



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CIUDAD JUÁREZ**  
**Instituto de Ciencias Sociales y Administración**  
**Departamento de Ciencias Sociales**  
**Doctorado en Psicología**  
*Sistema Nacional de Posgrados CONAHCYT*

**“Identidad de recuperación en personas con trastorno por  
consumo de sustancias durante tratamiento con prevención de  
recaídas”**

Tesis para optar por el grado de  
**Doctor en Psicología**

Por

**Alexis Amelio Fernández Flores**

*Becado por el Consejo Nacional de Humanidades Ciencias y Tecnologías*

Dirección de Tesis

**Dr. Alberto Castro Valles**

Universidad Autónoma de Ciudad Juárez

Ciudad Juárez, Chihuahua, México

Agosto de 2023

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CIUDAD JUÁREZ**  
**Instituto de Ciencias Sociales y Administración**  
**Departamento de Ciencias Sociales**  
**Doctorado en Psicología**  
*Sistema Nacional de Posgrados CONAHCYT*



**“Identidad de recuperación en personas con trastorno por consumo de sustancias durante tratamiento con prevención de recaídas”**

Tesis para optar por el Grado de Doctor en Psicología  
Línea de Investigación e Incidencia (LIE): Psicología de la Salud

Por

**Alexis Amelio Fernández Flores**

*Matric. 199201 / CVU 936872 Orcid: 0000-0003-4627-195X*

Dirección de Tesis

**Dr. Alberto Castro Valles**

Universidad Autónoma de Ciudad Juárez

Comité Tutorial de Tesis

**Dr. Enrique Navarrete Sánchez**

Universidad Autónoma del Estado de México UAEMex

**Dra. Patricia Lorena Martínez Martínez**

Universidad Juárez del Estado de Durango UJED

**Dr. Gerardo Ochoa Meza**

Sistema Nacional de Investigadores CONAHCYT

**Dra. María Elena Vidaña Gaytán**

Excatedrática de la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez UACJ

**Dra. Verónica Portillo Reyes**

Universidad Autónoma de Ciudad Juárez UACJ

Ciudad Juárez, Chihuahua, México

Agosto de 2023

## VITA



### Alexis Amelio Fernández Flores

Maestro en Psicología por la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez (2020) y Licenciado en Psicología por la Universidad Central “Marta Abreu” de las Villas, Villa Clara, Cuba (2012). En el año 2018 fue profesor universitario de la Universidad de Ciencias Médicas “Carlos J. Finlay” Cuba, publicó diversos artículos y participó en congresos sobre psico-oncología, prevención del alcoholismo y habilidades para la vida.



En julio del año 2020 fue aceptado en el Doctorado en Psicología de la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, Chihuahua, México, inscrito en el Sistema Nacional de Posgrados del CONAHCYT y ha sido beneficiado con beca nacional de posgrados de CONAHCYT (2020-2023).

En 2021 participó con ponencia en el Coloquio Institucional de Posgrado y en el 2022 en el Congreso Internacional de Ciencias Sociales, así como en el foro de adicciones ROTMENAS. En el 2022 publicó diversos artículos en la Revista Electrónica de Psicología de la UNAM y en la Revista Psicología y Salud. Asimismo, fue profesor universitario en la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez.



El 22 de septiembre de 2023, presenta su Examen de Grado Doctoral con la defensa de la Tesis denominada: **“Identidad de recuperación en personas con trastorno por consumo de sustancias durante tratamiento con prevención de recaídas”** con la Dirección del **Dr. Alberto Castro Valles** de la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez.

La Tesis fue valorada por Dr. Enrique Navarrete Sánchez de la Universidad Autónoma del Estado de México UAEMex, por la Dra. Patricia Lorena Martínez Martínez de la Universidad Juárez del Estado de Durango UJED, por la Dra. María Elena Vidaña Gaytán ex catedrática de la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez UACJ, y por la Dra. Verónica Portillo Reyes de la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez UACJ quien presidirá la presidencia del Jurado calificador en Síno.

Comité Académico  
CA-DPS

Coordinador del Doctorado en Psicología  
Dr. Alberto Castro Valles

## Constancia de Grado

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CIUDAD JUÁREZ  
DIRECCIÓN GENERAL DE SERVICIOS ACADÉMICOS  
CONSTANCIA DE EXAMEN DE GRADO

En Ciudad Juárez, Chihuahua, siendo las 9:00 horas del día 22 de Septiembre del 2023 se reunieron en las instalaciones del Instituto de Ciencias Sociales y Administración los integrantes del sínodo

Dra Veronica Portillo Reves	Presidente	En línea
Dra Graciela Cristina Avitia	Secretario	En línea
Dra. María Elena Vidaña Gavlán	Vocal	En línea
Dr. Enrique Navarrete Sánchez	Vocal	En línea
Dra. Patricia Lorena Martínez Martínez	Vocal	En línea

quienes en base a la normatividad universitaria procedieron a llevar a cabo el EXAMEN del sustentante


ALEXIS AMELIO FERNANDEZ FLORES  
Matricula 199201

Como requisito para obtener el Grado de DOCTORADO en Psicología.

Una vez concluida la réplica, el jurado deliberó libremente y procedió a emitir el veredicto de

Aprobado por unanimidad de votos

Para fines de verificación el abajo firmante certifica la legalidad de la reunión.

  
DR. ALBERTO CASTRO VALLES  
Coordinación del Programa Educativo



***Dedicatoria***

*A Jesucristo, a la Virgen María y a la Santa Iglesia Católica*

*por ser apoyo y sostén en mi vida.*

*A mi amada esposa Yeannet.*

## Agradecimientos

*Agradezco al presbítero Jesús Ramírez por su genuino apoyo incondicional, por la empatía y solidaridad mostrada en cada espacio, por la dirección espiritual, el afecto fraternal y las muchas oraciones.*

*A mis padres Lino y Marianela por la vida dada, por su amor, por su educación.  
A mi querida esposa Yeannet, por su amor, entrega y paciencia, por ser mi compañera de viaje en estos últimos años, por estar siempre presente en mi vida.*

*A mi queridísima amiga Isa por su auténtica amistad, por su escucha asertiva y consejos siempre oportunos, a su querida familia.*

*A mi querida Estelita por su amistad tan valiosa para mí.*

*Al Dr. Alberto Castro Valles, Dra. María Nieves González Valles, Dra. María Elena Vidaña Gaytán, Dra. Priscila Montañez Alvarado y Dr. Oscar Armando Esparza por las oportunas asesorías brindadas durante mi proceso de formación académica, por la calidad humana, respeto, empatía y constante motivación.*

*A mi querida compañera y “manita” de posgrado Elenita, por tanta delicadeza en su trato, por tanta bondad.*

## Resumen

El consumo de sustancias nocivas para la salud ha aumentado en hasta un 30% en la última década de acuerdo con la Organización Mundial de Salud. El cambio personal en el contexto terapéutico de tratamiento para los trastornos por consumo de sustancias según determinado enfoque psicoterapéutico es documentado de manera prolija y con limitaciones de evidencia científica. Las bases teóricas y los procesos de cambio psicológico en la recuperación de personas con trastorno por consumo de sustancias son una necesidad apremiante que demanda mayor claridad. El objetivo del estudio fue analizar los cambios psicológicos graduales en el periodo de tratamiento con prevención de recaídas de personas con trastorno por consumo de sustancias mediante la construcción de una identidad de recuperación. Con enfoque multimétodo mixto de diseño transformativo secuencial (DITRAS), con carácter derivativo, no experimental y de corte transversal, se presentan cuatro estudios consecutivos con metodologías independientes articulados de modo secuencial permitiendo analizar un mismo fenómeno desde miradas distintas. En el primer estudio se realizó una revisión sistemática mediante la estrategia PICOS donde el 75% de los estudios elegidos presentaron diseños aleatorios controlados, cifras de participantes superiores a mil consumidores, seguimientos longitudinales de más de doce meses y procedimientos estadísticos multivariantes. La calidad de los programas de autoayuda de 12 pasos, el apoyo de pares, formatos de tratamiento grupal, mindfulness, duración del tratamiento y servicios ambulatorios residenciales han sido reconocidas como factores de recuperación relevantes. En el segundo, con perspectiva cualitativa y análisis de contenido sobre la base del conocimiento previo, se analizaron nueve entrevistas semiestructuradas con participantes diagnosticados con un trastorno por consumo de sustancias en estado de abstinencia mayor a un año. La interacción de factores relacionados con el tratamiento que se asociaron con el inicio y mantenimiento de la interiorización de una identidad de recuperación a largo plazo trastoca la lógica interna que sigue la maduración de este proceso por etapas previniendo las recaídas. En el tercer estudio, mediante un pilotaje la validación inicial de un instrumento que identificó el constructo de tiempo prolongado de tratamiento y de atención continua durante la recuperación del trastorno por consumo de sustancias mostró propiedades psicométricas aceptables con validez de contenido por expertos. En el cuarto estudio se plantea una propuesta teórica integradora para explicar los procesos psicológicos según las fases transicionales de cambio que atraviesan los consumidores hasta llegar a interiorizar una identidad de recuperación.

**Palabras clave:** Identidad de recuperación, Cambios psicológicos, Consumo de sustancias.

## Abstract

The consumption of substances harmful to health has increased by up to 30% in the last decade according to the World Health Organization. Personal change in the therapeutic context of treatment for substance use disorders according to a certain psychotherapeutic approach is extensively documented and with limited scientific evidence. The theoretical bases and processes of psychological change in the recovery of people with substance use disorder are an urgent need that demands greater clarity. The objective of the study was to analyze the gradual psychological changes in the period of treatment with relapse prevention of people with substance use disorder through the construction of a recovery identity. Using a mixed multi-method approach of sequential transformative design (DITRAS), with a derivative, non-experimental and cross-sectional nature, four consecutive studies with independent methodologies articulated sequentially are presented, allowing the analysis of the same phenomenon from different perspectives. In the first study, a systematic review was carried out using the PICOS strategy, where 75% of the chosen studies presented randomized controlled designs, numbers of participants greater than a thousand consumers, longitudinal follow-up of more than twelve months, and multivariate statistical procedures. The quality of 12-step self-help programs, peer support, group treatment formats, mindfulness, duration of treatment, and residential outpatient services have been recognized as relevant recovery factors. In the second, with a qualitative perspective and content analysis based on prior knowledge, nine semi-structured interviews with participants diagnosed with a substance use disorder in a state of abstinence for more than one year were analyzed. The interplay of treatment-related factors that were associated with the initiation and maintenance of long-term recovery identity internalization subverts the internal logic that follows the maturation of this process in stages preventing relapses. In the third study, through a pilot test, the initial validation of an instrument that identified the construct of prolonged treatment time and continuous care during recovery from substance use disorder showed acceptable psychometric properties with content validity by experts. In the fourth study, an integrative theoretical proposal is proposed to explain the psychological processes according to the transitional phases of change that consumers go through until they internalize a recovery identity.

