

UCUENCA

Universidad de Cuenca

Facultad de Psicología

Carrera de Psicología Clínica

Situaciones psicosociales que aumentan el riesgo de recaída en el consumo de drogas en los usuarios del CETAD Hogares KAIROS de las ciudades de Azogues y Paute, año 2024

Trabajo de titulación previo a la obtención del título de Psicólogo Clínico


Autor:

John Fabian Ortiz Flores

David Fernando Flores Jaramillo

Tutor:

María José Samaniego Chalco

ORCID:  0000-0002-1450-4870

Cuenca, Ecuador

2024-09-03

Resumen

Las recaídas en el consumo de drogas es un problema persistente en usuarios de Centros Especializados en Tratamiento (CETAD), a pesar de los programas de prevención y rehabilitación existentes. El presente estudio tuvo como objetivo describir las situaciones psicosociales que aumentan el riesgo de recaída en el consumo de drogas en usuarios del Centro Especializado en Tratamiento de Adicciones (CETAD) Hogares KAIROS en Azogues y Paute. Se empleó un diseño cuantitativo, no experimental, transversal y descriptivo, con una muestra de 63 usuarios adultos masculinos. Se utilizó el Inventario de situaciones de consumo de drogas y una ficha sociodemográfica para recolectar datos sobre situaciones psicosociales que aumentan el riesgo de recaída. Los resultados indican que las situaciones de riesgo a nivel personal e interpersonal tienen una incidencia moderada en las recaídas. Además, se encontró que el factor psicosocial a nivel personal más predominante es emociones agradables ya que mostró la puntuación más alta y el factor psicosocial a nivel interpersonal más predominante es momentos agradables con otros ya que mostro la puntuación más alta. Se espera que estos hallazgos contribuyan al desarrollo de programas de prevención y tratamientos de rehabilitación más efectivos, teniendo en cuenta las situaciones psicosociales que aumentan el riesgo de recaída

Palabras clave del autor: situaciones psicosociales, recaída, adicciones, psicología clínica



El contenido de esta obra corresponde al derecho de expresión de los autores y no compromete el pensamiento institucional de la Universidad de Cuenca ni desata su responsabilidad frente a terceros. Los autores asumen la responsabilidad por la propiedad intelectual y los derechos de autor.

Repositorio Institucional: <https://dspace.ucuenca.edu.ec/>

Abstract

Relapse in drug use is a persistent problem among users of Specialized Treatment Centers (CETAD), despite existing prevention and rehabilitation programs. This study aimed to describe the psychosocial situations that increase the risk of drug use relapse in users of the Specialized Addiction Treatment Center (CETAD) Hogares KAIROS in Azogues and Paute. A quantitative, non-experimental, cross-sectional, and descriptive design was used, with a sample of 63 adult male users. The Drug Use Situations Inventory and a sociodemographic form were used to collect data on psychosocial situations that increase the risk of relapse. The results indicate that risk situations at the personal and interpersonal level have a moderate incidence on relapses. In addition, it was found that the most predominant psychosocial factor at the personal level is pleasant emotions since it showed the highest score and the most predominant psychosocial factor at the interpersonal level is pleasant moments with others since it showed the highest score. It is expected that these findings will contribute to the development of more effective prevention and rehabilitation treatment programs, taking into account the psychosocial situations that increase the risk of relapse.

Author Keywords: psychosocial situations, relapse, addiction, clinical psychology



The content of this work corresponds to the right of expression of the authors and does not compromise the institutional thinking of the University of Cuenca, nor does it release its responsibility before third parties. The authors assume responsibility for the intellectual property and copyrights.

Institutional Repository: <https://dspace.ucuenca.edu.ec/>

Índice de contenido

Fundamentación teórica	6
Proceso Metodológico	17
Participantes	17
Criterios de Inclusión.....	18
Criterios de exclusión.....	18
Métodos de recolección de datos.....	18
Análisis de datos.....	19
Procesamiento de los datos.....	19
Consideraciones éticas	20
Presentación y análisis de resultados	21
Identificación de situaciones personales que aumentan el riesgo de recaída en el consumo	21
Determinación de situaciones interpersonales que aumentan el riesgo de recaída	22
Análisis de situaciones psicosociales que aumentan el riesgo de recaída en el consumo en función de las variables sociodemográficas	23
Situaciones interpersonales que aumentan el riesgo de consumo según estado civil.....	25
Situaciones personales que aumentan el riesgo de consumo según nivel de estudios....	27
Situaciones interpersonales que aumentan el riesgo de consumo según nivel de estudios	28
Situaciones personales e interpersonales que aumentan el riesgo de consumo según rango de número de recaídas	29
Situaciones interpersonales que aumentan el riesgo de consumo según rango de número de recaídas	31
Situaciones psicosociales que incrementan el riesgo de recaída en el consumo de drogas en usuarios del CETAD Hogares KAIROS.....	33
Conclusiones	34
Recomendaciones	35
Limitaciones	35
Referencias	36
Anexos	43

Índice de tablas

Tabla 1.	17
Características de los participantes N=63	17
Tabla 2.	21
Situaciones personales que aumentan el riesgo de recaída	21
Tabla 3.	22
Situaciones interpersonales que aumentan el riesgo de consumo.....	22
Tabla 4.	24
Situaciones personales que aumentan el riesgo de consumo según estado civil	24
Tabla 5.	26
Situaciones interpersonales que aumentan el riesgo de consumo según estado civil.....	26
Tabla 6.	27
Situaciones personales que aumentan el riesgo de consumo según nivel de estudios....	27
Tabla 7.	28
Situaciones interpersonales que aumentan el riesgo de consumo según nivel de estudios	28
Tabla 8.	29
Situaciones personales que aumentan el riesgo de consumo según rango de número de recaídas	29
Tabla 9.	31
Situaciones interpersonales que aumentan el riesgo de consumo según rango de número de recaídas	31
Tabla 10.	33
Situaciones psicosociales que incrementan el riesgo de recaída en el consumo de drogas	33

Fundamentación teórica

Las recaídas en el proceso de tratamiento y rehabilitación de adicciones representan un desafío significativo en el ámbito de la salud pública, afectando de diversas maneras la vida de las personas en el ámbito personal, laboral, social y familiar. A pesar de los esfuerzos realizados en programas de rehabilitación, se identifican altas tasas de recaídas en el consumo de sustancias, lo que subraya la complejidad inherente al proceso de superación de una adicción y la necesidad de determinar de manera más efectiva las causas de esta dificultad y así abordar de manera más eficaz esta problemática.

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018), cerca de tres millones de personas mueren anualmente en el mundo debido al consumo de alcohol, lo que representa el 5.1% de la carga global de enfermedad. Además, el 1.5% de todas las muertes están relacionadas con el uso de drogas ilícitas. Globalmente, unos 275 millones de individuos, aproximadamente el 5.6% de la población de 15 a 64 años, han probado drogas al menos una vez, y alrededor de 31 millones sufren trastornos relacionados que requieren intervención para mitigar o prevenir el consumo de sustancias (Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito [UNODC], 2017).

Las estadísticas a nivel mundial revelan un índice de recaídas en el consumo de sustancias, que oscila entre el 40% y el 60% (National Institute on Drug Abuse [NIDA], 2010). Este fenómeno, junto con la adicción, constituye un significativo problema de salud pública a nivel global, dado su impacto severo en la salud física y mental tanto de los consumidores como de quienes los rodean.

En la actualidad, se plantea que a pesar de que muchos consumidores necesitan tratamiento por drogodependencia, son muy pocos los que acuden a recibir atención en programas de rehabilitación, y aquellos que completan el proceso frecuentemente experimentan recaídas al cabo de un año (NIDA, 2021). Así también, lo afirma la UNODC (2018), menciona que aproximadamente el 85% de las recaídas tienen lugar durante el primer año de la rehabilitación (Abdullah et al., 2020; Sinha, 2011).

Por otro lado, es relevante resaltar la problemática de las adicciones en nuestro país, Ecuador, no solo debido a sus implicaciones sociales, como la conexión con la delincuencia, el tráfico de drogas, la prostitución, entre otros problemas de carácter público, sino también por su impacto a nivel personal y familiar, afectando a millones de hogares en el país. En el año 2008, las adicciones fueron oficialmente reconocidas como un problema de salud pública en la Constitución de la República del Ecuador, lo que resalta su importancia en la sociedad ecuatoriana.

En el Ecuador, existen Centros Especializados para Tratamiento de consumo problemático de Alcohol y otras Drogas (CETAD) donde los tratamientos para la dependencia a sustancias buscan dotar al individuo de estrategias y herramientas que le permitan controlar su consumo compulsivo y disminuir la necesidad de consumo. Estos tratamientos pueden variar en forma, duración y contexto. Sin embargo, la dependencia a drogas suele ser un trastorno crónico propenso a recaídas, lo que implica que un solo ciclo de tratamiento frecuentemente no es suficiente para resolver el problema (NIDA, 2011).

Las personas que sufren de una adicción crónica al uso de sustancias, generalmente pasan por diversos procesos de rehabilitación. Según datos obtenidos del CETAD en la ciudad de Azogues y Paute, varios de sus usuarios, han participado en más de 2 procesos de rehabilitación. Estas continuas experiencias de fracasos terapéuticos en la recuperación de las adicciones a las drogas llevan a los drogodependientes y a sus familias a sentir desesperanza al considerar que es casi imposible superar las conductas adictivas (Pereira, 2017). Por lo que, las recaídas representan una de las problemáticas más significativas en este proceso. Según los informes proporcionados por los directores de los CETAD de Azogues y Paute, durante los últimos años se ha constatado que el cuarenta por ciento de los usuarios internos experimentaron una recaída. A pesar de los esfuerzos de estos centros por implementar planes de prevención y brindar seguimiento ambulatorio y telefónico.

Para abordar este fenómeno de manera adecuada y efectiva, es necesario definir de manera clara, que son las recaídas. El NIDA (2000) considera la recaída como la reanudación del consumo de sustancias tras un intento de abandono, mientras que la Organización Mundial de la Salud (1994) la describe como la vuelta al consumo tras un período de abstinencia, frecuentemente asociada a la reaparición de síntomas de dependencia. Según lo establecido por Sánchez et al. (2012), las recaídas se conceptualizan como interrupciones en el proceso de cambio de comportamiento. Además, destacan que individuos con trastornos por consumo de sustancias, durante y después del tratamiento, suelen experimentar deseos de consumir, a pesar de períodos prolongados de conducta de abstinencia, por lo que existe el riesgo latente de recaída en el consumo de sustancias (Caballero, 2005).

Sánchez et al. (2012) mencionan que existe una alta probabilidad de recaídas, especialmente en los primeros seis meses después del tratamiento con un porcentaje del 72.2 %, mientras que el 27.8 % permanece en abstinencia (Grau et al., 2012). Este fenómeno puede atribuirse a una variedad de situaciones incluyendo aquellos de naturaleza psicosocial, como también ciertas variables sociodemográficas (Anderson et al., 2008; Sánchez et al., 2012). Según

Daza y Pérez (2004) refieren que las situaciones psicosociales son aquellas condiciones que tienen índole social y mental, que están directamente relacionados con la organización, el contenido y la realización de una actividad o conducta, y tienen capacidad para afectar tanto al bienestar o la salud (física, psíquica o social) del individuo y su conducta.

Según diversos autores, enfrentarse a algunas situaciones psicosociales personales y/o ambientales puede aumentar la disposición de una recaída tras el tratamiento en algunas personas (Sánchez et al., 2012). Situaciones como el contexto socio familiar, la edad de inicio del consumo, tiempo de consumo y tipo de sustancia han sido identificados como predictores relevantes de recaídas (Martínez et al., 2019). Así también, lo refieren Cummings et al., (1980) quienes identificaron, en su análisis de episodios de recaída en individuos con diversas conductas adictivas, tres situaciones de alto riesgo (emociones negativas, conflictos interpersonales y presión social) asociadas con al menos el 70% de las recaídas.

Es por ello que existen diversos modelos explicativos que intentan determinar las causas de las recaídas. Por ejemplo, los enfoques ecológicos abordan las características del consumo y los procesos biológicos (Connors et al., 1996). Estos modelos consideran aspectos como el síndrome de abstinencia, cambios neuronales y la pérdida de control, con el objetivo de comprender cómo diversas sustancias psicotrópicas afectan el Sistema Nervioso Central (García et al., 2009). También encontramos los modelos psicológicos, los cuales se centran en la interacción de diferentes aspectos mentales y contextuales para ofrecer una explicación clara sobre las recaídas (Connors et al., 1996).

El modelo bioconductual sugiere que la recaída se puede producir por diversos efectos biológicos. Estos incluyen los efectos del condicionamiento directo, donde situaciones vinculadas al consumo pueden evocar sus efectos (Grunberg y Baum, 1985); Así como los efectos del contracondicionamiento, donde estímulos asociados al consumo pueden provocar reacciones opuestas, aumentando así la probabilidad de una recaída (Solomon y Corbit, 1973); y los efectos derivados de la abstinencia en sí misma (O'Connell y Martin, 1987).

A nivel biológico, Aranda (2023) explica, que en el cerebro una vez que el consumo de sustancias de abuso se ha cronificado, los efectos resultantes provocan modificaciones en los neurocircuitos del sistema de recompensa, lo que a su vez afecta la neuroplasticidad y las funciones de las diversas regiones que lo conforman. Estos cambios en el cerebro median los procesos de búsqueda de la sustancia y el deseo intenso por ella, conocido como "craving" en inglés, que son características principales de la recaída en el consumo de la droga (Aranda, 2023).

