



La ciencia de la recuperación de adicciones con sustancia: aplicaciones en Salud Pública

The science of substance use addiction recovery: Public Health applications

AUTORES

- (1) Antonio Jesús Molina Fernández [ORCID: 0000-0002-1448-3301] (2,3) Juan Gómez-Salgado [ORCID: 0000-0001-9053-7730] (1) Elena Ayllón Alonso [ORCID: 0000-0003-0171-0410]
(1) Irene Maríá Arribas Tiemblo [ORCID: 0009-0008-2451-6315] (1) Banesa Mena García [ORCID: 0009-0004-9226-4421] (1) Jesús Saiz Galdós [ORCID: 0000-0002-2029-673X]

FILIACIONES

- (1) Grupo de Investigación en Determinantes Sociales y Culturales de la Salud. Departamento de Psicología Social, del Trabajo y Diferencial. Campus de Somosaguas. Universidad Complutense de Madrid. POZUELO DE ALARCÓN, ESPAÑA.
(2) Departamento de Sociología, Trabajo Social y Salud Pública. Facultad de Ciencias del Trabajo. Universidad de Huelva. HUELVA, ESPAÑA.
(3) Posgrado en Seguridad y Salud. Universidad Espíritu Santo. GUAYAQUIL, ECUADOR.

FINANCIACIÓN

Este estudio no ha recibido financiación alguna, por parte de organismos públicos ni privados, para su desarrollo.

El estudio que dio origen a esta publicación recibió la aprobación de la Comisión Deontológica de Investigación de la UCM. El código de identificación del proyecto aprobado es UCM PR2019_20_043.

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de intereses

CONTRIBUCIONES DE AUTORÍA

- DISEÑO:** AJ Molina Fernández, J Saiz Galdós.
ELABORACIÓN: AJ Molina Fernández, IM Arribas Tiemblo, J Saiz Galdós.
REDACCIÓN: AJ Molina Fernández, IM Arribas Tiemblo, B Mena García, E Ayllón Alonso.
REVISIÓN: AJ Molina Fernández, J Gómez-Salgado, B Mena García, E Ayllón Alonso.
SUPERVISIÓN: AJ Molina Fernández, J Gómez-Salgado.

CORRESPONDENCIA

Antonio Jesús Molina Fernández antmolin@ucm.es
Grupo de Investigación en Determinantes Sociales y Culturales de la Salud. Departamento de Psicología Social, del Trabajo y Diferencial. Campus de Somosaguas. Universidad Complutense de Madrid. CP 28223. Pozuelo de Alarcón (Madrid), España.

CITA SUGERIDA

Molina Fernández AJ, Arribas Tiemblo IM, Gómez-Salgado J, Mena García B, Ayllón Alonso E, Saiz Galdós J. La ciencia de la recuperación de adicciones con sustancia: aplicaciones en Salud Pública. Rev Esp Salud Pública. 2026; 100: 13 de marzo e202603016.

RESUMEN

La intervención sobre conductas adictivas, especialmente en el uso de sustancias, ha ido avanzando desde las tradicionales comunidades terapéuticas y los programas libres de drogas hasta las redes integrales de atención y los programas de reducción del daño. La recuperación de adicciones (con sustancia o comportamentales) se basa en el desarrollo de capacidades, habilidades y competencias que permitan que la persona que ha presentado un problema de adicción genere un estilo de vida alternativo al uso de sustancias (u otras conductas adictivas), y no únicamente en abordar el tratamiento desde la presencia o ausencia de la sustancia principal. Durante el siglo XXI se ha desarrollado la llamada Ciencia de la Recuperación, identificando los aspectos, conceptos y constructos teóricos y prácticos de la recuperación de adicciones. En el presente artículo se realizó una revisión narrativa sobre las principales teorías, aspectos y fortalezas de la *Ciencia de la Recuperación*, así como de sus limitaciones y aplicaciones. Como principales resultados, los programas basados en recuperación son muy eficaces para las personas para las que han sido diseñados, presentando más dificultades para grupos específicos (mujeres, sobre todo con hijos; personas jóvenes con trastornos de conducta; consumidores de nuevas sustancias psicoactivas). Como conclusión, es necesario potenciar los estudios experimentales y cuasiexperimentales que permitan una mayor comprensión de qué funciona y qué no en la Ciencia de la Recuperación.

PALABRAS CLAVE // Recuperación de adicciones; Modelo biopsicosocial; Ciencia de la Recuperación; Redes integrales de atención.