**Keywords:** Recovery identity, Psychological changes, Substance use.

## Tabla de Contenido

<b>Introducción .....</b>	<b>2</b>
Identidad socio-personal .....	11
Interiorización de identidad en recuperación.....	18
Justificación de la investigación .....	26
Objetivos del estudio .....	29
Objetivos específicos .....	30
Estructura de la Tesis Doctoral.....	30
<b>Capítulo I. Fundamentación Teórica.....</b>	<b>34</b>
Convergencias paradigmáticas .....	35
Síntesis experimental del comportamiento .....	37
Modelo ecológico .....	40
Perspectiva integrativa-multidimensional.....	41
Premisas constructivistas .....	43
Modelo salud-enfermedad .....	48
Modelo de Prevención de Recaídas .....	54
Entrevista Motivacional .....	57
Motivación y Cognición .....	60
Comportamiento Planificado .....	67
Posturas existenciales-humanistas .....	69
Identidad y autocategorización .....	76
<b>Capítulo II. Predictores de tratamiento asociados a prevención de recaídas .....</b>	<b>84</b>
<b>Capítulo III. Factores de tratamiento terapéutico .....</b>	<b>101</b>
<b>Capítulo IV. Escala de Tiempo de Tratamiento .....</b>	<b>126</b>
<i>Fases en la construcción del instrumento .....</i>	<i>132</i>
<b>Capítulo V. Identidad de recuperación .....</b>	<b>156</b>
Primera etapa de precontemplación: Fuerzas motrices orientadoras al cambio .....	160
Segunda etapa de contemplación. Agentes sociales de orientación eficaz.....	164
Tercera etapa de preparación. Maduración gradual al cambio .....	166
Cuarta etapa de la acción. Autoeficacia, acción y sentidos subjetivos .....	169

Quinta etapa de mantenimiento. Identificación, interiorización, integración.....	173
<b>Capítulo VI. Discusión y Conclusiones.....</b>	<b>180</b>
Conclusiones.....	190
<b>Referencias documentales.....</b>	<b>192</b>
<b>Anexos.....</b>	<b>222</b>
Anexo 1. Dictamen del Comité de Ética .....	222
Anexo 2. Consentimiento informado.....	223
Anexo 3. Instrumentos de investigación.....	225

### **Índice de Tablas**

Tabla 1. Periodos de consulta de bases de datos.....	86
Tabla 2. Estudios incluidos sobre predictores de tratamiento (N=8).....	91
Tabla 3. Evaluación de la calidad metodológica de los estudios incluidos.....	93
Tabla 4. Características sociodemográficas de los participantes.....	104
Tabla 5. Pasos del procedimiento para verificar la saturación teórica.....	107
Tabla 6. Matriz de categorización, codificación y saturación de los datos.....	108
Tabla 7. Relación tema, categoría, subcategorías, códigos, unidades semánticas.....	109
Tabla 8. Escalas validadas de estancia prolongada y atención continua.....	129
Tabla 9. Porcentaje de concordancia entre evaluadores expertos.....	136
Tabla 10. Análisis de reactivos de escala Tiempo de tratamiento para la recuperación.....	138
Tabla 11. Cargas factoriales y comunalidades de cada subescala.....	141
Tabla 12. Comparación de modelos teóricos con ecuaciones estructurales.....	143

### **Índice de Figuras**

Figura 1. Tendencia de la demanda de tratamiento 2013-2020.....	3
Figura 2. Diagrama de flujo del proceso de selección de estudios.....	90
Figura 3. Coeficientes de regresión estandarizados entre los factores.....	144

*Felices los normales, esos seres extraños.  
Los que no tuvieron una madre loca, un padre  
[borracho, un hijo delincuente,  
Una casa en ninguna parte, una enfermedad  
[desconocida,  
Los que no han sido calcinados por un amor  
[devorante,  
(...)  
Pero que den paso a los que hacen los mundos  
[ y los sueños,  
Las ilusiones, las sinfonías, las palabras que nos  
[ desbaratan y nos construyen...*

Roberto Fernández Retamar  
("Historia Antigua", 1963)

# *Introducción*

## Introducción

El aumento significativo de la cantidad de personas con trastornos por consumo de sustancias es uno de los problemas de salud pública que afronta la humanidad en las sociedades cotemporáneas. Aproximadamente, de los 275 millones de individuos en el mundo en edades comprendidas entre los 15 y 64 años, 5.5% consumieron drogas una ocasión en su vida en el año 2018, y uno de cada nueve requiere tratamiento por presentar un trastorno por consumo de sustancias (United Nations Office on Drugs and Crime [UNODC], 2018). Sin embargo, según reportes de la Encuesta Mundial de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud [OMS], solo alrededor del 7% de las personas con trastornos por uso de sustancias reciben tratamiento mínimamente adecuado y el consumo ha aumentado en hasta un 30% en la última década (Degenhardt et al., 2017; OMS, 2022).

Aunque, para el año 2020 se indicó que el 13% recibían tratamiento (Volkow, 2022), en el Informe Mundial sobre Drogas de UNODC (UNODC, 2018) se señaló que a pesar de que solo una de cada ocho personas con trastorno por consumo de sustancias tenía acceso al tratamiento, uno de cada seis era quien los recibía. También, se ha identificado que el 97.5% de las personas de 12 años o más con un trastorno por consumo de sustancias, no recibió ningún tratamiento en algún centro especializado por la creencia de no necesitar atención terapéutica. El 1.9% sintieron que necesitaban tratamiento, pero no hicieron un esfuerzo para obtenerlo y, solo el 0.5% hicieron un esfuerzo para recibirlo (Substance Abuse and Mental Health Services Administration [SAMSHA], 2021a).

A pesar de que diversos informes internacionales reportaron que sustancias como los opioides y las anfetaminas generaron profundos impactos negativos en la salud de los

consumidores atribuyéndosele el 76% de las muertes (UNODC, 2018). No obstante, en el último trienio, los esfuerzos contra el consumo de sustancias ha trastocado principalmente a los Estados Unidos de Norteamérica, por el aumento relevante de muertes por sobredosis con la sustancia del fentanilo, el cual es 50 veces más potente que la heroína, llegando a casi 110,000 defunciones en el último año 2022 (El Economista, 2023; SAMSHA, 2021c). Desde 1999 a 2022, en los Estados Unidos de Norteamérica, las muertes por sobredosis de opioides sintéticos de fabricación ilícita como el fentanilo, sin incluir metadona, han aumentado 97 veces, por psicoestimulantes como la metanfetamina un 59 veces, por coaína 6.4 veces y por opioides recetados 4.9 veces (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], (2023).

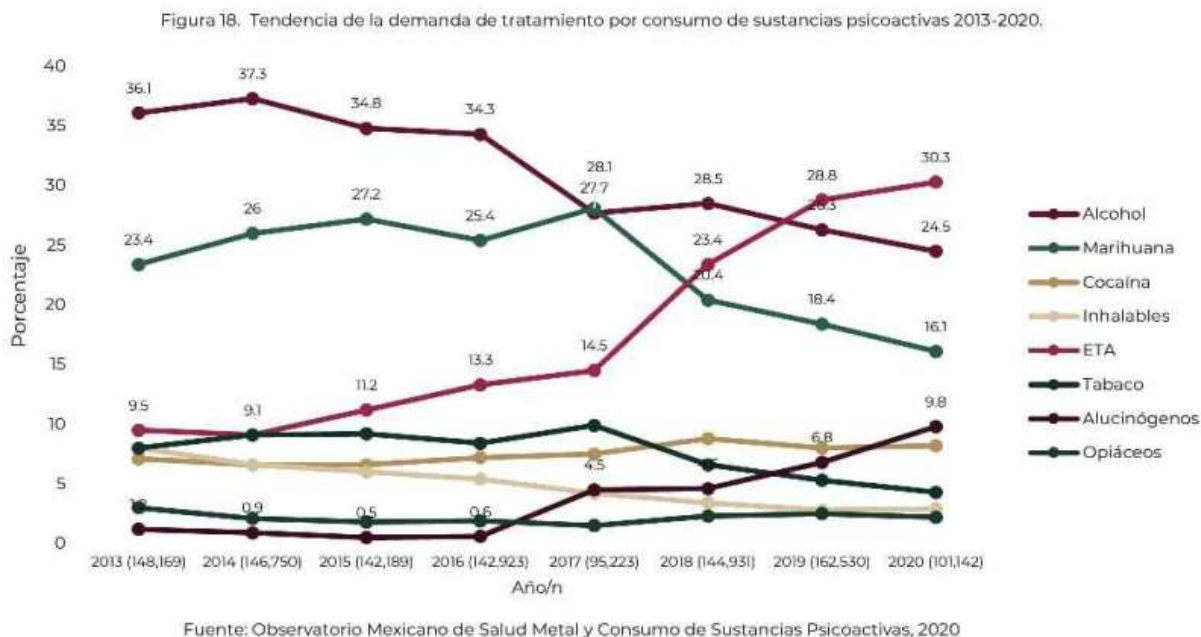
En el caso de México, de acuerdo con datos de Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones [SISVEA], las muertes por sobredosis llegan al 2%, donde el alcohol, tabaco y marihuana son las principales sustancias que inician el consumo de sustancias adictivas. Sin embargo, de 2017 a 2021, los centros de tratamiento reportaron un incremento porcentual de hasta un 20% de inicio de consumo de sustancias con cristal al compararse con el año previo (SISVEA, 2021). Entre el 2013 y 2022 la demanda por tratamiento de estimulantes tipo anfetamínicos se incrementó hasta un 218%, mientras el alcohol disminuyó un 32% y la marihuana descendió hasta 31%. Además, se registraron alrededor de 28,122 defunciones por trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias psicotrópicas entre 2010-2022 (Observatorio Mexicano de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas [OMSMCSP], 2022). Por su parte, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI] (2022), señaló que 19.6% de los delitos que cometieron quienes ingresaron a centros penitenciarios en México durante el año 2020, se relacionaba con actividades asociadas al consumo de sustancias psicoactivas con un aumento

significativo cuando se comparaba desde el 2010 hasta el 2020 (Álvarez-López et al., 2020).

En la siguiente figura 1, se observa la tendencia de demanda de tratamiento 2013-2020.

### Figura 1

#### Tendencia de la demanda de tratamiento 2013-2020



Así mismo, se señaló que los Estados de Campeche, Baja California Sur, Durango, Tamaulipas y Coahuila mantuvieron tasas de consumo de alguna vez en su vida, mayor a 84% de cannabis -media nacional 76%-; la Ciudad y el Estado de México así como Tlaxcala con más del 25% en consumo de inhalables -media nacional 16%; Tlaxcala, Oaxaca y Chiapas más del 55% en consumo de clorhidrato de cocaína -media nacional 39%-; Tlaxcala y Querétaro con más del 43% en consumo de *Crack* -media 16%-; Oaxaca y Baja California Sur más de 74% en consumo de metanfetaminas -media 50%-; Nuevo León y Querétaro con más 7% en consumo de éxtasis -media 3%-; Chihuahua, Sonora y Baja California con más de 6% en consumo de Heroína -media 1.6%-; y Tlaxcala y Querétaro más del 24% en consumo de alucinógenos -media nacional 14%- (Gutiérrez López, 2022).

A nivel nacional, las principales razones de solicitud de tratamiento indican que seis de cada diez solicitudes fueron por decisión propia (59.8%), un tercio de los casos (33.5%) fueron llevados por amigos o familiares, lo que en conjunto representó el 93.8%; mientras que el 1.5% manifestaron estar ahí en contra de su voluntad. El mayor consumo lo manifestaron los hombres en un 91.7%, en el intervalo de edad de 15 a 54 años con 94.1%, 59.8% solteros, 63.2% con escolaridad de primaria y secundaria y 90.7% se encontraba desempleado, desocupado o con empleos a medio tiempo (SISVEA, 2021).

Las dos modalidades de tratamiento en servicio ambulatorio y residencial que predominan en el país se encuentran en concordancia con la Norma Oficial Mexicana 028SSA2-2009 para la prevención, tratamiento y control de las adicciones (Secretaría de Salud [SS], 2009). Los principales organismos que ofrecen estos tipos de asistencia se registraron dentro de una Red Nacional de Atención a las Adicciones que abarca los Centros de Atención Primaria en Adicciones [CAPA], donde se ofrecen servicios ambulatorios profesionales y multidisciplinarios en 334 unidades, para la atención del uso, consumo y dependencia leve o moderada a sustancias psicoactivas; siendo la principal estrategia terapéutica la terapia cognitivo-conductual (Comisión Nacional contra las Adicciones [CONADIC], 2017).

