.03	-0.04	-0.09	-0.11	0.18*	0.34**	1			
7. SV	-0.02	-0.19**	-0.22**	0.07	-0.18**	-0.15*	-0.09	1		
8. Asistencia familiares	0.42**	-0.06	0.10	0.19*	0.16*	0.08	0.16*	-0.12	1	
9. Asistencia pacientes	0.59**	-0.07	0.03	0.26**	0.10	0.09	0.12	-0.12	0.77**	1

Nota: SV: Significado de la vida; Asistencia de familiares: número de meses de asistencia a grupos de AM de familiares; Asistencia pacientes: número de sesiones a grupos de AM a las que asisten los pacientes.

Tabla 3. Predictores basales de los meses de abstinencia acumulada a los 4 años de seguimiento

Predictores	R ²	ΔR ²	b	β	t	p
Modelo 1	0.02	0.02				
Edad			0.06	0.16	2.02	0.04*
Modelo 2	0.13	0.11				
Edad			0.04	0.12	1.60	0.11
Afrontamiento evitativo			0.67	0.33	4.44	0.001**
Modelo 3	0.16	0.02				
Edad			0.04	0.12	1.61	0.10
Afrontamiento evitativo			0.59	0.29	3.89	0.001**
Impulsividad			-0.04	-0.17	-2.28	0.02*

Note: * $p<0.05$; ** $p<0.001$



fueron introducidos como variables en este modelo. El programa creó 4 modelos (Tabla 5). El modelo final reflejaba que los predictores significativos que explicaban el 44% ($R^2=0.44$) de la varianza de los meses de abstinencia acumulada eran: la edad, el estilo de afrontamiento evitativo, el SV y el número de sesiones a los que los

pacientes asistían a FACOMA ($\Delta R^2=0.07$, $(\Delta F(2,153)=9.42, p=0.0001)$), alcanzando este modelo la significación estadística ($F(5,158)=24.08, p=0.0001$). El número total de sesiones a los que los pacientes asistían dentro de los grupos de AM fue la variable que presentó una beta más elevada (0.38) (ver Tabla 5).

Tabla 4. Correlaciones entre variables al alta y meses de abstinencia acumulada a los 4 años de seguimiento

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Nº Meses Abstinencia	1									
1. Sexo	-0,09	1								
2. Edad	0,16*	-0,14*	1							
3. Afront. Evitativo	0,55**	-0,005	0,11	1						
4. Impulsividad	-0,13	-0,05	-0,02	-0,11	1					
5. Ansiedad	-0,16*	0,02	-0,01	-0,21**	0,28**	1				
6. Depresión	-0,07	0,02	-0,11	-0,10	0,25**	0,43**	1			
7. SV	0,32**	-0,14*	-0,05	0,17*	-0,05	-0,13*	-0,16*	1		
8. Asistencia familiares	0,42**	-0,06	0,10	0,44**	0,15*	0,08	0,14*	0,22**	1	
9. Asistencia pacientes	0,59**	-0,07	0,03	0,58**	0,08	-0,2	0,05	0,32**	0,77**	1

Nota: SV: Significado de la vida; Asistencia de familiares: número de meses de asistencia a grupos de AM de familiares; Asistencia pacientes: número de sesiones a grupos de AM a las que asisten los pacientes.

Tabla 5. Predictores de la abstinencia acumulada a los 4 años de seguimiento al alta

Predictores	R^2	ΔR^2	b	β	t	p
Modelo 1	0.02	0.02				
Edad			0.06	0.16	2.02	0.04*
Modelo 2	R^2	ΔR^2	b	β	t	p
Edad	0.31	0.28	0.04	0.10	1.50	0.13
Afrontamiento evitativo			1.25	0.53	8.05	0.001**
Modelo 3	R^2	ΔR^2	b	β	t	p
Edad	0.37	0.06	0.05	0.13	2.06	0.04*
Afrontamiento evitativo			1.15	0.49	7.55	0.001**
SV			0.12	0.25	3.85	0.001**
Modelo 4	R^2	ΔR^2	b	β	t	p
Edad	0.44	0.07	0.05	0.12	2.00	0.04*
Afrontamiento evitativo			0.72	0.31	4.10	0.001**
SV			0.07	0.14	2.20	0.03*
Número de sesiones asistidas a grupos de AM (pacientes)			0.004	0.38	3.65	0.001**
Meses de asistencia a grupos de AM (familiares)			-0.01	-0.05	-0.53	0.56

Nota: * $p<0.05$; ** $p<0.001$



Resultados de las evaluaciones realizadas a los 2 años de seguimiento y su correlación con la abstinencia a los 4 años de seguimiento. La Tabla 6 nos muestra que había una relación estadísticamente significativa entre la subescala de estilo de afrontamiento negativo, los menores niveles de depresión, los menores niveles de impulsividad y el SV, y los meses de abstinencia acumulada a los 4 años de seguimiento.

En la Tabla 7 se presentan los modelos de regresión. El modelo final reflejaba que los predictores significativos que explicaban el 51.5% ($R^2=0.51$) de la varianza de los meses de abstinencia acumulada fueron el estilo de afrontamiento negativo, los menores niveles de depresión y el SV ($\Delta R^2=0.01$, $(\Delta F(1,154)=4.84, p=0.03)$, de manera que el modelo alcanzaba la significación estadística ($F(4,158)=40.89; p=0.0001$). El SV presentaba una beta más elevada (0.42) (Tabla 7).

