

Factores que influyen en la falta de adherencia a los grupos de ayuda mutua en pacientes con trastorno por uso de alcohol en recuperación: un estudio en el Hospital Universitario 12 de Octubre

Factors influencing lack of adherence to mutual help groups in patients with alcohol use disorder in recovery: a study at the Hospital Universitario 12 de Octubre

Enrique Rubio-Escobar^{1,2}, Laura Esteban Rodríguez¹, Ana Sión^{1,3}, Víctor Armada¹, Daniel Maldonado¹, Francisco Arias^{1,3} y Rosa Jurado-Barba^{1,4}

¹ Instituto de Investigación del Hospital Universitario 12 de Octubre, España

² In Recovery, España

³ Universidad Complutense de Madrid, España

⁴ Universidad Camilo José Cela, España

ORCID Enrique Rubio-Escobar: <https://orcid.org/0009-0006-4708-4100>

ORCID Laura Esteban Rodríguez: <https://orcid.org/0000-0002-9092-3057>

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

ORCID Víctor Armada: <https://orcid.org/0009-0001-2112-9095>

ORCID Daniel Maldonado: <https://orcid.org/0000-0003-0046-115X>

ORCID Francisco Arias: <https://orcid.org/0000-0003-0740-9282>

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

Recibido: 09/09/2024 · Aceptado: 20/09/2024

Cómo citar este artículo/citation: Rubio-Escobar, E., Esteban, L., Sion, A., Armada, V., Maldonado, D., Arias, F. & Jurado-Barba, R. (2024). Factores que influyen en la falta de adherencia a los grupos de ayuda mutua en pacientes con trastorno por uso de alcohol en recuperación: un estudio en el Hospital Universitario 12 de Octubre. *Revista Española de Drogodependencias*, 49(3), 140-158. <https://doi.org/10.54108/10091>

— Correspondencia: _____
Enrique Rubio-Escobar
Email: quiquerubio@gmail.com



Resumen

Antecedentes: Uno de los principales desafíos en el tratamiento del trastorno por uso de alcohol (TUA) es la falta de adherencia terapéutica, siendo clave la percepción de la enfermedad. La asistencia a grupos de ayuda mutua (GAM) mejora la adherencia y protege contra recaídas. **Objetivos:** Identificar los factores que influyen en la falta de adherencia de los pacientes atendidos en el programa del Hospital Universitario 12 de octubre para acudir a los GAM, así como, identificar qué variables del cuestionario de percepción de la enfermedad son más relevantes para no acudir a los GAM. **Metodología:** La muestra incluía 100 pacientes. El diagnóstico TUA se realizó según criterios DSM-5, los motivos para no acudir a GAM se recogieron mediante una entrevista semiestructurada elaborada (ad hoc) y la percepción de enfermedad se evaluó mediante el Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R). **Resultados:** el estudio reveló que el 72,3% de los motivos de inasistencia a los GAM se debía a una baja conciencia sobre los requerimientos del tratamiento. Las principales variables que predecían la inasistencia fueron: a) percepción de que la enfermedad no es crónica y el tratamiento es poco útil, y b) creencia de que el control de la enfermedad depende de ellos mismos. **Conclusiones:** Estos hallazgos sugieren la importancia de trabajar aspectos relacionados con la conciencia de enfermedad desde el inicio del tratamiento en pacientes TUA, así como poner de manifiesto la relevancia de acudir a los GAM para complementar el programa de tratamiento del alcohol del Hospital 12 de Octubre.

Palabras clave

Percepción de enfermedad; trastorno por uso de alcohol; adherencia terapéutica.

Abstract

Background: One of the main challenges in the treatment of alcohol use disorder (AUD) is the lack of therapeutic adherence, being key the perception of the disease. Mutual aid group (MAG) attendance improves adherence and protects against relapse. **Objectives:** To identify the factors that influence the lack of adherence of patients attended in the program of the Hospital Universitario 12 de Octubre to attend the MAGs, as well as to identify which variables of the disease perception questionnaire are more relevant for not attending the MAGs. **Methodology:** The sample included 100 patients. The AUD diagnosis was made according to DSM-5 criteria, the reasons for not attending MAGs were collected by means of a semi-structured interview (ad hoc) and the perception of illness was assessed by means of the Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R). **Results:** the study revealed that 72.3% of the reasons for non-attendance at MAGs were due to low awareness of treatment requirements. The main variables predicting non-attendance were: a) perception that the disease is not chronic and treatment is of little use, and b) belief that disease control depends on themselves. **Conclusions:** These findings suggest the importance of working on aspects related to disease awareness from the beginning of treatment in AUD patients, as well as highlighting the relevance of attending MAGs to complement the alcohol treatment program at Hospital 12 de Octubre.

Keywords

Illness perception; alcohol use disorder; therapeutic adherence.



I. INTRODUCCIÓN

El consumo de alcohol es un grave problema de salud pública en Europa, causando 138.000 muertes anuales entre personas de 15-64 años (WHO, 2018). España es el sexto país europeo en costes derivados del alcohol (Wittchen et al., 2011). El trastorno por uso de alcohol (TUA) tiene importantes consecuencias médicas, familiares y sociales, y al ser crónico (McKay et al. 2011), requiere programas que mejoren la continuidad de cuidados para reducir recaídas y futuras intervenciones (Lenaerts et al., 2014).

La adherencia terapéutica es uno de los principales condicionantes de la efectividad de los tratamientos médicos (Barroso et al., 2021). El incumplimiento del tratamiento explica las diferencias que se observan entre la eficacia y efectividad de las medidas terapéuticas que los usuarios deben adoptar (OMS, 2004). El término adherencia terapéutica se puede describir como el contexto en el que el comportamiento de la persona debe de coincidir con las recomendaciones relacionadas con la salud dadas por el profesional; incluyendo: la capacidad de la persona para asistir a las consultas programadas; tomar los medicamentos y la forma en que son prescritos; realizar los cambios de estilo de vida recomendados y completar las pruebas complementarias solicitadas (Silva et al., 2005).

La falta de adherencia es un problema común en salud mental, especialmente entre quienes consumen sustancias (Ruiz, 2009). Los profesionales en adicciones enfrentan dificultades con el cumplimiento inadecuado de las indicaciones de los pacientes, quienes suelen tener problemas como modificar hábitos de riesgo, toma inadecuada de la

medicación, inasistencia a revisiones y sufrir recaídas o abandonar el tratamiento (Ladero, 2005). Por lo que el incumplimiento, es multifactorial, aunque uno de los elementos más determinantes es la falta de conciencia de enfermedad (Cava et al. 2008).