Por su parte, el Sistema de Información Epidemiológica del Consumo de Drogas [CIECD] de los Centros de Integración Juvenil [CIJ], indicó que se cuenta con 106 unidades de consulta externa, 11 cuerpos de hospitalización que cuentan con un total de 233 camas y ofrecen un internamiento de 30 a 90 días, y 40 unidades residenciales públicas habilitados para brindar un servicio estructurado e intensivo durante las 24 horas, incluyendo el alojamiento protegido de sus consumidores y atención médica (OMSMCSP, 2022). También,

se encuentran disponibles algunos centros no gubernamentales de iniciativa privada y organizaciones de la sociedad civil que ofertan atención residencial, promediando para un total de 2,129 establecimientos de este tipo.

Las estrategias terapéuticas implementadas en estos establecimientos residenciales son la terapia cognitivo-conductual, los modelos de comunidades terapéuticas, el modelo Minnesota o el programa de 12 pasos. A su vez, se identificaron tres modalidades de atención: el profesional que se brinda por profesionales de la salud; la ayuda mutua que se ofrece por agrupaciones de personas que padecieron dependencia y se encuentran en recuperación; y la modalidad mixta que combina el profesional y el modelo de ayuda mutua. El programa de presupuesto que se les designa a las instalaciones registradas ascendió a un monto de 1,309 millones de pesos para el 2018 -\$65.45 millones de dólares- (OMSMCSP, 2022). Por último, el gobierno de México mantiene cinco estrategias de prevención en centros escolares, 14 líneas de acción y 40 actividades centrales por parte de la Comisión Nacional contra las Adicciones (CONADIC, 2017).

Ahora bien, aunque es indudable el esfuerzo mancomunado que realizan diversas instituciones para el abordaje de las personas con trastorno por consumo de sustancias, la magnitud de la problemática exige todavía responder a incógnitas sobre las diferentes trayectorias de los consumidores hacia la recuperación con mayor respaldo científico sobre el tratamiento (García, 2007). Los retornos temporales al consumo de sustancias son comunes y esperados durante el tratamiento y la recuperación, siendo que, la adicción es una condición crónica con recaídas, similar a algunas enfermedades autoinmunes como la diabetes, el asma o la hipertensión (Volkow et al., 2022).

Por ende, resulta contraproducente en el abordaje de este tipo de trastorno considerar cualquier retorno temporal al consumo como un fracaso del programa, así como estimar que el reloj de la recuperación inicia desde cero nuevamente si se tiene una reincidencia. Los trastornos por uso de sustancias constituyen una enfermedad crónica que implica un ciclo repetitivo común de abstinencia y recaída (Arria et al., 2012; Iglesias et al., 2008; Marlat & Gordon, 1985). Si ante enfermedades crónicas como la hipertensión, diabetes y asma que exigen una atención continua durante la mayor parte de la vida del paciente, solo el 40-60% de los pacientes incumple su programa de medicación, no hace modificaciones del comportamiento, ni dieta, aunque no se cuestiona seriamente la “eficacia” de esos tratamientos, ni se considera que los tratamientos hayan fracasado (Annis, 1986; UNODC, 2003).

Los tratamientos de corta duración de 30 a 90 días, excepto en el caso del suministro de metadona y de los grupos de autoayuda, son insuficientes para resolver una afección crónica de este tipo (Costello et al., 2019; Dennis et al., 2007; Fiorentine & Hillhouse, 2000; Lappan, 2020; Laudet & Stanik, 2010). La “recaída”, “reincidencia”, “recurrencia” o “retorno” al consumo, se define como el regreso a las conductas dependientes que caracterizaban el estilo de vida anterior al proceso de recuperación (Majer et al., 2010; Moe et al., 2022; Moos & Moos, 2006). Generalmente son comportamientos que suceden luego de un período inicial de abstinencia de entre uno y tres meses, donde se restablecen nuevamente los pensamientos, sentimientos y comportamientos adictivos con manifestaciones típicas (García & Graña, 1987).

Aproximadamente el 50% de las personas con trastorno por consumo de sustancias que reciben tratamiento reinciden al concluir dicho proceso (National Institute on Drug

Abuse [NIDA], 2010). Aunque, otros estudios refieren que las cifras ascienden hasta un 75-90%, cuando se trata de sustancias como la heroína y otras de mayor poder adictivo (Abdullah et al., 2020; Gossop et al., 2002). Reiteradas investigaciones muestran tasas de recaída de aproximadamente el 50% dentro de las primeras 12 a 24 semanas después de completar programas intensivos para pacientes hospitalizados que a menudo duran de 4 a 12 semanas (Baltieri et al 2003; Cornelius et al., 2003; Dennis & Scott, 2007). Incluso, desde la década del ochenta, se documentó evidencia de que el 70% de los consumidores recayó durante el primer mes después de la finalización del tratamiento y a los seis meses siguientes había ascendido hasta 87% (Maddux & Desmond, 1986; Sinha, 2011).

El enfoque tradicional basado en el modelo de salud-enfermedad de atención aguda que alienta a las personas a suponer que los pacientes que ingresan a un tratamiento por un trastorno por consumo de sustancias deben curarse y ser capaces de mantener la abstinencia de por vida después de un solo episodio de tratamiento especializado, empero, es insuficiente e ineficiente (Dennis et al., 2007; McLellan et al., 1997). Más bien, el progreso está indicado por ciclos de recuperación, recaídas y tratamientos repetidos, que a menudo, abarcan muchos años antes de dar como resultado una recuperación estable (Anglin et al., 2001; Hser et al., 1998, 2004; Scott et al., 2005). En los Estados Unidos de Norteamérica, se ha identificado que el 64% de los consumidores en algún tipo de tratamiento reiniciaron el proceso antes de terminar el procedimiento, y de los que lo han terminado, el 23% reingresa por segunda vez, el 22% por tercera o cuarta vez y el 19% por quinta vez o más, alcanzando la abstinencia sostenida después de tres o cuatro episodios de diferentes tipos de tratamiento durante varios años (Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas [CICAD], 2019; Groshkova et al. 2012; Oficina de Estudios Aplicados, 2005; SAMSHA, 2021b).

En un estudio longitudinal prospectivo con 1,271 pacientes, se indicó que la media de tiempo estimada desde el primer uso hasta al menos un año sin sustancias fue de 27 años, y la mediana de tiempo desde el primer tratamiento hasta un año sin alcohol o sustancias, fue de nueve años, con tres o cuatro episodios de tratamiento (Dennis et al., 2007). Hallazgos parecidos se localizaron en el estudio de Laudet & White (2004), donde luego de realizar un seguimiento de 5 años a 354 personas en recuperación viviendo en la ciudad de Nueva York, la mayoría se mantuvo tanto en el tratamiento con participación en grupos de ayuda mutua. El 71% de los encuestados informó periodos de uno o más meses de abstinencia y 50% manifestó cuatro o más periodos de uno o más meses de abstinencia antes de lograr una recuperación estable.

En las Encuestas de Vida en Recuperación [RLE], llevadas a cabo en Estados Unidos (Laudet, 2013), Canadá (McQuaid et al., 2017), Reino Unido (Best et al., 2015) y Australia (Best & Savic, 2015), se observó la presencia de una larga carrera de adicción previa a la recuperación de entre 18 y 20 años. En el caso de la encuesta canadiense se especificó que el patrón de intentos de recuperación se comportó de la siguiente manera: 51.2% de los consumidores no presentaron recurrencia del uso de sustancia después de la recuperación inicial, 14.3% presentó 1 recurrencia, 19.4% de 2 a 5 recurrencia y 15%, 6 o más episodios de recurrencia antes de la estabilidad de la recuperación. También Kelly et al., (2019), indicaron que el promedio de pretender alcanzar la recuperación sostenida estuvo precedido por un promedio cinco intentos serios con una mediana de dos intentos.

Por otro lado, Dennis et al., (2007), indicó que, por cada nueve semanas de tratamiento recibido durante el año, existen más probabilidades de que la transición del consumo a la recuperación aumente hasta un 2% y por cada 77 días de asistencia al grupo de

autoayuda las probabilidades de recaída disminuyen en 0.55%. Mientras que, por cada dos asistencias o más servicios de cuidados posteriores semanales, luego de haber finalizado el tratamiento, ofrece mayores probabilidades de recuperarse a los 6 meses, 1 año, 16 años y 60 años de seguimiento, independientemente de las variables sociodemográficas que se encuentren implicadas (Moos & Moos, 2007; Vaillant, 2003).

La recuperación es un proceso de cambio, un intento continuo y no solo un evento estático, pues se asume un estilo de vida saludable voluntario con abstinencia, pero, requiere un indudable esfuerzo individual e intencional, así como contar con apoyo social a largo plazo (Ashford et al., 2019; Best et al., 2016; El-Guebaly, 2012). Algunos estudios indican que, en contextos comunitarios con apoyo social sostenido, el 60% de las personas que cumplieron los criterios para un tratamiento, logran una recuperación sin presentar síntomas de dependencia o consumo durante el último año, luego de tomar al menos un episodio de tratamiento (Cunningham, 1999). La probabilidad acumulada de remisión a lo largo de la vida excedía el 80% para la nicotina y 90% para el alcohol, el cannabis y la cocaína (López-Goñi et al., 2017; López-Quintero et al., 2011).

SAMSHA (2021b) reportó que 7 de cada 10 adultos que alguna vez tuvieron un problema de consumo de sustancias se consideraban “recuperados” o “en recuperación”. Sin embargo, la misma organización indicó que, la cuarta parte de las personas con trastorno de consumo de anfetaminas, uno de cada cinco de la cocaína, el 15% de la heroína y uno de cada 10 de las dependientes del cannabis podrían entrar en remisión del trastorno por consumo de sustancia en fase activa en un año dado (Calabria et al., 2010). Otros estudios epidemiológicos mostraron que, en promedio el 58% de los consumidores con dependencia crónica de sustancias podrían entrar en una recuperación sostenida, aunque las tasas variaban

entre un 30% a 72%, más de la mitad de las personas que se habían identificado con un trastorno por consumo de alcohol y otras sustancias, habían entrado en recuperación más de cinco años, mientras que 34% reportó 10 años o más de abstinencia estable (Faces & Voices of Recovery, 2010; Faces & Voices of Recovery, 2001).

### **Identidad socio-personal**

Los factores de tratamiento como las estancias en programas y participación en cuidados posteriores de autoayuda son predictores cruciales para la transición en la recuperación (Ball & Ross, 1991; Finney et al., 1996; McLellan et al., 1993). La fuerza predictiva en la transición hacia la recuperación ha dependido de la lógica interna que sigue esta transformación ante la influencia de distintos factores externos e internos (Becoña et al., 2008; Flay & Petraitis et al., 1995).

Propuestas como los Modelos de Identidad Social de Cese de Mantenimiento [SIMCM] y Modelo de Identidad Social de Recuperación [SIMOR] han intentado dar respuestas a las incógnitas en la recuperación de personas con trastorno de consumo de sustancias. En la transición hacia este estilo de vida se destaca la maduración de una nueva identidad a partir de la influencia de factores terapéuticos de índole psicológico y social (Best et al., 2016; Frings, & Albery, 2015).

La interiorización de una nueva identidad representa un aporte novedoso y prometedor en el contexto de las adicciones. Desde los tratamientos de comunidades terapéuticas, por ejemplo, el cambio de identidad asociado a una recuperación estable se perfila como uno de los objetivos clave en estos programas (De León & Earleywine, 2013). El crecimiento de una identidad de recuperación y la disminución de una identidad de adicto

se ha asociado con una mejor retención en el servicio de tratamiento (Beckwith et al., 2019). Los sujetos que experimentan una mayor identificación con la comunidad terapéutica y una reducción en la identificación social con sus grupos de consumidores de sustancias a lo largo de las primeras dos semanas han permanecido en tratamiento significativamente más tiempo que los otros (Dingle et al., 2015).