Tabla 6. Correlaciones en las variables a los 2 años de tratamiento y los meses de abstinencia acumulada a los 4 años de seguimiento

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Nº Meses Abstinencia	1									
1. Sexo	-0.09	1								
2. Edad	0.16*	-0.14*	1							
3. Afront. evitativo	0.56**	-0.06	0.08	1						
4. Impulsividad	-0.22	-0.02	-0.02	-0.25**	1					
5. Ansiedad	-0.08	0.06	-0.05	-0.19*	0.22**	1				
6. Depresión	-0.37*	-0.008	-0.12	-0.25**	0.21**	0.29**	1			
7. SV	0.62**	-0.06	0.07	0.46**	-0.04	-0.20*	-0.21**	1		
8. Asistencia familiares	0.42**	-0.06	0.10	0.47**	0.08	-0.08	-0.07	0.36**	1	
9. Asistencia pacientes	0.59**	-0.07	0.03	0.61**	0.02	-0.16*	-0.16*	0.52**	0.77**	1

Nota: SV: Significado de la vida; Asistencia de familiares: número de meses de asistencia a grupos de AM de familiares; Asistencia pacientes: número de sesiones a grupos de AM a las que asisten los pacientes.

Tabla 7. Predictores a los 2 años de seguimiento de los meses de abstinencia acumulada a los 4 años de seguimiento

Predictores	R^2	ΔR^2	b	β	t	p
Modelo 1	0.02	0.02				
Edad			0.06	0.16	2.02	0.04*
Modelo 2	R^2	ΔR^2	b	β	t	p
Edad	0.40	0.38	0.04	0.12	1.94	0.05
SV			0.29	0.61	9.96	0.001**
Modelo 3	R^2	ΔR^2	b	β	t	p
Edad	0.50	0.09	0.04	0.10	1.77	0.07
SV			0.21	0.45	7.15	0.001**
Afrontamiento evitativo			0.89	0.35	5.43	0.001**
Modelo 4	R^2	ΔR^2	b	β	t	p
Edad	0.51	0.01	0.03	0.09	1.63	0.10
SV			0.20	0.42	6.37	0.001**
Afrontamiento evitativo			0.85	0.33	5.24	0.001**
Depresión			-0.11	-0.13	-2.20	0.02*

Nota: * $p<0.05$; ** $p<0.001$



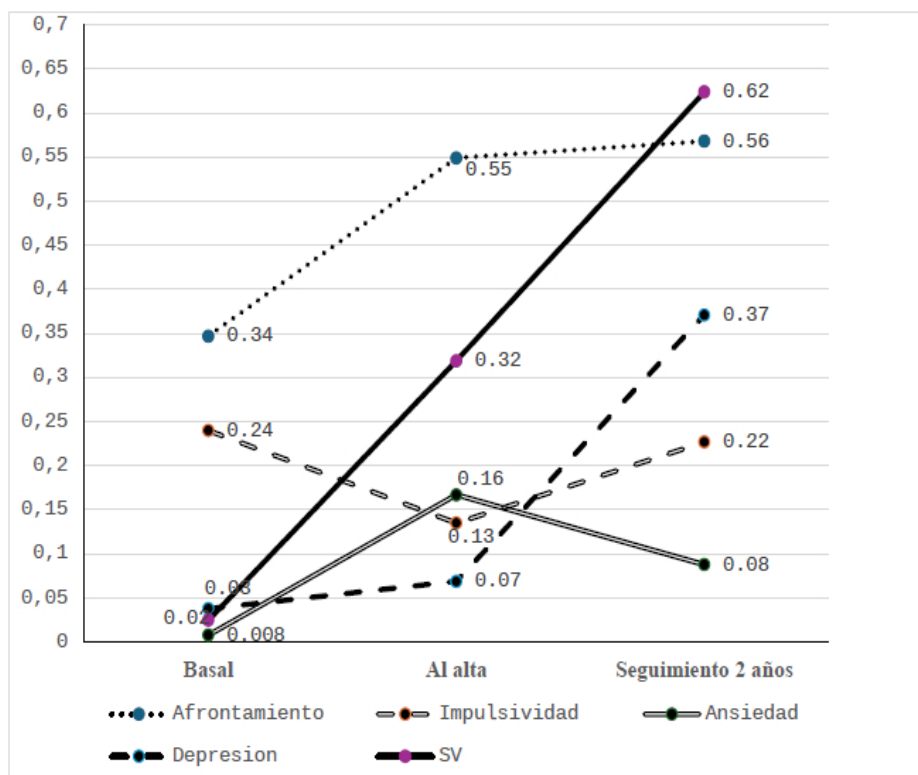
En resumen, en la Figura 1 podemos ver cómo los predictores significativos de los meses de abstinencia acumulada a los 4 años de seguimiento se modificaban a lo largo del tiempo. A nivel basal, los niveles de afrontamiento evitativo y los niveles de impulsividad (de manera inversa) resultaron ser los predictores más relevantes y que predecían un mayor número de meses de abstinencia acumulada al final del periodo de seguimiento. Sin embargo, al alta, el afrontamiento evitativo, el SV y el número de sesiones a los que los pacientes asistieron

a las asociaciones de AM fueron los predictores más significativos de la abstinencia acumulada a los 4 años de seguimiento. Por último, a los 2 años de seguimiento, el SV fue la variable que mejor predecía la abstinencia acumulada, sobrepasando al afrontamiento evitativo.

Análisis múltiples paralelos

Los resultados anteriores indican que, entre las variables consideradas a los 2 años de seguimiento, el SV era la que mejor predecía el número de meses de abstinencia acumu-

Figura 1. Correlaciones entre las variables psicológicas (basalmente, al alta y a los 2 años de seguimiento) y los meses de abstinencia acumulada a los 4 años de seguimiento. SV: Sentido de la Vida





lada a los 4 años de seguimiento, siendo la que tenía un mayor peso en los modelos de regresión lineal. Por dicho motivo, decidimos explorar el mecanismo específico a través del cual se produce esta asociación, para lo que empleamos un análisis múltiple paralelo (ver Tabla 8). Los resultados demuestran que el SV, tanto directa como indirectamente a través del incremento del afrontamiento evitativo y la reducción de los niveles de depresión, predecía un mayor número de meses de abstinencia a los 4 años de seguimiento (ver la Figura 2).

