

FACTORES DESENCADENANTES DE RECAÍDAS EN PERSONAS DROGODEPENDIENTES

Silvia Yamileth Joza Bravo¹, María Dolores Chávez-Vera²
(Recibido en agosto 2021, aceptado en septiembre 2021)

¹Egresada de Trabajo Social, Universidad Técnica de Manabí, ORCID: 0000-0001-5574 9009.

²Doctora en Trabajo Social Universidad Técnica de Manabí ORCID: 0000-0002-82842337
sjoza9557@utm.edu.ec; maria.chavez@utm.edu.ec

Resumen: Las comunidades terapéuticas son importantes para el desarrollo integral del paciente cuyo propósito deben enmarcarse en potencializar el ámbito personal, familiar y social relacionado a los estados emocionales y de sustancias. El objetivo de la investigación fue identificar las prevalencias de los factores desencadenantes de las recaídas en personas drogodependientes de dos entidades de Salud; utilizando el diseño no experimental, tipo descriptivo, enfoque cuantitativo, se escogió la población de nivel diana debido al reducido número de pacientes que integran las dos instituciones y por ello se delimito en función de las características sociodemográficas, consumidores de sustancias, pacientes internados y factores de riesgo para recaídas, siendo la unidad de análisis los pacientes en proceso de recuperación y tratamiento con un total de 37 pacientes distribuidos en la Fundación Casa de Acogida Manos y Voces Amigas, y el Grupo Admitimos de Narcóticos Anónimos del cantón Portoviejo, en edades comprendidas entre 17 y 55 años. En el proceso investigativo se aplicó un cuestionario sociodemográfico y el Cuestionario de Creencias Nucleares relacionadas con el consumo de drogas y el craving. Los resultados revelaron que las causas de la recaída muestran una prevalencia del 40 % para el grupo uno y el 35,29 % grupo dos; seguida de la baja autoestima con el 50 % para el grupo uno y 64,71 % para el grupo dos; y pobreza con el 10 % para el grupo uno y el grupo dos no presenta resultados. Se concluye que es necesario continuar y ampliar el estudio con otras variables de diferentes contextos sociales y de ambos sexos.

Palabras Clave: drogodependencia, craving, consumo de sustancias, recaídas, factores de riesgo para la recaída.

TRIGGERING FACTORS FOR RELAPSE IN DRUG-DEPENDENT PEOPLE

Abstract: Therapeutic communities are important for the integral development of the patient whose purpose must be framed in enhancing the personal, family and social environment related to emotional states and substances. The objective of the research was to identify the prevalences of relapse triggers in drug addicts from two health entities; using the non-experimental design, descriptive type, quantitative approach, the target population was chosen due to the small number of patients that make up the two institutions and therefore it was delimited based on sociodemographic characteristics, substance users, hospitalized patients and factors of risk for relapses, the unit of analysis being patients in the process of recovery and treatment with a total of 37 patients distributed in the Foundation Casa de Acogida Manos y Voces Amigas, and the Admitimos Group of Narcotics Anonymous of the canton Portoviejo, aged between 17 and 55 years old. In the investigative process, a sociodemographic questionnaire and the Nuclear Beliefs Questionnaire related to drug use and craving were applied. The results revealed that the causes of relapse show a prevalence of 40 % for group one and 35.29 % for group two; followed by low self-esteem with 50 % for group one and 64.71 % for group two; and poverty with 10 % for group one and group two do not present results. It is concluded that it is necessary to continue and expand the study with other variables from different social contexts and from both sexes.

Keyword: drug dependence, craving, substance use, relapses, risk factors for relapse.

INTRODUCCIÓN

A nivel mundial, nacional y regional la recaída por el consumo de sustancias es un tema de interés y de preocupación por los profesionales de salud y ciencias sociales. Estudios señalan que los adolescentes consumen marihuana con cierta regularidad (Blanco y Jiménez, 2015), los autores Quelho et al. (2020) ponen en manifiesto que la mayoría consumen a los 12 años como edad media, con mayor frecuencia cannabis (97,09 %), alcohol (88,37 %), tabaco (78,49 %) cocaína (80,81 %), además, los que inician a usar una droga desde temprana edad tienden a consumir otras sustancias al pasar del tiempo (Rial et al., 2020). Paralelo a lo antes expuesto, la edad es un factor relacionado con el punto de partida para que continúe el consumo de varias sustancias y de grandes cantidades (Valero-Aguayo et al., 2013), estudios correlacionales ponen en relieve que inician a menor edad el consumo de alcohol junto con cannabis, cocaína, opiáceos y anfetaminas, y de igual forma el uso de cannabis con alucinógenos, inhalantes y anfetaminas (Valero-Aguayo et al., 2013). En lo que respecta al consumo de alcohol relacionado a años de dependencia, el porcentaje de vida también correlaciona con la función cognitiva (Villa et al., 2021), con un promedio de dependencia entre 5 a 7 años (Sánchez-Hervás et al., 2008).

El consumidor presenta cambios que no solo le afectan a él, sino también a las personas que lo rodean en su entorno social más próximo (familia, amigos, vecinos), provocando una contaminación adictiva en el entorno que se desenvuelve (García, 2017), en consecuencia, al iniciar más temprano el consumo de sustancias conduce a una mayor cantidad de problemas en el entorno social (Valero-Aguayo et al., 2013). Por lo tanto, los efectos del consumo de sustancias se asocian a la esfera familiar, social, académica y a su situación económica (Hernández et al., 2009). Es evidente señalar, que los consumidores de sustancias presentan diversos factores de riesgos familiares que deben ser tratados por el equipo interdisciplinario (Canales et al., 2012). Por lo tanto, el tratamiento debe ser para todo el núcleo familiar con el propósito de superar la codependencia.

Las sustancias legales e ilegales que mayor demanda

requieren tratamiento es el alcohol, cannabis, y la cocaína (Calvo-García et al., 2016), para ello, existen muchos programas de tratamiento para personas drogodependientes (Caballero, 2005), uno de los más reconocidos en todo el mundo, Alcohólicos Anónimos (Fernández-Yáñez et al., 2019), y Community Reinforcement Approach (CRA) programas de reforzamiento comunitario (García-Rodríguez, 2008), por consiguiente, la persona drogodependiente debe recibir atención desde un enfoque biopsicosocial (García, 2017) conducente a un tratamiento integral (Castilla, 2016) bajo un modelo Transteórico, Prochaska y DiClemente (1984), no obstante, las comunidades terapéuticas deben aportar a la recuperación de la autoestima (Menéndez y Yubero, 2008), y fomentar la versatilidad de variables relacionadas con el tratamiento ya que se asocian a mejores resultados, mayor intensidad de los servicios, uso de servicios psiquiátricos o asuntos legales (Sánchez-Hervás et al., 2012). Teniendo en cuenta que los motivos de la persona drogodependiente para asistir a un centro de tratamiento están relacionados a la ayuda, miedo a recaer, crecimiento personal y por último a mantener la relación con el grupo (Fernández-Yáñez et al., 2019).