Asimismo, Buckingham et al. (2013) plantearon que la recuperación se basa en la “restauración de una identidad estropeada”; pues la identificación implícita considerada inconsciente, cambia a una identidad de recuperación consciente. Los programas de 12 pasos para el tratamiento del alcoholismo presentan evidencia parecida, pues la ayuda en la recuperación de la adicción se realiza a través de una nueva narrativa de vida de las personas consumidoras, de modo que, les ayuda a dar sentido a cómo se volvieron adictos y, a su vez, proporciona una ruta para construir una nueva identidad centrada en el otro (Alcohólicos Anónimos, 1986; Biernacki, 1986).

La identidad en recuperación se relaciona así con la mejoría permanente de la recuperación, pues la maduración de esta interiorización se puede desarrollar en cualquier contexto rehabilitador, ya sea en servicios hospitalarios, ambulatorios, residenciales o de pares independientemente del tipo de adicción, ya sea al alcohol o las sustancias psicotrópicas, aunque dependiendo de la gravedad de la conducta adictiva es mayor el tiempo para construir la identidad de recuperación (Buckingham et al., 2013; Dingle et al., 2015).

La identidad constituye una configuración psicológica compleja y pluridimensional capaz de integrar permanentemente de forma parcial o total múltiples elementos que se han convertido en estados dinámicos, portadores de valor emocional, constituyendo necesidades

para la persona hasta alcanzar formar sentidos subjetivos dominantes que cumplen una función reguladora y autorreguladora hacia determinada actividad (Alonso-Jimenez et al., 2008; Boisvert et al., 2008; Tintaya Condori, 2019; González Rey, 1997). A su vez, variables psicológicas como los procesos cognitivos, afectivos o motivos que conforman la identidad dependen de procesos relacionales socio-grupales, pues la interiorización identitaria se propicia mediante la participación y el intercambio transformativo con el medio sociocultural, apropiándose de determinados códigos, normas, valores y roles, construyendo andamiajes de significados con sentidos dinámicos que cumplen luego, una función reguladora y autorreguladora (Vigotsky, 1987; Castorina et al., 1996).

Este proceso de aprendizaje se ha reconocido como socialización, interiorización, internalización, apropiación, asimilación, identificación, o incluso en algunos estudios como imitación (Vigotsky, 1987). Se ha planteado que la socialización-interiorización es el proceso por el cual, mediante transacciones sociales, se generan pautas específicas de conducta constituyendo una identidad social. Se incorporan posibilidades adaptativas adquiridas desde el medio social, aunque son reacomodadas cognitivamente según la iniciativa personal y la participación autodeterminada por parte de la persona en constantes equilibrios persona-ambiente (Bruner, 1991).

Cada sociedad y cultura dispone de un repertorio propio de códigos socioculturales que son transmitidos mediante estímulos interpersonales (Castorina et al., 1996). A su vez, cada individuo que nace como miembro potencial de determinada sociedad actúa de acuerdo con dichas normas y valores adquiriendo ciertas configuraciones o estilos cognitivos interiorizados, que luego reproducirá en modo de respuesta en su realidad (Domínguez, 2006).

Algunas aportaciones cognitivistas sociales, identifican que la interiorización es descrita como una forma de imitación de conductas, mediante procesos de aprendizaje secuencial tomados de un determinado modelo ejemplar, según las consecuencias reforzadoras (Bandura, 1977). También, la persona puede ser fuente de auto refuerzo durante el proceso de autoaprendizaje, sin embargo, se destaca que la simple comprensión y/o anticipación de las consecuencias del comportamiento del otro que es observado, actúa como refuerzo vicario o sustitutivo del refuerzo propio (Donovan, 1996).

Para la psicología evolutiva el proceso de interiorización se conoce como internalización y equilibración (asimilación - acomodación). La internalización alude a la adopción de normas y valores morales de otros como propios cuando se desarrollan habilidades en una secuencia de maduración personal (Tudge & Winterhoff, 1993). Según los autores, el momento en que se produce dicha maduración viene determinado principalmente por secuencias innatas pautadas para todas las personas de una manera similar.

Piaget en Tudge & Winterhoff (1993) refirió que se encuentran subyacentes tres procesos: asimilación que enfatiza como las experiencias nuevas serán interpretadas en función de las estructuras o esquemas cognoscitivos actuales; disequilibración que se refiere a la contradicción entre los eventos ambientales que se han asimilado y los procesos de pensamientos presentes, y acomodación que enfatiza la modificación integrada de los esquemas cognoscitivos existentes con las experiencias nuevas, adaptándose a ellas.

Por otro lado, desde el construccionismo social, se aborda la categoría interiorización argumentando la formación del psiquismo entre la relación de lo interpsicológico y lo intrapsicológico (Castorina et al., 1996). Mediante el apoyo cooperativo del “otro” y la

utilización de una serie de signos mediadores indispensables como el lenguaje, se produce la interacción entre dos sistemas de significados sociales y procesos de apropiación individuales (Vigotsky, 1979). La interiorización se entiende como un proceso de reconstrucción interna de una operación externa que requiere de una serie de transformaciones entre la práctica social y la vida psicológica, culturalmente históricas. De este modo, lo social se vuelve individual, un acto de comunicación se vuelve una representación mental y un fenómeno que se da en cierta manera se transforma en otro madurando la individuación que posteriormente repercute en la toma de decisiones personales (Vigotsky, 1987).

En la medida que el individuo va interactuando en una variedad de contextos sociales, su sentido del yo se comienza a derivar de su pertenencia a diversos grupos sociales que se estiman como significativos. Las identidades sociales resultantes de esta pertenencia sirven para estructurar y reestructurar la percepción y el comportamiento de una persona, sus valores, normas y objetivos, sus orientaciones, relaciones e interacciones, lo que piensan, lo que hacen y lo que quieren lograr (Tajfel & Turner, 1979).

En el caso del psicoanálisis, el individuo interioriza también una instancia auto reforzante de lo que es su ideal del Yo, donde la interiorización se aborda como un proceso de identificación. El ideal del Yo procede de la identificación con aquel conjunto de cualidades que el individuo desea poseer y valorar, hacia el cual dirige activamente su comportamiento. Tanto el superyó como el ideal del Yo proceden de la relación entre individuos -padre-hijos-, donde la identificación con el progenitor como un modelo de acción -ideal del yo- y como evaluador de la propia conducta -superyó- (Freud, 1978).

La identificación es la reproducción de comportamientos y actitudes del otro significativo en su vida con una adopción de las actitudes de los padres por parte del hijo que configuran la personalidad. La apropiación es otro de los términos que usualmente se emplea de manera muy similar a la interiorización. La apropiación es el proceso de tomar algo que pertenece a otro y hacerlo suyo, es algo externo que es importado para luego ser transformado a manera que se ajuste a los propósitos del nuevo propietario. La apropiación se produce cuando la palabra se convierte en propiedad de uno, los modos de hacer propios, de hacer suyos, de apropiarse de las normas socialmente establecidas (Rogoff, 1997).

En suma, aunque todas estas definiciones tengan una diferencia semántica, refieren un mismo fenómeno de la realidad psicológica. El proceso dialéctico de interacción entre lo externo-interno se produce a lo largo de toda la vida y a medida que evoluciona contribuye progresivamente a la construcción de una identidad estable de “sí mismo”, pero también cambiante. Es decir, a medida que el individuo intercambia de manera activa, evolutiva y significativa con el medio circundante inmediato y macrosocial, adquiere una identidad social que luego transita a ser personal, emergiendo así una construcción simbólica sobre “quien soy yo”, pero, esta construcción puede sufrir modificaciones ante determinadas situaciones vitales normativas y no normativas (Torregosa Peris, 1984).

En esta estructuración del Yo de lo externo a lo interno, la capacidad de reflexión, asunción de un papel y actitudes de los otros significativos resultan componentes relevantes en su maduración. En los primeros momentos el individuo comienza a tener conciencia de sí, adoptando el punto de vista de los otros significativos para verse y valorarse a sí mismo desde ellos (Giordano et al., 2014). Sin embargo, la maduración intelectual permite reconocer las distintas actitudes y valoraciones de los otros significativos, siendo capaz de ya no verse

solo desde las perspectivas de los otros socioculturalmente determinados, sino desde una relación dialéctica con los otros (Giddens, 1991). Las identidades en sí mismas son construcciones dinámicas definidas en parte por el mundo social inmediato que ocupa y percibe la persona. En particular, la comprensión reflexiva, la afectividad y la propia autoevaluación como consecuencia de la percepción de los otros, favorece el nacimiento de nuevos principios, ofreciendo marcos de referencias yoicos más amplios (Turner, 1985).

Sin embargo, de manera preferencial son la afectividad y autoevaluación que se desarrolla a partir de los otros significantes, miembros de grupos sociales significativos con los que se interactúa, los componentes que más influyen en la adopción de una valoración, identificación y asunción de nuevos roles identitarios y valores externos como propios (Torregosa Peris, 1984). Los grupos significantes van definiendo el yo, y a medida que se produce una mayor autocategorización e identificación de similitudes con miembros del grupo al que se cree pertenecer, se va encarnando con mayor fuerza y representatividad las percepciones y expectativas de dicho endogrupo, dando paso a que se puedan comparar y distinguir incluso, de manera cada vez más distanciada de miembros de otros grupos externos (Turner, 1985; Turner et al., 1987). Por otra parte, la interacción con grupos significantes hacia los que existe una afectividad genera no solo un sentido de pertenencia, sino también propician la formación de identidades sociales capaces de representar los roles y seguir las normas sociales imperantes en el grupo al que se encuentra afiliado (Thoits & Virshup, 1997).

A partir de la autocategorización con una identidad social determinada -yo colectivo, el individuo comienza a emplear etiquetas de “nosotros” versus “ellos”, comparando los atributos de su grupo -como colectivo- en relación con un exogrupo psicológicamente relevante (Dingle et al., 2019; Haslam et al., 2005; Jetten et al., 2014). Ahora, cuando este

sentido de pertenencia se interioriza subjetivamente como un componente importante dentro del propio autoconcepto, y se integra al autoesquema que sostiene el yo central. Los roles sociales, normas y valores asumidos pasan a ser características internas que el individuo reconoce como atributos y valores inherentes al concepto de sí mismo (Best et al., 2016). Se produce el tránsito de una identidad social o yo colectivo que se refiere a 'nosotros' versus categorizaciones de "ellos", a un "yo" versus categorizaciones de "no yo" y las comparaciones con base en atributos se realizan con relación a otros miembros del endogrupo (Best et al., 2008; Best et al., 2012). A mayor identificación con un determinado grupo o categoría social al que se cree pertenecer, mayor exposición a sus normas, así como mayor receptividad hacia ellas. Esto último, aumenta la probabilidad de que las normas del grupo se integren en el propio sentido de uno mismo.

Sobre la base de ambos conceptos: “interiorización” e “identidad”, y posicionándonos desde la evidencia empírica, es pertinente que el estudio integrado de ambos constructos pueda servir para explicar de manera integrativa y multidimensional el viaje de transición que se produce en el proceso de la recuperación y el papel que desempeñan diferentes factores terapéuticos que en el orden social, intrapersonal, biológico, espiritual y/o evolutivo influyen sobre este proceso de transición subjetiva.

### **Interiorización de identidad en recuperación**

En el epígrafe anterior, se explicó que la identidad se refiere a cómo las personas se perciben a sí mismas en base a la identificación y autocategorización que tienen con grupos significativos a los que se cree pertenecer, como se asumen roles y normas sociales que luego se introyectan y forman atributos inherente parte del Yo. En este apartado, sustentado en lo

expuesto en el epígrafe previo y respaldado por evidencia empírica en el campo de las adicciones, analizamos también como se produce específicamente la interiorización de una nueva identidad de recuperación desde una perspectiva social y/o personal-narrativa, así como los componentes terapéuticos, que según la literatura se asocian con la construcción de una nueva identidad de recuperación en personas con trastornos por consumo de sustancias.