ABSTRACT

Intervention about addictive behaviours, especially in substance use, has been advancing from traditional therapeutic communities and drug-free programs to comprehensive care networks and harm reduction programs. Addiction recovery is based on the development of capabilities, skills, and competencies that allow the person who has had an addiction problem to generate an alternative lifestyle to the use of substances (or other addictive behaviours) and not only approach treatment from the presence or absence of the main substance. During the 21st century, the so-called *Recovery Science* has been developed, identifying the theoretical and practical aspects, concepts and constructs of addiction recovery. This article presented a narrative review of the main theories, aspects, and strengths of Recovery Science, as well as its limitations and applications. The main findings are that recovery-based programs are highly effective for the individuals for whom they are designed, but are more difficult for specific groups (women, especially those with children; young people with conduct disorders; users of new psychoactive substances). In conclusion, it is necessary to strengthen experimental and quasi-experimental studies that allow for a better understanding of what works and what doesn't in Recovery Science.

KEYWORDS // Addiction recovery; Biopsychosocial model; Recovery Science; Comprehensive care networks.

NOTAS

LA DIMENSIÓN DE SALUD PÚBLICA DEL PROBLEMA DE LAS DROGAS Y EL ACTUAL ESTADO DE LOS PROGRAMAS DE RECUPERACIÓN

El uso y abuso de sustancias, tanto alcohol como otras drogas, representa uno de los problemas mayores de Salud Pública a nivel mundial (1). La alta disponibilidad de sustancias ha venido acompañada de una mayor diversidad de las mismas en el mercado, lo que expone a quienes las consumen a una gama más amplia de problemas derivados de su uso. Las personas que consumen drogas pueden correr un mayor riesgo de sufrir consecuencias adversas para la salud, incluyendo la intoxicación y/o la muerte, al consumir, en muchos casos sin saberlo, sustancias de mayor potencia o más nuevas, o mezclas de sustancias cuyas interacciones farmacológicas pueden aumentar los posibles daños para la salud (2,3). El abuso del alcohol es significativo en Europa, suponiendo un 41,4% de todos los motivos de tratamiento por abuso de sustancias (2,3). La cocaína es otra sustancia de abuso importante en Europa, suponiendo el 17% de todas las demandas de tratamiento (2,3). En España, la cocaína es la droga ilegal que origina un mayor número de admisiones a tratamiento (46,8%), seguida del cannabis (27,8%) y los opioides (19,2%) (4). El número de personas muertas por reacción aguda adversa a las drogas ha aumentado en España en los últimos cinco años,

estando actualmente en el dato más alto desde la década de los 90 (5).

El consumo de drogas, los trastornos que provoca y las afecciones sanitarias conexas son importantes problemas de Salud Pública (1). Al hablar de consumo de drogas, adicciones (con problemas derivados del uso de sustancias y/o problemas comportamentales) o de conductas adictivas, se debe hacer mención expresa al hito que supuso la definición por parte del *National Institute on Drug Abuse* de EE.UU. de la adicción como “*enfermedad crónica y recurrente del cerebro, caracterizada por la búsqueda y el consumo compulsivo de drogas, a pesar de sus consecuencias nocivas*” (6). Esta definición supuso un cambio en el tratamiento de las drogodependencias y adicciones: a partir de esta operativización del término se generó una respuesta sociosanitaria como eje central de las intervenciones con las personas que presentan problemas relacionados con adicciones (1). El desarrollo y la implementación de tratamientos de farmacoterapia para los síntomas más severos se extendieron, con un menor papel de los factores educativos, sociales y culturales (5,7,12), limitando incluso el efecto de factores contextuales como el *enriquecimiento ambiental* (7,8). Se debe destacar que la intervención desde el punto de vista teórico se ha basado tradicionalmente en el modelo biopsicosocial, en el que se integran los elementos básicos de las adicciones: sustancia/comportamiento adictivo, persona y contexto (9).

Este artículo tiene una licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional. Usted es libre de Compartir (copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato) bajo los siguientes términos: Atribución (debe darse el crédito apropiado, proporcionar un enlace a la licencia e indicar si se realizaron cambios. Puede hacerlo en cualquier manera razonable, pero no de alguna manera que sugiera que el licenciante lo respalda a usted o su uso); No comercial (no podrá utilizar el material con fines comerciales); Sin derivados (si remezcla, transforma o construye sobre el material, no puede distribuir el material modificado); Sin restricciones adicionales (no puede aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros hacer cualquier cosa que la licencia permita).
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

A partir de este modelo biopsico-social se generan métodos de intervención más globales, que consideran conjuntamente factores psicológicos y sociales, tanto individuales como grupales, a partir de lo que surge el enfoque de la *Recuperación de Adicciones* (10) aplicada a las conductas adictivas, con un enfoque multidisciplinar que combina modelos y teorías de diversas disciplinas (10,11), como pueden ser la Psicología clínica y la Psicología de la intervención social (12), la Educación social y el Trabajo social sanitario (13), la Medicina, la Enfermería, la Antropología o la Sociología (11).