Valero-Aguayo et al. (2013) manifiestan que los pacientes que acceden con más edad al programa de rehabilitación también han iniciado más tarde a consumir, como dice García et al. (2010) completar el tratamiento durante un año para la adicción a la cocaína progresa la atención, información, tiempo de ingreso y psicoterapia grupal relacionados a la abstinencia a los seis meses (Grau-López et al., 2012). Desde la posición de Sánchez-Hervás et al. (2012) el apoyo social es un factor predictor de retención en el tratamiento, y de abstinencia (Useche et al., 2017). Asimismo, el apoyo social y la evitación permiten lograr el afrontamiento (Martínez et al., 2014). Por el contrario, el afrontamiento para el uso de cannabis es un factor de vulnerabilidad social con probabilidad de consumo problemático (Casajuana et al., 2021).

Tal como expresa Hubbard et al., (1989) la aceptación del tratamiento se relaciona con una mayor probabilidad de abstinencia asociados a los cambios personales, el tiempo y mayor terapia. También

Sánchez-Hervás et al., (2008) refieren que la baja estimación de riesgo se muestra en los pacientes que cumplen controles analíticos negativos, siendo uno de los mejores procedimientos para brindar seguridad al tratamiento. Además, para Blanco y Jiménez (2015) el presentar mayor confianza situacional en (emociones desagradables, malestar físico, control en el consumo, necesidad física, conflictos con otros, presión social) influye de forma efectiva en el afrontamiento para el buen desarrollo del tratamiento.

En relación al tiempo de recaída Grau-López et al. (2012) demuestran en su estudio que existe asociación entre la heroína y el consumo compulsivo antes de ingresar al tratamiento con la probabilidad de recaer a los seis meses. En relación a lo que antecede algunos pacientes solo se mantuvieron abstinentes durante los primeros seis meses del abandono del tratamiento (Pere-Baena et al., 2011). Sin embargo, algunos pacientes abandonan el tratamiento dentro del primer y segundo mes (Sánchez-Hervás et al., 2008), también entre los cinco y seis meses, (Garmendia et al., 2008). La causa está vinculada con olvidarse de la cita, dificultades en contactarse con el servicio, mayor responsabilidad familiar, asimismo, otro de los motivos estriba en solo informarse, y a un tratamiento poco adecuado (Calvo-García et al., 2016).

Para Valero-Aguayo et al., (2013) los consumidores de alcohol y cannabis tienen mayor probabilidad de abandonar el programa. Asimismo, el abandono del tratamiento está asociado a la comorbilidad psiquiátrica, ansiedad, trastornos psicóticos y adaptativos (Calvo-García et al., 2016), de la misma forma, la agresividad y ansiedad muestran una relación baja (Fretell y Velásquez, 2017). Igualmente, Valero-Aguayo et al., (2013) sostienen que tener conflicto con la madre, hermanos, y otros familiares se relacionan con el abandono del tratamiento.

Ante lo expuesto, es necesario destacar la definición de recaída, según Sánchez-Hervás et al., (2012) la conceptualiza como una interrupción en el intento de cambiar cualquier comportamiento, y por lo tanto toda persona drogodependiente durante el tratamiento y post tratamiento presentan deseos de consumo (Craving) (Caballero, 2005), aunque se intente detener

el deseo de consumo, siempre emerge como una compulsión durante la abstinencia (López y Sánchez, 2012), por ello, la recaída siempre es posible (Illán-López, 2014), sobre todo de acuerdo a Valero-Aguayo et al. (2013) esto se produce en la primera y segunda etapa terapéutica, y según Sánchez-Hervás et al. (2012) refieren que siempre pueden experimentar recaídas, sobre todo entre los seis meses posterior al tratamiento con un 72,2 %, mientras el 27,8 % se mantuvieron abstinentes (Grau-López et al., 2012).

Desde el posicionamiento de Sánchez-Hervás et al. (2012) las tasas de recaídas son muy altas entre los tres y seis meses, entre ellos están los policonsumidores, los que sufren insomnio y no poseen soporte familiar (Grau-López et al., 2014). De acuerdo a Valero-Aguayo et al. (2013) la acumulación de conflictos de todo tipo puede ser un factor influyente para un mayor abandono del tratamiento y consumo de sustancias. De acuerdo a López-Torrecillas et al., (2014) en sus resultados evidencian mayor confrontación y asertividad, así también, un mayor riesgo de recaídas, no obstante Valles (2016) menciona que una baja percepción de autoeficacia puede desencadenar en una recaída.

El estudio de Grau-López et al., (2014) describe que a los tres meses de seguimiento los que más recaen son los que han ingresado a prisión y los que presentan comorbilidad médica, asimismo los consumidores de opiáceos y cannabis, benzodiazepinas con insomnio mostraron mayor probabilidad de recaída, mientras que a los seis meses recaen con mayor frecuencia los que inician la dependencia a una edad menor y con trastornos psicóticos comórbidos.

Los episodios de recaídas para García-Álvarez et al. (2020) aparecen asociados a tres situaciones de alto riesgo: Estados emocionales negativos (ansiedad, depresión, irritabilidad), conflictos interpersonales (discusión con la pareja, dificultades en el trabajo, entre otros.) y presión social (invitaciones a consumir, ambientes sociales o laborales en donde se recurre mucho a la conducta adictiva, entre otros.). A través de la investigación Sánchez-Hervás et al., (2012) identifican numerosos factores de riesgos como: características sociodemográficas, gravedad adictiva

o presencia de problemas psicosociales, según Blanco y Jiménez (2015) a menor control atencional, mayor riesgo de recaídas, mayor ansiedad, depresión, estrés. Para García-Álvarez et al. (2020) debido a la situación vivida por la pandemia (COVID-19) existe la probabilidad de aumentar la depresión o estrés y el uso excesivo de sustancias legales (alcohol o tabaco). Para Solano (2020) las recaídas están asociadas a estados de ánimo, estudios académicos, influencias de amigos y familias, y una mayor impulsividad (Cano et al., 2011).