Desde la perspectiva construccionista social, por ejemplo, la construcción de la identidad es un proceso continuo que se ve afectado por una serie de factores tanto contextuales como personales o subjetivos (Howard, 2006). Entre los factores personales camino a la recuperación se encuentra que, la consciencia de etiquetar sus problemas en un inicio resulta muy importante para la aceptación del problema con las drogas, aunque luego comiencen a redefinirse o recategorizarse de manera diferente en partes del proceso ya más avanzadas (Howard et al., 1986; Howard, 2006). La estrategia narrativa de desidentificación con la antigua autodefinición es una pieza importante para el cambio de identidad en el proceso de recuperación de personas con trastorno de consumo de sustancias (Howard, 2008). De hecho, la construcción de una nueva versión narrativa de sí mismo ayuda a cambiar progresivamente la antigua autodefinición de “adicto”, conduciendo implícitamente a la regulación de nuevas actitudes y conductas, la autonarración es necesaria para un nuevo autogobierno (Mcconnell & Snoek, 2018). Así mismo, el uso frecuente del léxico de una nueva forma de auto percibirse es indicativo no solo de la internalización de la recuperación, sino también implica en algún grado, que se está produciendo un nivel de interiorización mucho más personalizado de la identidad (Frings & Albery, 2015).

Por otra parte, desde la perspectiva social asumir roles y participar en actividades que fomentan un enfoque de ayuda al 'otro' promueve la integración apoyando una identidad

prosocial (LeBel et al., 2015). En la oportunidad de ayudar a cambiar a otros, también se modifica la forma en que las propias personas se ven a sí mismas, llevándolos a asumir una visión de su Yo como más digna, valiosa, competente y capaz (Marsh, 2011; Sánchez Solís et al., 2015). La oportunidad de asumir nuevos roles representa mecanismos clave de transformación para construir una identidad legítima de reemplazo ante las viejas formas de autoidentidad negativa basadas en el uso de sustancias y la adicción. Además, ayudan a ganar legitimidad ante los ojos del "otro" y alivian el estigma de la antigua identidad de consumidor de sustancias (Biernacki, 1986; McPherson et al., 2018; Patton & Farrall, 2021).

En las comunidades terapéuticas se identifica el valor de interiorizar una nueva identidad social para alcanzar una recuperación estable a través del sentido de pertenencia y la representación de roles. Un estudio longitudinal prospectivo de 132 adultos que recibieron tratamiento en el contexto de comunidad terapéutica informó que en el 76% de los que permanecieron en el tratamiento disminuyeron la fuerza de la identidad de consumidor mientras que la identidad de recuperación aumentó en un 64%, mostrando el 33-50% de la variación en el consumo de sustancias y bienestar en el seguimiento (Dingle et al., 2015; McIntosh & McKeganey, 2000).

Al asumir roles activos dentro del comunidad se ha identificado como una forma de desempeño de la identidad, es decir, como una promulgación pública de la identidad y de la asunción de normas pertinentes (Klein et al., 2011), generando autonomía y compromiso al cambio (Deci & Ryan, 2017). La colaboración en actividades significativas con un enfoque de ayuda social recíproca brinda oportunidades para demostrar un compromiso con los valores y comportamientos compartidos del grupo o de la comunidad. Experimentar un sentido de pertenencia y tener la oportunidad de reforzar acciones que permitan adherirse a

los valores grupales, específicamente la ayuda mutua y la asunción de liderazgo o roles de expertos, contribuye a la consolidación de una nueva identidad social (Finn et al., 2009; Patton et al., 2022).

Ahora bien, algunos de los componentes terapéuticos que los estudios documentan asociados con la construcción de una nueva identidad de recuperación en personas con trastornos por consumo de sustancias destacan: la duración del programa, la motivación, la satisfacción, la participación en grupos de autoayuda, y el tipo de tratamiento residencial/ambulatorio (Luengo et al., 2000). El tiempo prolongado de tratamiento y atención continua propicia adherencia terapéutica y permanencia de los tratamientos (Costello et al., 2019, Hoffman et al., 1996; Mckay, 2021), aunque las tasas de abandono prematuro de los programas oscilan entre el 30-80% (Lappan et al., 2020; López-Goñi et al., 2008). Además, se señala que entre un 20-90% de los pacientes de las personas dadas de alta no acceden con éxito a la atención continua recomendada para pacientes ambulatorios (Godley et al., 2001, 2002; López-Goñi et al., 2017).

Se ha planteado que la mayoría de las personas con trastorno de consumo de sustancias requieren por lo menos tres meses de tratamiento para detener el consumo o reducirlo de forma significativa, aunque, los mejores resultados se logran con periodos más largos de tratamiento y de seguimiento 6-12 meses (Simpson & Sells, 1982; Simpson et al., 1997). El abandono prematuro y el déficit de atención resultan componentes relevantes para entender las recaídas en reiteradas ocasiones, pues la ausencia de cuidados posteriores y falta de reintervención temprana en caso de recaídas, alargan aún más los ciclos de tratamientos posteriores antes de alcanzar una recuperación estable (CIJ, 2010). De ahí, la importancia de la atención continua a largo plazo para ayudar a las personas a mantener su recuperación,

que, resulta vital en la finalización del programa residencial inicial (Gossop et al., 2003; McKay et al., 1998).

Dennis et al. (2007) reflejaron la importancia del cuidado continuo y la reintervención temprana, comparando dos grupos que se monitorearon y reintervinieron con prontitud. Se encontró que, a los 24 meses posteriores de alta de un tratamiento, las tasas de reingreso fueron altas en ambos grupos (64% frente a 51%) y la mediana de tiempo hasta el reingreso fue más corta (376 frente a 600 días). Aun así, el hecho de que los consumidores del grupo experimental volvieran al tratamiento en mayor número (60% vs. 51%) comparados con grupos control, y asistieran al tratamiento más días (promedio 63% vs. 40%) dio más probabilidades de que no necesitaran tratamiento después de 2 años (34% a 44%).

Para garantizar la eficacia de una gestión de recuperación se involucraba a los recaídos en el tratamiento lo antes posible, manteniéndolos allí más tiempo, ya que posteriormente esto reducía las necesidades de tratamiento en 24 meses de seguimiento (Dennis et al., 2007). Por otro lado, la permanencia en tratamiento ambulatorio con metadona durante al menos un año presentó cinco veces más probabilidades de tener resultados de seguimiento favorables sobre uso de la sustancia (Simpson et al., 1997).

Con los datos compartidos se demuestra que, los procesos de rehabilitación que se asocian a un mayor grado de satisfacción con el tratamiento recibido y con la ayuda terapéutica proporcionada facilitan más pronta recuperación, que los programas donde existen abandonos definitivos (Fernández-Hermida et al., 2002). Por ello, uno de los componentes que más suelen empelarse para alcanzar la retención es el diseño de estrategias

de motivación que permitan comprometerse y mantenerse en tratamiento para obtener una recuperación estable y duradera (Bourke et al., 2016; Moyers & Martin, 2006).

Cerca de 200 ensayos clínicos aleatorizados han encontrado una eficacia significativa de la entrevista motivacional en el tratamiento de los trastornos por uso de sustancias (Miller & Rollnick, 2002), mientras las tasas de abandono son cuatro veces mayores en grupos de confrontación, e incluso entre los que completaron el tratamiento no hay diferencias significativas en los resultados (Kashner et al., 1992). Por el contrario, los estudios clínicos que muestran niveles de resistencia son mucho más bajos cuando se emplea un estilo terapéutico motivacional (Bischof et al., 2021; Copeland et al., 2015; Frost et al., 2018; Lundahl et al., 2013; Magill et al., 2018).

Investigaciones realizadas con doce meses de seguimiento de emplear ambos modelos de tratamiento, encontraron una tasa de abstinencia y permanencia en el contexto de rehabilitación de más del doble para los consumidores tratados con un método terapéutico empático y colaborativo versus los que participaron en un programa de confrontación (Meier et al., 2005). Resultados similares de otros estudios reportaron que cuanto más empático es el trato hacia los consumidores por parte de los consejeros y otros pares, menos clientes consumen a los 6, 12 y 24 meses (Martino et al., 2019).

Asimismo, la recaída es cuatro veces mayor cuando se han empleado tratamientos con una empatía baja en relación con alta, e incluso a los 24 meses la relación se mantiene por encima de 2 a 1. Por lo general, para subsanar esta tendencia a la reincidencia por deficiencias motivacionales y carencia de empatía, se utilizan estrategias de evocación de un

diálogo de cambio (Magill et al., 2018; Moyers et al., 2006), con escucha reflexiva y un estilo directivo, pero no confrontativo (Miller & Rollnick, 2002).

La psicoterapia resulta ser una herramienta de cambio en tanto que la acción relacional terapéutica según las características específicas del paciente -además del diagnóstico-, mejora la efectividad del tratamiento (CIJ, 2018). Tanto el ambiente relacional de la psicoterapia como la capacidad de respuesta a los pacientes resultan típicamente eficaces debido a la motivación y voluntariedad. La manifestación de las intenciones de mantener una abstinencia parcial luego de concluida la rehabilitación presenta mayor porcentaje de reincidencia que los que abogan por practicar una abstinencia absoluta y mayor interés hacia el tratamiento (Walton, 2015).

Conjuntamente, un mayor involucramiento en las actividades realizadas dentro de contextos de rehabilitación se ha asociado con hasta un 83% más de probabilidad de abstinencia en intervalos de seguimiento de 6 y 12 meses. Mientras, que la probabilidad de abstinencia ha sido sólo del 26% entre personas que no han tenido tal participación (Timko & De Benedetti, 2007). El apoyo recibido de los pares en los grupos de ayuda mutua, así como las actividades propuestas desde estos esquemas de atención terapéutica son elementos significativos de recuperación (Etheridge et al., 1999; Fiorentine & Hillhouse, 2000; Witbrodt et al., 2014).

Ahora bien, los componentes terapéuticos mencionados no son los únicos elementos curativos implicados en el viaje hacia la recuperación. Existe un mayor número de factores implicados en la construcción de una nueva identidad de recuperación en las personas diagnosticadas con trastorno por consumo de sustancias. Todavía no se alcanza a comprender

con exactitud los elementos curativos de mayor consistencia dentro del tratamiento asociados a este proceso identitario, como la interrelación entre estos componentes, la incidencia en la maduración de una nueva identidad de recuperación y los cambios internos que van evolucionando por etapas durante este viaje a medida que se recibe la influencia de estos factores terapéuticos. Es necesario elaborar una propuesta que permita una comprensión integrativa y no fragmentada, tanto de los principales “ingredientes activos” ubicados dentro del periodo de tratamiento, como de los procesos subjetivos que van madurando en esta nueva identidad por la influencia mancomunada de dichos factores predictores. Por consiguiente, la presente investigación se ha trazado como pregunta general la siguiente interrogante:

***¿Cómo son los cambios psicológicos graduales en el periodo de tratamiento y prevención de recaídas de personas con trastorno por consumo de sustancias mediante la construcción de una identidad de recuperación?***

Derivada de la pregunta general, las interrogantes específicas que le sucedieron fueron las siguientes:

¿Cuáles son las variables predictoras del tratamiento asociadas con la prevención de recaídas en personas con trastorno por consumo de sustancias mediante una revisión sistemática documental?

¿Cuáles factores de tratamiento terapéutico poseen una mayor influencia según la percepción de consumidores recuperados en la interiorización de una nueva identidad?