Uno de los parámetros al que los terapeutas atribuyen mayor valor predictivo de adherencia terapéutica es la conciencia del problema, o lo que es lo mismo, la percepción de enfermedad (Sirvent et al., 2010). Al inicio del tratamiento, pocas personas con adicción son plenamente conscientes de su problema. Esta percepción suele cambiar con el tiempo, pero si la falta de conciencia persiste, el paciente corre el riesgo de abandonar su recuperación (Sirvent et al., 2010). En el ámbito del TUA la falta de adherencia, además de por falta de conciencia de enfermedad, puede deberse a otros motivos, como encontrarse en recaída o la presencia de determinadas barreras que supongan un impedimento para continuar con el tratamiento (Rubio et al., 2020).

Uno de los problemas para determinar la falta o presencia de conciencia de enfermedad deriva de su evaluación. Entre los instrumentos más empleados en este tipo de estudios está el Illnes Perception Questionnaire (IPQ-R) (Moss-Morris et al., 2002), que ha demostrado tener adecuadas propiedades psicométricas cuando se ha utilizado en enfermedades físicas (Pacheco Huergo, 2012) y psíquicas (Baines & Wittkowski, 2013).

Con referencia al uso del IPQ-R en trastornos mentales, el metaanálisis más reciente (Baines y Wittkowski, 2013) incluyó 13 estudios donde los pacientes presentaban trastornos psicóticos, bipolares, trastornos



de la conducta alimentaria y del estado del ánimo. Más recientemente, otros trabajos publicados han incluido poblaciones con trastornos adictivos: trastorno por uso de juego (Dang et al., 2023), pacientes con trastornos de la conducta alimentaria (Agüera et al., 2021) y un último con TUA (Laranjeira et al., 2022). En todos ellos el IPQ-R mostró ser adecuado para la valoración de la conciencia de enfermedad.

Una forma de promover la conciencia de enfermedad es mediante la asistencia a los GAM. La participación en estos grupos proporciona un contexto propicio para que los individuos aborden los retos y las limitaciones propias de su patología. El apoyo de los iguales proporcionado a través del entorno estructurado de estos grupos facilita el desarrollo de una nueva autoconciencia, promueve la adaptación y facilita el establecimiento de nuevas habilidades. La participación en grupos de autoayuda dirigidos por iguales puede ayudar a la transferencia del aprendizaje a nuevos entornos (Landstad, et al., 2022).

Los grupos de ayuda mutua se implantaron en nuestro país a mediados del siglo pasado y desde entonces colaboran con los programas públicos en el tratamiento de los pacientes con TUA y de sus familiares (Rubio-Escobar y Rubio, 2024).

Estos grupos mantienen diferentes grados de colaboración con los programas terapéuticos. Posiblemente el mayor grado de integración de estos grupos en un programa de tratamiento público se ha conseguido en el Hospital Universitario 12 de octubre, denominado "Ayúdate, Ayúdanos (Rubio et al., 2013, 2018, y Arias et al., 2021). Este programa se ha desarrollado en colaboración

con la Federación de Alcohólicos Comunidad de Madrid (FACOMA-Red CAPA) cuyo programa de recuperación también recibe el nombre de Ayúdate, Ayúdanos (FACOMA, 2021). Esta colaboración mejoró la salud psicológica familiar y redujo las recaídas, favoreciendo la adherencia terapéutica tanto en el tratamiento de la adicción como en otras patologías (Rubio et al., 2020; Bernal-Sobrinó, 2019). Además, los pacientes que continuaron asistiendo a FACOMA tenían menores tasas de recaídas y cuando ocurrían eran detectadas más tempranamente y derivadas nuevamente al programa de tratamiento (Rubio et al., 2020).

El programa Ayúdate, Ayúdanos ha basado sus resultados de eficacia y eficiencia tomando como elemento determinante de los mismos la integración de los GAM en el programa de tratamiento. Es decir, que este programa pierde parte de su eficacia y de su sentido, si el paciente rehusa acudir a los GAM. No podemos olvidar que, en este programa, el hecho de acudir a los grupos era especialmente relevante para explicar los resultados durante el periodo de tratamiento (Rubio et al., 2018) y durante la continuidad de cuidados realizada por los equipos de Atención Primaria (Rubio et al., 2020).

El hecho de acudir o de rehusar acudir a los GAM es para los profesionales del programa de mucha importancia, por tanto, conocer cuáles son las dificultades que los pacientes encuentran para seguir las recomendaciones de los profesionales es el principal objetivo de este estudio. Entre los objetivos secundarios pretendemos identificar qué componentes de la percepción de enfermedad son más relevantes para la falta de adherencia al tratamiento.



2. MATERIALES & MÉTODOS

La muestra la componían 100 sujetos diagnosticados por TUA que acudieron a tratarse al programa de tratamiento del alcoholismo del Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid, durante el periodo diciembre 2022-octubre 2023. El rango de edad de la muestra era 23-62 años, con un predominio de varones con un nivel educativo medio-bajo (ver tabla 1). Respecto de las variables clínicas (ver tabla 2), los pacientes de la muestra habían empezado a consumir alcohol a la edad de 14,63 años, todos cumplían criterios de adicción al alcohol según DSM-5 y la cantidad de unidades de bebida estándar (UBE) totales semanales al inicio del tratamiento fue de 119,09. Como puede observarse en la tabla 1, se trataba de una población de pacientes con una larga evolución del alcoholismo.

Criterios de inclusión: haber sido derivado al programa de tratamiento del alcoholismo del Hospital Universitario 12 de Octubre, aceptar participar y no presentar trastornos psicóticos o trastorno bipolar. Se excluyeron pacientes con deterioro cognitivo que dificultase la comprensión de las preguntas realizadas durante la entrevista. Todos los pacientes incluidos firmaron el consentimiento informado. El estudio fue aprobado por el Comité de ética del Hospital Universitario 12 de Octubre (No CEIm: 22/462).

Todos los pacientes fueron desintoxicados y la entrevista para realizar este estudio se llevó a cabo cuando llevaban entre 1-3 meses en abstinencia.

2.1. Instrumentos de evaluación

Entrevista semiestructurada confeccionada específicamente para este estudio que incluía los siguientes apartados: a) datos sociode-

mográficos; b) comprobación de los criterios diagnósticos del TUA; c) preguntas abiertas para determinar los motivos por los que no habían acudido a los GAM de FACOMA-red CAPA o de Alcohólicos Anónimos (AA) d) entrevista a los 3 meses de seguimiento acerca de la asistencia a GAM y recaídas durante ese tiempo.

La gravedad del TUA se determinó por el número total de criterios de adicción incluidos en el DSM-5 (APA, 2013). La recaída se entendió como el consumo de más de cinco bebidas o 40 g de etanol al día (Rubio et al., 2001).