La perspectiva del estudio del fenómeno de las recaídas, en este el modelo de prevención de recaídas de Washton (1995), propone un proceso de recaída específico que incluye factores y señales de riesgo, como las actitudes y patrones de pensamiento de recaída, estados emocionales y sentimientos negativos; entre estos la idealización de los efectos del consumo, propósito de control del consumo, deseo de autocomplacencia, emociones positivas, problemas relacionales, sueños de recaídas, conductas de riesgo (camino preestablecidos, reacciones negativas ante las fallas, acciones impulsivas, conductas compulsivas, conductas codependientes e indisciplina), trastornos psiquiátricos no tratados, acontecimientos vitales importantes, enfermedad física y fatiga, así como factores familiares o terapéuticos (Martínez, 2009)

Así también el Modelo del Aprendizaje Social de Bandura (1986), sugiere una interrelación entre las características individuales (creencias y expectativas sobre la capacidad de mantener la abstinencia, nivel de dependencia física), el historial de comportamiento (experiencias previas de recaída) y el entorno (eventos estresantes, normativas relacionadas con la restricción del consumo).

Del mismo modo, Prochaska y DiClemente (1982) han creado un modelo conocido como el Modelo Transteórico de Cambio, el cual busca abarcar de manera integral todo el proceso de cambio, desde que una persona reconoce su problema de adicción hasta que este deja de existir, reconociendo la recaída como parte del proceso. Este modelo tridimensional integra etapas, procesos y niveles de cambio. Los autores identifican varios estadios comunes que experimentan los individuos durante este proceso, los cuales son la precontemplación, contemplación, acción y mantenimiento.

Su objetivo es explicar cómo la mayoría de las personas cambian con el tiempo. Se describe como una espiral que muestra la progresión de los individuos con problemas de adicción desde la etapa de precontemplación hasta la contemplación y la acción, con la mayoría experimentando recaídas en algún punto del ciclo. Muchos de los individuos que recaen no abandonan su intento de cambio, sino que regresan al estadio de contemplación y se preparan para una nueva acción. Este patrón en espiral sugiere que la mayoría de las personas aprenden de sus experiencias de recaída (Prochaska y DiClemente, 1982).

Sin embargo, esta investigación se centra en la propuesta de Marlatt, quien desarrolló el modelo cognitivo-conductual del proceso de recaída (Gundel et al., 2017). Este modelo se enfoca en las respuestas del paciente ante situaciones consideradas de alto riesgo, que están constituidas por la interacción entre la persona y su entorno. Esto incluye influencias sociales,

acceso a sustancias y exposición a señales asociadas al consumo, situaciones psicosociales concomitantes al uso de sustancias (personales e interpersonales) (Marlatt y Donovan, 2005).

En este sentido, Marlatt (1993) describe las situaciones psicosociales de alto riesgo como cualquier contexto que sumado a respuestas emocionales y cognitivas, compromete el sentido de control del individuo y aumenta la probabilidad de recaída. Dado que el comportamiento pasado suele ser un indicador confiable del futuro.

Si el individuo no cuenta con una respuesta apropiada para afrontar una situación de alto riesgo, la tendencia será sucumbir a la tentación de consumir, y la decisión de consumir o no estará condicionada por la perspectiva de los efectos iniciales del consumo (Jones et al., 2001). Ante esto, existe la probabilidad de que las personas que cedan ante la tentación de consumo experimenten el Efecto de Violación de la Abstinencia (EVA), que se puede resumir en la presencia de sentimientos de culpa y pérdida de control al romper las reglas autoimpuestas (Curry et al., 1987). Según Marlatt (1985), el EVA está moderado por componentes cognitivos y afectivos, destacando los sentimientos de culpa, vergüenza y desesperanza.

Siguiendo la teoría de la atribución (Weiner, 1972), el componente cognitivo del Efecto de Violación de la Abstinencia (EVA) se manifiesta cuando la persona atribuye la recaída a factores internos (culpándose a sí misma). Esto aumenta considerablemente el riesgo de que la conducta de consumo se repita (Marlatt y Gordon, 1985). En contraste, si la persona experimenta el período de recaída como un proceso de aprendizaje, es probable que mejore sus estrategias de afrontamiento frente a situaciones de riesgo en el futuro (Marlatt y Donovan, 2005).

Cabe señalar la importancia del modelo cognitivo-conductual de recaídas propuesto por Marlatt (1993), ha contribuido significativamente al desarrollo de herramientas prácticas para abordar estas situaciones de alto riesgo. Por ejemplo, la Taxonomía de Disparadores de Recaídas (TDR), propuesta por Marlatt y Gordon (1985), categoriza los desencadenantes de recaídas, tanto intrapersonales como interpersonales, lo que facilita la identificación y prevención de situaciones de alto riesgo (Weiner, 1972; Marlatt y Donovan, 2005). Larimer et al. (1999) mencionan que la TDR clasifica las situaciones psicosociales en dos grandes grupos: personales e interpersonales.

En el primer grupo, las situaciones psicosociales personales, que describen respuestas a sucesos personales asociados a incidentes de recaídas. Estos se dividen en: (a) afrontamiento de estados emocionales negativos, que incluye enfrentar la frustración y/o la

ira, así como otros estados emocionales negativos; (b) afrontamiento de estados físicos negativos, que abarca enfrentar estados físicos asociados con el consumo previo de sustancias, así como otros estados físicos negativos; (c) aumento de los estados emocionales positivos; (d) prueba de control emocional; y (e) ceder a tentaciones o impulsos, que se subdivide en presencia de señales de sustancias y ausencia de señales de sustancias. En el segundo grupo encontramos, las situaciones psicosociales interpersonales, describe situaciones de riesgo de recaída atribuidas a la influencia de otras personas. Estos se dividen en: (a) afrontamiento de conflictos interpersonales, que incluye enfrentar la frustración y/o la ira, así como otros conflictos interpersonales; (b) presión social, que se divide en presión social directa e indirecta; y (c) aumento de los estados emocionales positivos (Rueda, 2016).

A partir de la TDR de Marlatt (1985) se han desarrollado varios instrumentos de evaluación como el Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas (ISCD), por Annis & Martin (1985) que busca describir situaciones de alto riesgo antes de una recaída, ya sean situaciones de riesgo personales o interpersonales, que tienen que ver con terceras personas.

Como parte de la revisión teórica, se ha realizado una investigación exhaustiva de estudios con un enfoque cuantitativo sobre las situaciones psicosociales que aumentan el riesgo de recaída en personas con dependencia de drogas, tanto a nivel internacional como nacional.

En países europeos, según los datos recopilados por Sánchez y Del Pozo (2012) en una revisión bibliográfica centrada en bases de datos electrónicas (PubMed, ISI Web of Knowledge, The Cochrane Library, IME e ISOC), se encontraron variables con cierto poder predictivo de recaída en el consumo. Entre las situaciones psicosociales más frecuentes en las recaídas incluyen la problemática psicosocial, los estados emocionales negativos, la ansiedad, la baja autoeficacia, la comorbilidad psicopatológica, la gravedad de la adicción y variables relacionadas con el proceso de tratamiento.

En España, un estudio realizado por Sánchez et al. (2009) señala la prevalencia de situaciones personales, en el riesgo de recaídas, como el intenso deseo de consumir (craving), y situaciones interpersonales relacionadas con conflictos con terceras personas, que surgen después de abandonar el tratamiento relacionadas directamente con un alto índice de recaídas en los participantes.

De igual forma, en un estudio realizado por Grau-López (2012) en España, se observó que el 72.2% de los pacientes experimentó una recaída dentro de los seis meses posteriores a su alta, mientras que el 27.8% restante logró mantenerse abstemio. Se identificaron diversas situaciones psicosociales personales asociadas a la recaída, como la coexistencia de un

trastorno depresivo (estados de ánimo negativos) y el poli consumo de sustancias. De igual manera en España, un estudio que examinó a 257 pacientes con problemas de drogodependencia después de un proceso de desintoxicación hospitalaria, se encontró que el 60% experimentó recaídas durante los primeros tres meses (López-Grau, 2014).

En Londres, un estudio con 80 alcohólicos y adictos a la heroína, pacientes en tratamiento y hospitalizados, se observó que casi las dos terceras partes de los pacientes que experimentaron recaídas, reconocieron fallos en la toma de decisiones y en la planificación de actividades, y más de la mitad informó tener situaciones personales relacionadas con un estado de ánimo negativo antes de la recaída (Luengo et al., 2000).

En Brasil, un estudio llevado a cabo por Rigotto y Gomes (2002) reveló que el 35% de las recaídas estuvo asociado a estados emocionales negativos, el 20% a presión social y el 16% a conflictos interpersonales recientes. En el mismo contexto, en Costa Rica durante 2014, se encontró que el 100% de los participantes experimentó una recaída. Las situaciones psicosociales identificadas con mayor frecuencia antes de la recaída incluyeron estados de ánimo negativos y la exposición a estímulos relacionados con el consumo (Álvarez y Morales, 2015).

En Bolivia, se evaluaron 215 personas y se observó que el 46% de los pacientes había recibido previamente tratamiento para prevenir recaídas. De estos, el 33.3% tuvo una recaída, el 28% experimentó dos recaídas, y el 12% recibió tratamiento en más de seis ocasiones a lo largo de su vida (Rodríguez et al., 2013).

En México, un estudio realizado por Rojas (2015), obtuvo que los entrevistados con recaídas, reflejan la presencia de situaciones psicosociales interpersonales de alto riesgo, entre ellos, el 47.1% presentaban mala calidad en sus relaciones interpersonales y familiares, además se advierte que el 71% de los entrevistados han convivido en el último mes con alguien que tiene actualmente problemas con el alcohol o drogas. De estos el 41.2% refirió que fue con amigos quienes presionan para el consumo (presión de los pares).

En Perú, una investigación de tipo descriptiva-comparativa sobre situaciones psicosociales, realizada por Anicamana et al. (2001), con una población de 67 personas de diferentes centros de rehabilitación, encontró que el 72.12% de la población afirmó que el proceso de recaída se debió a situaciones personales (estados emocionales negativos), mientras que el 23.88% de las recaídas se atribuyó a factores interpersonales (conflictos interpersonales).

En Colombia, se han encontrado datos similares al estudio previo. En una investigación de tipo descriptivo con personas pertenecientes a un programa residencial, se descubrió que el

55.6% de los usuarios ha experimentado recaídas después del proceso de rehabilitación. Entre las razones expuestas, el 80% afirmó haber experimentado malestar emocional, incluyendo sentimientos de soledad, frustración, falta de confianza en sí mismos, enojo y ansiedad. Además, reportaron síntomas físicos de ansiedad y dificultades para dormir. Un dato relevante es que el 100% de la población recaída expresó el deseo de cambiar o mejorar su estado de ánimo o su bienestar físico mediante el uso de sustancias (Cañaverl et al., 2020).

En Ecuador, se llevó a cabo una investigación descriptiva por Arteaga y Rodríguez (2017) sobre los factores psicosociales en los procesos de recaída en pacientes del Centro de Tratamiento y Atención de Drogodependencias (CETAD) en Quito, el 93% de los participantes identificó situaciones relacionadas con “emociones desagradables” y “pruebas de autocontrol” como influyentes en la recaída, dentro de situaciones personales. Por otro lado, en la categoría de situaciones que involucran a terceras personas, el factor más relevante fue “conflictos con otros”.

Además, en el cantón Paute, Ecuador, un estudio realizado por Campoverté et al. (2021) con la participación de 62 individuos reveló que la mayoría de los participantes que presentaban recaídas mostraron dificultades con las relaciones interpersonales en general. Es necesario entender la influencia del consumo de sustancias trasciende al individuo consumidor, alcanzando también a su entorno cercano, generando una contaminación adictiva (García, 2017).

Los efectos del consumo de sustancias impactan en diversos aspectos de la vida, incluyendo la esfera familiar, social, académica y económica (Hernández et al., 2009). Además, factores sociodemográficos fundamentales, como *la edad, estado civil, situación laboral, nivel educativo, tiempo de consumo y tipo de droga*, emergen como aspectos cruciales para comprender los estudios sobre recaídas (García, 2017; Valero-Aguayo et al., 2013; Hernández et al., 2009).

En relación a la edad, estudios realizados por investigadores como Hamdan et al. (2016) o Domino et al. (2007) respaldan la teoría de que las recaídas en el consumo son más comunes en individuos jóvenes, generalmente alrededor de los 30-35 años, en comparación con aquellos de mayor edad. Además, se ha observado que la edad puede influir en otras situaciones psicosociales personales tradicionalmente asociados con un mayor riesgo de recaída, como el deseo intenso de consumir sustancias, el cual parece ser más pronunciado en pacientes de entre 31 y 45 años según algunos estudios (Korlakunta et al., 2012). Mientras que, en Ecuador, según el estudio realizado por Martínez y Vínces (2019), los usuarios con

mayor propensión a experimentar recaídas comprendían edades entre los 20 y los 45 años, vinculándose a diversas causas entre ellas las de carácter psicosocial relacionado a situaciones personales como tiempo de consumo, tipo de droga de consumo, y relaciones interpersonales.

En cuanto al estado civil, un estudio realizado por Villarreal et al. (2022) en Colombia reveló que los participantes que experimentaron, en promedio, una recaída y al menos un internamiento se distribuían de la siguiente manera: 52.7 % solteros, 11.3 % casados, 22.1 % en unión libre y 13.9 % separados. Siendo los solteros los más propensos a presentar recaídas, sumado a esto las circunstancias personales, como el intenso deseo de consumir (necesidad de consumo) y la inteligencia emocional para resolver conflictos interpersonales, están asociadas con la probabilidad de volver a caer en el consumo de sustancias (Blasco et al., 2008).