Los factores de riesgos individuales según Sánchez-Hervás et al. (2012) son predisponentes en la recaída, están relacionados a las variables sociodemográficas, psicopatológicas, gravedad adictiva, autoeficacia, y el Craving está relacionado a la dependencia a la cocaína, consumo de alcohol o una mayor presencia de patologías psicosociales, así también el abuso de alcohol presenta un riesgo mayor de recaída (García-Álvarez et al., 2020). Otros predictores también están relacionados con la asistencia al tratamiento, dependencia, convivir con otros fumadores (Secades et al., 1998). En relación a la prevalencia el 91,7 % de los adictos a la heroína han vuelto a consumir a los seis meses, sin embargo los adictos de cannabis presentan una baja ponderación de recaída, los que consumen más de una sustancia en el momento del ingreso recaen con mayor frecuencia que los que consumen una sola sustancia (Grau-López et al., 2012), en adición a ello los factores psicosociales y ambientales son predictores de un carente funcionamiento psicosocial, condición que genera más probabilidad de recaída tras el tratamiento (Sánchez-Hervás et al., 2012). Igualmente, la edad de inicio, tiempo de consumo, tipo de sustancias, tratamiento, voluntad en el tratamiento y el contexto socio familiar (Martínez et al., 2019). Y por último, la impulsividad es también otro predictor del consumo de sustancias (Perea-Baena y Oña-Compan, 2011).

Es importante según García (2017) potenciar la recuperación mediante todos los niveles y entornos que rodean al paciente, ya que, de acuerdo a Blanco y Jiménez (2015) los que dejaron de consumir ha sido por voluntad propia y por la familia. Además, Menéndez y Yubero (2008) indican que el tratamiento favorece los

hábitos saludables y sociales, mejora el conocimiento personal, autocontrol emocional, habilidades sociales y la relación con la familia. Según expone Valero-Aguayo et al., (2013) la relación familiar cuando es más estrecha más abandono y recaídas se presentan. Por el contrario, para Grau-López et al. (2014) los que conviven con familia propia presentaron menor riesgo de recaída, ya que el soporte familiar es un factor protector para la recuperación (Zapata, 2009). Por último, los autoinformes continúan siendo necesarios para evaluar el consumo de sustancias (Fernández y Secades, 2001). La presente investigación se realizó en dos comunidades terapéuticas del Cantón Portoviejo de la República de Ecuador, con el siguiente objetivo: Identificar las prevalencias de los factores desencadenantes de las recaídas en personas drogodependientes en dos comunidades terapéuticas

MÉTODO

Tipo de estudio

Para el proceso de investigación se utilizó un enfoque cuantitativo, diseño no experimental, estudio descriptivo transaccional, utilizando la encuesta como técnica de recolección de datos con preguntas de escala Likert. La unidad de análisis está constituida por los pacientes atendidos en la Fundación Casa de Acogida, Manos y Voces Amiga y Grupo Admitimos.

Población

Para la selección de la población se escogió el nivel diana o blanco al ser una población observada pequeña relacionada a las características sociodemográficas, consumidores de sustancias, pacientes internados y factores de riesgo de recaídas, siendo la unidad de análisis los pacientes en proceso de recuperación y tratamiento

El número de pacientes ingresados a las Comunidades Terapéuticas y que asisten a los programas son pequeños, por ello se consideró toda la población constituida por el total de pacientes de ambas instituciones, a continuación se muestran las características de la población formada por 33 (89,2 %) hombres y 4 (10,8 %) mujeres ingresados en la Fundación Casa de Acogida, Manos y Voces Amiga (Grupo 1) y Grupo Admitimos del Cantón Portoviejo (Grupo 2); distribuida 20 (100 %) hombres de la

Fundación Casa de Acogida, Manos y Voces Amiga y 13 (76,5 %) hombres, 4 (23,5 %) mujeres del Grupo Admitimos; entre el rango de edad de 17 a 55 años (M= 33,03, DT= 10,305).

Instrumentos de recolección de datos.

Encuesta sociodemográfica: instrumento elaborado por las autoras de la investigación, está compuesta de 24 ítems, evalúa las variables edad, sexo, estado civil, nivel de instrucción, tipo de vivienda, situación laboral, parroquia donde vive, estado emocional, maltrato físico, verbal y sexual, situación laboral, causas, historia familiar, consumo de sustancias por parte de la familia, amigos, y personal, problemas sociales, edad de inicio, años de consumo, período de tiempo que llevaban internados y asistiendo al grupo, número de recaídas.

Cuestionario de Creencias Nucleares relacionadas con el consumo de drogas y el craving (Martínez-González et al., 2018): Este cuestionario permitió evaluar un conjunto de creencias nucleares en torno al consumo de drogas y el craving, consta de 26 ítems con opciones de respuesta de escala de tipo Likert (0=totalmente en desacuerdo, 1= ligeramente en desacuerdo, 2 neutral, 3=ligeramente de acuerdo, 4 totalmente de acuerdo); distribuidas en dos apartados el primero consta de 18 ítems y evalúa creencias relacionadas con la adicción y el segundo consta de 8 ítems y evalúa creencias relacionadas con el deseo de consumo. El instrumento muestra una estructura de cuatro factores: 1) lo que la persona cree que no podrá realizar en ausencia del consumo de drogas, 2) la falta de renuncia al consumo, 3) las condiciones que deben darse para volver a consumir y 4) el consumo como única vía para sentirse bien. En relación al apartado vinculado al Craving muestra tres factores: 1) las emociones negativas como precipitantes

del consumo, 2) las emociones positivas y 3) las dificultades atribuidas al afrontamiento del deseo. En este estudio no se presenta la fiabilidad y validez del cuestionario en contexto ecuatoriano, posteriormente se presentará en otro estudio.

Procedimientos de la recolección de datos: Para dar inicio al proceso de investigación se solicitó la autorización a los Directores de ambas instituciones y a los pacientes para la aplicación de los cuestionarios, informando el objetivo del estudio, normas de cumplimiento, confidencialidad, anonimato y participación voluntaria. La recogida de datos se efectuó en la misma institución, aplicada de manera personal a los pacientes de la Fundación Casa de Acogida, Manos y Voces Amiga y Grupo Admitimos del Cantón Portoviejo, duración aproximada 1 hora y 30 minutos por participante.

Análisis de datos: Se utilizó el software estadístico IBM SPSS Statistics versión 22 en español para el almacenamiento de los datos, procesamiento de los resultados y análisis. Utilizando las tablas de contingencias (crosstabs) para conocer las frecuencias y porcentajes observadas entre dos variables.

Para la aplicación del cuestionario Creencias Nucleares relacionadas con el consumo de drogas y el craving se solicitó la autorización de los autores por medio de correo electrónico, obteniendo la aprobación para su uso, cabe recalcar que el consentimiento informado de las personas drogodependientes fue evidencia de la participación voluntaria en este proceso. Se siguió la protección de los derechos de cada paciente, como principio de privacidad, confidencialidad y el respeto de participación. Por otro lado, se solicitó la autorización a los directores de las instituciones participantes, para la aplicación de las encuestas.