En la historia de la intervención en drogodependencias y adicciones se pueden identificar dos modelos básicos de intervención: los *Programas de Reducción del Daño* (PRD) y los *Programas de Recuperación o Recovery*. La conocida como *epidemia de la heroína* de los años 80 supuso el hito que dio gran visibilidad a la problemática de las adicciones (14). A raíz de esta situación se crea el imaginario del adicto en la población, basado en las personas consumidoras de heroína por vía parenteral, y que se conserva hasta el día de hoy, aunque los datos indican que este perfil no es el que coincide con el mayor porcentaje de las personas en tratamiento de adicciones actualmente (2,3,4,5). Es a finales de los 80 y principios de los 90 cuando se define el fenómeno de la *pérdida del ideal de rehabilitación de las personas*, que consiste en el pesimismo respecto a la capacidad de recuperación de las personas con problemas derivados del uso de heroína, dejando de creer en su capacidad para modificar sus patrones conductuales de manera estable en el tiempo (15). En este clima, los/as profesionales y personas usuarias de los

programas adoptaron una actitud que Hirschman (1991) denominó *retórica de la reacción*, con tres tesis características: tesis de la perversidad (que las intervenciones no solo no mejoran a las personas usuarias, sino que les hacen empeorar); tesis de la futilidad (fracaso como premisa inicial); y tesis del peligro (los programas ponen en peligro derechos fundamentales del individuo, como el de autonomía moral) (15).

La aparición e implementación en las redes de Salud Pública de los PRD supuso una transformación en las intervenciones y una respuesta fundamental desde Salud Pública. Los PRD se centran en minimizar las consecuencias negativas del consumo de drogas, especialmente las infecciones relacionadas (como el VIH y la hepatitis C) y la drogodelincuencia. Estos programas han contribuido a reducir los problemas epidemiológicos y las sobredosis, sobre todo del consumo de heroína y del policonsumo, con una gran eficacia, especialmente con la generalización de los *Programas de Mantenimiento de Metadona* para personas con consumo de opiáceos por vía parenteral o inhalada (14,16).

La *Recuperación de las adicciones*, especialmente la *Recuperación de los problemas derivados por el uso de sustancias*, es una tipología de intervención que, partiendo del antiguo método de las comunidades terapéuticas, fomenta el desarrollo de capacidades, habilidades y competencias. La recuperación supone el desarrollo de la autonomía personal, del desempeño de roles socialmente valiosos, mantener relaciones socioafectivas significativas y generar una convivencia con los síntomas que permita a la persona un nivel de integración socio-

comunitaria compatible con una vida satisfactoria (10,17). La Recuperación de adicciones implica no solo reducir o eliminar el uso de drogas, como se podría conseguir incluso por remisión espontánea o *natural recovery* (18), sino convertirse en un miembro activo de la sociedad (10,17). La rehabilitación es promovida por profesionales, mientras que la recuperación implica un componente de acción participativa y contexto social en la capacidad de reintegrar personas en la sociedad en un sentido amplio. La recuperación es un proceso con evoluciones e involuciones, por lo que hay que contemplar la motivación, la adherencia al tratamiento y la recaída como parte del proceso (10,17).

Estas intervenciones deben tener en cuenta los diferentes perfiles de personas usuarias y adaptarse a ellos y sus necesidades, pudiendo contar con un diseño de intervención que contemple acciones formales e informales (19-23). Los programas basados en recuperación se diseñaron especialmente para las adicciones con sustancia, especialmente para varones con problema de consumo de opiáceos, el grupo más numeroso de personas usuarias de las comunidades terapéuticas. En menor medida, también han demostrado su eficacia para personas consumidoras de estimulantes como la cocaína, así como personas con problemas de juego patológico (17,21,22).

Estos programas basados en la recuperación aparecieron en el siglo XX y se han consolidado durante el siglo XXI, debido a la búsqueda de alternativas de tratamiento tanto en las políticas y redes de tratamiento de Salud Pública como en las prácticas de salud, buscando alternativas de tratamiento que fueran más allá de la farmacote-

rapia, la psicoterapia y los *Programas de Reducción del Daño* (13,21,22). De esta forma, se plantean como posibles alternativas de tratamiento que se pueden proponer desde dentro de las redes de Salud Pública, fomentando el trabajo en común de los servicios con las personas y/o con las comunidades, desarrollando todo lo posible sus fortalezas, talentos y habilidades [Figura 1] (17,22).