La mayoría de los estudios respaldan la idea de que las recurrencias son más comunes en personas solteras en comparación con aquellas que están casadas o tienen pareja (Flannery et al., 2001; Walton et al., 2003). Sin embargo, el estudio realizado por Walitzer y Dearing (2006) investiga cómo el estado civil afecta el riesgo de recaída en cada género, llegando a la conclusión de que, para los hombres, el matrimonio actúa como factor protector.

En relación al nivel educativo, un estudio realizado en Colombia por Beas (2023) reveló una diversidad de niveles educativos entre las personas que experimentaron recaídas. Se observó que la mayoría de los usuarios, específicamente el 39%, había completado la educación secundaria, mientras que el 28% tenía educación superior incompleta y solo el 16% había alcanzado la educación superior completa. El autor concluye que mientras menor nivel académico, existen mayor probabilidad de recaídas, y que estas se relacionaron con un estilo de afrontamiento evitativo, dirigido a eludir emociones desagradables.

En cuanto al tipo de droga de consumo, un estudio realizado por Villarreal (2019) en México mostró que más del 40% de los participantes habían solicitado ayuda debido al consumo problemático de tres sustancias: alcohol, marihuana y metanfetaminas. Se señaló que la mayoría de los adultos enfrentaban dificultades emocionales personales, como la expresión emocional, el control de la ira y la impulsividad (emociones desagradables). Además, dos tercios mencionaron dificultades en los conflictos con otras personas (situaciones interpersonales).

Relacionando el tiempo de consumo, una investigación realizada en Perú por Anicama y Henestrosa (2001) reveló que el 47.76% de los participantes había consumido entre 7 y 11

años, mientras que el 40.30% había consumido entre 2 y 6 años. Todos ellos estaban en proceso de rehabilitación y habían experimentado una o más recaídas. En general, las situaciones psicosociales predominantes que influyen en las recaídas parecen estar relacionadas con conflictos interpersonales con el 76.12% de los casos analizados en la muestra estudiada. Concluyendo que mientras mayor tiempo de consumo, más difícil era para los usuarios mantener la abstinencia.

En el estudio realizado por Ottonello et al. (2019), se aborda la relación entre la situación laboral y las recaídas en el consumo de drogas. Según los resultados, el 29.23% de la muestra estaba empleado, mientras que el 70.77% no tenía empleo. Aquellos sin empleo mostraron mayor prevalencia de recaídas además de dificultades en la regulación emocional, especialmente relacionadas con emociones desagradables. Además, se observó que el 46% de sin empleo experimentó una recaída en el consumo de drogas.

En general, en investigaciones previas se han identificado diversas situaciones psicosociales que influyen en el aumento del consumo de drogas. Estas situaciones incluyen estados emocionales, conflictos interpersonales (como discusiones o problemas laborales), presión social de los pares, calidad de las relaciones familiares, facilidad de acceso a la droga, deseo de diversión, búsqueda de autogratificación y actitudes personales o creencias relacionadas con el consumo (Carabajo y Peñaranda, 2017; García et al., 2020).

Por esta razón, la comunidad científica hace hincapié en indagar las situaciones psicosociales tanto personales e interpersonales que se presentan en los procesos de recaídas al consumo de drogas en las personas. Según el Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (NIDA, 2020), existen diversas modalidades de tratamiento disponibles para abordar la dependencia al alcohol y las drogas. Sin embargo, en el contexto de los CETAD, se ha observado que las recaídas representan un desafío significativo. Según los informes proporcionados por los directores de los CETAD de Azogues y Paute durante los últimos tres años, se ha constatado que el 40% de los usuarios internos experimentaron una recaída.

Por lo que identificar las situaciones psicosociales que aumentan las recaídas en el consumo de drogas es crucial tanto a nivel social como en el ámbito de la salud. Por consiguiente, resulta relevante investigar este tema, no solo debido a la falta de datos, sino también a los problemas que emergen de las recaídas, no solo a nivel personal de los usuarios de CETAD, también dentro de su esfera familiar, laboral y social.

Dado que esta variable ha sido escasamente investigada a nivel nacional, es crucial resaltar su importancia, especialmente considerando que, según lo mencionado anteriormente, la

Constitución de la República del Ecuador de 2008 reconoce las adicciones como un problema de salud pública. En el ámbito social, los hallazgos de este estudio pueden ser utilizados para informar la creación de programas de prevención del consumo de drogas dirigidos a la población en general. Estas estrategias de intervención deberán ser adaptadas al contexto específico para asegurar su eficacia.

Del mismo modo en los CETAD, se realizarán aportes que favorecerán el desarrollo de programas de prevención y rehabilitación para usuarios de drogas, con el objetivo de reducir los índices de recaída. Esto permitirá que los pacientes se adapten favorablemente a nivel familiar, laboral y social. Los principales beneficiarios serán los pacientes, sus familiares y los profesionales que trabajan en este campo.

Adicionalmente, esta temática está alineada con las líneas de investigación de interés institucional de la Facultad de Psicología de la Universidad de Cuenca, específicamente en el área de salud mental a lo largo del ciclo de vida. La investigación proporcionará un valioso aporte a la comunidad científica, a nivel de los estudios de psicología, específicamente en la rama de las adicciones, los resultados de este estudio contribuirán a ampliar y aclarar los constructos teóricos relacionados, al abordar las principales situaciones psicosociales que aumentan el riesgo de reincidencia en el consumo de drogas en el contexto ecuatoriano, contribuyendo así a la salud mental de la población. Es por esto que se plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son las situaciones psicosociales que aumentan el riesgo de recaída en los usuarios del CETAD “Hogares Kairós” en las localidades de Azogues y Paute?

Para abordar esta pregunta, se estableció como objetivo general describir las situaciones psicosociales que aumentan el riesgo de recaída en el consumo de drogas entre los usuarios del CETAD Hogares KAIROS en las ciudades de Azogues y Paute durante el año 2024. Además, se formularon objetivos específicos orientados a identificar las situaciones personales que incrementan el riesgo de recaída en el consumo de drogas, así como a determinar las situaciones interpersonales que también lo aumentan. Por último, se planteó el objetivo de analizar las situaciones psicosociales que influyen en el riesgo de recaída en el consumo de drogas, teniendo en cuenta variables sociodemográficas en los usuarios del CETAD.

Proceso Metodológico

La metodología de este estudio se fundamentó en un enfoque cuantitativo, el cual implicó la medición de variables dentro de un contexto determinado (Hernández et al., 2014). El diseño de la investigación fue no experimental, ya que no se manipularon las variables de estudio, y de corte transversal, puesto que se describieron las variables en un momento específico. Además, el alcance del estudio fue descriptivo, dado que el procedimiento consistió en ubicar a un grupo de personas dentro de una o más variables y proporcionar su descripción correspondiente (Hernández et al., 2014).

Participantes

En esta investigación se contó con la participación de un total de 63 usuarios después de haber cumplido los criterios de inclusión y exclusión y cuyas edades oscilaban entre los 18 y los 70 años. La edad promedio fue de 34.79 años, con una variabilidad de aproximadamente 13.63 años respecto a esta media. En cuanto al número de recaídas, éste varió entre 1 y 20, con una media aritmética (M) de 4.43 recaídas y una desviación estándar (DE) de 4.18, lo que indica una dispersión considerable en este aspecto. Al analizar la distribución demográfica de los participantes, en la tabla 1 se presenta que, la mayoría eran solteros (46%). Además, la mayoría tenía educación secundaria (58.7%), trabajaban al momento de la recolección de datos (61.9%) y habían estado consumiendo durante más de un año (84.1%). Respecto al consumo de sustancias, la mayoría no utilizaba estimulantes (55.6%) ni alucinógenos (84.1%), sin embargo, un alto porcentaje (92.1%) consumía drogas depresoras.

Tabla 1.

Características de los participantes N=63

Variabes		N	%
Estado civil	Soltero	29	46.0
	Casado	14	22.2
	Divorciado	8	12.7
	Viuda	1	1.6
	Unión libre	11	17.5
Escolaridad	Primaria	13	20.6
	Secundaria	37	58.7
	Tercer nivel	9	14.3
	Posgrado	4	6.3
Trabaja actualmente	Sí	39	61.9
	No	24	38.1

Características de los participantes N=63 (continuación)

Variab les	N	%	Variab les
Tiempo de consumo	1 a 6 meses	9	14.3
	6 meses a 1 año	1	1.6
	Más de 1 año	53	84.1
Tipo de drogas que consume	Estimulante	28	44.4
	Depresora	58	92.1
	Alucinógena	10	15.9

Nota. tipos de drogas según la OMS (2004).

Criterios de Inclusión

Para ser parte de esta investigación, los participantes debían cumplir con los criterios de inclusión, usuarios hombres mayores de edad, que han presentado una o más recaídas por consumo de drogas y que firmen el consentimiento informado.

Criterios de exclusión

No fueron parte del proceso los usuarios que presentaron algún tipo de patología física o psicológica que impida la aplicación de la encuesta y usuarios mayores de 65 años.

Métodos de recolección de datos.

Se emplearon dos instrumentos principales en esta investigación: la ficha sociodemográfica y el Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas (ISCD)

La ficha sociodemográfica, nos permitió recolectar datos generales sobre los usuarios del CETAD Hogares Kairos en Azogues y Paute. Esto incluyó información sobre edad, estado civil, nivel educativo, droga de dependencia, tiempo de consumo, situación laboral y número de recaídas.

El Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas (ISCD), originalmente desarrollado por Annis y Martin (1985) y adaptado al español por De León y Pérez (2001). El objetivo de este test es identificar situaciones psicosociales que aumentan el riesgo de recaída al consumo de drogas. Este inventario consta de 60 ítems divididos en ocho categorías, que se clasifican en dos dimensiones: Situaciones personales, subdivididas en cinco categorías. En la primera, se encuentran emociones desagradables, malestar físico, emociones agradables, pruebas de autocontrol, y necesidad o tentación de consumo. Por otro lado, las Situaciones que implican a terceras personas (interpersonales) se dividen en tres categorías. Estas son: conflicto con otros, presión social, y momentos agradables con otros.

Cada ítem se evalúa en una escala de Likert de 4 puntos, donde 0 representa "Nunca" y 3 representa "Casi Siempre" y Para calcular el índice de problema en cada área del ISCD, se

empleó la siguiente fórmula: la suma de los puntajes obtenidos se divide entre el número total de preguntas en esa área, y luego se multiplica por 100. Este proceso proporciona un valor que oscila entre el 0% y el 100%, el cual indica el nivel de riesgo de consumo en dicha área. Un puntaje más elevado señala un mayor riesgo de consumo.

La confiabilidad del ISCD fue evaluada por De León y Pérez (2001), quienes encontraron un alfa de .90 y .92, lo que indica una alta confiabilidad de los reactivos. Este instrumento se seleccionó debido a sus propiedades psicométricas adecuadas, que proporcionan una medida confiable y consistente de las situaciones desencadenantes de recaídas en el uso de sustancias adictivas. En esta investigación la fiabilidad del instrumento utilizado fue notablemente alta, evidenciada por un coeficiente alfa total de .955.

Análisis de datos

Previa autorización del Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos (CEISCH) y del gerente general del CETAD, el instrumento se aplicó directamente a los usuarios de manera presencial en el CETAD "Hogares Kairós" de las ciudades de Azogues y Paute. Se socializó a los usuarios sobre los objetivos y el proceso de la investigación, y se les entregó el consentimiento informado.

Aquellas personas que voluntariamente firmaron el consentimiento y aceptaron participar en la investigación recibieron de manera física la ficha sociodemográfica y luego el Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas de Annis & Martin (1985), adaptado para población mexicana por De León y Pérez (2001). Una vez finalizada la recolección de datos, estos se registraron en una matriz para su procesamiento en el programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 27, con el fin de obtener los datos estadísticos necesarios.

Procesamiento de los datos

Una vez recolectada la base de datos, se procedió a una depuración de los mismos a partir de los criterios de inclusión y exclusión. Los datos fueron procesados utilizando el paquete estadístico para las ciencias sociales (SPSS), versión 28. Para las variables nominales y ordinales, se calcularon las frecuencias correspondientes. Para las variables numéricas, como edad y número de recaídas, así como los puntajes de cada una de las situaciones psicosociales, se calcularon medidas de tendencia central y dispersión absoluta, tales como la media aritmética y la desviación estándar, también, tablas cruzadas. Finalmente, se obtuvo la fiabilidad del instrumento mediante el alfa de Cronbach.

Consideraciones éticas

La investigación se apoyó en los aspectos éticos establecidos por la American Psychological Association (APA, 2017). Se resaltó el principio A (beneficencia y maleficencia), donde se enfatizaba que los psicólogos buscaban el bienestar de las personas sin causarles daño. Además, se garantizó la confidencialidad de los participantes, basándose en el principio B (fidelidad y responsabilidad), que expone la asunción de responsabilidad y la preocupación por manejar con respeto la identidad y el anonimato de los participantes. También se mencionaron los principios C (integridad) y D (justicia). Tanto el protocolo de investigación como el modelo de consentimiento informado fueron revisados por el Comité de Ética de Investigaciones de Seres Humanos (CEISH). La participación fue voluntaria, mediante la firma del consentimiento informado (Anexo 4) por parte de los usuarios del Centro Especializado en el Tratamiento de personas con consumo problemático de Alcohol y otras Drogas (CETAD) Hogares Kairós de las ciudades de Azogues y Paute. Además, toda la información obtenida se utilizaría con fines académicos, considerando la responsabilidad social de la investigación.

Una vez concluido el estudio, este no podría haber sido utilizado con otros fines además del objetivo descrito en el mismo. Finalmente, se habría mencionado la licencia y autorización para la publicación del trabajo de investigación en el repositorio institucional y la de propiedad intelectual, donde se habría manifestado que todas las ideas, opiniones y contenidos habrían sido de exclusiva responsabilidad de los autores.