Como se puede observar en la Figura 2, el efecto total ($c = 0.29$, $SE = 0.03$, $t = 10.01$, $p < 0.001$) que el SV tenía sobre los meses de abstinencia acumulada a los 4 años de seguimiento se encontraba en un nivel de significación estadística (Paso 1). Además, el efecto directo que el SV tenía sobre el afrontamiento evitativo ($B \alpha_1 = 0.08$, $SE = 0.01$, $t = -6.49$, $p < 0.001$), y los niveles de depresión ($B \alpha_2 = -0.20$, $SE = 0.04$, $t = -4.65$, $p < 0.001$) como variables

mediadoras, también se encontraba en un nivel de significación (Paso 2). Cuando se examinaron los efectos directos de estas variables mediadoras sobre los meses de abstinencia acumulada, se encontró que los efectos del afrontamiento evitativo ($B b_1 = 0.87$, $SE = 0.16$, $t = 5.31$, $p < 0.001$) y los niveles de depresión ($B b_2 = -0.11$, $SE = 0.05$, $t = -2.31$, $p < 0.05$) eran significativos. Cuando el SV y todas las variables mediadoras era incluidas simultáneamente en la ecuación (Paso 3), con relación al efecto directo, la relación entre el SV y la abstinencia acumulada se reducía, encontrándose los valores significativos en el mismo nivel ($c' = 0.20$, $SE = 0.03$, $t = 6.35$, $p < 0.001$). Basándonos en estos resultados, se encontró que eran dos variables las que mediaban la relación entre el SV y la abstinencia acumulada. Además, se observó que globalmente el modelo se encontraba en el nivel de significación estadística ($F(3,155) = 53.06$, $p < 0.001$) y explicaba el 50% del total de la varianza sobre los meses de abstinencia acumulada a los 4 años de seguimiento.

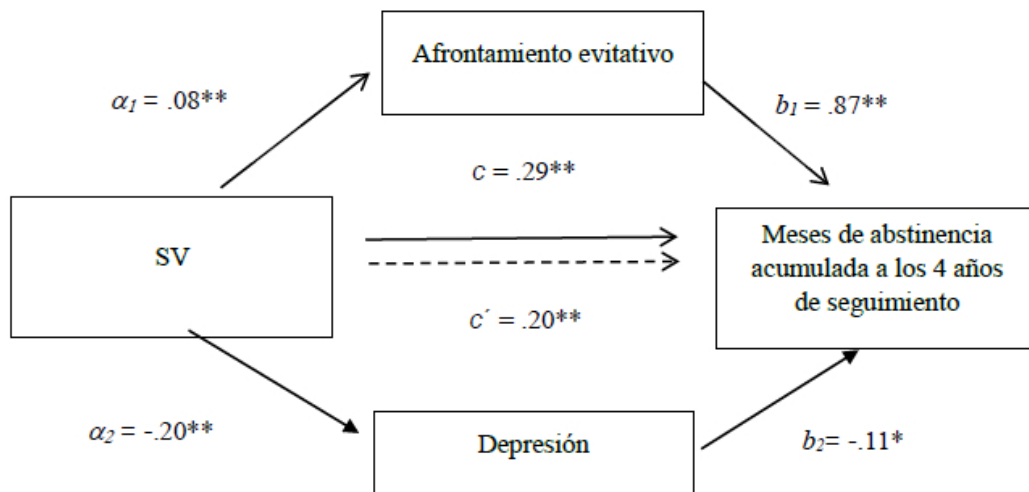
Tabla 8. Evaluación de los efectos indirectos del SV (2 años de seguimiento) sobre los meses de abstinencia acumulada a los 4 años de seguimiento, a través del afrontamiento evitativo y los niveles de depresión

Efectos	Estimación puntual	Booststrapping				
		Producto de coeficientes			95%BCa Confidencia Intervalo	
		SE	z	p	Menor	Mayor
Total efectos indirectos	.0980	.0194			.0643	.1406
Afrontamiento evitativo	.0747	.0189	4.08	.00001	.0425	.1168
Depresión	.0233	.0087	2.03	.022	.0083	.0432
Contrastes						
CI	.0514	.0221			.0112	.0975

Nota: N= 159, k= 10000, * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$, Level, BCa: Sesgos corregidos y acelerados 10000 muestras bootstrap.



Figura 2. Análisis múltiples paralelos del afrontamiento evitativo y los niveles de depresión (a los 2 años de seguimiento) entre el SV (2 años de seguimiento) y los meses de abstinencia acumulada a los 4 años de seguimiento y los valores beta no estandarizados



La significación estadística de los efectos indirectos fue analizada utilizando un modelo de análisis con muestras de 10000 bootstraps. Las estimaciones fueron analizadas dentro de los intervalos de confianza al 95%. Los sesgos corregidos y los resultados acelerados se recogen en la Tabla 8. Como se muestra en la Tabla 8, el efecto indirecto total del SV, a través del afrontamiento evitativo y la depresión (es decir, la diferencia entre el efecto total y directo/ $c-c'$) fue estadísticamente significativo (estimación puntual= 0.09 y 95% BCa IC [0.0643, 0.1406]). Cuando las dos variables mediadoras fueron consideradas por separado dentro del modelo de evaluación, con relación a la mediación de los efectos indirectos del SV sobre la abstinencia acumulada a los 4 años después del tratamiento, la mediación del afrontamiento evitativo (estimación puntual= 0.07 y 95% BCa IC [0.0425, 0.1168]), y la depresión (estimación

puntual=0.02 y 95% BCa IC [0.0083, 0.0432]) demostraron significación estadística. Se realizaron comparaciones pareadas con el objetivo de definir el poder estadístico de estas variables mediadoras. Dos comparaciones estadísticamente significativas con estimaciones puntuales fuera del intervalo 0, basadas en los intervalos de confianza del 95% han sido incluidas en la Tabla 8. Basándonos en las comparaciones pareadas de los efectos indirectos, el afrontamiento evitativo demostró ser un mediador más potente que los niveles de depresión (C2).