La percepción de enfermedad se evaluó mediante el Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R), en su versión adaptada al castellano de Pacheco (2011). El IPQ-R consta de una escala general formada por siete dimensiones que evalúa las creencias de las personas sobre: línea de tiempo: aguda/crónica (duración de la enfermedad), consecuencias (impacto de la enfermedad en su vida), control personal (influencia que tiene sobre la enfermedad), control del tratamiento (susceptibilidad de la enfermedad a la intervención médica), coherencia de la enfermedad (como entienden la enfermedad), línea de tiempo-cíclica (trayectoria de la enfermedad constante o cíclica) y representaciones emocionales (el impacto emocional de la enfermedad). El IPQ-R tiene propiedades psicométricas satisfactorias en diferentes idiomas y culturas (Ashley et al., 2013; Pacheco, 2011; Moos-Morris, et al., 2002; Giannousi et al., 2010) la consistencia interna de las dimensiones calculadas con alfa de Cronbach se sitúa entre 0.67 y 0.89 para su versión española (Pacheco, 2011).

2.2. Procedimiento

El reclutamiento incluyó a pacientes con diagnóstico de TUA que acudían al programa



de alcohol del Hospital Universitario 12 de Octubre. Se les informó sobre el tratamiento y la importancia de asistir a los GAM del área del hospital o de otros lugares de Madrid. La participación fue voluntaria y el reclutamiento se realizó entre septiembre de 2023 y septiembre de 2024. Las entrevistas se realizaron de forma presencial e individual en un despacho del hospital, con un psicólogo que hacía las preguntas, resolvía dudas y registraba las respuestas. Los participantes tardaron entre 15 y 20 minutos en completarlos, y al final se recogieron junto con el consentimiento informado.

La categorización de las diferentes respuestas donde se explicaban los motivos para no acudir a los GAM, se realizó mediante el método CQR (Consensual Qualitative Research). Para este proceso, se formó un grupo de jueces o "grupo primario" formado por investigadores del Hospital Universitario 12 de Octubre (ER, VA, DM & LE). Cada investigador determinó las respuestas de los participantes en las categorías que consideraron. Posteriormente se estableció un consenso entre los jueces respecto del significado de los datos. Por último, los datos obtenidos mediante el consenso del "grupo primario" fueron presentados a la figura de dos auditores (RJ & AS) que se encargaron de supervisar los datos propuestos por el grupo primario. Finalmente, la construcción (obtenida por consenso) de todas las respuestas de los pacientes donde explicaban los motivos para no acudir a los GAM quedó representada en las siguientes categorías: a) No acudo a los GAM porque no es necesario más tratamiento del que recibo en el hospital; b) No acudo a los GAM porque no tengo tiempo; c) No acudo a los GAM porque yo solo puedo; d) No acudo a los GAM porque me siento incomodo en las reuniones (se incluyeron aquellos que hicieron referencia a emociones negativas como mie-

do, ansiedad, vergüenza) sentidas durante las sesiones grupales del programa del hospital).

A los tres meses se contactó con todos los pacientes de forma presencial (N=85) o telefónicamente (n=15) para conocer si habían acudido o no a los GAM, así como si se encontraban abstinentes o en recaída.

2.3. Análisis de datos

Este estudio plantea un diseño metodológico mixto partiendo del ámbito de la metodología no experimental (Latorre et al., 2005), de tipo ex-post-facto –después del hecho (Buendía et al., 1998; Bernardo & Calderero, 2000; Latorre et al., 2005)–, y con orientación descriptiva y de búsqueda de la mejora. En las investigaciones de esta naturaleza el fenómeno ya ha ocurrido (Bisquerra, 2004) o se encuentra en desarrollo.

Se realizó un análisis descriptivo de las variables, expresadas en medias y desviaciones típicas, para las variables cuantitativas, y descripción de porcentajes para las variables cualitativas. Posteriormente se compararon los pacientes que referían no haber acudido a los GAM (n= 65) frente a los que asistieron en función de los datos sociodemográficos, las características clínicamente relevantes del TUA y las puntuaciones en el IPQ-R. Se utilizó la prueba de Chi-cuadrado para las comparaciones de variables cualitativas y la t de Student para variables cuantitativas.

Para explorar los datos cualitativos, se realizó un análisis descriptivo de los motivos expresados por los pacientes, expresados en medias y porcentajes.

Finalmente, se realizó un modelo de regresión logística binaria para explicar la inasistencia a los GAM, utilizando como variables predic-



toras aquellas con significación estadística en las comparaciones del primer análisis.

Todos los análisis se realizaron con IBM SPSS Statistics 21.

3. RESULTADOS

Diferencias entre los grupos de pacientes en función de haber acudido o no a los GAM

Tal y como se observa en las tablas 1 y 2, los pacientes que **no acudieron** tras su derivación inicial eran más jóvenes que los que acudieron (45.9 años de media), pertenecientes a los grupos con menor nivel sociocultural, casados, que vivían con su familia y predominantemente estaban activos en su trabajo.

Respecto al curso del alcoholismo, los que **no acudieron** a los GAM eran lo que llevaban menos tiempo consumiendo alcohol, habían tenido menos recaídas y habían empezado más tarde a consumir alcohol de forma diaria (27.26 años de media). Estos sujetos tenían menores consumos de alcohol a la semana. Los que **no acudieron** a los GAM tenían menos intentos de inicio de tratamiento y presentaban menos número de recaídas. También tenían más problemas con el uso de tranquilizantes y con el juego.

Con relación a las puntuaciones en las subescalas del IPQ-R los que **no acudían** tenían puntuaciones menores en todas las subescalas del cuestionario, pero solo de forma estadísticamente significativa en las subescalas de “duración, consecuencias, control del tratamiento y coherencia” (Tabla 3). Es decir, los que **no acudían** consideraban que el **TUA NO era una enfermedad**

crónica, que las **consecuencias del TUA no eran excesivas**, que el **tratamiento de la enfermedad no les iba a ayudar** mucho y **entendían peor su enfermedad** que aquellos que acudieron a los GAM.

Motivos referidos por los pacientes para justificar su inasistencia a los GAM

De los que acudieron a los GAM (n=35), el 91,5% lo hizo a las asociaciones de FA-COMA (Delicias: 48,57%; AARVIL: 11,42%; ARACYL: 31,42%) mientras que el 8,5% lo hizo en AA.

La tabla 4 recoge los motivos para no acudir a los GAM (N=65) y entre quienes acudieron (n=35), los motivos para dejar de acudir (n=25) o para seguir acudiendo (n=10).

En una primera derivación a los GAM, el 65% (n=65) de los pacientes decidieron **No acudir** a los GAM, la percepción de que no era necesario más tratamiento que el recibido en el hospital y la falta de tiempo eran las explicaciones más frecuentes.