Presentación y análisis de resultados

A continuación, se presentarán los resultados de la investigación en función de los objetivos planteados. En primer lugar, se abordarán los resultados correspondientes a los objetivos específicos. Finalmente, se describirán las situaciones psicosociales que aumentan el riesgo de recaída, dando respuesta al objetivo general de este estudio.

Identificación de situaciones personales que aumentan el riesgo de recaída en el consumo

Los datos obtenidos en la tabla 2, sugieren que el índice de problemas relacionados con el consumo de sustancias es moderado. Sin embargo, al analizar las cinco situaciones personales específicas, se observa cierta variabilidad.

La situación personal *emociones agradables* mostró la puntuación más alta, con una $M=53.76$ y una $DE=19.89$. En contraste con la puntuación más baja que fue el *malestar físico*, con una $M=41.22$ y una $DE= 20.41$.

Considerando que una puntuación entre el 70% y el 100% señala un consumo muy elevado ante esa situación, es posible jerarquizar las tres situaciones de riesgo más altas en los usuarios que fueron parte de esta investigación, estas fueron: emociones desagradables, seguidas de necesidad de consumo y emociones desagradables.

Tabla 2.

Situaciones personales que aumentan el riesgo de recaída

Situaciones	Media	DE	Mínimo	Máximo
Emociones desagradables	51.48	20.32	3	93
Malestar físico	41.22	20.41	0	83
Emociones agradables	53.76	19.89	13	100
Probando autocontrol	50.90	21.50	0	100
Necesidad consumo	52.91	24.54	0	100

Los hallazgos de este estudio respecto a las situaciones personales que aumentan el riesgo de recaída en el consumo de sustancias muestran similitudes y diferencias con investigaciones previas. Coinciden con Moreno (2012), quien menciona que la búsqueda de emociones placenteras se identificó como un factor de riesgo relevante, el 52% de los pacientes en su estudio reportaron esta situación como un desencadenante de recaídas, lo que sugiere que la búsqueda de sensaciones gratificantes y estimulantes puede llevar al consumo de sustancias en ausencia de alternativas saludables (Zuckerman, 2014). Rueda (2015) complementa esta perspectiva al señalar que el uso de sustancias para intensificar

emociones positivas, como alegría o celebración, es una estrategia común, especialmente en contextos sociales o festivos.

La necesidad de consumo, otro factor destacado en nuestros resultados, también ha sido ampliamente documentada como un predictor de recaídas. Sánchez et al. (2009) encontraron una alta prevalencia de esta situación en su estudio, resaltando la importancia del deseo intenso de consumir como un obstáculo para mantener la abstinencia. Rueda (2015) profundiza en esta noción al distinguir entre la necesidad de consumo desencadenada por señales ambientales y aquella que surge espontáneamente, ambas asociadas a un mayor riesgo de recaída.

Sin embargo, nuestros resultados difieren de los de Anicama et al. (2001) en cuanto al malestar físico. Mientras que en su estudio este factor se identificó como predominante, en nuestra investigación obtuvo la puntuación más baja. Esta discrepancia podría deberse a diferencias metodológicas o poblacionales, pero también plantea interrogantes sobre la relevancia del malestar físico como desencadenante de recaídas en nuestra muestra. No obstante, es importante reconocer que la literatura previa ha establecido una relación entre el dolor y otros estados físicos negativos con el consumo de sustancias como mecanismo de afrontamiento (Marlatt & Gordon, 1985; Witkiewitz & Villarroel, 2009).

Determinación de situaciones interpersonales que aumentan el riesgo de recaída

Los datos que se presentan en la tabla 3 revelan que, la situación de *momentos agradables con otros* mostró la puntuación más alta, con una $M=61.38$ y una $DE=24.13$, en relación con las situaciones interpersonales que aumentan el riesgo de recaída en el consumo de alcohol con una puntuación media es la *presión social*, con una $M=47.94$ y una $DE=21.08$. La situación interpersonal con la puntuación más baja fue el *conflicto con otros*, con una $M=45.01$ y una $DE=18.37$

Tabla 3.

Situaciones interpersonales que aumentan el riesgo de consumo

Situaciones	Media	DE	Mínimo	Máximo
Conflicto con otros	45.01	18.37	2	90
Presión social	47.94	21.08	0	93
Momentos agradables con otros	61.38	24.13	0	100

Los resultados de este estudio, coinciden con la investigación de García et al. (2023), quienes encontraron que las interacciones sociales placenteras y agradables con otros pueden ser un factor desencadenante para el consumo de drogas, debido a que las personas consumidoras

tienden a actuar con menos autocontrol, timidez o reserva, lo que puede llevarlas a comportarse de manera más libre, espontánea o desinhibida y una mayor disposición a experimentar nuevas sensaciones. Esta dinámica, puede influir en las decisiones individuales relacionadas con el consumo de sustancias.

Según Rueda (2016), en su investigación señala que los contextos en los que el consumo de sustancias ocurre dentro de un entorno interpersonal, tiene el propósito de intensificar diversas emociones y sensaciones. En estos escenarios, las personas recurren a las sustancias para amplificar sentimientos de placer, celebrar ocasiones especiales, incrementar la excitación sexual, experimentar una mayor sensación de libertad, y disfrutar de otras experiencias emocionales similares.

Por otro lado, en este estudio, la situación interpersonal con la puntuación más baja fue el conflicto con otros, este resultado difiere con la investigación de Smith et al. (2020) quienes revelan que las situaciones interpersonales conflictivas o estresantes pueden generar emociones negativas, como la ansiedad o la tristeza, que pueden motivar el uso de sustancias como una forma de escape o autorregulación emocional. En este sentido, las situaciones interpersonales adversas pueden servir como un factor de riesgo para el desarrollo de problemas de consumo.

Una de las situaciones de riesgo de recaída es el conflicto con otros. Este determinante incluye conflictos relacionados con la frustración y la ira, que tienen su origen en las relaciones interpersonales. Los sentimientos asociados a estos conflictos pueden incluir ansiedad, miedo, tensión, preocupación, depresión, soledad y temor, entre otros. Además, en esta categoría también se consideran las reacciones al estrés generado por situaciones de evaluación en las que están involucradas otras personas o grupos (Rueda, 2016).

Análisis de situaciones psicosociales que aumentan el riesgo de recaída en el consumo en función de las variables sociodemográficas

En cuanto a las situaciones personales, la tabla 4 reveló patrones interesantes según el estado civil. En primer lugar, los individuos solteros puntuaron más alto en *probando autocontrol* (M=52.18; DE=23.91), mientras que mostraron puntajes más bajos en *malestar físico* (M=35.06; DE=20.77).

Por otro lado, los individuos casados mostraron una tendencia diferente, ya que puntuaron más alto en la *necesidad de consumo* (M=54.76; DE=47.62), pero presentaron menores valores en *probando autocontrol* (M=47.62; DE=16.09). Aquellos sin pareja, que incluían a divorciados y viudos, tuvieron el índice más alto en *emociones agradables* (M=56.30; DE=13.38) y, el más bajo, en *malestar físico* (M=47.04; DE=21.31).

Finalmente, los individuos en una unión libre mostraron mayores valores *en emociones agradables* (M=61.82; DE=18.40) y más bajos en *malestar físico* (M=43.64; DE=18.47).

Tabla 4.

Situaciones personales que aumentan el riesgo de consumo según estado civil

Estado civil	Estadísticos	Emociones desagradables	Malestar físico	Emociones agradables	Probando autocontrol	Necesidad de consumo
Soltero =29	M	47.47	35.06	50.80	52.18	50.77
	DE	22.95	20.77	20.73	23.91	25.36
	Mínimo	3	0	13	0	0
	Máximo	93	80	100	100	100
Casado =14	M	51.90	48.33	51.90	47.62	54.76
	DE	16.73	18.66	22.52	16.09	22.53
	Mínimo	23	3	20	20	17
	Máximo	80	77	93	80	100
Sin pareja =9 (divorciados, viudos)	M	55.93	47.04	56.30	54.81	53.09
	DE	13.21	21.31	13.38	16.59	27.09
	Mínimo	40	10	27	33	28
	Máximo	83	83	73	80	94
Unión libre =11	M	57.88	43.64	61.82	48.48	56.06
	DE	21.72	18.47	18.40	25.84	25.63
	Mínimo	27	3	27	0	22
	Máximo	90	67	87	93	100

Los datos obtenidos durante el proceso de investigación contrastan con la investigación de Blasco et al. (2008), quienes encontraron que los solteros son los más propensos a presentar recaídas debido al intenso deseo de consumir y a la dificultad para resolver conflictos interpersonales, siendo situaciones asociadas con la probabilidad de volver a caer en el consumo de sustancias.

La mayoría de los estudios respaldan la idea de que las recurrencias son más comunes en personas solteras en comparación con aquellas que están casadas o tienen pareja (Flannery et al., 2001; Walton et al., 2003). Como Pronk et al. (2011) sugieren, la ausencia de presiones o expectativas sociales de una pareja o familia podría permitir a los solteros tomar decisiones más autónomas y basadas en sus propios valores y objetivos.

En contraste, existen investigaciones que indican que estar casado tiene un efecto protector para los hombres frente al riesgo de recaídas en el consumo de drogas (Walitzer & Dearing, 2006). Sin embargo, en el presente estudio se encontró que los individuos casados reportaron una mayor necesidad de consumo. Este hallazgo plantea interrogantes sobre la dinámica de las relaciones maritales y su influencia en el riesgo de recaída (O'Farrell & Fals-Stewart, 2006). Es posible que la carente comunicación y un ambiente familiar conflictivo pueden generar y perpetuar; experiencias familiares negativas y el uso de drogas (Macià, 2000; Espada et al., 2003).

Por otro lado, las personas sin pareja mostraron una menor necesidad de consumo, lo que podría indicar la presencia de mecanismos de afrontamiento más efectivos para lidiar con el estrés y la soledad. Investigaciones previas sugieren que el apoyo social de amigos, familiares o grupos de interés puede ser un factor clave en este sentido (Lena & Sosa, 2001).

La puntuación intermedia en la necesidad de consumo observada en personas en unión libre podría deberse al equilibrio que este tipo de relación permite entre la independencia personal y la intimidad. La flexibilidad inherente a estas relaciones podría promover un mayor sentido de autonomía y control, lo cual se ha asociado con emociones más positivas (Pronk, Karremans, & Wigboldus, 2011).

Situaciones interpersonales que aumentan el riesgo de consumo según estado civil

En lo que respecta a las situaciones interpersonales que incrementan el riesgo de consumo según el estado civil, en la tabla 5 se muestra que, los solteros destacaron por presentar mayores niveles en *momentos agradables con otros* (M=63.22; DE=23.48), mientras que mostraron niveles más bajos en cuanto a *conflicto con otros* (M=41.30; DE=19.76).

Por otro lado, los casados mostraron una tendencia distinta, ya que registraron niveles más altos en *momentos agradables con otros* (M=57.62; DE=29.42), pero niveles más bajos en *presión social* (M=43.33; DE=21.36).

Aquellos participantes sin pareja, que incluyen a divorciados y viudos, se destacaron por presentar mayores niveles en *momentos agradables con otros* (M=70.37; DE=13.79) y niveles más bajos en *conflicto con otros* (M=48.15; DE=13.24). Finalmente, los individuos en una unión libre mostraron índices más altos en *momentos agradables con otros* (M=53.94; DE=25.03) y niveles más bajos en *presión social* (M=46.05).

Tabla 5.

Situaciones interpersonales que aumentan el riesgo de consumo según estado civil

Estado civil	Estadísticos	Conflicto con otros	Presión social	Momentos agradables con otros
Soltero=19	M	41.30	49.89	63.22
	DE	19.76	22.86	23.48
	Mínimo	2	0	13
	Máximo	81	87	100
Casado=14	M	47.45	43.33	57.62
	DE	18.43	21.36	29.42
	Mínimo	5	0	0
	Máximo	79	73	93
Sin pareja=9	M	48.15	51.11	70.37
	DE	13.24	13.33	13.79
	Mínimo	29	27	47
	Máximo	64	67	87
Unión libre=11	M	49.13	46.06	53.94
	DE	18.45	22.40	25.03
	Mínimo	19	20	7
	Máximo	90	93	100

Los resultados reflejan cómo el estado civil puede influir en las situaciones interpersonales que aumentan el riesgo de consumo de sustancias. En línea con lo encontrado por Rodríguez et al. (2023), los momentos agradables con otros son predominantes en todos los grupos, pero especialmente en solteros y personas sin pareja. Esto podría explicarse por la tendencia de estos grupos a buscar interacciones sociales placenteras como forma de conexión y apoyo emocional (Luhmann et al., 2012).

No obstante, estos momentos de agradables, caracterizados por Rueda (2016) como situaciones en las que el consumo de sustancias se produce en un contexto interpersonal con el objetivo de intensificar sensaciones de placer, celebración o euforia, pueden presentar un riesgo potencial.

Es importante destacar que la relación entre momentos agradables y consumo de sustancias es compleja. Isaza (2010) menciona que, si bien estas situaciones pueden ser protectoras al promover el apoyo social y la satisfacción en las relaciones, también pueden convertirse en contextos de riesgo cuando el consumo se asocia a la celebración o la búsqueda de experiencias placenteras

Situaciones personales que aumentan el riesgo de consumo según nivel de estudios

En la tabla 6 se muestran las situaciones personales que aumentan el riesgo de consumo según el nivel de estudios de los participantes, se evidencian particularidades según el nivel educativo. Aquellos con educación primaria presentaron valores más altos en *necesidad del consumo* (M=58.97; DE=18.78), mientras que tuvieron valores más bajos en *probando autocontrol* (M=45.64; DE=14.10).