RESULTADOS

Tabla 1. Características sociodemográficas

Variables	GRUPO 1		GRUPO 2	
	F	%	F	%
EDAD	17 – 55 años (M=33.03, DT 10.305)			
Hombre	20	100	13	76,5
Mujer	-	-	4	23,5
ESTADO CIVIL				
Soltero	12	60	7	41,2
Casado	5	25	8	47,1
Divorciado	3	15	2	11,8
NIVEL DE ESTUDIO				
Primaria	5	25	-	-
Secundaria	5	25	1	5,9
Universitaria	4	20	6	35,3
Universidad sin concluir	5	25	7	41,2
Maestría	1	5	3	17,6
VIVIENDA				
Propia	15	75	14	82,4
Arrendada	2	10	1	5,9
Cedida	3	15	2	11,8
ZONA GEOGRÁFICA				
Urbana	14	70	11	64,7
Rural	6	30	6	35,3
TRABAJA				
Si	15	75	11	64,7
No	5	25	6	35,3
# VECES RECAÍDAS				
1 vez	13	65	5	45,5
2 veces	2	10	4	36,4
3 veces	2	10	1	9,1
4 veces	-	-	1	9,1
7 veces	2	10	-	-
10 veces	1	5	-	-

Nota. Datos proporcionados por pacientes, Fundación Casa de Acogida, Manos y Voces Amiga y Grupo Admitimos

Características sociodemográficas

En primer lugar, se calculó las frecuencias y porcentajes de las variables sociodemográficas en función del grupo 1 y 2 correspondientes a las dos instituciones. En el grupo 1 el (100 %) son hombres y para el grupo 2 el (76,5 %) son hombres y el 23,5 % son mujeres.

El (60 %) son solteros para el grupo 1 a diferencia del grupo 2 que son casados. En relación al nivel de estudios el grupo 1 está representado por el nivel primario y secundario equitativamente, y para el grupo 2 la gran mayoría está representada por la educación primaria. La vivienda es propia y viven en el área

urbana para ambos grupos. En lo referente al trabajo el grupo 1 y 2 están laborando en su gran mayoría. Por último, el número de veces que ha recaído fluctúa

entre 1 vez y 3 veces para ambos grupos, la diferencia inicia a partir de 4 veces para el grupo 2 (ver Tabla 1).

Tabla 2. Frecuencias y porcentajes entre causas de recaída, problemas familiares en función del Grupo 1 y 2

Variables	GRUPO 1		GRUPO 2	
	F	%	F	%
CAUSAS/RECAÍDA				
Problemas familiares	8	40	6	35,29
Baja autoestima	10	50	11	64,71
Pobreza	2	10	-	-
PROBLEMAS/FAMILIARES				
Si	17	89,5	16	94,1
No	2	10,5	1	5,9
CON QUIÉN TIENE PROBLEMAS				
Ex-pareja	1	5,9	-	-
Familia	12	70,6	15	93,8
Pareja	3	17,6	1	6,3
Vecinos	1	5,9	-	-
TIPOS/PROBLEMAS				
Peleas	14	87,5	12	75
Celos	1	6,3	1	6,3
Separación	1	6,3	2	12,5
Maltrato	-	-	1	6,3

Nota. Datos proporcionados por pacientes, Fundación Casa de Acogida, Manos y Voces Amiga y Grupo Admitimos

En segundo lugar, se analizaron las frecuencias y porcentajes entre las causas de recaída, problemas familiares, tipos de problemas en función del grupo 1 y 2. En estos resultados se observa que las causas de las recaídas por el consumo de sustancias están caracterizadas por problemas familiares con el (40 %) para el grupo 1 y (35,29 %) para el grupo 2; baja autoestima con el (50 %) grupo 1, y (64,71 %) grupo 2; y la pobreza representada por el (10 %) para el grupo 1. Ambos grupos manifiestan tener problemas familiares con (89,5 %) y (94,1 %) respectivamente. Por consiguiente, mencionan que los problemas son con la ex-pareja (5,9 %) para el grupo 1, familia con el

(70,6 %) grupo 1 y (93,8 %) para el grupo 2, además mantiene problemas con la actual pareja (17,6 %) para el grupo 1 y (6,3 %) grupo 2, y por último el grupo 1 manifiestan que presentan problemas con los vecinos (5,9 %). Los tipos de problemas se reflejan en peleas con el (87,5 %) y (75 %), celos (6,3 %) para ambos grupos, celos (6,3 %) grupo 1 y (6,3 %) grupo 2, separación entre el (6,3 %) y (12,5 %), el maltrato solo se refleja para el segundo grupo con el (6,3 %). Probablemente la asociación entre los problemas que viven en el entorno familiar podría ser un factor causante de recaídas (ver Tabla 2).

Tabla 3. Frecuencia y porcentajes entre el estado emocional en función del grupo 1 y 2

Variables	GRUPO 1		GRUPO 2	
	F	%	F	%
Depresión	4	20	2	11,8
Enojo	2	10	1	5,9
Esperanza-recuperación	8	40	12	70,6
Felicidad	17	85	15	88,3
Miedo	1	5	-	-
Decepción	2	10	3	17,7
Incomodidad	2	10	1	5,9
Irritabilidad	1	5	1	5,9

Nota. Datos proporcionados por pacientes, Fundación Casa de Acogida, Manos y Voces Amiga y Grupo Admitimos

En tercer lugar, se observaron las frecuencias y porcentajes entre las variables emocionales en función del grupo 1 y 2, en referencia a la depresión el (20 %) grupo 1 y (11,8 %) grupo 2, enojo (10 %) grupo 1 y (5,9 %) grupo 2, esperanza-recuperación (40 %) grupo 1 y (70,6 %) grupo 2, felicidad (85 %) grupo 1 y (88,3 %) grupo 2, miedo (5 %) grupo 1, grupo 2 no muestra resultados, decepción (10 %) grupo 1 y (17,7 %) grupo 2, incomodidad (10 %) grupo 1 y (5,9 %) grupo 2, irritabilidad (5 %) grupo 1 y (5,9 %) grupo 2. Ambos grupos muestran diversas emociones, sin embargo la mayoría se siente feliz probablemente el estar internados, o el hecho de asistir a un grupo los mantiene motivados y en un estado emocional importante para su proceso de recuperación (ver Tabla 3).

Tabla 4. Frecuencias y porcentajes entre el tiempo internado y participación en las Comunidades terapéuticas en función del Grupo 1 y 2

VARIABLES	GRUPO # 1											
	12 días	37 días	1 mes	2 meses	3 meses	4 meses	5 meses	12 meses	14 meses	4 años	8 años	9 años
Tiempo internamiento	1	1	7	2	-	2	2	-	-	-	-	-
VARIABLES	GRUPO # 2											
	Tiempo asiste al grupo	-	-	-	2	1	-	3	3	2	2	1

Nota. Datos proporcionados por pacientes, Fundación Casa de Acogida, Manos y Voces Amiga y Grupo Admitimos

En cuarto lugar, se observaron el número de días, meses y años de internamiento y tiempo que asiste a un grupo terapéutico, el resultado muestra que la gran mayoría de los pacientes presentan 1 mes de internamiento para el grupo 1; en relación a la

participación a los grupos terapéuticos el grupo 2 muestra entre los cinco, doce meses, y otros hasta nueve años participando en los grupos de apoyo (ver Tabla 4).