De los que abandonaron los GAM una vez que habían acudido (n=25), los motivos para el abandono fueron: percepción de falta de confidencialidad (20%), falta de tiempo (18%) conflictos con los compañeros (16%) problemas con los horarios (8%), problemas con el medio de transporte para acudir (12%), sentirse recuperados (12%). Por el contrario, los **motivos para continuar en los grupos (n=10, el 10% del total)** fueron la percepción de que los GAM eran imprescindibles para su recuperación y que representaban una importante ayuda en el proceso del cambio.



Tabla I. Datos descriptivos de variables sociodemográficas

Variable	Pacientes (n=100) M (±SD)	Asistencia GAM (n=35) M (±SD)	Inasistencia GAM n=65 M (±SD)	t Student (GI)	p
Edad	47,27 (8.63)	49.77 (10.54)	45.92 (7.13)	2.165 (98)	0.033
	(n,%)	(n,%)	(n,%)	x²(GI)	p
Género					
Masculino	67 (67%)	25	42	.478 (1)	ns
Femenino	33(33%)	10	23		
Nivel de estudios				20.834 (2)	0.000
Primarios	36 (36%)	4	32		
Secundarios/FP	42 (42%)	16	26		
Universitarios	22 (22%)	15	7		
Situación Laboral				2.656 (2)	0.009
Activo	36 (36%)	5	31		
Desempleado	46 (46%)	26	20		
Baja laboral	18 (18%)	4	14		
Estado Civil				13.238 (2)	0.004
Soltero	32 (32%)	20	18		
Casado/Pareja	40 (40%)	5	29		
Separado/Divorciado/Viudo	28 (28%)	10	18		
Convivencia				13.169 (5)	0.022
Solo	26 (26%)	14	12		
Familia	40 (40%)	9	31		
Pareja	9 (9%)	1	8		
Hijos	6 (6%)	2	4		
Padres	7 (7%)	5	2		
Otros	12 (12%)	4	8		
Nivel económico				30.976 (4)	0.000
Bajo	29 (29%)	12	17		
Medio-Bajo	38 (38%)	2	36		
Medio	28 (28%)	19	9		
Medio-Alto	3 (3%)	2	1		
Alto	2 (2%)	0	2		

M=media, DT=desviación típica; t= índice t de student; x²= índice chi cuadrado; GI=grados de libertad; p < .05.

**Tabla 2.** Datos descriptivos en variables clínicamente relevantes en el TUA

Variable	Pacientes (n=100) M (±DT)	Asistencia GAM N=35 M (±DT)	Inasistencia GAM N=65 M (±DT)	t Student (GI)	p
Edad inicio consumo de alcohol (años)	14,63 (2.82)	13.40 (2.26)	15.29 (2.89)	-3.354 (98)	0.001
Consumo diario de alcohol (años)	25.81 (8.50)	23.11 (7.68)	27.26 (8.62)	-2.381 (98)	0.019
Consumo semanal de alcohol (UBES)	119.03 (59.91)	141.25 (81.7)	107.15 (40.17)	2.807 (98)	0.006
Tiempo de abstinencia (meses)	1.69 (1.32)	1.80 (1.94)	1.63 (.82)	.580 (98)	ns
Inicios de tratamientos	2.04 (2.41)	3.54 (3.57)	1.23 (.55)	5.122 (98)	0.00
Número de recaídas	2.54 (5.19)	5.85 (7.65)	.75 (1.15)	5.286 (98)	0.000
	(n,%)	(n,%)	(n,%)	χ^2 (GI)	p
Antecedentes familiares por TUA (n,(%))	27 (27%)	13	14	4.809 (1)	ns
Consumo cannabis (n,(%))	50 (50%)	18	32	.044 (1)	ns
Consumo cocaína(n,(%))	38 (38%)	17	21	.424 (1)	ns
Consumo BZP (n,(%))	10 (10%)	2	8	20.635 (1)	0.000
Problemas juego (n,(%))	17 (17%)	2	15	4.861 (1)	0.022

M=media, DT=desviación típica; t= índice t de student; χ^2 = índice chi cuadrado; GI=grados de libertad; p < .05.

Tabla 3. Comparación de los subgrupos según sus puntuaciones en las subescalas del IPQ-R

	Pacientes N=100 M (±DT)	Asistencia GAM n=35 M (±DT)	Inasistencia GAM n=65 M (±DT)	t student (GI)	p
Duración	21.68 (1.38)	24.42 (4.48)	20.20 (6.54)	3.411 (98)	0.001
Consecuencias	24.94 (5.59)	27.57 (4.64)	23.52 (5.58)	3.661 (98)	0.000
Control Personal	22.68 (5.08)	23.60 (5.28)	22.18 (4.93)	1.333 (98)	.185
Control del tratamiento	20.50 (3.26)	21.42 (3.65)	20.00 (2.93)	2.126(98)	0.036
Coherencia	17.00 (4.52)	18.88 (3.85)	15.98 (4.56)	3.196(98)	0.002
Duración cíclica	13.94 (3.66)	14.14 (3.60)	13.83 (3.71)	.405 (98)	.687
Respuesta emocional	20.15 (5.17)	20.17 (4.32)	20.13 (5.61)	.030 (98)	.976

M=media, DT=desviación típica; t= índice t de student; χ^2 = índice chi cuadrado; GI=grados de libertad; p < .05.



Tabla 4. Motivos expresados por los pacientes para no acudir, abandonar, o permanecer en los GAM

Pacientes inasistencia a los GAM (n=65)	Pacientes asistencia a los GAM (n=35)	
Motivos para no acudir a los GAM (n= 65)	Motivos para abandonar los GAM (n=25)	Motivos para continuar en los GAM (n=10)
No es necesario más tratamientos 36,9%	Baja percepción de confidencialidad 20%	Imprescindible para mi recuperación 40%
No tengo tiempo 23,1%	Falta de tiempo 18%	Ayuda al proceso de cambio 40%
Yo solo puedo 20%	Conflicto con compañeros 16%	Aprender de otros compañeros 20%
No considero que mi problema tan grave 15,4%	No medio de transporte para acudir 12%	
Acudir a los grupos me genera emociones negativas 4,6%	Me sentía recuperado 12%	
	Coincide con horario laboral 8%	
	No hay profesionales 8%	
	Temática inespecífica 6%	

Categorías finales obtenidas mediante método CQR (Consensual Qualitative Research)

Análisis de regresión logística binaria para explicar la inasistencia a los GAM

En la regresión (paso 9) se consideró como variable dependiente la inasistencia a los GAM y como variables independientes incluimos: la edad, variables clínicamente relevantes en el TUA que eran estadísticamente significativas entre los que acudieron a los GAM y los que no, así como, las subescalas del IPQ-R que eran estadísticamente significativas entre los grupos. El modelo final incluyó variables clínicamente relevantes del TUA: edad de inicio de consumo de alcohol, consumo habitual de alcohol, número de veces que se había iniciado un tratamiento para alcanzar la abstinencia; y variables correspondientes del IPQ-R: Duración de

la enfermedad, control personal y control del tratamiento. (Prueba Omnibus: $\chi^2=46,84$; $p<0.001$), explicando el 78.9% de la varianza (R^2 Nagelkerke= .789). El modelo permitía clasificar correctamente con un 92 % de acierto si un sujeto asistía o no a los GAM (Ver tabla 5).