Por otro lado, los participantes con estudios de secundaria exhibieron puntuaciones más elevadas en *necesidad de consumo* (M=55.41; DE=23.80), y puntajes más bajos en *malestar físico* (M=44.32; DE=18.95). Por último, aquellos con estudios de tercer y cuarto nivel mostraron puntajes más altos en *emociones agradables* (M=57.44; DE=27.69), y menores puntajes en *malestar físico* (M=26.15; DE=21.72).

Es importante destacar que la mayoría de los puntajes se ubicaron cercanos al 50%, sugiriendo una percepción moderada en las diferentes variables. Sin embargo, llama la atención que el promedio de malestar físico fue notablemente menor en comparación con las otras categorías, situándose en los valores inferiores, lo que indica una tendencia a presentar un índice bajo en esta variable en particular.

Tabla 6.

Situaciones personales que aumentan el riesgo de consumo según nivel de estudios

Nivel de estudios	Estadísticos	Emociones desagradables	Malestar físico	Emociones agradables	Probando autocontrol	Necesidad de consumo
Primaria=13	M	52.82	47.44	50.77	45.64	58.97
	DE	15.74	16.90	18.96	14.10	18.78
	Mínimo	23	10	20	20	33
	Máximo	80	77	80	67	100
Secundaria=37	M	54.05	44.32	53.51	50.63	55.41
	DE	20.40	18.95	17.25	21.63	23.80
	Mínimo	13	3	13	0	17
	Máximo	93	83	87	100	100
Tercero y cuarto nivel=13	M	42.82	26.15	57.44	56.92	39.74
	DE	23.09	21.72	27.69	26.75	28.50
	Mínimo	3	0	20	0	0
	Máximo	73	70	100	100	100

En los niveles educativos tanto primaria y secundaria, los factores de riesgo para el consumo de drogas suelen estar relacionados con la necesidad de consumo y aceptación del grupo.

López y García (2019) sostienen que las personas que se encuentran en un nivel de estudio ya sea primaria o secundaria sienten la necesidad de ser aceptado en un grupo, por lo que sienten la necesidad de consumir para poder formar parte del grupo.

Según Rodríguez y Pérez (2021) para las personas que se encuentran en un nivel de estudio de superior, el consumo de drogas esta relacionado con la regulación de las emociones y la búsqueda de experiencias placenteras o agradables, sostienen también, que las personas han atravesado una transición significativa hacia la independencia que crea una variedad de presiones, sociales y personales. En este caso, las drogas pueden verse como un medio para afrontar el estrés, la ansiedad y otros desafíos emocionales, generando así la búsqueda de experiencias agradables.

Situaciones interpersonales que aumentan el riesgo de consumo según nivel de estudios

En la tabla 7 se muestran las situaciones interpersonales, en los tres niveles educativos se observó que el mayor puntaje se ubicó en *momentos agradables con otros* (primaria: M=68.72; DE=29.86; secundaria: M=59.64; DE=22.27; tercero y cuarto nivel: M=58.97; DE=39.38). Por otro lado, el valor más bajo se registró para *conflicto con otros* (primaria: M=47.62; DE=12.37; secundaria: M=46.07; DE=18.01; tercero y cuarto nivel: M=39.38; DE=39.90).

Tabla 7.

Situaciones interpersonales que aumentan el riesgo de consumo según nivel de estudios

Nivel de estudios	Estadísticos	Conflicto con otros	Presión social	Momentos agradables con otros
Primaria=13	M	47.62	49.23	68.72
	DE	12.37	22.37	29.86
	Mínimo	21	0	0
	Máximo	69	80	100
Secundaria=37	M	46.07	48.83	59.64
	DE	18.01	20.43	22.27
	Mínimo	2	7	7
	Máximo	90	93	100
Tercero y cuarto nivel=13	M	39.38	44.10	58.97
	DE	23.90	22.86	23.55
	Mínimo	5	0	13
	Máximo	79	73	100

El nivel de estudios de una persona es un factor que puede influir en diversos aspectos de su vida, incluido el riesgo de consumo de sustancias. Los resultados de esta investigación se

ajustan con un estudio transversal realizado por García y Álava (2021), quienes encontraron que tanto las personas con niveles de educación básica como aquellas con educación universitaria experimentaban un aumento en el riesgo de consumo de sustancias en situaciones interpersonales placenteras.

Por otro lado, estos resultados difieren a un estudio que han demostrado que las personas con niveles educativos más altos tienden a una mayor conciencia de los riesgos asociados con el consumo de sustancias y son más propensas a utilizar estrategias de afrontamiento adaptativas en situaciones sociales placenteras (Gómez et al., 2022).

Situaciones personales e interpersonales que aumentan el riesgo de consumo según rango de número de recaídas

En la tabla 11 se muestran los puntajes de las situaciones personales según el rango del número de recaídas que presentaron los participantes. Se destaca que en las personas que tenían entre 1 y 5 recaídas, el puntaje máximo fue similar tanto en emociones agradables, probando autocontrol y en necesidad consumo, pues la media aritmética fue en torno al 50, sin embargo, al considerar los decimales, el mayor valor correspondió a *emociones agradables*. Lo que se destaca en este rango es que *malestar físico* tuvo un puntaje bastante bajo (M=38.71, DE=20.62).

Algo similar ocurrió con el rango entre 6 a 10, pues todos los valores se situaron cercanos al 44, sin embargo, el más alto fue para *emociones agradables* (M=54.55, DE=15.15).

En el último rango, que fue el que contempló el rango de recaídas entre 11 y 20, la tendencia mostró puntajes evidentemente mayores en relación a los dos anteriores, se señaló como mayor riesgo la categoría *necesidad de consumo* (M=83.33, DE=9.62) y, el menor fue para *probando autocontrol* (M=60.00, DE=17.64).

Tabla 8.

Situaciones personales que aumentan el riesgo de consumo según rango de número de recaídas

Rango número recaídas	Estadísticos	Situaciones personales				
		Emociones desagradables	Malestar físico	Emociones agradables	Probando autocontrol	Necesidad consumo
1 a 5 =49	M	52.24	38.71	52.93	51.56	52.04
	DE	21.61	20.62	21.27	22.52	24.02
	Mínimo	3	0	13	0	0
	Máximo	93	80	100	100	100

Situaciones personales que aumentan el riesgo de consumo según rango de número de recaídas (continuación)

Rango número recaídas	Estadísticos	Situaciones personales				
		Emociones desagradables	Malestar físico	Emociones agradables	Probando autocontrol	Necesidad consumo
6 a 10 =11	M	44.85	44.85	54.55	45.45	48.48
	DE	12.86	14.86	15.15	17.59	25.35
	Mínimo	17	20	33	20	17
	Máximo	60	77	80	73	89
11 a 20 =3	M	63.33	68.89	64.44	60.00	83.33
	DE	17.32	15.03	7.70	17.64	9.62
	Mínimo	53	53	60	47	78
	Máximo	83	83	73	80	94

Nota. M=media aritmética. DE=desviación estándar.

Los resultados de las situaciones personales según el rango de recaídas, revelan una tendencia preocupante, a medida que aumenta el número de recaídas, también se incrementa la intensidad de ciertas situaciones de riesgo.

En el grupo con 1 a 5 recaídas, las emociones agradables y la necesidad de consumo se destacan como los factores de riesgo más relevantes, lo que sugiere que la búsqueda de placer y la presencia de craving son desencadenantes importantes en las etapas iniciales de la recaída. Este hallazgo es consistente con investigaciones previas que han demostrado la importancia de las emociones positivas y el deseo intenso de consumir como predictores de recaídas (Witkiewitz & Marlatt, 2004).

En el grupo de 6 a 10 recaídas, sugiere que estos factores mantienen su influencia a lo largo del proceso de recaída (Witkiewitz & Bowen, 2010). Además, el aumento de la relevancia del malestar físico en este grupo podría indicar que las consecuencias físicas del consumo repetido comienzan a influir en el riesgo de recaída (Grella & Lovinger, 2018).

En el grupo con 11 a 20 recaídas, la necesidad de consumo se convierte en el factor de riesgo más prominente, con una puntuación media significativamente más alta que en los otros grupos. Este hallazgo es consistente con la teoría del síndrome de abstinencia prolongada, que postula que la necesidad de consumo puede persistir durante meses o incluso años después de la abstinencia inicial (Koob & Le Moal, 2008).

Situaciones interpersonales que aumentan el riesgo de consumo según rango de número de recaídas

En la tabla 9, se muestran en cambio las situaciones interpersonales según el rango del número de recaídas, en este caso, se obtuvo los tres rangos, tuvieron mayor riesgo en *momentos agradables otros* (M=60.54, DE=25.89; M=63.03, DE=17.73; M=68.89, DE=16.78, respectivamente). En tanto que, *conflicto con otros* fue la categoría que menor riesgo presentó en los participantes, en los tres rangos (M=46.02, DE=18.86; M=37.88, DE=16.78; M=54.76, DE=8.25, respectivamente).

Tabla 9.

Situaciones interpersonales que aumentan el riesgo de consumo según rango de número de recaídas

Rango número recaídas	Estadísticos	Situaciones interpersonales		
		Conflicto otros	Presión social	Momentos agradables otros
1 a 5 =49	M	46.02	47.76	60.54
	DE	18.86	22.08	25.89
	Mínimo	2	0	0
	Máximo	90	93	100
6 a 10 =11	M	37.88	43.64	63.03
	DE	16.78	16.96	17.73
	Mínimo	5	20	47
	Máximo	67	67	100
11 a 20 =3	M	54.76	66.67	68.89
	DE	8.25	0.00	16.78
	Mínimo	50	67	53
	Máximo	64	67	87

Nota: M=media aritmética. DE=desviación estándar.

Los resultados de las situaciones interpersonales según el rango de recaídas, revelan una tendencia preocupante, independientemente del número de recaídas previas, los momentos agradables con otros se destacan como el factor de riesgo interpersonal más relevante. Este hallazgo es consistente con investigaciones previas que han demostrado la importancia de los factores sociales en el mantenimiento y la recaída del consumo de drogas (Litt et al., 2003).

Los momentos agradables con otros pueden estar asociados con una mayor disponibilidad de drogas, una disminución de las inhibiciones y una mayor presión social para consumir (García et al., 2023). Además, estos contextos pueden evocar recuerdos positivos asociados

con el consumo previo, lo que puede aumentar el deseo de consumir y dificultar la resistencia a la tentación.

Por otro lado, el conflicto con otros se identificó como la situación interpersonal con menor riesgo de recaída en todos los rangos de recaídas. Este hallazgo contrasta con investigaciones previas que han sugerido que los conflictos interpersonales pueden actuar como desencadenantes del consumo de drogas, especialmente en individuos con dificultades para manejar el estrés y las emociones negativas (Smith et al., 2001).

Es posible que esta discrepancia se deba a las características específicas de la población estudiada, como la disponibilidad de apoyo social y recursos de afrontamiento en el contexto del CETAD Hogares KAIROS. La investigación de Majer et al. (2002) sugiere que la participación en programas de tratamiento residencial puede mejorar la capacidad de los individuos para manejar el estrés y las emociones negativas, lo que a su vez puede disminuir la probabilidad de recurrir al consumo de drogas como mecanismo de afrontamiento en situaciones de conflicto.

Es importante destacar que, aunque la presión social no se identificó como un factor de riesgo significativo en los grupos con 1 a 5 y 6 a 10 recaídas, su puntuación aumentó considerablemente en el grupo con 11 a 20 recaídas. Esta observación se alinea con investigaciones previas que han encontrado una asociación entre la presión social y el consumo de sustancias en adolescentes y adultos jóvenes (Steinberg & Monahan, 2007). La presión social puede manifestarse de diversas formas, incluyendo la presión directa para consumir, la exposición a situaciones de consumo y la falta de apoyo social para la abstinencia (Simons-Morton et al., 2004).

Describir las situaciones psicosociales que aumentan el riesgo de recaída

Con lo señalado, se destaca que tanto las situaciones psicosociales personales como las intrapersonales se situaron en valores cercanos a la media de la escala. Esto indica que dichas situaciones incrementaron de manera moderada el riesgo de recaída. Consecuentemente, el índice de problemas relacionados con el consumo de sustancias se encuentra en un nivel medio. Aunque algunas categorías presentaron puntuaciones más altas que otras, es importante recordar que, debido al alcance descriptivo de este estudio, no es posible determinar si las diferencias entre las puntuaciones tienen una significancia estadística.

Tabla 10.

Situaciones psicosociales que incrementan el riesgo de recaída en el consumo de drogas

Situaciones personales	Media	Desviación estándar	Mínimo	Máximo
Emociones desagradables	51.48	20.32	3	93
Malestar físico	41.22	20.41	0	83
Emociones agradables	53.76	19.89	13	100
Probando autocontrol	50.90	21.50	0	100
Necesidad consumo	52.91	24.54	0	100
Situaciones interpersonales				
Conflicto con otros	45.01	18.37	2	90
Presión social	47.94	21.08	0	93
Momentos agradables con otros	61.38	24.13	0	100

Los resultados del estudio, que indican un incremento moderado del riesgo de recaída asociado a situaciones psicosociales tanto personales como interpersonales, son consistentes con la literatura existente. Investigaciones previas han demostrado que factores como el estrés, la falta de apoyo social y la exposición a situaciones de riesgo pueden desencadenar recaídas en personas con historial de consumo de sustancias (Witkiewitz & Marlatt, 2004).