¿Cómo sería la construcción de un instrumento psicométrico válido que evalúe el predictor tiempo prolongado de tratamiento y su relación con la recuperación del consumo de sustancias?

¿Cómo son los cambios psicológicos de personas con trastorno por consumo de sustancias en tratamiento al interiorizar una identidad de recuperación?

### **Justificación de la investigación**

La recuperación exitosa en el campo de las adicciones constituye uno de los principales retos para los profesionales de la salud mental. El tratamiento continuo y los elementos que subyacen en su interior, desempeñan un papel clave en la remisión de esta problemática por parte de los servicios de rehabilitación. Sin embargo, diversos estudios destacan en la evaluación de programas de rehabilitación, dificultades para priorizar y articular componentes curativos claves que garanticen una mayor eficacia en la superación de continuas recaídas y en la construcción temprana de una nueva identidad de recuperación.

Se hipotetiza que esta deficiencia se debe a la imprecisión de la explicación teórica y de los procedimientos de rehabilitación con enfoque integrativo capaz de comprender detalladamente cuáles son los componentes terapéuticos claves que pueden influir en la transición del consumo de sustancias a la interiorización de una identidad de recuperación; así como la lógica interna que sigue este proceso de transformación interior ante la presencia de dichos componentes. Esta limitante, justifica la necesidad de realizar nuevas investigaciones que aporten hallazgos empíricos de consistencia, donde se fundamente coherente e integralmente la interrelación de componentes terapéuticos que conducen a la interiorización de una identidad de recuperación.

En los estudios que se han consultados solo se analizan la interrelación de dos o tres componentes terapéuticos asociados a la prevención de recaídas y/o recuperación, pero no alcanzan a integrar más elementos de rehabilitación a sus resultados. Los estudios cuantitativos se limitan al plano de análisis correlacional, predictivo e incluso explicativo conclusivo cuando se trata de reportar hallazgos metaanalíticos, sin embargo, ni siquiera estos últimos estudios de mayor rigurosidad, sostienen una comprensión sobre los procesos internos que fundamentan, por qué algunos factores terapéuticos y no otros, son los principales principios activos de tratamiento que más propician la recuperación.

Por otro lado, desde las perspectivas cualitativas, se realizan exploraciones encaminadas a comprender los procesos que se derivan de la influencia de algunos componentes terapéuticos. Sin embargo, aún se requiere mayor integración y claridad en este sentido. Todavía se puede observar en la praxis rehabilitadora que existe una desorientación teórica expresada en falta de concordancia entre los tratamientos implementados, y los modelos teóricos integradores que deberían respaldar su fundamentación lógica (Moskowitz, 1989; Werch et al., 1992). En otros casos es lo contrario, se ubican programas adecuados, pero que no se han detenido en una minuciosa elaboración de las bases teóricas de los mismos, dado que su buen funcionamiento origina tener más interés en el alcance de resultados que en la propia base teórica en sí (Flay & Petraitis, 1995).

Todo indica que, al parecer una crítica común en la elaboración de numerosos programas de atención es la falta de sustento teórico o tomar como referencia teorías explicativas insuficientemente desarrolladas, que no argumentan con suficiente rigor los componentes terapéuticos y procesos subyacentes priorizados para agendar una mayor probabilidad de transitar del consumo a la recuperación. Esto se traduce luego, en la

obtención de resultados pragmáticos deficientes en una problemática compleja que requiere múltiples rondas de tratamiento para alcanzar la recuperación estable.

Por consiguiente, la principal aportación de este estudio es otorgar explicaciones teóricas consistentes y coherentes que articulen de manera integradora, detallada y clara, el papel que desempeña la interacción de distintos componentes de tratamiento terapéutico así como los procesos implícitos que maduran por la influencia de cada factor, y que contribuyen en la transición del consumo de sustancias hacia la construcción de una identidad de recuperación estable.

Ahora bien, además del *valor teórico* que puede suponer realizar una investigación de este tipo. El estudio actual también pretende arribar a hallazgos de *utilidad metodológica*, creando un nuevo instrumento que pueda servir para recolectar o analizar datos concernientes a la recuperación de las adicciones. En cuanto a la *relevancia social e implicaciones prácticas*, la investigación resulta conveniente y responde a las demandas que la sociedad dictamina sean atendidas en esta área. De hecho, los principales beneficiarios serán las personas con trastorno de consumo de sustancias que se encuentran recibiendo atención en centros de rehabilitación, así como los administradores encargados de implementar dichos programas. El propósito es compartir con los directivos de instalaciones terapéuticas los hallazgos empíricos encontrados, y en particular, proponerles un sustento teórico que oriente claramente los principales componentes terapéuticos que pueden tomarse en consideración dentro del tratamiento.

Respecto a la diseminación de los resultados obtenidos, se pretenden llevar a cabo estrategias de visibilidad utilizando diferentes medios de divulgación: generación

manuscritos publicables en medios académicos y científicos como revistas indexadas, foros, conferencias, congresos, participación en mesas de investigación, elaboración de carteles, infografías, intercambios y capacitación a personal encargado del tratamiento a personas con trastorno de consumo de sustancias, así como la difusión a través de redes interdisciplinarias interinstitucionales como la Red de Salud Fronteriza en Ciudad Juárez Chihuahua (ROTMENAS), surgida para analizar problemáticas de la población asociadas a este tipo de trastornos por consumo de sustancias y otras alteraciones de índole psicológico (Chávez Baray, 2023).

### **Objetivos del estudio**

Tal como se ha venido comentando en los acápites previos de esta investigación doctoral, los estudios empíricos y teóricos realizados sobre la construcción de una nueva identidad de recuperación han permitido discernir algunos de los importantes componentes terapéuticos relacionados con este proceso, así como la ruta interna que en alguna medida sigue esta transformación subjetiva en el caso de los consumidores recuperados. Sin embargo, a pesar de los resultados alcanzados aún se detectan limitaciones al momento de explicar, desde una perspectiva integrativa, por qué la interrelación de algunos factores terapéuticos ubicados dentro del tratamiento se asocian con mayor eficacia en evitar las recaídas y por ende, conducir a una transición oportuna en la construcción de una nueva identidad de recuperación. Por consiguiente, tomando en cuenta las limitaciones aún presentes en este campo de estudio, la investigación de Tesis Doctoral en curso se propone como objetivos principales:

### ***Objetivo General***

Analizar los cambios psicológicos graduales en el periodo de tratamiento y prevención de recaídas de personas con trastorno por consumo de sustancias mediante la construcción de una identidad de recuperación.

### ***Objetivos específicos***

1. Identificar mediante una revisión sistemática las variables predictoras de tratamiento asociadas con la prevención de recaídas en personas con trastorno por consumo de sustancias.
2. Analizar mediante una exploración cualitativa los factores de tratamiento relacionados a la interiorización de una nueva identidad de recuperación.
3. Determinar mediante un pilotaje la validación inicial de un instrumento que mida el constructo tiempo prolongado de tratamiento y de atención continua durante la recuperación de los trastornos por consumo de sustancias.
4. Analizar las fases de cambio que atraviesan en personas con trastorno por consumo de sustancias hasta llegar a interiorizar una identidad de recuperación, así como los procesos subjetivos que se van gestando a medida que se transita por cada una de esas fases.

### **Estructura de la Tesis Doctoral**

En un primer apartado de Introducción, se presentó la problemática del consumo de sustancias mediante el estado del arte respecto a la identidad socio-personal y la interiorización de la identidad de recuperación.

Luego, para lograr los objetivos señalados, la investigación siguió un enfoque multimétodo (mixto) de diseño transformativo secuencial (DITRAS), de carácter derivativo no experimental y de corte transversal. El estudio no pretendió reemplazar a la investigación cuantitativa ni a la investigación cualitativa, sino utilizar las fortalezas de ambos tipos de indagación combinándolas y tratando de minimizar sus debilidades potenciales.

En el capítulo I, se presenta la fundamentación teórica del estudio y en los subsecuentes capítulos II, III, IV y V, se generaron cuatro estudios independientes consecutivos comprendidos en cuatro fases derivativas, basados en la triangulación y complementación de procedimientos deductivos e inductivos para la recolección de datos. Las cuatro investigaciones consecutivas a pesar de realizarse con metodologías distintas y de manera independiente se articularon de modo secuencial permitiendo analizar un mismo fenómeno estudiado desde miradas distintas (Batthyány & Cabrera, 2011).

En el capítulo II (estudio 1), se realizó una revisión sistemática que permitió discriminar inicialmente desde la literatura los predictores de tratamiento de mayor jerarquía en la prevención de recaída en el consumo de sustancias. Como estrategia de búsqueda bibliográfica se detectaron numerosas revisiones sistemáticas y estudios originales que destacaron las variables predictoras de tratamiento asociadas a la prevención de recaídas en un periodo de diez años (2011- 2020).

En el capítulo III (estudio 2), se desarrolló una exploración con enfoque cualitativo que permitió identificar los factores de tratamiento relacionados a la interiorización de una nueva identidad de recuperación a partir de la experiencia de los exconsumidores recuperados que han logrado mantener la abstinencia por más de un año. Con muestreo en

cadena, se realizaron nueve entrevistas semiestructuradas con preguntas validadas por criterio de expertos, cuyos participantes fueron seleccionados de alguno de los centros de rehabilitación públicos y privados de la localidad de Ciudad Juárez, Chihuahua, México.

En el capítulo IV (estudio 3) se aplicó una ruta de validación de los predictores detectados a partir de las variables y categorías encontradas en la revisión sistemática (estudio 1) y la exploración cualitativa (estudio 2). Los participantes fueron seleccionados de varios centros de rehabilitación disponibles para administrar el instrumento creado con fines de validación por piloteo.

En el capítulo V (estudio 4) se construyó una propuesta explicativa para un conformar una propuesta teórica con enfoque integrativo que permita la comprensión de las fases de cambio de los consumidores para interiorizar una identidad de recuperación, así como los procesos subjetivos que se van gestando a medida que se transita por cada una de esas fases. Finalmente, se presenta en el capítulo VI la discusión y conclusiones del estudio en general.

# *CAPÍTULO I*

## *Fundamentación Teórica*

## Capítulo I. Fundamentación Teórica

Los fundamentos teóricos constituyen la base orientadora sobre la cual una investigación mantiene razonamientos buscando posibles evidencias que den respuestas a las interrogantes planteadas en el inicio de un estudio determinado (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2004), pues el marco teórico es el reflejo del modelo o los modelos con que se analizan los datos. Por lo general, los niveles neurálgicos que componen el marco teórico se estructuran de acuerdo a su grado de abstracción, presentando la argumentación de los supuestos paradigmáticos asumidos de los cuales se desprenden las teorías generales, seguidas de teorías sustantivas, y las proposiciones teóricas (Sautu et al., 2005).

Se aborda el paradigma de Síntesis Experimental del Comportamiento [SEC], seguido de la presentación de varios modelos teóricos integrativos y teorías generales que son necesarias para comprender en profundidad el fenómeno: Modelo Ecológico de Bronferbener, Modelo Integrativo-Multidimensional, Teoría de Identidad social, Teoría de Autocategorización, Premisas constructivistas -Vigotsky, Piaget, Ausubel, Bandura- (Ardila, 1993; Bandura, 1977; Taifel & Turner, 1979; Vigotsky, 1987).

Por último, se exponen las teorías sustantivas que se relacionan directamente con el campo de los trastornos por consumo de sustancias: Prevención de Recaídas, Modelo Transteórico de Proshaska y Diclemente (1992), Entrevista Motivacional, Modelos sociales en interiorización de identidad de recuperación -Modelo de Identidad Social de Recuperación (SIMOR), Modelo de Identidad Social de Cese de Mantenimiento (SIMCM)-, Factores Terapéuticos de Yalom, Modelos psicodinámicos, Teoría de Autodeterminación, Teoría de

Comportamiento Planificado y Modelos existenciales-humanistas (Best et al., 2016; Deci & Ryan, 2017; Marlatt & Gordon, 1985).