Las variables que más peso tuvieron en nuestro modelo para clasificar al grupo de inasistencia a los GAM fueron la edad de inicio de consumo de alcohol ($Exp(B)= 9.287$), seguido del control personal ($Exp(B)= 2.426$), consumo habitual de alcohol ($Exp(B)=.770$), duración de la enfermedad ($Exp(B)= .466$), control del tratamiento ($Exp(B)= .348$), y por último el número de inicios del tratamiento ($Exp(B)= .015$).

**Tabla 5.** Regresión Logística Binaria

		B	E.E	Wald	Gl.	Sig.	Exp (B)
Paso 9	Edad inicio consumo OH	2.229	.627	12.617	1	.000	9.287
	Consumo habitual OH	-.261	.108	5.864	1	.015	.770
	Inicios Tratamiento	-4.196	1.116	14.125	1	.000	.015
	Duración Aguda/Crónica	.764	.212	13.008	1	.000	.466
	Control Personal	.886	.232	14.552	1	.000	2.426
	Control Tratamiento	-1,055	.269	15.357	1	.000	.348
	Constante	.571	3.509	.026	1	.871	1.770

En la tabla se muestran las siguientes variables: Paso 9 (se refiere al número de pasos que requirió el método estadístico para lograr el modelo de regresión más ajustado). B = pendiente; E.E = Error estándar; Estadística de Wald= contribución individual de cada variable predictora al modelo; Gl =grados de libertad; $p < 0,05$; Exponencial de B (Exp (B))= odds ratio (OR) ajustado por el resto de variables del modelo, indicando el tamaño del efecto. Si $OR=1,68-3,47$, el tamaño del efecto es pequeño; si $OR=3,47-6,71$, el efecto el tamaño es moderado; si $OR > 6,7$, el tamaño del efecto es grande. IC del 95% para Exp B (intervalo de confianza).

4. DISCUSIÓN CONCLUSIONES

Nuestro estudio pretendía conocer las dificultades que enfrentan los pacientes del programa de recuperación del alcoholismo del Hospital Universitario 12 de Octubre para seguir las recomendaciones de asistir a los GAM, dado que el programa “Ayúdate, Ayúdanos” depende de la integración de los GAM para su eficacia y eficiencia.

Los resultados más relevantes del estudio determinaron que las principales variables que predecían la inasistencia a los GAM fueron de dos tipos: clínicamente relevantes del TUA y relacionadas con la percepción de la enfermedad. Entre las primeras, se incluían haber comenzado a consumir alcohol a una edad más avanzada, tener una evolución más corta de la dependencia y menos intentos de tratamiento. Las relacionadas con la percepción de enfermedad, destacaba no ver

la enfermedad como crónica, considerar el tratamiento poco útil, y creer que la evolución de la enfermedad depende únicamente de ellos. Además, se han constatado los motivos por los que los pacientes no acudieron a los GAM.

Variables clínicas relacionadas con la inasistencia

Las personas que no asistieron a los GAM tenían un curso de adicción menos avanzado, con un inicio más tardío del consumo y menos intentos de tratamiento. Estos hallazgos, coinciden con otros estudios que indican que la búsqueda de tratamiento suele ocurrir cuando los pacientes sienten que han “tocado fondo” (Barrio et al., 2016; Rubio, 2021). Estos estudios muestran que los pacientes acuden a tratamiento cuando reconocen haber llegado a un punto crítico. La investigación de Jiménez-Henao y Ramírez-Jiménez (2023), constataba que haber empezado más tarde a



consumir se asociaba a menores consecuencias negativas lo que influía en la negativa a acudir a los programas de tratamiento.

Los hallazgos de nuestro estudio son difícilmente comparables a los de otros trabajos, porque en este caso, los pacientes sí habían solicitado ayuda y ya se encontraban realizando un tratamiento para el TUA. En otros estudios se analizaban cuáles eran los principales obstáculos que retrasan el inicio del tratamiento. Grant et al. (2015) señalan que la falta de control percibida sobre el consumo generaba sentimientos de impotencia, lo que llevaba a los pacientes a dudar de la efectividad del tratamiento. Mojtabei et al. (2014) destacaron la falta de apoyo social como un factor clave, mientras que Keyes et al. (2010) subrayaban el estigma asociado al alcoholismo como una barrera importante para buscar ayuda. Otros investigadores han referido los principales motivos para abandonar el tratamiento en pacientes policonsumidores, como los límites del programa terapéutico, la percepción de haber alcanzado los objetivos, el cansancio de los grupos de tratamiento y el deseo de volver a consumir (López-Goñi et al., 2008). Calvo et al. (2018) señalaron factores que disminuyen la adherencia, como la falta de acompañamiento familiar, ser mujer, el consumo de cocaína, y la edad joven. Para aumentar la adherencia, destacaron la detección temprana del consumo de alcohol y la derivación adecuada desde centros sanitarios (Calvo et al., 2018). Las diferencias con estos estudios, radica en que en nuestra investigación tratamos de determinar cómo eran los sujetos que no querían complementar el tratamiento que seguían con otro que tenían que realizar: fuera del circuito del programa, en horas vespertinas y donde no están dirigidos por profesionales.

Podemos plantear que los pacientes cuyo curso de la enfermedad es de menor duración (han experimentado menos problemas relacionados con el alcohol), son los que tengan una menor conciencia de que el tratamiento de su adicción requiere del plus de acudir a los GAM. Esta hipótesis se puede explicar en el contexto de las teorías sobre cómo se desarrolla la conciencia de enfermedad y la teoría transteórica de los estadios del cambio (Prochaska y DiClemente, 1982).

La percepción de enfermedad y la inasistencia

Los resultados de nuestro trabajo ponen de manifiesto que los predictores de mayor inasistencia a los GAM eran: haber obtenido menores puntuaciones en las subescalas de duración y de control del tratamiento y mayores puntuaciones en la subescala de control personal.