DISCUSIÓN

Nuestros resultados indican que, en una muestra de pacientes con un TUA grave que recibieron un tratamiento intensivo de 24 meses y realizaron un seguimiento de 4 años, las varia-



bles que predecían un mayor número de meses de abstinencia acumulada variaban en función del momento de evaluación. Antes del inicio del tratamiento, la impulsividad y un estilo de afrontamiento evitativo eran las que predecían el pronóstico a los 4 años de seguimiento. Al alta del programa, las variables que predecían la abstinencia acumulada a los 4 años de seguimiento eran el estilo de afrontamiento evitativo, el SV, la edad, y la asistencia de los pacientes a las sesiones de AM. Y, durante el segundo año de seguimiento, las variables predictivas fueron el SV, el estilo de afrontamiento evitativo y la depresión. En este último periodo, los análisis de mediación demostraron que el SV por un mecanismo directo, o por un mecanismo indirecto a través del estilo de afrontamiento evitativo y la reducción de los niveles de depresión, predijeron la consecución de un mayor número de meses de abstinencia acumulada. En conclusión, nuestros resultados sugieren que el SV es una variable con una importante implicación en la consecución de una abstinencia a largo plazo.

Otros estudios previos (que han sido referenciados en la sección de la Introducción) han encontrado que estas mismas variables, consideradas de manera individual, se han asociado con la consecución de la abstinencia. Sin embargo, hasta la fecha, ningún estudio había considerado el cómo y el por qué determinadas variables como la impulsividad y el estilo de afrontamiento evitativo, a lo largo del tiempo, pierden su valor predictivo en favor de otras variables como el SV. En los siguientes apartados abordaremos las razones por las cuales el estilo de afrontamiento evitativo podría ser el mecanismo más relevante en el mantenimiento de la abstinencia a largo plazo, especialmente durante el periodo de tratamiento y, por qué, después del alta, es el SV la variable que juega un papel más prominente.

Estrategias de afrontamiento como mecanismos implicados en el mantenimiento de la abstinencia durante el periodo de tratamiento

Con relación a las estrategias de afrontamiento, nuestros resultados apoyan que un tratamiento intensivo cognitivo-conductual mejora los recursos de afrontamiento (Roos et al 2017). Diversos análisis realizados a partir del Proyecto MATCH indicaban que las estrategias de afrontamiento mediaban los efectos positivos del tratamiento cognitivo-conductual (TCC) sobre las variables relacionadas con el consumo después de un año de tratamiento, especialmente en individuos con una dependencia de alcohol grave (Roos et al., 2017). Estos resultados están en consonancia con la teoría cognitivo-social, que considera que la TCC promueve la abstinencia a través de la mejoría en las estrategias de afrontamiento (Morgens-tern & Longabaugh, 2000). El hecho de que los pacientes incluidos en nuestro estudio hayan aprendido a emplear las estrategias de evitación ante situaciones de alto riesgo como su principal estrategia de afrontamiento durante el periodo de tratamiento, podría estar relacionado con la gravedad de su TUA, la historia de fracasos terapéuticos previos, y su asistencia a los grupos de AM (Arias et al., 2021).

Papel del SV después del alta como variable implicada en el mantenimiento de la abstinencia a largo plazo

Nuestros resultados apoyan la premisa de que el SV es un componente crucial en el proceso de recuperación de los individuos con un Trastorno por Uso de Sustancias (TUS). De esta manera, apuntan a que el hecho de tener un mayor SV predice significativamente



la consecución de una mayor abstinencia acumulada a los 4 años de seguimiento. De hecho, el poder predictivo se incrementa como una función del tiempo desde que el individuo entra en el programa de tratamiento. Se encontró que esta variable, ya sea de una manera directa, o indirectamente a través de otras variables mediadoras como el estilo de afrontamiento evitativo y la reducción de los síntomas depresivos, era una de las variables que predecía de una manera más consistente la abstinencia acumulada al final de periodo de seguimiento.

Globalmente, nuestros resultados están en consonancia con otros estudios que también han apuntado a la importancia del SV en el proceso de recuperación de los individuos con dependencia de alcohol (Kelly et al., 2011; Witkiewitz et al., 2019), de manera que el SV puede ser considerado una dimensión nuclear en la recuperación (Slade et al., 2012; Substance Abuse and Mental Services Administration (SAMHSA), 2011). El hecho de que en nuestro estudio, a diferencia de lo encontrado en otros (Kelly et al., 2011; White & Laudet, 2006; Zetmore, 2007), el SV tenga un mayor peso en el modelo de regresión en comparación con otras variables como la asistencia a los grupos de AM, podría tener que ver con el momento en el que se realizaron las evaluaciones en cada uno de ellos (Cranford et al., 2014; Kelly et al., 2011; Krentzman et al., 2017; Waisberg & Porter, 1994; Witkiewitz et al., 2019). En todos estos estudios, la evaluación del SV se realizaba a nivel basal y al alta del tratamiento (entre 1 semana y 3 meses), y los periodos de seguimiento oscilaban entre los 12 y 15 meses, de manera que solo reflejan las etapas más tempranas del proceso de recuperación. De hecho, en nuestro estudio, podemos ob-

servar cómo evoluciona el peso del SV; entre las variables que tenían un poder predictivo en la evaluación basal no encontramos que el SV sea determinante y, en su lugar, las variables implicadas en el pronóstico en esta etapa del tratamiento son tener mayores niveles de afrontamiento evitativo o menores niveles de impulsividad. Sin embargo, al alta, el poder predictivo del SV va incrementándose progresivamente, si bien no es hasta los 2 años de seguimiento después del alta el momento en el que alcanza un mayor valor. Estas mediciones durante el periodo de seguimiento nos permiten demostrar cómo el proceso de recuperación de los pacientes con un TUA es más prolongado de lo que reflejan los estudios transversales o los estudios pre-tratamiento.