Tabla 5. Prevalencia de los años de consumo de sustancias

AÑOS DE CONSUMO	ALCOHOL		TABACO		MARIHUANA		COCAÍNA		HEROÍNA	
	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
1 año	-	-	10,0	-	-	-	8,3	-	-	-
2 años	-	-	-	-	6,3	8,3	-	-	-	-
3 años	8,3	7,1	-	-	6,3	8,3	-	-	-	-
4 años	-	-	-	-	6,3	-	16,7	-	-	-
5 años	-	-	-	-	-	-	8,3	-	-	-
6 años	8,3	-	30,0	-	6,3	-	8,3	12,5	100,0	-

7 años	8,3	-	-	-	12,5	-	16,7	-	-	-
8 años	8,3	-	10,0	-	12,5	8,3	-	-	-	-
9 años	-	-	10,0	-	6,3	-	-	-	-	-
10 años	-	-	30,0	-	18,8	-	33,3	12,5	-	-
11 años	-	-	-	-	-	-	-	12,5	-	-
13 años	-	-	-	14,3	6,3	8,3	-	-	-	-
14 años	-	-	-	14,3	-	25,0	-	25,0	-	-
15 años	-	21,4	-	14,3	-	-	-	-	-	-
16 años	-	7,1	-	-	-	8,3	-	-	-	-
17 años	-	7,1	-	-	-	8,3	-	-	-	-
19 años	-	7,1	-	-	-	-	-	-	-	-
20 años	8,3	-	-	-	6,3	-	-	12,5	-	-
21 años	-	-	10,0	-	-	-	-	-	-	-
22 años	8,3	14,3	-	14,3	6,3	8,3	-	12,5	-	-
24 años	8,3	7,1	-	14,3	-	-	-	-	-	-
26 años	-	7,1	-	-	-	-	-	-	-	-
27 años	-	7,1	-	-	-	-	-	-	-	-
29 años	16,7	-	-	-	-	-	-	-	-	-
30 años	8,3	-	-	-	-	-	-	-	-	-
36 años	8,3	-	-	-	6,3	-	-	-	-	-
37 años	-	7,1	-	14,3	-	-	-	-	-	-
43 años	8,3	7,1	-	14,3	-	8,3	-	12,5	-	100,0

Nota. Datos proporcionados por pacientes, Fundación Casa de Acogida, Manos y Voces Amiga y Grupo Admitimos

En quinto lugar, se observó que la mayoría del grupo 1, presenta 29 años de consumo de alcohol con el (16,7 %), en menor proporción para el grupo 2, 22 años con el (14,3 %); en relación al tabaco para el grupo 1 se observa 10 años de consumo con el (30 %) y para el grupo 2 fluctúa entre 1 año y 43 años de consumo, se evidencia una variedad de años de consumo; para la marihuana grupo 1 la gran mayoría presenta 10 años

de consumo, y para el grupo 2 presenta 14 años con el (25 %); cocaína 10 años de consumo con el (33,3 %), y para el grupo 2 entre 6 años y 43 años con el mismo porcentaje (12,5 %); cocaína para el grupo 1, con 10 años de consumo con el (33,3 %), grupo 2, 14 años con el (25 %); y con menor consumo para la heroína con 7 años (100 %) y 43 años (100 %) (ver Tabla 5).

Tabla 6. Frecuencias y porcentajes entre creencias nucleares relacionadas con el consumo de drogas y craving en función del grupo 1 y 2.

TENGO GANAS DE COSUMIR	GRUPO 1		GRUPO 2	
	F	%	F	%
ME SIENTO FÍSICAMENTE MAL.				
Totalmente en desacuerdo	12	60	15	88,24
Ligeramente en desacuerdo	3	15	2	11,76
Neutral	-	-	-	-
Ligeramente de acuerdo	3	15	-	-
Totalmente de acuerdo	2	10	-	-

CUANDO ME SIENTO BIEN				
Totalmente en desacuerdo	12	60	15	88,2
Ligeramente en desacuerdo	1	5	2	11,8
Neutral	2	10	-	-
Ligeramente de acuerdo	1	5	-	-
Totalmente de acuerdo	4	20	-	-
TENGO PROBLEMAS CON ALGUIEN				
Totalmente en desacuerdo	13	65	15	88,24
Ligeramente en desacuerdo	-	-	2	11,76
Neutral	-	-	-	-
Ligeramente de acuerdo	3	15	-	-
Totalmente de acuerdo	4	20	-	-
DIFÍCIL HACER FRENTE A LAS GANAS DE CONSUMIR				
Totalmente en desacuerdo	11	55	15	88,2
Ligeramente en desacuerdo	1	5	1	5,9
Neutral	1	5	1	5,9
Ligeramente de acuerdo	3	15	-	-
Totalmente de acuerdo	4	20	-	-
ME SIENTO MAL PSICOLÓGICAMENTE				
Totalmente en desacuerdo	13	65	16	94,12
Neutral	-	-	1	5,9
Ligeramente de acuerdo	3	15	-	-
Totalmente de acuerdo	4	20	-	-
CUANDO DISPONGO DE DINERO				
Totalmente en desacuerdo	11	55	16	94,1
Ligeramente en desacuerdo	1	5	-	-
Neutral	1	5	1	5,9
Ligeramente de acuerdo	2	10	-	-
Totalmente de acuerdo	5	25	-	-
AHORA TENGO GANAS DE CONSUMIR				
Totalmente en desacuerdo	18	90	16	94,1
Ligeramente en desacuerdo	1	5	1	5,9
Neutral	-	-	-	-
Ligeramente de acuerdo	-	-	-	-
Totalmente de acuerdo	1	5	-	-

Nota. Datos proporcionados por pacientes, Fundación Casa de Acogida, Manos y Voces Amiga y Grupo Admitimos

En sexto lugar, se observó la frecuencia y porcentaje entre ganas de consumir cuando se siente físicamente mal para el grupo 1 en la categoría ligeramente de acuerdo (15%) y totalmente de acuerdo (10%). Cuando se siente bien ligeramente de acuerdo (5 %) y (20 %) totalmente de acuerdo. Tiene problemas con alguien en la categoría ligeramente de acuerdo presenta (15%) y totalmente de acuerdo (20%). Difícil hacer frente a las ganas de consumir en ligeramente de acuerdo (15%) y totalmente de acuerdo (20%). Se siente mal psicológicamente en ligeramente de acuerdo (15%) y totalmente de acuerdo (20%), cuando dispone de dinero en ligeramente de acuerdo (10%) y totalmente de acuerdo (25%) y por último el presentar ganas de consumir en totalmente de acuerdo (5%). Se observa que en el grupo 2 para las dos categorías relacionadas a ligeramente y totalmente de acuerdo no muestra resultados probablemente el pertenecer a un grupo de ayuda terapéutica aporta al mantenimiento de la abstinencia y a controlar el Craving (ver Tabla 6).