La “duración” hace referencia a la creencia de que la enfermedad durará mucho tiempo, precisamente el TUA se trata de un trastorno conductual crónico (Horni, 2023), con caracterizaciones propias de una enfermedad crónica como: el hecho de que el desarrollo de la enfermedad sea de naturaleza progresiva, genere cambios en el cerebro que afecten a variables cognitivas como la impulsividad, exista la posibilidad de recaer tras un periodo en abstinencia o el mero hecho de que su tratamiento de elección implica intervenciones a largo plazo. En nuestro estudio, aquellos pacientes que consideraban que esta enfermedad no era de naturaleza crónica, sino aguda, eran los que mayor inasistencia a los GAM reflejaban. Estos pacientes tenían una percepción errónea de la enfermedad, ya que no la consideraban crónica. En nuestra



opinión comprender que el TUA es una enfermedad crónica, está en la base de la recuperación de cualquier paciente, puesto que, de no ser así, volverá a consumir tarde o temprano, empeorando así el pronóstico de su enfermedad.

El “control del tratamiento” (susceptibilidad de la enfermedad a la intervención médica), determina la creencia de que el tratamiento va a ser útil. Aquellos pacientes que consideraban que el tratamiento iba a ser ineficaz presentaron mayores índices de inasistencia a los GAM. Es lógico pensar que si el paciente tiene baja percepción de que el tratamiento va a ser eficaz, por qué iba a hacer caso a las recomendaciones de los profesionales de acudir a los GAM.

Varios estudios señalan las dificultades que reflejan los pacientes con TUA para acudir a un tratamiento, entre las que destacan precisamente la percepción del tratamiento como ineficaz, la falta de conocimiento sobre dónde acudir o el propio miedo que les genera dejar de consumir alcohol (Andréasson et al., 2013). Room (2005) señaló que la vergüenza y el estigma son las principales razones para no buscar tratamiento. En nuestro estudio, aunque los participantes ya han solicitado ayuda y reconocen el consumo como problemático, el 4,6% identifica emociones negativas (culpa, vergüenza, miedo, ansiedad) como motivo para no asistir a los GAM.

Por último, el “control personal” hace referencia a cuánta influencia tiene el enfermo sobre la enfermedad. El control de la enfermedad se refiere a la sensación de empoderamiento respecto a la efectividad de las conductas de afrontamiento (Hagger & Orbell, 2003). Esta variable, en otras patologías, actúa como un factor de protección

y los pacientes se consideran expertos de su enfermedad (Quiceno & Vinaccia 2019). Pero el TUA es una patología diferente, puesto que su síntoma esencial es la “dificultad para controlar el consumo de alcohol”, siendo por tanto de corte conductual y no corporal (Serecigni, 2015). Por tanto, parecería paradójico que una persona con TUA, cuya sintomatología central es la incapacidad para controlar el consumo, obtenga altas puntuaciones en la subescala que hace referencia al control personal. Este hecho es debido a que en las primeras fases de la recuperación los pacientes que logran dejar de beber, por un tiempo, tienen la percepción ilusoria de estar ya completamente “recuperados”, puesto que no sienten la “necesidad” de beber y les ha resultado fácil mantenerse en la abstinencia. Esta percepción ilusoria es conocida como la “fantasía de control” referenciando la sensación de que se puede controlar el consumo de alcohol, a pesar de tener una relación problemática con la sustancia. Esta creencia suele provocar recaídas, ya que los pacientes minimizan las consecuencias negativas, como problemas legales, familiares o de salud (Serecigni, 2015).

Debido a creencias distorsionadas, los pacientes se sienten confiados en controlar su consumo de alcohol, lo que reduce su motivación para asistir a los GAM. Esto los lleva a recaídas, mostrando una falta de control real. Esta ilusión de control está mantenida por las conductas que diariamente realizan. Según la teoría motivacional (Prochaska y Di-Clemente, 1982): las personas llevan a cabo conductas que les generan más beneficios que perjuicios. En el caso de los pacientes con TUA en estas primeras fases las conductas que ellos llevan a cabo: acudir al médico y dejar de beber, son las que más optimizan



su abstinencia. De ahí que no sientan la necesidad de poner en marcha más conductas, más esfuerzos, para conseguir lo que ellos ya están consiguiendo con estos nuevos hábitos.

El tratamiento efectivo del alcoholismo implica abordar estas creencias erróneas, generar nuevos hábitos, proporcionar educación sobre la naturaleza adictiva del alcohol y ayudar a los individuos a desarrollar estrategias realistas para la recuperación, como la participación en programas de ayuda mutua.

La adquisición de la conciencia enfermedad en el TUA es un proceso de larga duración, individual y con fluctuaciones, como ocurren en otras enfermedades que tienden a la cronicidad. Esta conciencia se desarrolla en función de variables individuales (las relativas a la adicción: síndrome de abstinencia, deseos de consumir, pérdida de control, complicaciones médicas), familiares y sociales (disfunción familiar, peleas, recriminaciones, sanciones legales) (Laranjeira et al., 2022). La conjunción de todas ellas determina que el sujeto acepte (o no) pedir ayuda, aunque no comprenda el significado de lo que supone tener una adicción al alcohol. Con el tiempo, las personas con adicción grave experimentan frecuentes recaídas. Esta experiencia les obliga a reconsiderar si han de hacer más cambios en su estilo de vida o ampliar las estrategias de afrontamiento (Rubio-Valladolid, 2021). En nuestra opinión, aquellos sujetos de nuestro estudio con un curso más corto (empezaron a consumir más tarde y tuvieron menos intentos de tratamiento) es muy probable que desarrollaran la conciencia de que su enfermedad necesitaba de ayuda, pero no hasta el punto de complementarla con acudir a los GAM, porque no fuese considerado como necesario (motivo principal que argumentaban para justificar su inasistencia).

Según la teoría de los estadios del cambio (Prochaska & DiClemente, 1982), un paciente percibirá la necesidad de hacer cambios para mejorar su salud, si el balance decisional que implica el cambio de conducta reporta más beneficios que complicaciones y si no encuentra barreras para llevarlas a cabo. En este sentido, nuestros pacientes se encuentran en una fase de precontemplación, en la que no están listos para hacer cambios adicionales (como asistir a los GAM), además de su tratamiento actual. Por lo tanto, recomendar acudir a los GAM en este momento parece ser inadecuado para su situación.

Sobre los motivos para la inasistencia

Un amplio porcentaje (72,3%) de los motivos se relacionan con una escasa conciencia de que el tratamiento que necesitan requiere del plus que supone acudir a los GAM, el hecho de considerar que no tenían tiempo para acudir (23.1%) (las reuniones son en horario de tarde de 19 a 21 horas) puede también estar relacionado con la conciencia de enfermedad, aunque podemos pensar que si las reuniones se desarrollasen en otro horario algunos habrían acudido. El cuarto y último motivo se relacionó con las emociones negativas que les generaban acudir a los GAM (miedo, ansiedad, vergüenza y culpa) propias de las enfermedades con mayor estigma social como lo es el TUA (Rubio, 2021).