### *Convergencias paradigmáticas*

Los paradigmas funcionan como un sistema de creencias básicas basadas en supuestos ontológicos, epistemológicos y metodológicos que determinan el modo de comprender la realidad y de representar una visión del mundo (Guba & Lincoln, 1989; Sautu et al., 2005). La mayoría de los investigadores asumen paradigmas cuya lógica y premisas son muy distintas, incluso opuestas, adhiriéndose a un enfoque único e incompatible del cual asumen posteriormente sus métodos en consecuencia, como una especie de correspondencia “uno a uno” (Guba & Lincoln, 1989; Hernández Sampieri & Mendoza, 2008). La posición positivista y pos-positivista se sitúan mayormente desde metodologías cuantitativas, ontológicamente la realidad es percibida de manera objetiva, y epistemológicamente se guarda distancia con su objeto de estudio, además, el investigador intenta desprenderse de sus propios valores para asumir una posición “neutral, objetiva y distante” (Guba & Lincoln, 1989).

Por el contrario, la posición constructivista, naturalista e interpretativa, se acercan a la realidad con metodologías cualitativas y la perciben ontológicamente como subjetiva y múltiple. El investigador se inmiscuye en el contexto de acción que va a investigar, y sus valores están involucrados en la producción del conocimiento generado mediante la flexibilidad que el mismo evoca (Sautu et al., 2005). Sin embargo, existen polarizaciones paradigmáticas rígidas y frecuentemente se considera que su elección depende linealmente de la postura ontológica y epistemológica asumida (Lincoln & Guba, 1985). En la actualidad,

distintos autores defienden que no existe una unión necesaria entre estos diferentes niveles, es decir, las elecciones ontológicas y epistemológicas no tienen por qué prescribir directamente las opciones metodológicas (Bryman, 2004; Guba & Lincoln, 1989).

Bien puede darse, que determinados investigadores asuman posturas vinculadas al positivismo, el empirismo lógico o el postpositivismo, utilizando preferentemente métodos cuantitativos, aunque, también podría darse el caso de utilizar igualmente métodos cualitativos para alcanzar sus objetivos respetando sus principios ontológicos y epistemológicos (Cook & Reichardt, 1986). Cuanto más, si se trata de obtener una amplia base de conocimiento para abordar realidades complejas donde se hace necesario utilizar diversas perspectivas disponibles, apelando con flexibilidad y adaptabilidad de los métodos y las técnicas propias derivadas de cada enfoque epistemológico (Álvarez, 1986).

El paradigma pragmático es una clara representación de como se emplean tanto métodos cuantitativos como cualitativos en un tipo de metodología mixta, constituyendo una vía alternativa ante el pospositivismo y el constructivismo (Hernández Sampieri & Mendoza, 2008). Desde este tipo de paradigmas la investigación se orienta más a la “acción” que a la discusión filosófica y transfiere la “teoría práctica” a lo que funciona, buscando generar más conocimiento práctico que teórico (Johnson & Onwuegbuzie, 2004). Su eje es la acción, la funcionalidad y las consecuencias de esta sobre la realidad estudiada; tanto así que la apuesta deja de ser la generación de sistemas para dar prioridad a la resolución de problemas. Se trabaja desde la complementariedad y la convergencia de resultados obtenidos desde cada perspectiva, lo cual propicia una mayor triangulación en un mismo estudio, fomentando el incremento de la validez del análisis y las inferencias, dado que, cuando una hipótesis o

resultado sobrevive a la confrontación de distintos métodos, tiene un grado mayor de validez que si se prueba por un único método (Jick, 1979).

Sin embargo, a pesar de las bonanzas descritas en este tipo de paradigma, el presente estudio pretende formular una explicación o comprensión teorizada -no tanto práctica- que permita entender la complejidad del fenómeno que se está estudiando desde un movimiento integrador -un todo sistémico-. Es decir, al explicar desde distintas miradas y modelos teóricos convergentes, un mismo fenómeno complejo, se pretende arribar a una teorización integrativa y no a un simple uso utilitarista y ecléctico como el usado habitualmente desde el paradigma pragmático. En consecuencia, en el siguiente apartado se hace mención al paradigma integrador asumido, mismo, que a nuestro juicio permite la utilización tanto de métodos cuantitativos como cualitativos, al tiempo que propicia a su vez, formular hallazgos integradores y coherentes entre sí.

### ***Síntesis experimental del comportamiento***

La tendencia a la unificación, los puntos de convergencia, la búsqueda de explicaciones integradoras han sido posiciones mayoritarias en los últimos años dentro de las ciencias psicológicas actuales (Staats, 1983; Sternberg, 2005; Pardos, 2008). El origen del paradigma síntesis experimental del comportamiento (SEC) ha sido una de las propuestas programáticas que más se ha encaminado a favorecer dicha unificación de la psicología sin apelar al eclecticismo. La SEC presenta un cuerpo de conocimiento válido y confiable logrado a lo largo de varios decenios de investigaciones, tanto de laboratorio como de campo, siguiendo las exigencias científicas más rigurosas, por lo que no es una simple síntesis ecléctica (Ardila, 2006). Sus esfuerzos se orientan a integrar desde su marco de referencia

explicativo los hallazgos científicos encontrados dentro de otros sistemas paradigmático, logrando responder a la necesidad de generar principios conceptuales comunes en diferentes áreas de la psicología generándose horizontes comunes (Goertzen, 2008; Kirschner, 2006).

Dentro este paradigma, la psicología es entendida como una sola disciplina donde, si bien existen diferentes métodos científicos, estos se adecúan en función del campo de trabajo. La SEC precisa que la unificación es un conjunto común de principios fundamentales que permiten describir y explicar los fenómenos (Green, 2015). Tanto la integración como la unificación que propone este paradigma, busca la complementariedad para lograr una mayor profundidad en la explicación y la comprensión, tomando solo aquellos elementos que sean útiles, no solo la mera inclusión de elementos teóricos existentes de manera desordenada y sin ninguna lógica. Es decir, no se trata de integrar todo lo que se ha investigado en todos los enfoques de la psicología, sino de traducir lo que posee suficiente sustrato científico a los términos y filosofía de la síntesis (Ardila, 2010). La SEC tiende a evitar el eclecticismo porque este carece de un marco de referencia unificado y de una columna conceptual sólida, con algunas contradicciones y carencia de validez (Sternberg, 2005).

Un hallazgo en el campo de la psicología social, en psicolingüística, en psicología evolucionista, o en el estudio de las diferencias individuales, si tiene fundamentación y explicación teórica, y si es parte de la ciencia, puede traducirse -translacionarse- a los conceptos de la SEC, dándole sentido y coherencia. Esto permite brindar uniformidad de lenguaje, pasando de un lenguaje ambiguo al lenguaje científico y técnico mediante la traducción -translación-. Además, favorece contar con un marco de referencia basado en la ciencia natural y social, con principios compartidos, siempre que los hallazgos encontrados dentro de otros marcos conceptuales sean rigurosos y contrastables, basados en

la evidencia, refutables y replicables (Ardila, 1993). Por la razón mencionada, la SEC plantea que existe posibilidad de encontrar leyes generales, universales, que están más allá del tiempo, el espacio, las culturas y los sesgos de los investigadores.

Ahora bien, desde esta perspectiva paradigmática se plantea que la metodología debe ser múltiple y adecuarse al fenómeno que se investiga pudiendo emplearse para diferentes problemas diferentes metodologías, únicas o múltiples. Sin embargo, se favorece el análisis experimental como método para luego formular sus leyes a nivel comportamental y no fisiológico, enfatizando el aprendizaje por sus consecuencias y brindándole importancia al control de ambientes. Sus puntos de partida son la utilización de datos observacionales y correlacionales, estudios de campo, estudios de caso, metodologías cualitativas, que luego lleva a la situación experimental, siempre que pueda hacerse, así como la utilización de modelos matemáticos y fórmulas de estructuras teóricas para integrar los hechos, deseando estar más allá de los dogmatismos y de los conflictos paradigmáticos (Ardila, 2007).

Este paradigma es parte del análisis experimental y por ello, una propuesta que está muy cerca de los aportes de Skinner (1975). No obstante, lo trasciende porque logra ir más allá y explicar lo que el análisis experimental que en su momento no logró explicar por carencias metodológicas o el inadecuado desarrollo del área. Desde la SEC, se incorporan ventajas de notable valor para el abordaje de los fenómenos dentro de la psicología desde una mirada integracionista como: estudiar problemas más complejos relacionados con procesos cognoscitivos, lenguaje, comportamiento social y emociones. Utilizar como punto de partida datos observacionales y correlacionales que proporcionen información útil para futuros trabajos experimentales. La utilización de matemáticas y formulación de estructuras teóricas

permiten complementar los hechos dotando a la psicología una tecnología efectiva y aplicable.

### ***Modelo ecológico***

El modelo ecológico de Bronfenbrenner (1979) indicó que el ambiente ecológico - medio social-, se concibe como un conjunto de estructuras seriadas donde los contextos sociales globales integran de manera escalonada los que les anteceden. La persona en desarrollo se encuentra inmersa en varios sistemas ambientales seriados que incluyen desde escenarios inmediatos como la familia hasta contextos más remotos como la cultura social, que interaccionan con las características individuales de la persona. Tanto la realidad familiar como la realidad social y cultural pueden entenderse organizadas en un todo articulado, como un sistema compuesto por diferentes subsistemas que se articulan entre sí de manera dinámica. Estas diferentes estructuras seriadas y ordenadas en distintos niveles dentro del ambiente ecológico -social- se denominan: microsistema, mesosistema, exosistema, macrosistema y cronosistema.

El nivel más próximo al individuo es el microsistema, este se refiere a las actividades e interacciones que ocurren en los alrededores inmediatos a la persona, pero también, a variables individuales como hábitos, características físicas, temperamento, capacidades, etc. cuyos componentes son las actividades, los roles y las relaciones interpersonales. Le sigue el mesosistema donde se reflejan las interconexiones entre los diferentes microsistemas como: hogar, escuela y grupo de pares, donde el desarrollo es optimizado u obstaculizado según el tipo de apoyo que se alcance a desarrollar con relación a estos microsistemas. El tercer nivel es el exosistema -variables sociales-, que afecta a los niveles anteriores, y se refiere a

contextos en los cuales los individuos no participan directamente, pero de cualquier manera influyen en su desarrollo (Bronfenbrenner, 1979).

El cuarto nivel más alejado del individuo es el macrosistema -variables culturales- donde se alude a códigos culturales que ejercen su influencia en el microsistema, mesosistema y exosistema. Son un conjunto de ideologías amplias encarnadas en instituciones sociales que dictan las normas, estilos de vida y sistemas de creencias que deben ser interiorizadas por los sujetos y difieren según la cultura que se trate. Por último, este modelo incluye una dimensión temporal nombrada cronosistema, donde se destacan los cambios evolutivos que se producen a lo largo del tiempo y que pueden producirse en el individuo o el ambiente.

El modelo ecológico representa una herramienta conceptual que permite integrar múltiples factores sistémicos y examinarlos de forma individual o conjunta, así como su relación con el desarrollo personal. Facilita, además, observar las interacciones constantes entre las personas y sus escenarios naturales cambiantes, como los individuos influyen en sus ambientes, y como son influidos por ellos. Sin embargo, a pesar de resultar un modelo teórico prometedor para el análisis de datos, entre sus limitaciones se ubica que presenta escasos argumentos respecto a elementos biológicos específicos que contribuyen en el desarrollo. Tampoco especifica cómo se procesa cognitivamente la información ambiental, ni cómo se produce el aprendizaje por medio de las experiencias.