DISCUSIÓN

En los resultados obtenidos se evidencia que dentro de las características sociodemográficas las más frecuentes están relacionados con ser hombres, solteros y casados, con un nivel de instrucción de la gran mayoría, con vivienda propia dentro de la zona geográfica urbana y con trabajo, en este sentido, se puede decir que las variables sociodemográficas pueden ser un factor de riesgo para conducir a una recaída (Sánchez-Hervás et al., 2012). En relación al número de recaídas oscila entre una vez, dos, tres veces para ambos grupos, cuatro (primer grupo) y siete veces para (segundo grupo); este hallazgo se alinea con los resultados aportados en la investigación de Zeledón y Obando (2013) donde también presentan recaídas las personas drogodependientes entre una vez, dos, tres, cuatro y más de cinco veces.

Para ambos grupos la principal causa de recaída fue la baja autoestima, seguidos de problemas familiares. Estudios similares a los que realizó Anicama et al. (2001) refiere que la recaída está asociada a factores personales y personas ajenas que influyen en el paciente. A estas argumentaciones también Alderete et al. (2008) manifiesta que la principal causa de recaída se debe a problemas familiares y por consiguiente

Zeledón y Obando (2013) también corrobora en sus resultados que el tener conflictos con familiares y no familiares es un detonante para una recaída, además, Bohórquez et al. (2019) indican que existe una influencia entre las dinámicas familiares y las recaídas en el consumo de sustancias, asimismo Valero-Aguayo et al. (2013) menciona que cuando la relación familiar es más estrecha más abandono y recaídas se presentan. Por el contrario, para Grau-López et al. (2014) los que conviven con familia presentaron menor riesgo de recaída. En este sentido, Vargas et al. (2015) expresan que mantener conflictos en el entorno familiar se relaciona con la baja autoestima, por ese motivo los centros terapéuticos se enfocan en mejorar la autoestima (Menéndez y Yubero, 2008).

En la investigación los resultados obtenidos muestran algunas emociones como depresión, enojo, irritabilidad, esperanza en la recuperación, felicidad, decepción, incomodidad en ambos grupos, asimismo Zeledón y Obando (2013) señala que el estado emocional negativo puede originar una recaída, estos resultados son consecuentes con los obtenidos por NIDA (2020) quien encuentra que en el momento que dejan de consumir sustancias pueden experimentar trastornos de salud mental (depresión, ansiedad, otros). Por lo tanto, Vargas et al. (2015) mencionan que se debe mantener una motivación para lograr su proyecto de vida y la abstinencia, y desarrollar capacidades para dirimir las dificultades (Zapata, 2009).

En relación al tiempo de internamiento se observó que este oscila entre doce días hasta cinco meses, y el tiempo que asiste a un grupo de recuperación fluctúa entre los dos meses hasta nueve años. Para Anicama et al. (2001) este tiempo fue menos de un mes, de uno a tres meses, cuatro a seis meses y de nueve a doce meses, bajo esta lógica, para Martínez-González (2009) cuanto más tiempo se mantiene en el programa de tratamiento mejores resultados se van a obtener.

Los resultados obtenidos de las creencias nucleares para el consumo de sustancias y Craving son bajos, sin embargo en los resultados de Chesa et al. (2004) las respuestas provocadas por el consumo de alcohol u otras sustancias están asociadas a los estímulos. Martínez-González et al. (2018) manifiestan en sus

resultados que las creencias tienen mayor peso en la predicción del deseo que en la abstinencia, además presenta dos factores (creencias de que no podrá manejar sus actitudes cuando deja de consumir sustancias y creer que tiene voluntad para volver a experimentar el consumo de sustancias). Y para Beck et al. (1999) son necesarios las estrategias para controlar ambas conductas (consumo de sustancias y actitudes) en caso de solamente abandonar el consumo y no cambiar actitudes se incrementa el craving quedando el paciente vulnerable ante el consumo de sustancias. Por lo tanto, Sánchez-Hervás et al. (2001) señala que las terapias son necesarias para aportar a la disminución de pensamientos y a la reducción de los deseos de consumo.

CONCLUSIÓN

En la investigación realizada en dos Centros de atención de drogodependencias se muestran las características sociodemográficas, prevalencias de la edad media de inicio del consumo de drogas, problemas familiares, tiempo de internamiento y años de consumo.

Se constató en las variables sociodemográficas que la mayoría del grupo # 1 son solteros, de educación primaria y secundaria, poseen vivienda propia en el sector urbano, además un porcentaje no trabaja, y por último la gran mayoría han sido internados en un centro terapéutico una vez; en relación al grupo # 2 la mayoría son casados, con estudios primarios, vivienda propia en el sector urbano, trabajan, y la mayoría han estado internados una vez.

Se observó que las causas de consumo de sustancias en el grupo #1 y #2 se dan por baja autoestima y problemas familiares; ambos grupos mencionan que tienen problemas familiares, y de pareja; relacionados con peleas, celos, y separación.

Los resultados relacionados al estado emocional en ambos grupos, se presentó depresión, enojo, esperanza en su recuperación, felicidad porque se están recuperando, decepción por las acciones cometidas, incomodidad, y miedo a recaer, tanto el grupo uno y grupo dos muestran irritabilidad.

Con relación al tiempo de internamiento para el grupo

#1 está entre los doce días y cinco meses y en relación al grupo #2 la asistencia al grupo está entre dos meses y nueve años. Se constata que los años de consumo de alcohol, tabaco marihuana, cocaína y heroína para ambos grupos oscilan entre 1 año hasta los cuarenta y tres años, considerando que la heroína ha sido la droga menos utilizada.