Aunque haya distintos modelos, la intervención en adicciones (así como en otras problemáticas con raíces multidimensionales) precisa para ser eficaz abordajes globales y multidisciplinarios, es decir, de redes integrales de intervención (17,18,21,22). Si bien hay una tendencia a considerar el consumo de drogas como una decisión individual, se trata de un problema de Salud Pública con raíces estructurales, lo que exige que se adopten enfoques de Salud Pública a la hora de intervenir (18,19). Los programas de recuperación se revelan como un intento en esta línea, al tener una óptica completa, incluyendo la *Psicología de la Intervención Social de la adicción*, abordando el problema de manera interdisciplinar y atendiendo a los factores sociales y contextuales (con énfasis en el apoyo social y el apoyo mutuo) como aspectos centrales en la recuperación. En el caso de las adicciones a sustancias y/o comportamentales, las redes integrales de intervención deben aunar *Programas de Reducción del Daño*, programas basados en recuperación y programas de desarrollo de estilos de vida sostenibles (10,17,20-28). Entre los factores psicosociales que los estudios indican que más influyen en la rehabilitación se encuentra el apoyo social (21,22,25,26), que presenta tres dimensiones: estructural (la red social de apoyo de la persona); funcional (factores emocionales y de percepción de apoyo por parte del

Figura 1
 Red de Tratamiento estándar en Europa (Molina *et al.*, 2020).

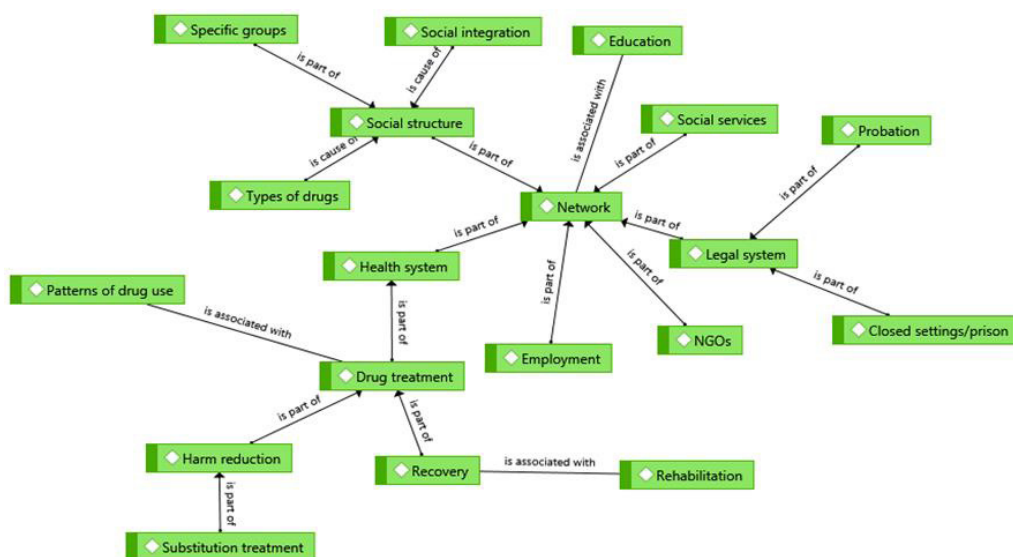
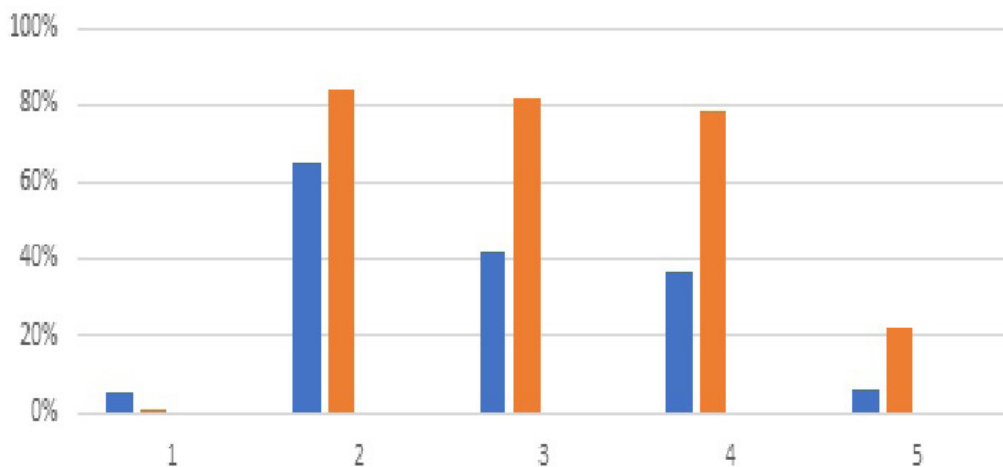


Figura 2
 Empleo y formación.



Nota: Perder el empleo (1). Recibir una acción formativa (2). Tener buenas evaluaciones laborales (3). Mantener el trabajo (4). Emprender/autoempleo (5).

individuo); y contextual (apoyo social y momentos de apoyo), factores que se deben tratar para conseguir intervenciones exitosas. En este área se encuentra el apoyo familiar, que es de gran relevancia (19,21,22,25-28).

Para analizar esta Ciencia de la Recuperación de la que se habla en el título, se ha realizado una revisión narrativa de las investigaciones y estudios sobre Recuperación de adicciones (especialmente por uso de sustancias) desde el año 2012 (25). El objetivo fue identificar la existencia de esa Ciencia de la Recuperación, así como sus principales factores de estudio, logros y propuestas. Además, se pretendieron exponer las fortalezas, debilidades y limitaciones de dicha Ciencia de la Recuperación.