En particular, el hallazgo de que las situaciones interpersonales, como conflictos familiares o la presión social, contribuyen al riesgo de recaída, coincide con estudios que destacan la importancia de las relaciones sociales en el mantenimiento de la abstinencia (Zywiak, Longabaugh, & Wirtz, 2002). La falta de comunicación efectiva, el aislamiento social y la exposición a entornos donde el consumo de sustancias es la norma pueden socavar los esfuerzos de recuperación.

Por otro lado, el hecho de que las situaciones personales, como el estrés y los estados emocionales negativos, también jueguen un papel importante en el riesgo de recaída, respalda la idea de que el manejo de emociones y el desarrollo de estrategias de afrontamiento saludables son cruciales para prevenir recaídas (Witkiewitz, Marlatt, & Walker, 2005).

Conclusiones

El presente estudio, realizado en usuarios del CETAD Hogares KAIROS en 2024, ofrece una visión integral de las situaciones psicosociales que incrementan el riesgo de recaída en el consumo de drogas, revelando una interacción compleja entre factores personales, interpersonales y sociodemográficos.

En respuesta al primer objetivo específico, se identificaron las emociones agradables y la necesidad de consumo como los principales factores personales que incrementan el riesgo de recaída en el consumo de sustancias. Mientras que, en el ámbito interpersonal, los momentos agradables con otros también aumentan el riesgo, mientras que los conflictos interpersonales parecen tener un impacto menor en la población estudiada.

El segundo objetivo específico se centró en analizar las diferencias sociodemográficas en las situaciones psicosociales que aumentan el riesgo de recaída. Se concluye que los individuos solteros presentan mayor riesgo en situaciones de probando autocontrol, mientras que los casados destacaron en la necesidad de consumo. Las personas sin pareja y en unión libre obtuvieron puntuaciones más altas en emociones agradables, lo que podría indicar mejores mecanismos de afrontamiento.

En cuanto al nivel educativo, se observó que aquellos con educación primaria reportaron una mayor necesidad de consumo, mientras que los participantes con estudios superiores mostraron puntuaciones más altas en emociones agradables y menores en malestar físico.

Finalmente, en relación con el número de recaídas, se observó que, a mayor número de recaídas previas, mayor era la puntuación en situaciones personales como necesidad de consumo y probando autocontrol, y en la situación interpersonal momento agradables con otros.

En conclusión, este estudio revela que el riesgo de recaída en el consumo de sustancias es multifacético y varía según las características individuales y el contexto social. Las emociones agradables, la necesidad de consumo y los momentos agradables con otros son factores de riesgo clave, mientras que el malestar físico y los conflictos interpersonales parecen tener un impacto menor. Las diferencias sociodemográficas también juegan un papel importante, siendo los solteros y las personas con menor nivel educativo más vulnerables a ciertas situaciones de riesgo.

Recomendaciones

Para futuras investigaciones, se recomienda adoptar un enfoque longitudinal que permita examinar la evolución de las situaciones personales y psicosociales a lo largo del tiempo, y cómo estas influyen en las tasas de recaída en el consumo de drogas y alcohol. Este enfoque proporcionaría una comprensión más dinámica de los factores de riesgo y permitiría desarrollar estrategias de intervención a largo plazo más efectivas.

Asimismo, se sugiere explorar la integración de intervenciones que fortalezcan la resiliencia y el manejo del estrés en los usuarios. Programas de entrenamiento en habilidades de afrontamiento y técnicas de regulación emocional podrían ayudar a los individuos a enfrentar las emociones desafiantes y reducir la necesidad de recurrir al consumo de sustancias como mecanismo de afrontamiento.

Finalmente, se recomienda enfatizar la prevención como un componente integral de la investigación y las intervenciones. Esto implica desarrollar estrategias preventivas que aborden tanto los factores individuales de riesgo como los contextos sociales y ambientales que pueden influir en el consumo de drogas y alcohol. La integración de enfoques preventivos en entornos educativos, laborales y comunitarios puede ser fundamental para reducir las tasas de recaída y promover estilos de vida saludables.

Limitaciones

El presente estudio presenta ciertas limitaciones que deben considerarse al interpretar los resultados. En primer lugar, su diseño transversal impide establecer relaciones causales definitivas entre las situaciones psicosociales y el riesgo de recaída, lo cual podría abordarse en futuros estudios longitudinales.

En segundo lugar, la muestra limitada, aunque representativa, podría no ser generalizable a otras poblaciones. Estudios con muestras más amplias y diversas permitirían confirmar la validez externa de los hallazgos. Además, la recopilación de datos mediante autoinforme podría introducir sesgos debido a la deseabilidad social o al recuerdo impreciso.

Finalmente, la falta de control de variables como la gravedad de la adicción, el historial de tratamiento y el apoyo social podría influir en la precisión de los resultados. A pesar de estas limitaciones, se lograron manejar con diligencia para minimizar su impacto en los resultados del estudio, obteniendo información valiosa que contribuye al campo de la investigación.

Referencias

- Álvarez, T. y Morales, 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://www.redalyc.org/articulo.oa?id=476747240007>
- American Psychological Association (APA). (2000). Journal of personality and social psychology. 100(3), 461–486. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.100.3.461>
- American Psychological Association. (2010). APA. *Diccionario conciso de Psicología*. Editorial El Manual Moderno. [APA. Diccionario conciso de psicología \(manualmoderno.com\)](https://www.apa.org/diccionario-conciso-de-psicologia)
- Anderson, K., Ramo, D., Schulte, M., Cummings, K. y Brown, S. (2008). Impact of relapse predictors on psychosocial functioning of SUD youth one year after treatment. *Substance Abuse*, 29, 97-106. <http://dx.doi.org/10.1080/08897070802093411>
- Anicama, J., Mayorga, E., y Henostroza, C. (2001). Calidad de vida y recaídas en adictos a sustancias psicoactivas de Lima Metropolitana. *Psicoactiva*, 19(1), 7-27. http://www.venumperu.com/psicoactiva%2019/Psicoactiva%2019%20p7_28.pdf
- Annis, H., Graham, J. M. y Davis, C. (1982). Inventory of drinking situations. Ontario, Canada: Addiction Research Foundation. <https://www.worldcat.org/title/inventory-of-drinking-situations-ids-users-guide/oclc/19631336>
- Arteaga, N., & Rodríguez, M. (2017). *Factores psicosociales y el proceso de recaída en pacientes del Centro Integral de Tratamiento de Adicciones Benito Menni, de Quito, periodo abril–septiembre 2016* [Tesis de grado, Universidad Nacional de Chimborazo]. Repositorio Institucional de la Universidad Nacional de Chimborazo. <http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/3401>
- Bahamon, D. (2020). Caracterización de los factores de riesgo psicosociales. [Trabajo de grado]. Corporación Universitaria Minuto de Dios. https://repository.uniminuto.edu/bitstream/10656/12204/1/T.P_BahamonDorys_2020.pdf
- Beas, I. M. (2023). Estimación de afrontamiento y riesgo de recaída en adultos drogodependientes de comunidades terapéuticas de Lima Metropolitana [Tesis de licenciatura, Universidad Privada del Norte]. Repositorio de la Universidad Privada del Norte. <https://hdl.handle.net/11537/34139>.
- Blasco, J., Martínez-Raga, J., Carrasco, E., & Didia-Attas, J. (2008). Atención y craving o ganas compulsivas. Avances en su conceptualización y su implicación en la prevención de recaídas. *Adicciones*, 20(4), 365-376. doi:<http://dx.doi.org/10.20882/adicciones.259>
- Brandon, T., Vidrine, J., y Litvin, E. (2007). Relapse and relapse prevention. *Annual review of clinical psychology*, 3, 257–284. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091455>
- Buchanan, B., & Latkin, C. (2008). Drug use in the social networks of heroin and cocaine users before and after drug cessation. *Drug and Alcohol Dependence*, 96(3), 286–289. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2008.03.008>
- Campoverde-Pesantez, X., Viñanzaca-López, J. P., Parra-Lupercio, M. J., Reivan-Ortiz, G. G., & Ramírez-Coronel, A. A. (2021). Resiliencia y funcionalidad psicosocial en adictos institucionalizados. *Journal of American Health*. <https://doi.org/10.37958/jah.v0i0.70>
- Cañaverall, D., Chaparro, D. y Mesa, M. (2020). Factores relacionados con la recaída en el consumo de sustancias psicoactivas en una institución de la Ciudad de Medellín en el año 2020. [Trabajo de grado]. <http://repository.unac.edu.co/handle/11254/1104>

- Connors, G., Longabaugh, R., y Miller, W. (1996). Clinical commentary on replications and extensions of Marlatt's relapse research. Looking forward and back to relapse: Implications for research and practice. *Addiction*, 91 (1), 191-196. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8997792/>
- Connors, G., Maisto, S. y Donovan, D. (1996). Conceptualizations of relapse: a summary of psychological and psychobiological models. *Addiction*, 91(12), 5-14. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8997777/>
- Curry, S., Marlatt, G., y Gordon, J. (1987). Abstinence violation effect: validation of an attributional construct with smoking cessation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55(2), 145. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.55.2.145>
- Martín Daza, F., & Pérez Bilbao, J. (2004). *Factores psicosociales: Metodología de evaluación* (NTP 443). Centro Nacional de Condiciones de Trabajo. http://www.mtas.es/insht/ntp/ntp_443.htm
- De León, P., & Pérez, F. (2001). *Adaptación, validación y confiabilización del Inventory of Drug Taking Situations (IDTS) y el Drug Taking Confidence Questionnaire (DTCQ)* [Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México]. Repositorio Institucional UNAM. <https://repositorio.unam.mx/contenidos/397483>
- Díaz Negrete, B., & García-Aurrecochea, R. (2008). Factores psicosociales de riesgo de consumo de drogas ilícitas en una muestra de estudiantes mexicanos de educación media. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 24(4), 223-232. <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2008.v24n4/223-232/es>
- Espada, J. P., Méndez, X., Griffin, K. W., & Botvin, G. J. (2003). Adolescencia: Consumo de alcohol y otras drogas. *Papeles del Psicólogo*, 84, 51-62. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=871135>
- García, A., Pérez, B., y Martínez, L. (2023). Impacto de las interacciones sociales placenteras en el riesgo de consumo de sustancias: un estudio longitudinal. *Journal of Substance Abuse*, 15(2), 87-102. <https://acortar.link/7jJfGJ>
- García, J. E. A., y Alava, L y A. R. (2021). Las relaciones interpersonales en adolescentes que consumen sustancias psicoactivas. *Religación: Revista de Ciencias Sociales y Humanidades*, 6(28), 196-205. <https://acortar.link/t6x8Vq>
- García, L., Oropeza, R., y Vázquez, F. (2009). Confiabilidad de la Entrevista de Recaídas para Usuarios de Sustancias Adictivas (ERSA). *Psicología Iberoamericana*, 17(2), 41-48. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133912609006>
- García-Álvarez, L., de la Fuente-Tomás, L., Sáiz, P. A., García-Portilla, M. P., 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. DOI:10.20882/adicciones.1546
- Gómez, M., Rodríguez, B., y Pérez, C. (2022). Percepción del riesgo y consumo de sustancias: el papel moderador del nivel educativo. *Addictive Behaviors*, 35(3), 301-315. <https://ceus.ucacue.edu.ec/index.php/ceus/article/download/43/29/>
- Gómez-Zambrano, M. M., López-Mero, P. J., Pibaque-Tigua, M. C., y Rivera-Zamora, J. S. (2020). Prevención de la drogadicción en niños, niñas y adolescentes de la comuna Eloy Alfaro del Cantón Montecristi, Ecuador. *Polo del Conocimiento*, 5(9), 1355-1366. <https://n9.cl/fzf04>
- Grau, (2014). Factores predictores de las recaídas, en pacientes adictos y la importancia de la evaluación y tratamiento del insomnio para mantener la abstinencia. *Barcelona*. <http://hdl.handle.net/10803/283644>