REFERENCIAS

- Alderete, E., Kaplan, C., Nah, G. y Pérez-Stable, E. (2008). Problemas relacionados con el consumo de alcohol en jóvenes de la provincia de Jujuy, Argentina. *Salud Pública de México*, 50(4), 300-307. <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/6832/8615>
- Anicama, J., Mayorga, E. y Henostroza, C. (2001). Calidad de vida y recaídas en adictos a sustancias psicoactivas de Lima Metropolitana. *Revista Psicoactiva*. 19, 7-27. http://venumperu.com/psicoactiva%2019/Psicoactiva%2019%20p7_28.pdf
- Beck, A.T., Wright, F.D., Newman, C.F. y Liese, B.L. (1999). *Terapia cognitiva de las drogodependencias*. Paidós.
- Blanco, T. y Jiménez, S. (2015). Factores de riesgo que influyen en la recaída de consumo de drogas lícitas e ilícitas en adolescentes atendidos en el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. *Revista Costarricense de Psicología*, 34(2), 147-157. <https://doi.org/10.22544/rcps.v34i02.07>
- Bohórquez, L., Chaves, A., Niño, A. y Serna, B. (2019). Influencia de las dinámicas familiares en la recaída del consumo de sustancias psicoactivas Fundación Caminando Hacia La Luz – 2018 II - 2019 I. [Tesis de Maestría, Universidad de La Salle] https://ciencia.lasalle.edu.co/trabajo_social/337
- Caballero, L. (2005). *Adicción a cocaína: neurobiología, clínica, diagnóstico y tratamiento*. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. <http://www.fundacioncsz.org/ArchivosPublicaciones/144.pdf>
- Calvo-García, F., Costa-Ribot, J. y Valero-Piquer, R. (2016). Motivos de abandono temprano de pacientes en tratamiento ambulatorio de adicción a sustancias. *Revista Española de Drogodependencias*, 41(1), 41-55. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5577357>
- Canales, G., Díaz, T., Guidorizzi, A. y Arena, C. (2012).

- Consumo de drogas psicoactivas y factores de riesgo familiar en adolescentes. *Revista CUIDARTE*. 3(1), 260-269. <https://www.redalyc.org/pdf/3595/359533179002.pdf>
- Cano, G., Araque, F. y Cándido, A. (2011). Adicción, impulsividad y curvas temporales de deseo. *Adicciones*, 23(2), 141-148. <https://doi.org/10.20882/adicciones.157>
- Casajuana, C., López-Pelayo, H., Oliveras, C., Colom, J., Gual, A. y Balcells-Oliveró, M. (2021). Relación entre las motivaciones para consumir y el consumo problemático de cannabis. *Adicciones*, 33(1), 31-42. <https://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/1221/1049>
- Castilla, P. (2016). La prevención de recaídas desde el modelo de Marlatt. Aportaciones desde el trabajo social. *Trabajo Social Hoy*, 77, 109-133. doi 10.12960/TSH.2016.0006.
- Chesa, D., Elías, M., Fernández, E., Izquierdo, E. y Sitjas, M. (2004). El Craving, un componente esencial en la abstinencia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 89, 93-112. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0211-57352004000100007
- Fernández, S. y Secades, R. (2001). *Evaluación de la eficacia del programa Proyecto Hombre*.
- Fernández-Yáñez, A., Carbonell, X. y Günther, C. (2019). ¿Qué motiva a las personas con alcoholismo a seguir en Alcohólicos Anónimos?. *Revista Española de Drogodependencias*, 44(4), 69-78. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7186945>
- Fretell, G. y Velásquez, C. (2017). Agresividad y Ansiedad en pacientes drogodependientes de un Centro de Rehabilitación de Lima Sur – 2017 [Tesis de pregrado, Universidad Cesar Vallejo]. Archivo digital. https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/3251/Fretell_VGR.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- García, A. (2017). La adicción como contaminante de entornos (I). *Revista Española de Drogodependencias*, 42(3), 89-99. https://www.aesed.com/upload/files/v42n4_angarpa.pdf
- García-Álvarez, L., De la Fuente-Tomás, L., Sáiz, P., García-Portilla, M. y Bobes, J. (2020) ¿Se observarán cambios en el consumo de alcohol y tabaco durante el confinamiento por COVID-19?. *Adicciones*, 32(2), 85-89. <https://adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/1546/0>
- García, G., García, O., Secades, R., Fernández, J. y Sánchez, E. (2010). Evolución de las funciones ejecutivas de adictos a la cocaína tras un año de tratamiento. *Revista Española de Drogodependencias*, 35(2), 155-167. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3275612>
- García-Rodríguez, O. (2008). Tratamiento conductual de la adicción a la cocaína. *Trastornos adictivos*, 10(4), 242-251. [http://dx.doi.org/10.1016/S1575-0973\(08\)76373-6](http://dx.doi.org/10.1016/S1575-0973(08)76373-6)
- Garmendia, M., Alvarado, M., Montenegro, M. y Pino, P. (2008). Importancia del apoyo social en la permanencia de la abstinencia del consumo de drogas. *Revista médica Chile*. 136(2), 169-178. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872008000200005>
- Grau-López, L., Roncero, C., Daigre, C., Gonzalvo, B., Bachiller, D., Rodríguez-Cintas, L., Egido, A. y Casas, M. (2012). Factores de riesgo de recaída en pacientes drogodependientes tras desintoxicación hospitalaria. *Adicciones*, 24(2), 115-122. <https://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/103>
- Grau-López, L., Casas, M., Roncero, C. y Grau-López, L. (2014). Factores predictores de recaída en pacientes adictos y la importancia de la evaluación y tratamiento del insomnio para mantener la abstinencia. [Tesis Doctoral, Universitat Autònoma de Barcelona]. Archivo digital. https://ddd.uab.cat/pub/tesis/2014/hdl_10803_283644/lgl1de1.pdf
- Hernández, T., Roldán, J., Jiménez, A., Mora, C., Escarpa, D. y Pérez, M. (2009). La Edad de Inicio en el Consumo de Drogas, un Indicador de Consumo Problemático. *Psychosocial Intervention*, 18(3), 199-212. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-05592009000300002
- Hubbard, R.L., Marsden, M.E., Rachal, J.V., Harwood, H.J., Cavenau, E.R. y Ginzburd, H.M. (1989). Drug Abuse Treatment: A National Study of Effectiveness. Chapel Hill, NC: University of North Carolina Press.
- Illán-López, C. (2014). Reflexiones metodológicas sobre la inmersión al campo con población en recaída en el consume de drogas: un estudio preliminar.