THE SCIENCE OF RECOVERY: LA RECUPERACIÓN DE ADICCIONES, LA SALUD PÚBLICA Y EL MÉTODO CIENTÍFICO

El método científico, cuando es aplicado en el campo de la recuperación, debería comprender un *triple acercamiento* (29). En primer lugar, la investigación debe dar apoyo y valor a las narrativas individuales, lo cual incluye tomar en cuenta también aquellas experiencias religiosas y espirituales valiosas para la persona, que de otra manera podrían pasar inadvertidas (30). En segundo lugar, las estrategias e instrumentos que vayan a emplearse deberán ser sensibles con posibles experiencias de sucesos traumáticos; las denominadas *técnicas creativas* son aquí recomendadas. Y, finalmente, la investigación debe buscar el impacto colectivo en sus resul-

tados, implicando al mayor número de actores posibles. Desde hace una década, la Recuperación de adicciones se ha esforzado en demostrar su eficacia, eficiencia y pertinencia, aplicando modelos basados en datos (1,18,19,31) para poder comprobar qué funciona, qué no y qué se puede mejorar en los tratamientos de recuperación de adicciones (25,27,28). Especialmente desde el año 2012, se han desarrollado diversos estudios (como los liderados por Groshkova, Best, White, Vanderplasschen, Vandevelde, Yates, Broekaert...) que planteaban hasta qué punto la recuperación era un problema local para poblaciones específicas o si se podía hablar de una Ciencia de la Recuperación, como indicaban Groshkova, Best y White (25). Un concepto fundamental para justificar la existencia de esta *Ciencia de la Recuperación* es el concepto de capital social (10,27,32), que es el conjunto de redes personales y sociales, y la confianza y reciprocidad que se consigue de esas redes (26,27,31). Best (2012) establece tres elementos interconectados centrales en este concepto de capital social de recuperación: contagio (influencia en el contexto social); conexiones (para construir una comunidad); y homofilia (tendencia a relacionarnos con personas que se parecen a nosotros) (10,31). Tomando este concepto de capital social de recuperación como referencia, se acuña el término de *Recovery Capital* (RECCAP), que se define como *amplitud y profundidad de los recursos internos y externos que se pueden utilizar para iniciar y mantener la recuperación de problemas con las drogas* (32). Es decir, recursos personales, sociales y comunitarios de los que dispone una persona para alcanzar la abstinencia. Best (2012) diferencia tres tipos de RECCAP (10,32):

1. *Personal Recovery Capital*: capacidades personales que se potencian durante el proceso de rehabilitación, especialmente las emocionales.
2. *Social Recovery Capital*: impacto de la recuperación en los grupos sociales de referencia, sobre todo en la familia.
3. *Collective Recovery Capital*: impacto de la recuperación en el contexto social, haciendo un balance de costes y beneficios. Se consideran los costes de que esa persona esté en el sistema asistencial, jurídico-penal o de emergencia sanitaria, y los beneficios tras su reinserción laboral, considerando también como beneficio el ahorro que supone que esa persona ya no esté en el sistema.

Para intervenir en el RECCAP hay que seguir una serie de fases, comenzando por una evaluación sistemática y científica de competencias y necesidades (10,32), siguiendo con una planificación de la recuperación basada en las fortalezas y finalizando con la vinculación asertiva de la persona a grupos y actividades de apoyo a la recuperación (32), siendo necesario incluir en este apoyo al grupo de iguales, a la familia y a las amistades (10,29,30,32). Así, el RECCAP engloba aspectos clave en la recuperación personal, social y comunitaria (10,32). Dentro del desarrollo de programas de mantenimiento de estilos de vida y de mejora de calidad de vida, la Ciencia de la Recuperación contribuye a la creación de programas de mantenimiento que brindan apoyo continuo a las personas en recuperación. Esto puede incluir terapias de grupo, asesoramiento a largo plazo y estrategias para prevenir y manejar recaídas (21,22,23). Desde la óptica de la

recuperación, las actividades de participación social son cruciales, ya que promueven la identidad positiva y el sentido de autoeficacia, la salud física y el bienestar, las redes sociales positivas, el aprendizaje social y modelado, así como el sentido de esperanza y la visión positiva del futuro (10,28,32). De esta forma, la recuperación ayuda a desarrollar estrategias para la reintegración exitosa de personas en recuperación a la sociedad, reduciendo así la estigmatización y mejorando su calidad de vida, promoviendo una completa integración social (10,17,22,26,28,32). Por otro lado, respecto al coste-eficiencia de los programas de recuperación de adicciones (33), numerosas evaluaciones realizadas desde el inicio del siglo XXI encuentran que la ratio de beneficio-coste es siempre mayor que uno, lo que quiere decir que los beneficios que reportan estos programas son mayores que las inversiones que requiere (18,22,27,28,32). Esto no quita que, dada la multifactorialidad del problema y de su intervención, se deba indagar más en este tipo de evaluaciones, especialmente en colectivos específicos (como los/as adolescentes o las mujeres con problemas de adicción) (18,27).