Entre las limitaciones del estudio, aunque a que no hay diferencias significativas entre géneros, el número de hombres 67% de nuestra muestra era mayor que el de mujeres 33%. Por otra parte, cabe destacar que solo un 33% de los pacientes siguieron las recomendaciones de los profesionales



y acudieron a los GAM. Precisamente esta baja tasa de asistencia es lo que ocasiona la pregunta del estudio.

Tampoco podemos comparar estos hallazgos con otros estudios publicados, ya que lo que se ha publicado hasta ahora son las causas expuestas por los pacientes para abandonar los GAM (Rubio-Escobar & Rubio, 2024) y no tanto los motivos para no acudir.

En conclusión, más del 90% de los motivos que impulsan a los pacientes a no asistir a los GAM están relacionados con una pobre conciencia de enfermedad. Esta información influye directamente en cómo debemos ajustar nuestro enfoque clínico para tratar a estos pacientes.

Destacamos haber incluido variables clínicas propias de la dependencia del alcohol, como las recaídas, la gravedad y el tiempo de abstinencia, todas ellas recogidas por profesionales expertos cuando los pacientes acudieron para ser tratados.

Se trata del primer trabajo de investigación realizado en nuestro país sobre adherencia a GAM en una muestra de pacientes con TUA que han solicitado tratamiento y que han empezado un programa de recuperación en el hospital.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agüera, Z., Riesco, N., Valenciano-Mendoza, E., Granero, R., Sánchez, I., Andreu, A., Jiménez-Murcia, S., & Fernández-Aranda, F. (2021). Illness perception in patients with eating disorders: clinical, personality, and food addiction correlates. *Eating and weight disorders* : EWD, 26(7), 2287–2300. <https://doi.org/10.1007/s40519-020-01083-3>
- American Psychological Association [APA]. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Andréasson, S., Danielsson, A. K., & Wallhed-Finn, S. (2013). Preferences regarding treatment for alcohol problems. *Alcohol and Alcoholism*, 48(6), 694-699. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agt067>
- Arias, F., Sion, A., Espinosa, R., Jurado-Barba, M.R., Marín, M., Martínez Maldonado, A., Rubio, G. (2021). Fases en la recuperación psicológica en pacientes del alcohol tras un tratamiento intensivo. Un seguimiento de 4 años. *Adicciones*, 13(1). <https://doi.org/10.20882/adicciones.1575>
- Ashley, L., Smith, A. B., Keding, A., Jones, H., Velikova, G., & Wright, P. (2013). Psychometric evaluation of the revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R) in cancer patients: confirmatory factor analysis and Rasch analysis. *Journal of psychosomatic research*, 75(6), 556-562. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2013.08.005>
- Baines, T., & Wittkowski, A. (2013). A systematic review of the literature exploring illness perceptions in mental health utilising the self-regulation model. *Journal of clinical psychology in medical settings*, 20, 263-274. <https://doi.org/10.1007/s10880-012-9337-9>
- Barroso Morales M.L., Mora Sánchez I. y Sierra Hernández C.E. (2021). Adherencia terapéutica en los pacientes sometidos



- a intervencionismo coronario percutáneo primario. *Enfermería en Cardiología*, 28(82), 46-51.
- Barrio, P., & Gual, A. (2016). Patient-centered care interventions for the management of alcohol use disorders: a systematic review of randomized controlled trials. *Patient preference and adherence*, 1823-1845. <https://doi.org/10.2147/PPA.S109641>
- Bernal Sobrino, J.L., Rubio Valladolid, G., Arias Horcajadas, F., Varela Rodríguez, C., Serrano Balazote, P. Ruiz López, P. (2019). Impacto sobre la mortalidad intrahospitalaria en un programa de tratamiento de los trastornos relacionados con el alcohol y otras sustancias. *I Congreso Nacional de hospitales y Gestión Sanitaria*. Santiago de Compostela, 8-10 de mayo, 2019.
- Bernardo, J., & Calderero, J.F. (2000). *Aprendo a investigar en educación*. RIALP. <https://bit.ly/2LFrXvU>
- Bisquerra, R. (2004). *Metodología de la investigación educativa*. *Manuales de metodología de investigación educativa*. La Muralla. <https://bit.ly/349N6EC>
- Buendía, L., Colas, M.P., & Hernández, F. (1998). *Métodos de investigación en psicopedagogía*. McGraw-Hill. <https://bit.ly/2LHlyQF>
- Cava, M.J., Murgui, S. y Musitu, G. (2008). Diferencias en factores de protección del consumo de sustancias en la adolescencia temprana y media. *Psicothema*, 20(3), 389-395.
- Calvo, F., Carbonell, X., Valero, R., Costa, J., Turró, O., Giralt, C., & Ramírez, M. (2018). Abandono precoz y retención en servicios ambulatorios de drogodependencias: análisis transversal comparativo de factores que aumentan o disminuyen la adherencia. *Atención primaria*, 50(8), 477-485. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2017.06.006>
- Dang, L., Zhang, M. X., Lau, J. T., Leong, K. K. H., & Wu, A. M. (2023). Applying the Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R) to gambling disorder: Its psychometric properties in Chinese adults. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 21(6), 3971-3994. <https://doi.org/10.1007/s11469-022-00837-7>
- FACOMA. Ayúdate-Ayúdanos: Programa para pacientes y familiares de personas con problemas por el alcohol u otras drogas. 2021. Disponible en: <https://facoma.org/hacemos/>.
- Giannousi, Z., Manaras, I., Georgoulas, V., & Samonis, G. (2010). Illness perceptions in Greek patients with cancer: a validation of the Revised-Illness Perception Questionnaire. *Psycho-Oncology*, 19(1), 85-92. <https://doi.org/10.1002/pon.1538>
- Grant, B. F., Goldstein, R. B., Saha, T. D., Chou, S. P., Jung, J., Zhang, H., ... & Hasin, D. S. (2015). Epidemiology of DSM-5 alcohol use disorder: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions III. *JAMA Psychiatry*, 72(8), 757-766. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2015.0584>
- Hagger, M. S., & Orbell, S. (2003). A meta-analytic review of the common-sense model of illness representations. *Psychology and health*, 18(2), 141-184. <https://doi.org/10.1080/088704403100081321>