Por otra parte, de acuerdo con nuestros resultados, existen otras variables que claramente determinan el mantenimiento de la abstinencia. Entre ellas se encuentran la reducción de las emociones negativas, específicamente la ansiedad y la depresión, las estrategias de afrontamiento evitativas o la asistencia a grupos de AM. Esta última variable es de especial importancia, en primer lugar, por el tipo de tratamiento del que se trata. En este tipo de programas de intervención es frecuente que se incluyan diferentes componentes, pero que no son descritos de una manera estandarizada. Con la excepción del estudio realizado por Kelly et al. (2011) en el que los tratamientos sí fueron estandarizados –para los pacientes incluidos en el Proyecto MATCH–, no queda clarificado dentro de la literatura científica cuál es el modelo terapéutico que se ha empleado en otros estudios, y si este modelo podría ser o no compatible con la mejoría en el SV (Waisberg & Porter, 1994). Sin embargo, la mejoría



en los parámetros relacionados con el SV se considera una consecuencia de la adherencia terapéutica y una medida de recuperación.

Encontramos una correlación entre las puntuaciones en el sentido de la vida (SV), la asistencia a grupos de ayuda-mutua (AM) y los meses de abstinencia. Aunque la asistencia a los grupos de AM sigue siendo relevante al alta del tratamiento, parece tener un límite en su efecto, ya que las variables vinculadas al SV empiezan a tener un papel más crucial en la explicación del mantenimiento de la abstinencia. Esto concuerda con la opinión de los clínicos que sugieren que la espiritualidad, posiblemente a través del SV, es especialmente importante en la recuperación de pacientes con trastornos relacionados con el alcohol (Kelly, 2017).

Estos resultados nos llevan a considerar que el mantenimiento o el incremento del SV podría ser el hilo conductor sobre el cual se va consolidando la abstinencia. Es posible que, inicialmente, el proceso de recuperación dependa de la adherencia al tratamiento, así como de la implicación de los pacientes con los grupos de AM y la asistencia a ellos (Kaskutas et al., 2003; Pagano et al., 2004) o los cambios en el estilo de vida (el aprendizaje de estrategias de afrontamiento ante situaciones de alto riesgo y regulación emocional) (Marlatt & Gordon, 1985), pero más adelante, es el SV el que conduce al mantenimiento de la abstinencia. Se ha señalado que los individuos con un propósito muestran una predisposición que guía sus acciones hacia futuros logros, lo que les permite limitar la percepción del valor de las recompensas a corto plazo (por ejemplo, volver a beber), a favor de otras recompensas de mayor valor (Burrow & Spreng, 2016).

El SV como una variable moduladora de las estrategias de afrontamiento y la sintomatología depresiva

En el caso de los pacientes que padecen una dependencia de alcohol, un manejo satisfactorio de las emociones negativas y el empleo de estrategias de afrontamiento más adaptativas están relacionadas con el mantenimiento de la abstinencia. Más específicamente, hemos encontrado que el SV no solo tiene un efecto directo en el mantenimiento de la abstinencia, sino también un efecto indirecto a través de la mejoría en las estrategias de afrontamiento evitativas.

Muchos pacientes han aprendido a utilizar el alcohol como un método que les permite atenuar sus estados ansiosos y depresivos (Anker et al., 2019; Gamble et al., 2010). Desde esta perspectiva, estos sujetos optan por recompensas inmediatas frente a otras demoradas, pero de mayor valor (por ejemplo, la salud o la sobriedad) (Song et al., 2018). Sin embargo, es posible que en los individuos que puntúan más alto en el compromiso con la vida (CV), con mayor SV, sentirse bien al hacer elecciones que no están relacionadas con beber, basadas en sus propios valores (lo que los pacientes llaman pasar de “no puedo dejar de beber” a “no quiero beber”), podría ser una buena manera de afrontar la situación (Miller et al., 1996). Esta estrategia podría ayudar a evitar situaciones de alto riesgo (Tonigan et al., 2001).

Nuestros resultados con relación al papel que el SV juega en la consecución de la abstinencia en el consumo de alcohol a través de la reducción de la sintomatología depresiva y el mantenimiento de estrategias de afrontamiento evitativas están en con-



sonancia con otros estudios previos tanto en población no dependiente de sustancias (Khazanov & Ruscio, 2016; Kleftras & Psarra, 2012), como en poblaciones de individuos con TUS (Shorey et al., 2015; Song et al., 2018; Yek et al., 2017). Además, son congruentes con la relación entre este tipo de síntomas y el riesgo incrementado de recaída en el consumo de alcohol (Anker et al., 2019; Curran et al., 2007; Gamble et al., 2010). De esta manera, nuestros resultados apoyan el papel que el SV tiene como un elemento modulador de los estados emocionales negativos.

Hasta la fecha, el papel del SV se había circunscrito casi de una manera casi exclusiva a la participación en los grupos de 12 pasos (Wilcox & Tonigan, 2018). Sin embargo, nuestros resultados también encajan con otros modelos de adicción. Unos menores niveles de SV, asociados con los estados emocionales negativos, implicarían unas estrategias de regulación emocional menos efectivas que podrían conllevar un riesgo incrementado de recaída (Roos et al., 2015; Tiffany, 1999). De acuerdo con el modelo dinámico de la recaída, la interacción de diversos factores predice la recaída en situaciones de alto riesgo (Witkiewitz & Marlatt, 2004). En este caso, la sensación de tener un menor SV podría modular la influencia de los factores de riesgo proximales (afecto negativo) en estas situaciones. En resumen, el SV podría ayudar a mantener un estado motivacional adecuado como para alcanzar objetivos y vivir de acuerdo con ellos, pero también podría reducir el impacto de diversas experiencias negativas a través de los mecanismos biológicos que subyacen al manejo del estrés.