En el estudio de validación del cuestionario *Life in Recovery* (32) a otros contextos europeos, proyecto coordinado por la Universidad de Sheffield Hallam (Reino Unido) y dirigido por David Best, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los indicadores *Tener problemas emocionales no tratados*, *Tener visitas frecuentes a Urgencias hospitalarias o salas de emergencia* y *Uso frecuente de los servicios de salud y comportamientos de autocuidado (chequeos y revisiones)*, cuyos datos eran mejores en los programas de recuperación/recovery (10,32).

PROPUESTAS Y APLICACIÓN PRÁCTICA: MEDIDAS CONEXAS CON SALUD PÚBLICA

Las principales fortalezas de los tratamientos de Recuperación de Adicciones han sido su trabajo motivacional, la exhaustividad en la modificación de hábitos de comportamiento (horarios, sueño, alimentación, higiene, tareas de la vida cotidiana...), la profundidad terapéutica y el diseño de objetivos de incorporación social en diferentes áreas (familia, trabajo, tiempo libre, pareja, amistades...). La principal debilidad es su adecuación/inadecuación para los diversos perfiles de personas con problemas de adicciones (17,22,32). En la intervención actual en adicciones se han identificado tres subgrupos de acción prioritaria con perfiles específicos (3):

- Un perfil de personas mayores de cuarenta años con problemas sociales y sanitarios y un consumo problemático de opiáceos y policonsumo. En este caso, las intervenciones dan una cobertura que los profesionales consideran adecuada, siendo común la utilización de tratamientos sustitutivos, mientras que el acceso a programas de recuperación es más difícil, cosa que se observa en el caso de todos los perfiles (3).
- Un perfil de mujeres con problemas relacionados con las drogas, en las que se observa una falta de ajuste de las intervenciones con sus necesidades específicas, siendo limitados los programas especializados, y una falta de conocimiento sobre la realidad de los contextos de estas mujeres (27,28). Además, se revela crucial la incorporación de la perspectiva de

género como aspecto transversal a los programas (27,28).

- Finalmente, para las personas jóvenes con problemas relacionados con las conductas adictivas y otras conductas de riesgo (17,22) parece necesario realizar adaptaciones de los programas, ya que en estos casos es necesario que se aborden las conductas de riesgo actuales, la prevención de recaídas y la identificación temprana (1,23).

En general, lo que se observa es una falta de adecuación de los programas a las necesidades específicas de cada subgrupo (1), así como la necesidad de intervenciones que involucren a la comunidad y que fomenten la participación ciudadana. También hay que promover la coordinación entre entidades y el trabajo en redes de intervención (1,9), junto con evaluaciones continuas que permitan detectar deficiencias de los programas y su adaptación a las personas usuarias (12). A partir de estos aspectos y perfiles, desde la Ciencia de la Recuperación surgen una serie de propuestas prácticas (18).

En primer lugar, es necesario realizar un seguimiento continuo y monitoreo de los programas para comprobar su adaptación a los perfiles y las necesidades de las personas usuarias (evaluaciones *data driven*) (1). Adicionalmente, este monitoreo permitirá detectar las buenas prácticas y establecer mecanismos de transferencia de las mismas, para que se implementen en más lugares (1,2,19,20). También conviene ir superando la visión biomédica y de intervención individual, e incorporar en los programas el factor de apoyo social, así como adaptarlos a los distintos perfiles

sociodemográficos, para mejorar su eficacia y adecuación. Esto incluye intervenciones menos tradicionales, como el abordaje multifamiliar, por el cual se continúa dando protagonismo a la persona afectada y permite, además, fomentar la recuperación dentro de un espacio social para la familia, tal y como se realiza, por ejemplo, en colectivos de personas con problemas de salud mental (21,22). Relacionado con esto, se deberían hacer nuevas investigaciones de perfilado de las personas con problemas de adicciones para superar la visión imperante en el imaginario colectivo (la de las personas consumidoras de heroína por vía parenteral), que no coincide con la realidad actual (16,17).

La participación de la comunidad es crucial en la recuperación, así como en la promoción de la Salud Pública. La Ciencia de la Recuperación puede ayudar a diseñar iniciativas que fomenten la colaboración entre gobiernos, organizaciones sin ánimo de lucro y la sociedad civil para abordar las adicciones a nivel local (25). Ejemplos como el proyecto *Triple R* (17,22) demuestran la viabilidad de esta perspectiva.