- Horni, J. (2023). *Somos lo que hacemos: La adicción, un trastorno de la conducta de uso o consumo*. Editorial Autores de Argentina.
- Jiménez Henao, C. M., & Ramírez Jiménez, A. S. (2023). Consumo de alcohol y las posibles afectaciones a la vida emocional y/o a la salud mental en un grupo de alcohólicos anónimos en el año 2021.
- Keyes, K. M., Hatzenbuehler, M. L., McLaughlin, K. A., Link, B., Olfson, M., Grant, B. F., & Hasin, D. (2010). Stigma and treatment for alcohol disorders in the United States. *American journal of epidemiology*, 172(12), 1364-1372. <https://doi.org/10.1093/aje/kwq304>
- Ladero, L., & Orejudo, S. C. JA (2005). Variables psicosociales en la adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes adscritos a un programa de mantenimiento con metadona. *Psicothema*, 17, 573-79. <https://doi.org/10.20882/adicciones.369>
- Landstad, B. J., Hedlund, M., & Kendall, E. (2022). Practicing in a person-centred environment - self-help groups in psychosocial rehabilitation. *Disability and rehabilitation*, 44(7), 1067-1076. <https://doi.org/10.1080/09638288.2020.1789897>
- Laranjeira, C., Querido, A. I., & Valentim, O. (2022). Psychometric properties of the revised illness perception questionnaire for people with alcohol use disorder in Portugal. *Journal of Substance Use*, 27(2), 188-195. <https://doi.org/10.1080/14659891.2021.1916848>
- Latorre, A., Del-Rincón, D., & Arnal, J. (2005). *Bases metodológicas de la investigación educativa*. Ediciones Experiencia.
- Lenaerts E, Matheï C, Matthys F, Zeeuws D, Pas L, Anderson P. (2014). Continuing care for patients with alcohol use disorders: A systematic review. *Drug Alcohol Depend*, 135, 9-21. <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013.10.030>
- López-Goñi; J. Fernández-Montalvo; C. Illescas; N. Landa; I. Lorea (2008). *Razones para el abandono del tratamiento en una comunidad terapéutica. Trastornos adictivos*, 10(2), 104-111. [https://doi.org/10.1016/S1575-0973\(08\)74552-5](https://doi.org/10.1016/S1575-0973(08)74552-5)
- Mojtabai, R., Chen, L. Y., Kaufmann, C. N., & Crum, R. M. (2014). Comparing barriers to mental health treatment and substance use disorder treatment among individuals with comorbid major depression and substance use disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 46(2), 268-273. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2013.07.012>
- Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K., Horne, R., Cameron, L., & Buick, D. (2002). The revised illness perception questionnaire (IPQ-R). *Psychology and health*, 17(1), 1-16. <https://doi.org/10.1080/08870440290001494>
- McKay, J.R., Hiller-Sturmhöfel, S. (2011). Treating Alcoholism as a Chronic Disease: Approaches to Long-Term Continuing Care. *Alcohol Res Health*, 33, 356,70.
- Organización Mundial de la Salud. (2004). *Global Status Report on Alcohol 2004*. Organización Mundial de la Salud.
- Pacheco-Huergo, V., Viladrich, C., Pujol-Ribera, E., Cabezas-Pena, C., Nunez, M., Roura-Olmeda, P. Del Val, J. L. (2011). Perception in chronic illnesses: linguistic



- validation of the revised Illness Perception Questionnaire and the Brief Illness Perception Questionnaire for a Spanish population. *Atención primaria*, 44(5), 280-287. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2010.11.022>
- Pacheco-Huergo, V. (2012). Medida de percepción en enfermedades crónicas: Adaptación cultural de los cuestionarios Illness Perception Questionnaire Revised (IPQ-R) y Brief Illness Perception Questionnaire (BIPQ) para la población española.
- Prochaska, J.O. y DiClemente, C.C. (1982): Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 19, 276-288. <https://doi.org/10.1037/h0088437>
- Quiceno, J. M., & Vinaccia, S. (2019). Percepción de enfermedad y características sociodemográficas en enfermos crónicos. *Psicología y Salud*, 29(2), 159-166. <https://doi.org/10.25009/pys.v29i2.2582>
- Room, R. (2005). Stigma, social inequality and alcohol and drug use. *Drug and alcohol review*, 24(2), 143-155. <https://doi.org/10.1080/09595230500102434>
- Rubio, G., Jiménez-Arriero, M.A., Ponce, G., & Palomo, T. (2001). Naltrexone versus acamprosate: one year follow-up of alcohol dependence treatment. *Alcohol and alcoholism*, 36(5), 419-425. <https://doi.org/10.1093/alcalc/36.5.419>
- Rubio, G., Martínez-Gras, I., Ponce, G., Quinto, R., Jurado, R., & Jiménez-Arriero, M. Á. (2013). Integración de los grupos de autoayuda para familiares en un programa público de tratamiento del alcoholismo [Integration of self-guidance groups for relatives in a public program of alcoholism treatment]. *Adicciones*, 25(1), 37-44.
- Rubio, G., Marín, M., Arias, F., López-Trabada, J.R., Iribarren, M. & Alfonso, S. (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 Alcohol*, 53, 78-88. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agx078>
- Rubio, G., Marín, M., López-Trabada, J. R., & Arias, F. (2020). Efectos de la integración de grupos de ayuda mutua sobre la adherencia al programa de continuidad en el cuidado a pacientes con dependencia del alcohol realizado en Atención Primaria. *Atención Primaria*, 52(8), 555-562. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2020.04.010>
- Rubio-Valladolid, G. (2021). *Del tratamiento del alcoholismo y de su recuperación: una guía para profesionales de la sanidad*. Editorial Circulo Rojo .
- Rubio, G. (2021). *Alcohol, alcoholismo y emociones sociales*. Editorial Delta.
- Rubio-Escobar, E. & Rubio, G. (2024). Los grupos de ayuda mutua en el alcoholismo y otras adicciones: presenta, pasado y futuro. En G. Rubio (Ed.), *La ayuda mutua en el siglo XXI: una necesidad imprescindible en el mundo sanitario*. Delta Publicaciones.
- Ruiz, C. S. (2009). Fracaso, abandono y cumplimiento terapéutico. *Norte de Salud mental*, 8(33), 51-58.



- Serecigni, J. G. (2015). Los Antagonistas de los Receptores Opioides en el Tratamiento del Alcoholismo Opioid Receptor Antagonists in the Treatment of Alcoholism. *Adicciones*, 27(3), 214-230. <https://doi.org/10.20882/adicciones.708>
- Silva, G.E., Galeano, E. y Correa, J.O. (2005). Adherencia al tratamiento. Implicaciones de la no-adherencia. *Acta Médica Colombiana*, 30(4), 268-273.
- Sirvent, C., Villa Moral, MA., Blanco, P., Rivas, C., Linares, M., Quintana, L. (2010). Predicción del abandono (vs. Éxito) terapéutico en adicciones (presentación del cuestionario VPA-30 (Sirvent, C. 2009) de variables predictoras de abandono y adherencia al tratamiento en adicciones). *11º Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis 2010*.
- Wittchen, H. U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B., ... & Steinhausen, H. C. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European neuropsychopharmacology*, 21(9), 655-679. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2011.07.018>
- World Health Organization (2018). Management of substance abuse WHO launches SAFER alcohol control initiative to prevent and reduce alcohol-related death and disability. Geneva, Switzerland: WHO; 2018.