Aplicabilidad de los resultados

Con todo lo dicho hasta ahora, deberíamos preguntarnos sobre qué tipo de estrategias podríamos ofrecer a nuestros pacientes con el objetivo de que puedan mejorar su SV. Las estrategias basadas en la entrevista motivacional (EM) implican la clarificación de valores (Miller & Rollnick, 2013). Las estrategias de prevención de recaídas basadas en el mindfulness también han demostrado ser eficaces en la reducción del consumo de sustancias; emplean los ejercicios basados en el mindfulness para enseñar respuestas alternativas al malestar emocional y a atenuar las respuestas condicionadas de craving en la presencia de síntomas depresivos (Witkiewitz & Bowen, 2010). Una de las estrategias más prometedoras en esta área es la terapia de aceptación y compromiso (Hernández-López et al., 2009). Y, por supuesto, los programas de 12 pasos y otros como los desarrollados en Europa, por ejemplo el programa "Ayúdate-Ayúdanos" (FACOMA, 2016), constituyen una herramienta indiscutible, en primer lugar porque tienen una eficacia demostrada y, en segundo lugar porque son gratuitos.

Limitaciones

A pesar de resultados prometedores, hay limitaciones a considerar. El estudio se centró en pacientes con trastorno por uso de alcohol (TUA) grave, lo que podría afectar la generalización de los resultados a casos menos graves. Además, la influencia de las emociones negativas y estrategias de afrontamiento podría variar en diferentes pacientes con TUA. Se sugiere evaluar la progresión del sentido de la vida (SV) y la abstinencia en otros tipos de pacientes con TUA a lo largo del tiempo. Además, algunos resultados se basaron en informes de los pacientes, aunque se utilizaron entrevistas estructuradas y



medidas objetivas para mitigar esta limitación. La proximidad a las asociaciones de ayuda-mutua fue beneficiosa en nuestro estudio, pero en otros lugares con distancias mayores, se pueden necesitar estrategias de coordinación diferentes. FACOMA tiene un programa terapéutico disponible para reducir la heterogeneidad en intervenciones grupales, recomendando su uso en futuras replicaciones del estudio.

En resumen, este es el primer estudio en el que se examina el papel del sentido de la vida (SV) en pacientes con dependencia de alcohol tratados con terapias cognitivo-conductuales durante un seguimiento de 4 años en un programa de atención primaria continua. Además, es el primer estudio en el que el modelo de grupo de ayuda-mutua (AM) al que asistieron la mayoría de los pacientes no se basó en los principios de los 12 pasos. Nuestras estrategias de seguimiento muestran cómo, a medida que el paciente avanza en el tratamiento, las variables psicológicas que influyen en el mantenimiento de la abstinencia cambian. En este proceso de recuperación, el SV juega un papel crucial al determinar cambios en el estilo de vida necesarios para lograr la recuperación.

Agradecimientos

A las Asociaciones de la Federación de Alcohólicos Rehabilitados y sus Familiares de la Comunidad Autónoma de Madrid (FACOMA)- Red C.A.PA.

Reconocimientos

La contribución de GR en este estudio recibió el apoyo del Instituto de Salud Carlos III Health Institute (Número de concesión: FIS15-00463). Por otra parte, la contribución de RJB y de RE recibió el apoyo del Vicerrec-

torado de Investigación, Ciencia y Doctorado, de la Universidad Camilo José Cela.

Conflicto de Intereses

Ninguno de los autores presenta un conflicto de intereses ni con entidades públicas ni privadas.

Aprobación Ética

Todos los procedimientos se realizaron siguiendo los estándares éticos del comité responsable en experimentación humana, "Instituto de Investigación Sanitaria Hospital 12 de Octubre (imas12)" y conforme a la Declaración de Helsinki de 1975. Se obtuvo el consentimiento informado de todos los participantes incluidos en el estudio.

Disponibilidad de los datos

Las bases de datos generadas o analizadas durante el presente estudio están disponibles si se solicitan al autor de correspondencia.

Declaración de contribución de los autores

Todos los autores han contribuido a la concepción y diseño del estudio. La preparación de los materiales, la recolección de datos y los análisis de estos fueron realizados por Rosa Jurado Barba, Marta Marín Mayor, Ana Sion, Regina Espinosa y Gabriel Rubio. Este manuscrito ha sido redactado por Rosa Jurado, Regina Espinosa y Gabriel Rubio, así como todos los autores referidos. Todos los autores han leído y aprueban el contenido del manuscrito definitivo.



REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (2000). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: *DSM-IV-TR* (4 text rev). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Anker, J. J., Kummerfeld, E., Rix, A., Burwell, S. J., & Kushner, M. G. (2019). Causal Network Modeling of the Determinants of Drinking Behavior in Comorbid Alcohol Use and Anxiety Disorder. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. <https://doi.org/10.1111/acer.13914>
- Anton, R. F., Schacht, J. P., & Book, S. W. (2014). Pharmacologic treatment of alcoholism. *Handb Clin Neurol.*, 125, 527-542. <https://doi.org/10.1016/B978-0-444-62619-6.00030-6>
- Arias et al. (2021). Psychological recovery stages of alcohol dependent patients after an intensive outpatient Treatment: A 4year follow-up study. ISSN 0214-4840. <http://dx.doi.org/10.20882/adicciones.1575>
- Bartrés-Faz, D., Cattaneo, G., Solana, J., Torros, J. M., & Pascual-Leone, A. (2018). Meaning in life: resilience beyond reserve. *Alzheimer's Research & Therapy*, 10(1), 47. <https://doi.org/10.1186/s13195-018-0381-z>.
- Burrow, A. L., & Spreng, R. N. (2016). Waiting with purpose: A reliable but small association between purpose in life and impulsivity. *Personality and Individual Differences*, 90, 187-189. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.11.010>
- Carroll, S. (1993). Spirituality and purpose in life in alcoholism recovery. *Journal of Studies on Alcohol*, 54(3), 297-301. <https://doi.org/10.15288/jsa.1993.54.297>
- Cranford, J. A., Krentzman, A. R., Mowbray, O., & Robinson, E. A. R. (2014). Trajectories of alcohol use over time among adults with alcohol dependence. *Addictive Behaviors*, 39(5), 1006-1011. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2014.02.009>
- Curran, G. M., Booth, B. M., Kirchner, J. E., & Deneke, D. E. (2007). Recognition and Management of Depression in a Substance Use Disorder Treatment Population. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 33(4), 563-569. <https://doi.org/10.1080/00952990701407496>
- FACOMA. (2016). Ayudate Ayudanos. Ayudate Ayudanos. <https://facoma.org/>
- Gamble, S. A., Conner, K. R., Talbot, N. L., Yu, Q., Tu, X. M., & Connors, G. J. (2010). Effects of Pretreatment and Post-treatment Depressive Symptoms on Alcohol Consumption Following Treatment in Project MATCH*. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 71(1), 71-77. <https://doi.org/10.15288/jsad.2010.71.71>
- García González, R., & 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>