Finalmente, cabe recalcar la importancia de incorporar el conocimiento obtenido en investigaciones sobre la interacción entre los distintos factores psicosociales de las adicciones en el diseño de las intervenciones. Con este conocimiento se podrán diseñar e implementar programas más eficaces, con una visión más global, que incluyan el apoyo social, la inserción laboral, la perspectiva de género, la autoestima y demás fenómenos psicosociales que devuelvan a las personas usuarias su capacidad y su visión de sí mismo como persona (34). En conjunto, estas contribuciones de la Ciencia de la Recupera-

ción de adicciones tienen un impacto significativo en la Salud Pública al abordar la prevención, el tratamiento y el apoyo a largo plazo para las personas afectadas. Además, el enfoque integral de este campo ayuda a abordar no solo los síntomas de la adicción, sino también los factores subyacentes y las barreras sociales que pueden obstaculizar la recuperación (17,18,22,23).

LIMITACIONES DE LA CIENCIA DE LA RECUPERACIÓN PARA SALUD PÚBLICA

Las diferencias en intervención dentro de los programas basados en recuperación es una limitación a la hora de poder analizar de manera similar estas intervenciones y homogeneizar un estándar de actuación. Las discrepancias en población, estilo de intervención, equipo profesional, pasos del proceso, combinación de farmacoterapia y psicoterapia, y objetivos de integración social provocan que en muchas ocasiones no se puedan comparar los procesos y resultados de manera homogénea.

Una gran limitación es la manera de analizar las diferencias culturales y sociales que repercuten en el capital social de recuperación. La diversidad de factores mediadores y moduladores es tan grande que resulta muy complejo, utilizando el método científico, controlarlos todos.

En esta línea, el limitado número de ensayos clínicos y/o estudios cuasiexperimentales dificulta así mismo la comparación con los tratamientos del modelo médico, mucho más basados y contrastados en ensayos clínicos (19). En este punto, hay que reconocer que la propia ética de la recu-

peración impide en muchas ocasiones realizar muestreos aleatorios para distribuir los tratamientos, por lo que la inmensa mayoría de los estudios son diseños cuasiexperimentales con muestras seleccionadas *ex post facto*. Esto no quita validez a estos estudios, que quede claro, pero sí que limita a la hora de mostrar esta Ciencia de la Recuperación. Se debe seguir trabajando en el diseño, la evaluación y la estandarización de esta *Science of Recovery* (8,22,25,28).

CONCLUSIONES

Los tratamientos de *Recuperación de Adicciones* componen un modelo de intervención válido y fiable, especialmente para perfiles determinados y dentro de la red de Salud Pública destinada al tratamiento de las adicciones a sustancias. Las evaluaciones e investigaciones han ido mejorando los programas de tratamiento desde el colapso de las comunidades terapéuticas (35), aunque siguen siendo necesarias mejoras y adaptaciones para perfiles concretos (especialmente para las mujeres con hijas/os y las personas jóvenes con trastornos de conducta). La Ciencia de la Recuperación está en crecimiento, teniendo ya una base de investigación que es necesario seguir aumentando y diversificando. ②

BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization. *La dimensión de salud pública del problema mundial de las drogas*. Geneva: WHO. 2022.
2. European Union Drugs Agency. *La situación de las drogas en Europa hasta 2023: visión general y evaluación de las amenazas emergentes y las novedades (Informe Europeo sobre Drogas 2023)*. EUDA. 2023.
3. EMCDDA/Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. *Respuestas sanitarias y sociales a los problemas relacionados con las drogas: una guía europea*. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea. 2017.
4. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. *Informe 2023. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2023.
5. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. *Indicadores clave sobre drogas y adicciones, 2025*. Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2023.
6. National Institute on Drug Abuse. *Preventing Drug Use Among Children and Adolescents: A Research-Based Guide*. Bethesda: NIH. 1997.
7. Ruiz J, Pedrero E. *Neuropsicología de la adicción*. Madrid: Editorial Medica Panamericana. 2014.
8. Ruiz Sánchez de León JM. *Efectos del enriquecimiento ambiental en la recuperación de la adicción: ni enfermedad, ni crónica ni recidivante*. *Revista Española de Drogodependencias*, 2022, 47(1), 144-165. <https://doi.org/10.54108/red.10009>
9. Hall W, Carter A, Forlini C. *The brain disease model of addiction: is it supported by the evidence and has it delivered on its promises?* *The Lancet Psychiatry*, 2015, Volume 2, pp 105-110.
10. Best D. *Addiction Recovery: A movement for personal change and social growth in the UK*. Pavilion: Brighton. 2012.
11. Molina Fernández AJ, González Riera J, Montero Bancalero FJ, Gómez-Salgado J. *La complejidad de la coordinación social y sanitaria en las adicciones y el papel de la enfermera*.