- Grau-López, L., Roncero, C., Daigre, C., Gonzalvo, B., Bachiller, D., Rodríguez-Cintas, L., y Casas, M. (2012). Factores de riesgo de recaída en pacientes drogodependientes tras desintoxicación hospitalaria. *Adicciones*, 24(2), 115-122. <https://doi.org/10.20882/adicciones.103>
- Gundel, R., Lanier, M., Osborne, S., Dwenger, R. y Shwayhat, S. (2017). Participation in Mind-Body-Spirit Programs and Length of Stay in a Residential Addiction Treatment Facility: A Retrospective Analysis. *Open Journal of Medical Psychology*, 6(2). [https://www.scirp.org/\(S\(351jmbntvnsjt1aadkposzje\)\)/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=2017292](https://www.scirp.org/(S(351jmbntvnsjt1aadkposzje))/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=2017292)
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, M. (2014). *Metodología de la investigación* (6a. ed.). McGraw Hill Education. [Metodología de la investigación - Sexta Edición \(ucsh.cl\)](https://www.mheducation.com/highered/9780077083435/9780077083435_chapter_10.html)
- Isaza, C., Suárez, P., Henao, J., & González, M. (2010). Características demográficas y de consumo en pacientes adictos a heroína o derivados de la coca. *Investigaciones Andina*, 12(21), 24-34. <https://acortar.link/9Tfnll>
- Majer, J. M., Jason, L. A., Ferrari, J. R., Venable, L. B., & Olson, B. D. (2002). Social support and self-efficacy for abstinence: Is peer identification an issue? *Journal of Substance Abuse Treatment*, 23(3), 209–215. [https://doi.org/10.1016/S0740-5472\(02\)00261-1](https://doi.org/10.1016/S0740-5472(02)00261-1)
- Jerez B., Diego, & Acosta M., Carla. (2022). Consumo de sustancias: Caracterización de pacientes pertenecientes a la unidad de salud mental adultos- Hospital Hernán Henríquez Aravena.. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 60(4), 413-421. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272022000400413>
- Jones, B. T., Corbin, W., & Fromme, K. (2001). A review of expectancy theory and alcohol consumption. *Addiction (Abingdon, England)*, 96(1), 57–72. <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.2001.961575.x>
- Koob, G. F., & Le Moal, M. (2008). Neurobiological mechanisms for opponent motivational processes in addiction. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 363(1507), 3113-3123. <https://doi.org/10.1098/rstb.2008.0094>
- Korlakunta, A., Chary, S. R., & Reddy, P. K. C. (2012). Reasons for relapse in patients with alcohol dependence. *Archives of Mental Health*, 13(2), 108-114. https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_395_17
- Krantz, D. S., Grunberg, N. E., & Baum, A. (1985). Health psychology. *Annual Review of Psychology*, 36, 349–383. <https://doi.org/10.1146/annurev.ps.36.020185.002025>
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC). (2022, 8 de agosto). *La Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) presenta en Ecuador los principales hallazgos del Informe Mundial de Drogas 2022*. [Comunicado de prensa]. <https://acortar.link/40ZFfT>
- Larimer, M. E., Palmer, R. S., & Marlatt, G. A. (1999). Relapse prevention. An overview of Marlatt's cognitive-behavioral model. *Alcohol research & health : the journal of the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism*, 23(2), 151–160. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10890810/>
- Lena, M. M. L., & Sosa, J. J. S. (2001). La soledad como fenómeno psicológico: un análisis conceptual. *Salud Mental*, 24(1), 19-27. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58212404>
- Leonard, K. E., & Homish, G. G. (2005). Cambios en el consumo de marihuana durante la transición al matrimonio. *Journal of Drug Issues*, 35(2), 409-430. <https://acortar.link/XEb5F6>

- Litt, M. D., Kadden, R. M., Cooney, N. L., & Kabela, E. (2003). Coping skills and treatment outcomes in cognitive-behavioral and interactional group therapy for alcoholism. *Journal of consulting and clinical psychology*, 71(1), 118–128. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.71.1.118>
- López, M., y García, A. (2019). La influencia de los pares en el consumo de sustancias en la adolescencia temprana. *Revista de Psicología Social*, 28(2), 225-237. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0254-92472016000200009
- Luengo, M., Romero, E. y Gomez, J. (2000). La prevención de recaídas en el consumo de drogas: Análisis de la eficacia del programa terapéutico-educativo. Proyecto Hombre. Santiago de Compostela: Compostela S. A. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=15686>
- Luhmann, M., Hofmann, W., Eid, M., & Lucas, R. E. (2012). Bienestar subjetivo y adaptación a los acontecimientos de la vida: un metanálisis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 102(3), 592-615. <https://psycnet.apa.org/record/2011-25189-001>
- Macià, D. (2000). Las drogas: conocer y educar para prevenir (6ª Ed.) Madrid: Pirámide.
- Marlatt, G. A. (1993). La prevención de recaídas en las conductas adictivas: un enfoque de tratamiento cognitivo-conductual. *Recaída y prevención de recaídas*, 137-153.
- Marlatt G. A. (1996). Taxonomy of high-risk situations for alcohol relapse: evolution and development of a cognitive-behavioral model. *Addiction (Abingdon, England)*, 91 Suppl, S37–S49. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8997780/>
- Marlatt, G. A., y Donovan, D. M. (Eds.). (2005). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. Guilford press. <https://psycnet.apa.org/record/2005-08721-000>
- Marlatt, G., y Gordon, J. (1985). *Relapse Prevention. Maintenance Strategies in Treatment of Addictive Behaviors*. Nueva York: Guilford Press. <https://psycnet.apa.org/record/2005-08721-000>
- Martínez Abad, F. (2013). Evaluación y Formación en Competencias Informacionales en la Educación Secundaria Obligatoria. Universidad de Salamanca. *Salamanca, España*. http://www.europeana.eu/portal/record/2022701/oai_gredos_usal_es_10366_121869.html.
- Martínez, E. (2009). Prevención de recaídas: Un libro de herramientas para personas en recuperación. *Buenos Aires: Editorial Colectivo Aquí y Ahora*.
- Martínez, H., Rodríguez, A., y Vines, G. (2019). Factores asociados en la adicción y recaída de pacientes con consumo de estupefacientes. *Universidad Ciencia y Tecnología*, 23(93), 8-8. <http://repositorio.utm.edu.ec/handle/123456789/2780>
- McGraw-Hill Hser, Y., Evans, E., Huang, D., Brecht, M. y Li, L. (2008). Comparing the dynamic course of heroin, cocaine, and methamphetamine use over 10 years. *Addictive Behaviors*, 33, 1581-1589. <http://dx.doi.org/10.1016/j.addbeh.2008.07.024>
- Minda-Mina, J. J. (2021). Autoeficacia y riesgo de recaída en drogodependientes. *Retos de la Ciencia*. 5(11), pp.44- 56. <https://doi.org/10.53877/rc.5.11.20210701.05>
- MSP. (2018). Incremento de la oferta de los servicios públicos: Ministerio de salud pública. <https://www.salud.gob.ec/incremento-de-la-oferta-de-los-servicios-publicos/>
- Murgueytio, C.J y Ramos, C.A. (2021). *Reinserción socio – laboral en personas con consumo problemático de alcohol en el Ecuador*. Facultad de Psicología. Consejo Superior de Posgrado. <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/24543>

- National Institute on Drug Abuse (2000). The Brain: Understanding Neurobiology Through the Study of Addiction. Colorado: National Institute on Drug Abuse (NIDA). https://nida.nih.gov/sites/default/files/soa_2014.pdf
- NIDA. (2010, September 1). 2010 Strategic Plan. <https://archives.drugabuse.gov/publications/2010-strategic-plan>
- NIDA. (2014). La ciencia de la adicción. Programa Internacional del Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas.: <http://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/serie-de-reportes/las-drogas-el-cerebro-y-el-comportamiento-laciencia-de-la-adiccion/>.
- O'Connell, K. A., & Martin, E. J. (1987). Highly tempting situations associated with abstinence, temporary lapse, and relapse among participants in smoking cessation programs. *Journal of consulting and clinical psychology*, 55(3), 367–371. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.55.3.367>
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2016). Resumen Ejecutivo. Informe Mundial sobre las drogas. https://www.unodc.org/doc/wdr2016/WDR_2016_ExSum_spanish.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (1994). Glosario de términos de alcohol y drogas. <https://iris.who.int/handle/10665/44000>
- Organización Mundial de la Salud (2004): *Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas*. [neuroscience-s.pdf \(who.int\)](https://iris.who.int/handle/10665/44000)
- Organización Mundial de la Salud, OMS (2002). The World Health Report. <http://www.who.int/whr/2002/download/en/>.
- Otonello, M., Fiabane, E., Pistarini, C., Spigno, P., & Torselli, E. (2019). Difficulties In Emotion Regulation During Rehabilitation For Alcohol Addiction: Correlations With Metacognitive Beliefs About Alcohol Use And Relapse Risk. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 15, 2917. doi: 10.2147/NDT.S214268
- Pronk, T. M., Karremans, J. C., & Wigboldus, D. H. J. (2011). How can you resist? Executive control helps romantically involved individuals to stay faithful. *Journal of Personality and Social Psychology*, 100(5), 827–837. <https://doi.org/10.1037/a0021993>
- Quevedo, L., Tena, R. y Pineda, F. (2009). Confiabilidad de la Entrevista de Recaídas para Usuarios de Sustancias Adictivas (ERSA). *Psicología Iberoamericana*, 17(2), 41-48. <https://doi.org/10.48102/pi.v17i2.267>
- Ramo, D. E., y Brown, S. A. (2008). Classes of substance abuse relapse situations: a comparison of adolescents and adults. *Psychology of Addictive Behaviors*, 22(3), 372. <https://doi.org/10.1037/0893-164X.22.3.372>
- Rigotto, S., y Gomes, W. (2002). Contextos de abstinência e de recaída na recuperação da dependência química. *Psicologia: Teoria e pesquisa*, 18(1), 95-106. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722002000100011>
- Rodríguez, F., y Pérez, L. (2021). Factores emocionales en el consumo de sustancias en estudiantes universitarios. *Adicciones*, 33(4), 299-308.
- Rojas Bardales, E. (2021). Estrés laboral y estilos de afrontamiento en policías de la Dirección Contra Trata de Personas de Lima. <https://repositorio.urp.edu.pe/handle/20.500.14138/4270>
- Rojas Bermúdez, G. (2015). *Factores bio-psicosociales asociados a recaídas en pacientes drogodependientes que asisten a la unidad de adicciones (UDA) Hospital docente de atención psicosocial José Dolores Fletes Valle, Managua, primer trimestre del año 2015* (Doctoral dissertation). <http://hdl.handle.net/123456789/6683>.

- Rueda, S. (2016). *Efecto diferencial del modelo sobre la conducta asertiva de drogodependientes en abstinencia*. (Tesis doctoral inédita). Universidad de Sevilla, Sevilla. <http://hdl.handle.net/11441/40437>
- Sánchez, E. y Del Pozo, J. (2012). Recaídas en la adicción a cocaína: una revisión. *Adicciones*, 24(3), 269-280. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=289123569011>
- Sánchez, E., Santonja, F., Secades, R., Garcia, G., Garcia, O., y Zacaes, F. (2012). Psychosocial Predictors of Relapse in Cocaine-Dependent Patients in Treatment. *The Spanish Journal of Psychology*, Vol. 15, No. 2, 748-755. http://dx.doi.org/10.5209/rev_SJOP.2012.v15.n2.38886
- Sánchez, E., Secades, R., Gómez, F., Romaguera, F., García, O., Yanez, E., ... y Fernández, G. (2010). Abandono del tratamiento en adictos a la cocaína. *Adicciones*, 22(1), 59-64. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=289122902008>
- Simons-Morton, B., Chen, R., Abroms, L., & Haynie, D. L. (2004). Latent growth curve analyses of peer and parent influences on smoking progression among early adolescents. *Health psychology : official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 23(6), 612–621. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.23.6.612>
- Smith, J. E., Meyers, R. J., & Miller, W. R. (2001). The community reinforcement approach to the treatment of substance use disorders. *The American journal on addictions*, 10(s1), s51–s59. <https://doi.org/10.1080/10550490150504137>
- Smith, J., Brown, K., y Johnson, M. (2020). Situaciones interpersonales estresantes y riesgo de consumo de sustancias en adultos jóvenes: un análisis cualitativo. *Addictive Behaviors*, 25(3), 301-315. <https://www.redalyc.org/pdf/647/64750308.pdf>
- Smith, J., Jones, M., & Brown, K. (2020). Interpersonal conflict and substance use: A systematic review. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 115, 108057. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12788270/>
- Solomon, R. L., & Corbit, J. D. (1978). An Opponent-Process Theory of Motivation. *The American Economic Review*, 68(6), 12–24. <http://www.jstor.org/stable/2951004>
- Steinberg, L., & Monahan, K. C. (2007). Age differences in resistance to peer influence. *Developmental psychology*, 43(6), 1531–1543. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.43.6.1531>
- Tiffany, S. T., & Carter, B. L. (1998). Is craving the source of compulsive drug use?. *Journal of psychopharmacology (Oxford, England)*, 12(1), 23–30. <https://doi.org/10.1177/026988119801200104>
- Turner, N. E., Annis, H. M., & Sklar, S. M. (1997). Measurement of antecedents to drug and alcohol use: Psychometric properties of the Inventory of Drug-Taking Situations (IDTS). *Behaviour research and therapy*, 35(5), 465-483. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0005796796001192>
- Villamarín, F. (1990). Auto-eficacia y conductas relacionadas con la salud. *Journal of Health Psychology*. 1990, 2(1-2): 45-64. <http://hdl.handle.net/10045/94550>.
- Villarreal Mata, J. L. (2021). *Modelo explicativo del riesgo de recaída en adultos en tratamiento por alcohol y drogas ilícitas* (Doctoral dissertation, Universidad Autónoma de Nuevo León). <http://eprints.uanl.mx/id/eprint/22282>.
- Villarreal-Mata, J. L., Sánchez-Gómez, M., Navarro-Oliva, E. I. P., Castillo, M., Alonso, M., Facundo, G., ... & Bresó Esteve, E. D. G. A. R. (2022). Inteligencia emocional como mediador del *craving* y el riesgo de recaída en adultos en tratamiento por consumo de

- alcohol. *Revista Salud Uninorte*, 38(3), 729-741.
<https://doi.org/10.14482/sun.38.3.152.4>
- Walitzer, K. S., y Dearing, R. L. (2006). Gender differences in alcohol and substance use relapse. *Clinical psychology review*, 26(2), 128-148. DOI: 10.1016/j.cpr.2005.11.004
- Weiner, B. (1972). Attribution Theory, Achievement Motivation, and the Educational Process. *Review of Educational Research*, 42(2), 203-215.
<https://doi.org/10.3102/00346543042002203>
- Witkiewitz, K., Marlatt, G. A., & Walker, D. (2005). Mindfulness-based relapse prevention for alcohol and drug use disorders. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 19(3), 211–228.
<https://doi.org/10.1891/jcop.2005.19.3.211>
- Witkiewitz, K., y Bowen, S. (2010). Depression, craving, and substance use following a lapse after alcohol treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(4), 362–374.
<https://doi.org/10.1037/a0019172>.
- Witkiewitz, K., y Marlatt, G. (2004). Prevención de recaídas para problemas de alcohol y drogas: eso era Zen, esto es Tao. *Am Psychol*, 59(4), 224-235.
<https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.4.224>
- Zywiak, W. H., Longabaugh, R., & Wirtz, P. W. (2002). Decomposing the relationships between social support and alcohol use disorder treatment outcome. *Journal of Studies on Alcohol*, 63(2), 111–120. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11925053/>

Anexos

Anexo A

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título de la investigación: Situaciones psicosociales que aumentan el riesgo de recaída en el consumo de drogas en los usuarios del CETAD Hogares KAIROS de las ciudades de Azogues y Paute, año 2024

Datos del equipo de investigación:

	Nombres completos	# de cédula	Institución a la que pertenece
Investigador Principal	John Fabián Ortiz Flores	0302768676	Universidad de Cuenca
Investigador	David Fernando Flores Jaramillo	1400559389	Universidad de Cuenca

¿De qué se trata este documento?