- Global Burden of Disease Collaborative Network. Global Burden of Disease Study 2015 (GBD 2015) Reference Life Table. Seattle, United States: Institute for Health Metrics.
- Góngora, V., & Solano, A. C. (2011). Validación del cuestionario de significado de la vida MLQ en población adulta y adolescente Argentina. *Interamerican Journal of Psychology*, 45(3), 395–404.
- Hamilton, M. (1959). The assessment of anxiety states by rating. *The British Journal of Medical Psychology*, 32, 50–55.
- Hamilton, M. (1967). Development of a rating scale for primary depressive illness. *The British Journal of Social and Clinical Psychology*, 6, 278–296.
- Hayes, A. F. (2013). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach*. Guilford Press.
- Hayes, A. F. (2012). PROCESS: A versatile computational tool for observed variable moderation, mediation, and conditional process modeling. *Manuscript Submitted for Publication*.
- Hernández-López, M., Luciano, M. C., Bricker, J. B., Roales-Nieto, J. G., & Montesinos, F. (2009). Acceptance and commitment therapy for smoking cessation: a preliminary study of its effectiveness in comparison with cognitive behavioral therapy. *Psychol Addict Behav.*, 23(4), 723–30. <https://doi.org/10.1037/a0017632>. PMID: 20025380.
- Kadden, R., Carroll, K., Donovan, D., Cooney, N., Monti, P., Abrams, D., Litt, M., & Hester, R. (Eds.). (1992). *Cognitive Behavioral Coping Skills Therapy Manual*. A Clinical Research Guide for Therapists Treating Individuals With Alcohol Abuse and Dependence. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.
- Kaskutas, L. A., Kaskutas, L. A., Bond, J., & Weisner, C. (2003). The Role of Religion, Spirituality and Alcoholics Anonymous in Sustained Sobriety. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 21(1), 1–16. https://doi.org/10.1300/J020v21n01_01
- Kelly, J. F. (2017). Is Alcoholics Anonymous religious, spiritual, neither? Findings from 25 years of mechanisms of behavior change research. *Addiction*, 112(6), 929–936. <https://doi.org/10.1111/add.13590>
- Kelly, J. F., Stout, R. L., Magill, M., Tonigan, J. S., & Pagano, M. E. (2011). Spirituality in Recovery: A Lagged Mediation Analysis of Alcoholics Anonymous' Principal Theoretical Mechanism of Behavior Change. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 35(3), 454–463. <https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.2010.01362.x>
- Khazanov, G. K., & Ruscio, A. M. (2016). Is low positive emotionality a specific risk factor for depression? A meta-Analysis of longitudinal studies. *Psychological Bulletin*, 142(9), 991–1015. <https://doi.org/10.1037/bul0000059>
- Kleftaras, G., & Psarra, E. (2012). Meaning in Life, Psychological Well-Being and Depressive Symptomatology: A Comparative Study. *Psychology*, 3(4), 337–345. <https://doi.org/10.4236/psych.2012.34048>
- Krentzman, A. R., Strobbe, S., Harris, J. I., Jester, J. M., & Robinson, E. A. R. (2017). Decreased Drinking and Alcoholics Anonymous Are Associated with Different



- Dimensions of Spirituality. *Psychology of Religion and Spirituality*, 9(Suppl 1), S40–S48. <https://doi.org/10.1037/rel0000121>
- Litman, G. K., Stapleton, J., Oppenheim, A. N., & Peleg, B. M. (1983). An Instrument for Measuring Coping Behaviours in Hospitalized Alcoholics: Implications for Relapse Prevention Treatment. *Addiction*, 78(3), 269–276. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1983.tb02511.x>
- Marlatt, A., & Gordon, J. (1985). *Relapse Prevention. Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors*. The Guilford Press.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2013). *Motivational interviewing: Helping people change*. Guilford Press.
- Miller, W. R., Westerberg, V. ., Harris, R. ., & Tonigan, J. S. (1996). Section HB. Extensions of Relapse predictors beyond high-risk situations. What predicts relapse? Prospective testing of antecedent models. In *Addiction*.
- Morgenstern, J., & Longabaugh R. (2000). Cognitive-behavioral treatment for alcohol dependence: a review of evidence for its hypothesized mechanisms of action. *Addiction*, 95(10), 1475–1490. <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.2000.951014753.x>
- Oquendo, M. A., Baca-Garcia, E., Graver, R., Morales, M., Montalvan, V., & Mann, J. J. (2001). Spanish adaptation of the Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11). *European Journal of Psychiatry*, 15(3), 147-155.
- Pagano, M. E., Friend, K. B., Tonigan, J. S., & Stout, R. L. (2004). Helping other alcoholics in alcoholics anonymous and drinking outcomes: Findings from project MATCH. *Journal of Studies on Alcohol*, 65(6), 766–773. <https://doi.org/10.15288/jsa.2004.65.766>
- Patton, J. H., Stanford, M. S., & Barratt, E. S. (1995). Factor structure of the barratt impulsiveness scale. *Journal of Clinical Psychology*, 51(6), 768–774. [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(199511\)51:6<768::AID-JCLP2270510607>3.0.CO;2-I](https://doi.org/10.1002/1097-4679(199511)51:6<768::AID-JCLP2270510607>3.0.CO;2-I)
- Robinson, E. A. R., Cranford, J. A., Webb, J. R., & Brower, K. J. (2007). Six-month changes in spirituality, religiousness, and heavy drinking in a treatment-seeking sample. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 68(2), 282–290. <https://doi.org/10.15288/jsad.2007.68.282>
- Roos, C. R., Maisto, S. A., & Witkiewitz, K. (2017). Coping mediates the effects of cognitive-behavioral therapy for Alcohol Use Disorder among Outpatient Clinets in Project MATCH whean Dependence Severity if high. *Addiction*, 112(9), 1547-1557. <https://doi.org/10.1111/add.13841>
- Rubio, G., Marin, M., López-Trabada, J. R., & Arias, F. (2020). Efectos de la integración de grupos de ayuda-mutua sobre la adherencia al programa de continuidad de cuidados de pacientes con dependencia del alcohol realizado en Atención Primaria. *Atencion Primaria*, 52(8): 555-562.
- 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. A., & de Fonseca, F. R. (2018). Inclusion of Alcoholic Asso-