- Revista Española de Drogodependencias*, 39(3), 80-93. https://www.aesed.com/upload/files/vol-39/n-3/v39n3_5.pdf
- López, A. y Sánchez, S. (2012). Enfoque cognitivo-conductual. En F. Pascual, y A. Velasco. (Eds). *Aproximación al tratamiento integral del alcoholismo* (97-122). FARE.
- López-Torrecillas, F., Salazar, I., Rueda, M. y Castillo- Fernández, E. (2014). La capacidad predictiva de la asertividad en las recaídas de los drogodependientes. *Psicología Conductual*, 22(3), 603-616. https://www.researchgate.net/publication/290252936_La_capacidad_predictiva_de_la_asertividad_en_las_recaidas_de_los_drogodependientes?enrichId=rgreq-c0a922b39db4a6113a60c9319932a71b-XXX&enrichSource=Y292ZXJQYWdIOzI5MDI1MjkzNjBUzo3Njc0NzU1NDExMDI1OTJAMTU1OTk5MTgzNjEyOA%3D%3D&el=1_x_2&esc=publicationCoverPdf
- Martínez, H., Rodríguez, A. y Víneces, G. (2019). Factores asociados en la adicción y recaída de pacientes con consumo de estupefacientes. *Universidad Ciencia Y Tecnología*. 23(93). <https://uctunexpo.autanabooks.com/index.php/uct/article/view/148>
- Martínez, K., Pedroza, F., Salazar, M. y Vacío, M. (2014). Estrategias de enfrentamiento y número de recaídas en el proceso de cambio de adolescentes que abusan del alcohol. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 40(3), 11-31. <https://www.redalyc.org/pdf/593/59335812002.pdf>
- Martínez-González, J.M., Graña, J.L. y Trujillo, H.M. (2009). Influencia de los trastornos de la personalidad y patrones de consumo en la eficacia de un programa de prevención de recaídas para el tratamiento del alcoholismo. *Adicciones*, 21(2), 105-112. <https://www.redalyc.org/pdf/2891/289122894002.pdf>
- Martínez-González, J.M. y Verdejo, A. (2012). Evolución de las creencias nucleares relacionadas con la adicción en drogodependientes con y sin trastornos de personalidad. *Adicciones*, 24(3), 229-237. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=289123569007>
- Martínez-González, J.M., Vilar, R., Lozano-Rojas, O. y Verdejo-García, A. (2018). Cuestionario de Creencias Nucleares Relacionadas con el consumo de drogas y el craving, para la valoración del riesgo de recaída. *Adicciones*, 30(3), 170-178. <https://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/809/889>
- Menéndez, J. y Yubero, A. (2008). La evaluación de la comunidad terapéutica. *Revista Española de Drogodependencias*, 33(3), 348-366. <https://roderic.uv.es/handle/10550/22387?show=full>
- Nida. (2020). Tratamiento y recuperación. Retrieved from <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/las-drogas-el-cerebro-y-la-conducta-la-ciencia-de-la-adiccion/tratamiento-y-recuperacion> en 2021, June 24.
- Perea-Baena, J y Oña-Compan, S. (2011). Impulsividad como predictor de recaída en el abandono de tabaco. *Anales de psicología*, 27(1), 1-6. <https://revistas.um.es/analesps/article/view/113411/107401>
- Prochaska, J. y Diclemente, C., (1984). The transtheoretical approach: Crossing the traditional boundaries of therapy. Homewood, IL. Dow Jones-Irwin.
- Quelho, A., Rato, M., Canfield, M. y Laranjeira, R. (2020). Adolescentes usuarios de sustancias ingresados en tratamiento: características y factores asociados a la duración del tratamiento. *Adicciones*, 20(10), 20-28. <https://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/1204/1120>
- Rial, A., Golpe, S., Barreiro, C., Gómez, P. y Isorna, M. (2020). La edad de inicio en el consumo de alcohol en adolescentes: implicaciones y variables asociadas. *Revista Adicciones*, 32(1), 52-62. <https://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/1266/1000>
- Sánchez-Hervás, E., Molina, N., Olmo R., Tomás, V. y Moral, E. (2001). Craving y adicción a drogas. *Trastornos Adictivos*, 3(4), 237-243. <https://www.elsevier.es/es-revista-trastornos-adictivos-182-pdf>
- Sánchez-Hervás, E., Zacarés, F., Secades-Villa, R., García-Rodríguez, O., Santonja, F. y Fernández-Hermida, J. R. (2008). Efectividad de un tratamiento psicológico para dependientes a cocaína en atención primaria. *Revista Española de Drogodependencias*, 33(2), 195-205. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2676763>
- Sánchez-Hervás, E., Santonja, F., Secades, R., García-Fernández, G., García-Rodríguez, O. y Zacarés, F. (2012). Psychosocial Predictors of Relapse in

- Cocaine-Dependent Patients in Treatment. *The Spanish Journal of Psychology*, 15(2), 748-755. http://www.infocop.es/view_article.asp?id=4103
- Secades, R. Díez, A. B. y Fernández, J. R. (1998). Factores que pronostican la recaída tras un programa para dejar de fumar. *Revista Española de Drogodependencias*, 23(2), 129-138. https://www.aesed.com/upload/files/vol-23/n-2/v23n2_2r.pdf
- Solano, K. y Placencio, M. (2020). Estudió de Caso: Factores psicológicos que motiva al adolescente a recaer en el consumo de drogas. [Trabajo de Titulación Análisis de Caso, Universidad Técnica de Machala] <http://repositorio.utmachala.edu.ec/bitstream/48000/15667/1/TTFCs-2020-PSC-DE00011.pdf>
- Useche, F., Escalona, D., López, G. y Ortiz, F. Factores psicosociales en la recaída de la dependencia al alcohol: Un análisis de ruta. *Enferm Inv*, 2(4), 137-144. <http://dx.doi.org/10.29033/ei.v2n4.2017.04>
- Valero-Aguayo, L., Ortiz-Tallo, M., Parra-García M. y Jiménez-Guerra, M. (2013). Valoración de resultados y perfil psicosocial de un programa de rehabilitación de personas con drogodependencias. *Revista Anales de psicología*, 29(1), 38-47. <https://revistas.um.es/analesps/article/view/analesps.29.1.159131>
- Valles, J. (2016). Autoeficacia y riesgo de recaída en adictos residentes en comunidades terapéuticas. *Acta psicológica peruana*. 1(1), 67-82. <http://revistas.autonoma.edu.pe/index.php/ACPP/article/view/46>
- Vargas, P., Parra, M., Zamora, C., Cifuentes, L., Valero, J. y Sierra, M. (2015). Estructura y tipología familiar en pacientes con dependencia o abuso de sustancias psicoactivas en un centro de rehabilitación de adicciones en el Municipio de Chía, Cundinamarca. *Revista Colom Psiquiat*, 44(3), 166-176. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2015.02.007>
- Villa, R., Espandian, A., Sáiz, P., Astals, M., Valencia, J., Martínez-Santamaría, E., Álvarez, S., García-Portilla, M., Bobes, J. y Flórez, G. (2021). Funcionamiento cognitivo en pacientes con trastorno por uso de alcohol que inician tratamiento ambulatorio de deshabitación alcohólica. *Revista Adicciones*, 33(2), 161-174. <https://doi.org/10.20882/adicciones.1326>
- Zapata, M. (2009). La Familia, soporte para la recuperación de la adicción a las drogas. *CES Psicología*, 2(2), 86-94. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=423539413007>
- Zeledón, P. y Obando, C. (2013). Niveles de calidad de vida y determinantes de las recaídas en pacientes consumidores de sustancias psicoactivas en centros de rehabilitación de Managua, Agosto-Octubre, 2013. [Tesis de Maestría, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua – León]. <http://riul.unanleon.edu.ni:8080/jspui/bitstream/123456789/5578/1/225283.pdf>