- Enfermería Clínica, 2015, 26(1), 68-75. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2015.09.009>
- 12.** López Cabanas M, Cembranos F, Casellas López L. *Situación de la Psicología de la Intervención Social (PISoc) en la Comunidad de Madrid*. Madrid: Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. 2017.
- 13.** Sixto Costoya A, Olivar Arroyo A. *Educación Social y Trabajo Social en adicciones: recuperar el territorio colaborando*. RES: Revista de Educación Social, ISSN-e 1698-9007, Nº 26, 2018 (Ejemplar dedicado a: *Educación Social y Trabajo Social, un encuentro necesario*), págs. 141-158.
- 14.** Torres MA. *Historia de las adicciones en la España contemporánea*. Madrid: Sociodrogalcohol. 2009.
- 15.** Hirschman A. *Retórica de la intransigencia*. México: Fondo de Cultura Económica. 1991.
- 16.** Laespada T, Iraurgi I. *Reducción de daños: lo aprendido de la heroína*. Deusto: Ed. Universidad de Deusto. 2009.
- 17.** Molina A, Saiz J, Gil F, Cuenca ML, Goldsby T. (2020). *Psychosocial Intervention in European Addictive Behaviour Recovery Programmes: A Qualitative Study*. Healthcare, 8(3), 268. <https://doi.org/10.3390/healthcare8030268>
- 18.** Granfield R, Cloud W. *Social context and natural recovery: The role of social capital in the resolution of drug-associated problems*. Substance Use & Misuse, 2001, 36: (11) (pp. 1543-1570).
- 19.** Bumbarger B, Campbell E. *A state agency-university partnership for translational research and the dissemination of evidence-based prevention and intervention*. Administration and Policy Mental Health, 2011, 39(4), 268-277.
- 20.** Morgan A, Ziglio E. *Revitalising the evidence base for public health: an assets model*. Promotion & Education, 2007, 14(2_suppl), 17-22.
- 21.** Rosillo Herrero M, Hernández Monsalve M, Smith P. *La recuperación: servicios que ponen a las personas en primer lugar*. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría; 2013, 33 (118), 257-271.20.
- 22.** Molina-Fernández A. *La recuperación de adicciones en Europa: teoría, modelo y métodos. De la dependencia de las sustancias a la recuperación de las personas*. Editorial Aula Magna, McGraw-Hill Interamericana de España S.L. 2023.
- 23.** United Nations Office for Drugs and Crime. *TREATNET quality standards for drug dependence treatment and care services*. Vienna: UNODC. 2012.
- 24.** World Health Organization and United Nations Office on Drugs and Crime. *International standards for the treatment of drug use disorders: revised edition incorporating results of field-testing*. Geneva: WHO. 2020.
- 25.** Grushkova T, Best D. *The evolution of a UK evidence-base for substance misuse recovery*. Journal of Groups in Addiction and Recovery, 2011, 6, 20-37.
- 26.** White W, Cloud W. *Recovery capital: A primer for addictions professionals*. Counsellor, 2008, 9 (5), 22-27.
- 27.** Molina Fernández A, Saiz Galdós J, Cuenca Montesino ML, Gil Rodríguez F. *Models of recovery: influence of psychosocial factors on substance use recovery*. Journal of Substance Use, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1080/14659891.2021.1941348>
- 28.** Molina Fernández A, Saiz Galdós J, Cuenca Montesino ML, Gil Rodríguez F, Mena García B, Hansen Rodríguez G. *Los programas de recuperación en la intervención de los trastornos por abusos de sustancias: buenas prácticas europeas*. Revista Española de Drogodependencias, 2022, 47(1), 33-46. <https://doi.org/10.54108/red.10003>
- 29.** Paton J, Horsfall D, Carrington A. *Sensitive Inquiry in Mental Health: A Tripartite Approach*. International Journal of Qualitative Methods. 2018 Dec 1;17(1):160940691876142.
- 30.** Saiz J, Galilea M, Molina AJ, Salazar M, Barsotti TJ, Chopra D, Mills PJ. *Spirituality and Employment in Recovery from Severe and Persistent Mental Illness and Psychological Well-Being*. Healthcare, 2021, 9(1), 57. MDPI AG. DOI: <http://dx.doi.org/10.3390/healthcare9010057>
- 31.** Yates R. *Tackling addiction: Pathways to recovery*. London: Jessica Kingsley Pub. 2010.
- 32.** Best D, Vanderplasschen W, Nisic M. *Measuring capital in active addiction and recovery: the development of the strengths and barriers recovery scale (SABRS)*. Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy, 2020, 15(40).
- 33.** Cartwright WS. *Cost-benefit analysis of drug treatment services: review of the literature*. The journal of mental health policy and economics, 2000, 3(1), 11-26.



34. Milkman H, Wanberg K. *Pathways to Self-Discovery and Change: A Guide for Responsible Living*. SAGE Publications. 2012.

35. Putnam R. *Bowling alone: The collapse and revival of American community*. New York: Simon and Schuster. 2000.