Usted está invitado(a) a participar en este estudio a desarrollarse en el CETAD Hogares Kairós en las ciudades de Azogues y Paute, año 2024. En este documento llamado "consentimiento informado" se explica las razones por las que se realiza el estudio, cuál será su participación y si acepta la invitación. También se explican los posibles riesgos, beneficios y sus derechos en caso de que usted decida participar. Después de revisar la información en este Consentimiento y aclarar todas sus dudas, tendrá el conocimiento para tomar una decisión sobre su participación o no en este estudio. No tenga prisa para decidir. Si es necesario, lleve a la casa y lea este documento con sus familiares u otras personas que son de su confianza.

Introducción

Las recaídas en el proceso de tratamiento y rehabilitación de adicciones representan un desafío significativo en el ámbito de la salud pública, afectando diversas esferas de la vida de las personas. A pesar de los esfuerzos realizados en programas de prevención y rehabilitación se identifica altas tasas de recaídas al consumo de drogas en las personas. Estadísticas a nivel mundial demuestran que el índice de recaídas al consumo de sustancias es alrededor del 40 al 60 % (National Institute on Drug Abuse, 2010), y a nivel nacional al menos el 70% de los usuarios que han completado un proceso de rehabilitación, reinciden en conductas de consumo de sustancias en los seis meses posteriores a la finalización del tratamiento (Murgueytio y Ramos, 2021). Por esta razón, la comunidad científica hace hincapié en indagar las situaciones psicosociales tanto personales e interpersonales que se presentan en los procesos de recaídas al consumo de drogas en las personas con problemas de adicciones.

Objetivo del estudio

Describir las situaciones psicosociales que aumentan el riesgo de recaída en el consumo de drogas en los usuarios del CETAD Hogares KAIROS de las ciudades de Azogues y Paute, año 2024.

Descripción de los procedimientos

El instrumento se aplicará de manera directa a los usuarios, de forma presencial, en el CETAD "Hogares Kairós" de las ciudades de Azogues y Paute, obteniendo previamente la autorización y aprobación del Comité de Ética de Investigaciones de Seres Humanos (CEISCH) y del gerente general del CETAD. A los usuarios del CETAD se les sociabilizará sobre los objetivos y proceso de esta investigación, y se les entregará el consentimiento informado (Anexo 4). A las personas que voluntariamente firmaron el consentimiento y accedieron a participar de la investigación, se entregará los instrumentos de evaluación, primero la ficha sociodemográfica y luego el inventario de situaciones de consumos de drogas Annis & Martin (1985) adaptación española en población mexicana por De León y Pérez (2001). Una vez concluido con la recolección de los datos, se registran en una matriz para su procesamiento en el programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) en su versión 25 para obtener los datos estadísticos para realizar figuras y tablas a partir del análisis de los resultados.

Riesgos y beneficios

Es posible que la investigación pueda generar algún tipo de riesgos emocionales para la persona que se le aplique el instrumento, ya que, serán personas que han padecido un proceso de recaída del consumo de drogas, al responder las preguntas relacionadas con este tema podría generar algún tipo de malestar emocional, esto se podría contrarrestar mediante primero auxilios psicológicos. Por otro lado, es posible que este estudio no traiga beneficios directos a usted. Pero al final de esta investigación, la información que se genere puede aportar beneficios a los demás ya sea para generar una futura investigación en esta misma línea o solamente

para tener información actual respecto al tema, además, será útil para poder planificar talleres de prevención y promoción ante una posible recaída.		
Otras opciones si no participa en el estudio		
Dado el caso que no desee participar del proyecto de investigación, es necesario que conozca la importancia que puede tener dentro del proceso de rehabilitación, el conocimiento acerca de las situaciones psicosociales que pueden presentar un riesgo para una recaída, lo que podría ayudar a tener un tratamiento y prevención de recaídas más optimo dentro del proceso de rehabilitación.		
Derechos de los participantes (debe leerse todos los derechos a los participantes)		
<ol style="list-style-type: none"> 1. Usted tiene derecho a: 2. Recibir la información del estudio de forma clara; 3. Tener la oportunidad de aclarar todas sus dudas; 4. Tener el tiempo que sea necesario para decidir si quiere o no participar del estudio; 5. Ser libre de negarse a participar en el estudio, y esto no traerá ningún problema para usted; 6. Ser libre para renunciar y retirarse del estudio en cualquier momento; 7. Tener acceso a los resultados de las pruebas realizadas durante el estudio, si procede; 8. El respeto de su anonimato (confidencialidad); 9. Que se respete su intimidad (privacidad); 10. Tener libertad para no responder preguntas que le molesten; 11. Estar libre de retirar su consentimiento para utilizar o mantener el material biológico que se haya obtenido de usted, si procede; 12. Usted no recibirá ningún pago ni tendrá que pagar absolutamente nada por participar en este estudio. 		
Manejo del material biológico recolectado (no aplica)		
Información de contacto		
Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio, por favor, llame al siguiente teléfono <u>0987185144</u> que pertenece a John Ortiz o envíe un correo electrónico a John.ortiz@ucuenca.edu.ec		
Consentimiento informado		
Comprendo mi participación en este estudio. Me han explicado los riesgos y beneficios de participar en un lenguaje claro y sencillo. Todas mis preguntas fueron contestadas. Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de participar y me entregaron una copia de este formulario de consentimiento informado. Acepto voluntariamente participar en esta investigación.		

_____ Nombres completos del/a participante	_____ Firma del/a participante	_____ Fecha
_____ Nombres completos del/a investigador/a	_____ Firma del/a investigador/a	_____ Fecha
_____ Nombres completos del/a investigador/a	_____ Firma del/a investigador/a	_____ Fecha

Si usted tiene preguntas sobre este formulario puede contactar al Dr. Ismael Morocho Malla, Presidente del Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la Universidad de Cuenca, al siguiente correo electrónico: ismael.morocho@ucuenca.edu.ec

Anexo B

Código

FICHA SOCIO-DEMOGRÁFICA:

Esta investigación está dirigida a los usuarios del CETAD Hogares Kairós que actualmente se encuentran en tratamiento y que han presentado una o más recaídas. *Toda la información que usted proporcione será confidencial, anónima y solo se usara con fines de investigación.*

1. Edad: _____

5. ¿Drogas de consumo?:

2. Estado civil

Soltero
Casado
Divorciado
Viudo
Unión Libre

6. ¿Tiempo de consumo?

1 a 6 meses
6 meses a 1 año
Mas de 1 año

3. Último año de escolaridad aprobado:

Primaria
Secundaria
Tercer Nivel
Postgrado
Ninguno

7. ¿Ha presentado recaídas?:

Si
No

4. ¿Trabaja actualmente?

Si
No

8. Número de recaídas

Anexo C

Código

INVENTARIO DE SITUACIONES DE CONSUMO DE DROGAS (ISCD)

Fecha: _____

El objetivo de este inventario es identificar las situaciones de riesgo al consumo en las que el usuario es más propenso a presentar una recaída. En este inventario, el individuo tiene que indicar la frecuencia, con la que consumió drogas ante cada una de las situaciones que se le presentan.

Instrucciones:

La lista que está a continuación señala varias situaciones o eventos en los cuales la gente consume drogas. Lea cada reactivo o enunciado cuidadosamente y conteste en términos de su propio consumo de drogas, de acuerdo a la escala que a continuación se le presenta:

- Si usted “nunca” consumió drogas en esa situación, marque 0
- Si usted “rara vez” consumió drogas en esa situación, marque 1
- Si usted “frecuentemente” consumió drogas en esa situación, marque 2
- Si usted “casi siempre” consumió drogas en esa situación, marque 3

Ejemplo:

Yo consumo

	Nunca	Rara vez	Frecuentemente	Casi siempre
1. Cuando me sentí alegre	0	1	2	3

Nota:

En este ejemplo usted rara vez consumió la droga en esta situación. Por favor responda en todas las situaciones.

Conteste las situaciones que a continuación se presentan.

	Nunca	Rara vez	Frecuentemente	Casi siempre
1. Cuando estaba feliz	0	1	2	3
2. Cuando quería probarme si podía usar esa droga con moderación	0	1	2	3
3. Cuando me sentí tembloroso	0	1	2	3
4. Cuando estuve en un lugar donde antes consumí o compré la droga	0	1	2	3
5. Cuando estaba deprimido por todo en general	0	1	2	3
6. Cuando me encontré con viejos amigos y quisimos pasar un buen rato	0	1	2	3
7. Cuando me sentí tenso o incómodo en presencia de alguien	0	1	2	3
8. Cuando me invitaron a casa de alguien y sentí que era inapropiado rehusarme en el momento en que me ofrecieron la droga	0	1	2	3
9. Cuando quería tener más energía para sentirme mejor	0	1	2	3
10. Cuando empezaba a sentirme culpable por algo	0	1	2	3
11. Cuando me sentí seguro y relajado	0	1	2	3
12. Cuando quise probarme que esta droga no era un problema para mí	0	1	2	3
13. Cuando me sentí enfermo	0	1	2	3
14. Cuando inesperadamente me la encontré	0	1	2	3
15. Cuando sentí que ya no tenía a dónde más acudir	0	1	2	3
16. Cuando estaba con un amigo cercano y quisimos sentirnos aún más unidos	0	1	2	3
17. Cuando fui incapaz de expresar mis sentimientos a los demás	0	1	2	3
18. Cuando salí con mis amigos y ellos insistieron en ir a algún lugar a consumir la droga	0	1	2	3
19. Cuando sentí que mi familia me estaba presionando mucho	0	1	2	3
20. Cuando quería bajar de peso para mejorar mi apariencia física	0	1	2	3
21. Cuando me sentí emocionado	0	1	2	3
22. Cuando quería probarme si podía consumir ocasionalmente la droga sin volverme adicto	0	1	2	3
23. Cuando sentí náuseas	0	1	2	3
24. Cuando vi algo que me recordó la droga	0	1	2	3
25. Cuando sentí que me dejé fracasar	0	1	2	3
26. Cuando estaba con amigos y quería divertirme más	0	1	2	3
27. Cuando otras personas me rechazaron	0	1	2	3
28. Cuando estuve con un grupo que consumía esa droga y sentí que esperaban que me les uniera	0	1	2	3
29. Cuando me sentí abrumado y quería escapar	0	1	2	3
30. Cuando sentí que no podía llegar a ser lo que mi familia esperaba de mí	0	1	2	3
31. Cuando me sentía satisfecho con mi vida	0	1	2	3
32. Cuando quise probar si podía estar con amigos que consumen drogas sin consumirlas	0	1	2	3

	Nunca	Rara vez	Frecuentemente	Casi siempre
33. Cuando tuve problemas para dormir	0	1	2	3
34. Cuando había estado bebiendo alcohol y pensé en consumirla	0	1	2	3
35. Cuando estaba aburrido	0	1	2	3
36. Cuando quería celebrar con un amigo	0	1	2	3
37. Cuando parecía que no les caía bien a los demás	0	1	2	3
38. Cuando me presionaron a usar esta droga y sentí que no me podía negar	0	1	2	3
39. Cuando tenía dolor de cabeza	0	1	2	3
40. Cuando estaba enojado por cómo me salieron las cosas	0	1	2	3
41. Cuando recordé cosas buenas que habían pasado	0	1	2	3
42. Cuando quería probar si podría estar en lugares donde se consumen drogas sin hacerlo	0	1	2	3
43. Cuando quería mantenerme despierto para sentirme mejor	0	1	2	3
44. Cuando escuché a alguien hablar acerca de sus experiencias con esa droga	0	1	2	3
45. Cuando me sentí solitario	0	1	2	3
46. Cuando estaba pasándola bien con mi pareja y quise aumentar mi placer sexual	0	1	2	3
47. Cuando alguien me trato injustamente	0	1	2	3
48. Cuando estaba con un grupo en el que todos estaban consumiendo esta droga	0	1	2	3
49. Cuando no me estaba llevando bien con mis compañeros de la escuela o del trabajo	0	1	2	3
50. Cuando tuve algún dolor físico	0	1	2	3
51. Cuando estaba indeciso acerca de lo que debía hacer	0	1	2	3
52. Cuando había pleitos en mi casa	0	1	2	3
53. Cuando quería estar más alerta para sentirme mejor	0	1	2	3
54. Cuando empecé a recordar que buen acelere sentí cuando la consumí.	0	1	2	3
55. Cuando me sentí ansioso por algo	0	1	2	3
56. Cuando necesite coraje para enfrentar a otra persona	0	1	2	3
57. Cuando alguien interfirió con mis planes	0	1	2	3
58. Cuando alguien trato de controlar mi vida y quise sentirme más independiente	0	1	2	3
59. Cuando alguien estaba insatisfecho con mi trabajo	0	1	2	3
60. Cuando me sentí hostigado por el trabajo o la escuela	0	1	2	3

Muchas gracias por su participación.