- ciations 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>
- Rubio, G., Urosa, B., & Santo Domingo, J. (1998). Validación de la escala de la intensidad de la dependencia alcohólica (EIDA). *Psiquiatría Biológica, Suppl 1*, 44–47.
- Shorey, R. C., Gawrysiak, M. J., Anderson, S., & Stuart, G. L. (2015). Dispositional mindfulness, spirituality, and substance use in predicting depressive symptoms in a treatment-seeking sample. *Journal of Clinical Psychology*, 71(4), 334–345. <https://doi.org/10.1002/jclp.22139>
- Slade, M., Leamy, M., Bacon, F., Janosik, M., Le Boutillier, C., Williams, J., & Bird, V. (2012). International differences in understanding recovery: systematic review. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 21(4), 353–364. <https://doi.org/10.1017/S2045796012000133>
- Sliedrecht, W., de Waart, R., Witkiewitz, K., & Roozen, H. G. (2019). Alcohol use disorder relapse factors: A systematic review. *Psychiatry Research*, 278, 97–115. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.05.038>
- Sobell, L., Sobell, M., Leo, G., & Cancilla, A. (1988). Reliability of a timeline method: assessing normal drinkers' reports of recent drinking and a comparative evaluation across several populations. *British Journal of Addiction*, 83(4), 393–402.
- Song, M. S., Jo, J. M., & Won, S.-D. (2018). The Influence of Purpose in Life on Alcohol Self-Regulation Failure Among Male Inpatients with Alcohol Use Disorder: the Mediation Effects of Self-Control and Abstinence Self-Efficacy. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 16(4), 965–974. <https://doi.org/10.1007/s11469-017-9814-3>
- Steger, M. F., Frazier, P., Kaler, M., & Oishi, S. (2006). The meaning in life questionnaire: Assessing the presence of and search for meaning in life. *Journal of Counseling Psychology*, 53(1), 80–93. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.53.1.80>
- Stevens, L., Verdejo-García, A., Goudriaan, A. E., Roeyers, H., Dom, G., & Vanderplasschen, W. (2014). Impulsivity as a vulnerability factor for poor addiction treatment outcomes: A review of neurocognitive findings among individuals with substance use disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 47(1), 58–72. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2014.01.008>
- Substance Abuse and Mental Services Administration (SAMHSA). (2011). SAMHSA Announces a Working Definition of “recovery” from mental disorders and substance use disorders. <http://www.samhsa.gov/newsroom/advisories/1112223420.aspx>
- Tiffany, S. T. (1999). Cognitive concepts of craving. *Alcohol Research and Health*, 23(3): 215–224.
- Tonigan, J. S., Miller, W. R., & Connors, G. J. (2001). The search for meaning in life as a predictor of alcoholism treatment outcome. In *Project MATCH Hypotheses: Results and casual Chain Analyses*. NIAAA Project MATCH Monograph Series. Vol. 8. NIH Publication No. 01-4238 (pp. 154–165). Government Printing Office.



- Waisberg, J. L., & Porter, J. E. (1994). Purpose in life and outcome of treatment for alcohol dependence. *British Journal of Clinical Psychology*, 33(1), 49-63. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.1994.tb01093.x>
- White, W., & Laudet, A. (2006). Life meaning as potential mediator of 12-step participation benefits of stable recovery from substance use. *687th Annual Scientific Meeting of the College on Problems Of Drug Dependence (CPDD)*.
- Wilcox, C. E., & Tonigan, J. S. (2018). Changes in depression mediate the effects of AA attendance on alcohol use outcomes. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 44(1), 103-112. <https://doi.org/10.1080/00952990.2016.1249283>
- Witkiewitz, K., & Bowen, S. (2010). Depression, craving, and substance use following a randomized trial of mindfulness-based relapse prevention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(3), 362-374. <https://doi.org/10.1037/a0019172>
- Witkiewitz, K., & Marlatt, G. A. (2004). Relapse prevention for alcohol and drug problems: That was zen, this is tao. *American Psychologist*, 59(4), 224-235. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.4.224>
- Witkiewitz, K., Wilson, A. D., Pearson, M. R., Montes, K. S., Kirouac, M., Roos, C. R., Hallgren, K. A., & 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. <https://doi.org/10.1111/add.14403>
- Yek, M. H., Olendzki, N., Kekecs, Z., Patterson, V., & Elkins, G. (2017). Presence of Meaning in Life and Search for Meaning in Life and Relationship to Health Anxiety. *Psychological Reports*, 120(3), 383-390. <https://doi.org/10.1177/0033294117697084>
- Zemore, S. E. (2007). A role for spiritual change in the benefits of 12-step involvement. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 31(Suppl. 10), 76s-79s. <https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.2007.00499.x>