### **Perspectiva integrativa-multidimensional**

Esta perspectiva teórica integradora unifica elementos provenientes de diferentes sistemas terapéuticos en una nueva estructura conceptual partidaria de su propia lógica y

coherencia interna (Corsi & Mucci, 2005). El encuadre tiene en cuenta una amplia gama de determinantes que operan sobre las situaciones humanas, pues su estructura conceptual toma elementos de distintos modelos psicoterapéuticos, pero, se organiza principalmente desde la interacción dinámica de sistemas y subsistemas que se proponen desde el modelo ecológico de Bronfenbrenner (1979). En el modelo ecológico, el individuo es una entidad dinámica que se adentra y reestructura progresivamente al interior del medio en el que vive. De ahí, que el desarrollo humano se conciba desde una dinámica relacional individuo-multisistemas (Cornejo et al., 2015).

Así mismo, la psicoterapia integrativa multidimensional distingue 4 dimensiones psicológicas interdependientes dentro del microsistema del individuo: a) Dimensión cognitiva que destaca las estructuras y esquemas cognitivos, formas de percibir y conceptualizar el mundo, b) Dimensión conductual que señala el repertorio comportamental en el ambiente, c) Dimensión psicodinámica que alude a la dinámica intrapsíquica en distintos niveles de profundidad, d) Dimensión interaccional que establece las pautas de comunicación y relación interpersonal. También, toma en consideración dimensiones temporales: pasado -historia personal-, presente -situación actual- y futuro -proyecto personal de vida- (Corsi & Mucci, 2005).

Por lo general, en la terapia integrativa multidimensional el cambio se remite mayormente en el microsistema -grupo, familia, pares, individuo- y, a nivel individual en las dimensiones mencionadas: cognitivas, conductuales, psicodinámicas, interaccionales y temporales. A partir de esta propuesta se puede tener una visión holística del sujeto y del entorno, así como abordar todos los ámbitos que originan las vivencias de cambio, cuáles son sus detonantes, recursos, obstáculos y mantenedores (Fiscella, et al. 2005). Un cambio en

cualquier dimensión ocasiona modificaciones en las otras debido a la integración existente entre cada una de ellas. La posibilidad de abordar todos los ámbitos de la vivencia individual permite además plantear múltiples focos de tratamientos personalizados, al tiempo que implica una mirada del individuo como ser único y humanizado. A partir de esta evaluación de diferentes sistemas que rodean al individuo y la interrelación con las 4 dimensiones mencionadas, se pueden arribar a explicaciones coherentes sobre los sistemas y dimensiones específicas que intervienen en los cambios que se generan en los individuos.

En resumen, el modelo integrativo-multidimensional es un soporte teórico novedoso que refleja un evidente intento de trascender polarizaciones epistemológicas de diferentes escuelas psicológicas en relación con la explicación de la conducta humana. Su propuesta apuesta por el determinismo recíproco entre la conducta y los demás factores personales y ambientales presentes en la vida del sujeto. Las personas y el medio se determinan en forma recíproca, si bien la conducta es regulada por contingencias, también dichas contingencias son producidas en parte por el propio individuo (Bandura, 1986). Bajo esta premisa, cada factor -interno, externo o conductual- se encuentra permanentemente resignificado por los otros, y, esta es la razón por la que no adquiere un valor absoluto, sino que se le considera un movimiento permanente dentro de la reciprocidad (Corsi & Mucci, 2005).

### ***Premisas constructivistas***

Las propuestas constructivistas abordan los procesos subjetivos de cambio que se gestan en los individuos al interactuar con distintos microsistemas inmediatos. Las premisas más destacadas que se examinan son: fundamentos socioculturales de Lev Semionovich Vigotsky, cognitivism social de Albert Bandura, modelo cognoscitivo de Jean Piaget y

aprendizaje significativo o por descubrimiento de Ausubel (Bandura, 1977; Piaget, 1968; Vigotsky, 1979).

La propuesta histórico-cultural de Vigotsky (1987), destaca el principio del determinismo histórico-social de los procesos psíquicos y de la personalidad, que señalan que todo lo que existe en las funciones psíquicas superiores fue alguna vez externo porque fue social. El hombre, es entendido por naturaleza como un ser social y sin este tipo de interacción, no puede nunca desarrollar en él ninguno de los atributos y características humanas (Domínguez, 2006).

En este proceso de apropiación de los códigos sociohistórico-culturales presentes en el entorno, otro principio explicativo resulta clave: la interiorización. Se destaca que las funciones psicológicas superiores y específicamente humanas, se manifiestan originariamente como formas de la conducta colectiva y externas, de cooperación con otras personas que luego deviene en funciones individuales. El desarrollo psicológico se produce como tránsito de lo externo interpsíquico a lo interno intrapsíquico (Castorina et al., 1996; Chang-Wells y Wells, 1993; Vigotsky, 1987; Woody, et al., 1994); aunque, dicha formación no ocurre como resultado de una influencia lineal del medio, sino mediatizada por la edad y las propias características personales del individuo (Vigotsky, 1987).

Dentro de las herramientas que permiten este proceso de internalización se destacan las categorías de actividad y comunicación, y dentro de esta última, el lenguaje. Este último instrumento constituye el principal elemento de la vida psíquica, ya que posibilita al sujeto organizar y regular su comportamiento (Baquero, 1996). Lo anterior significa que las funciones superiores no son solamente un requisito de la comunicación, sino que son un

resultado de la comunicación misma (Rivière, 2002). También la actividad constituye una vía de formación de la subjetividad. Sobre todo, aquella que adquiere sentido psicológico al vincularse con los sistemas de motivos y necesidades del individuo.

De la interacción constante con el contexto mediante sistemas de actividad y comunicación se producen vivencias de un carácter personal y es una experiencia emocional *-parezhivaniya-*. Ella permite interpretar y relacionarse emocionalmente con cierto acontecimiento según el nivel de comprensión que se posea (Baquero, 1996), pues la posibilidad de realizar conclusiones, son sobre la base del razonamiento de sus vivencias. Por ello, se puede afirmar que la conducta es una respuesta adecuada a una lectura determinada que se realiza de alguna situación percibida, pues las acciones son más conclusiones de argumentos que efectos de causas físicas (Bakhurst, 1992).

A su vez, la vivencia es también una categoría clave para entender el concepto de crisis, pues la esencia de toda crisis reside en la reestructuración de una vivencia interior que radica en cambiar la relación del individuo con el medio en un momento determinado, principalmente en el cambio de sus necesidades y motivos que son los motores de su comportamiento. En este sentido, la superación de toda crisis es generadora de desarrollo que produce una reacomodación de las vivencias, un reordenamiento del mundo interior, de las necesidades y motivos orientadores de la conducta, el surgimiento de nuevas formaciones psicológicas que ganan estabilidad y solidez dentro de la subjetividad (Domínguez, 2006).

La zona de desarrollo próximo *-ZDP-* destaca el vínculo que existe entre el nivel de desarrollo real; lo que el individuo puede hacer solo y sin ayuda y el nivel de desarrollo potencial que refleja lo que alcanzar con la ayuda del otro con una relación dialéctica entre

la enseñanza y el desarrollo. El nivel real de desarrollo revela la resolución independiente de un problema, define las funciones que ya han madurado y caracteriza el desarrollo mental retrospectivamente. La ZDP define aquellas funciones que todavía no han madurado, pero que se hallan en proceso de maduración, en estado embrionario, en este sentido se caracteriza el desarrollo mental prospectivo (Rivière, 2002).

Por otro lado, Bandura (1986), destaca el aprendizaje social vicario que puede explicar y cambiar cierto tipo de conductas mediante el modelaje. El aprendizaje vicario, observacional o mediante modelos es un tipo de aprendizaje que se define como el proceso de aprendizaje por observación en el que la conducta de un individuo o grupo -el modelo- actúa como estímulo de pensamientos, actitudes o conductas similares por parte de otro individuo que observa la actuación del modelo (Bandura, 1989).

Dentro de este tipo de aprendizaje, el elemento básico que facilita la adquisición y la ejecución de la conducta son las consecuencias que recibe el modelo al llevar a cabo la conducta. Si éstas consecuencias son positivas para él -reforzamiento- se incrementa la probabilidad de ejecutar la conducta; si son negativas disminuye (Becoña et al., 2008). Asimismo, según las consecuencias de la conducta adquirida mediante la observación, deviene el aumento o no de otro proceso psicológico denominado autoeficacia. La teoría de la autoeficacia en sí, tiene como núcleo central las percepciones que tienen los individuos de su capacidad de actuar (Bandura, 1989). Estas percepciones afectan al grado de esfuerzo y a la persistencia de la tarea pues las personas con un sentido de autoeficacia son más perseverantes. Tanto en el aprendizaje vicario como la autoeficacia se centran el énfasis en el papel que juegan los procesos cognitivos, vicarios, autorreguladores y autorreflexivos, como fundamentos determinantes en el funcionamiento psicosocial, resaltando que el

pensamiento humano constituye un poderoso instrumento para la comprensión del entorno (Bandura, 1986).

En la misma línea constructivista, las premisas teóricas de Piaget (1968), indican que la consolidación de estructuras mentales representativas del conocimiento está regulada por los fundamentos de maduración biológica del desarrollo, aunque enfatizó que la vida social es una condición necesaria para el desarrollo de la lógica. Su propuesta resalta que cada acto inteligente está caracterizado por el equilibrio entre dos tendencias polares, asimilación y acomodación. Su mayor aporte es el de haber fortalecido el concepto del desarrollo intelectual en forma gradual, escalonada y de acuerdo con las diferentes etapas evolutivas madurativas que van creando las bases para los aprendizajes que tendrán lugar en periodos posteriores (Tudge & Winterhoff, 1993).

Convergente con los postulados mencionados se ubican las ideas Bruner (1990) para quien la construcción de modelos mentales se concibe a partir de información que recibe el individuo del proceso de almacenamiento y las inferencias que se realizan de dicho proceso. El proceso del desarrollo humano se organiza en diferentes etapas donde se va realizando la construcción de las representaciones mentales por parte del sujeto, de sí mismo y del mundo que le rodea. Así mismo, se ha destacado que el aprendizaje significativo originado y construido en el propio individuo, cuando este relaciona su propio conocimiento, con los conceptos a aprender y les da un sentido a partir de la estructura conceptual que ya posee. Dicho de otro modo, construye nuevos conocimientos a partir de los conocimientos que ha adquirido anteriormente por descubrimiento o de manera receptiva dependiendo de la motivación y el interés. En este proceso de construcción, la asignación de significados es el elemento central del proceso de enseñanza-aprendizaje (Ausubel et al., 1997).

Al construir significados integrando o asimilando el nuevo material de aprendizaje a los esquemas que ya se poseen de comprensión de la realidad. Este tipo de aprendizaje significativo se desarrolla a partir de dos ejes elementales: la actividad constructiva y la interacción con los otros. En cualquiera de los dos casos, este aprendizaje significativo requiere una intensa actividad por parte del individuo y un arduo involucramiento. Para ello, conviene distinguir lo que una persona es capaz de aprender por sí solo y lo que es capaz de aprender y hacer en contacto con otras personas, observándolas, imitándolas, atendiendo a sus explicaciones, siguiendo sus instrucciones o colaborando con ellas. Asimismo, el contenido debe ser potencialmente significativo, es decir, no lejano al interés o experiencia de la persona, sino ajustada a sus necesidades, motivaciones e intereses y debe ser funcional de manera práctica y útil (Grant et al., 2013; Woolfolk, 2006).

En conclusión, los resultados del aprendizaje constructivista se caracterizan no solo por depender de las experiencias que proporcionan los otros en el contexto social, sino también de los conocimientos previos que se tienen y las motivaciones presentes en el sujeto. Si logran converger en un momento dado todos los supuestos necesarios, el individuo es capaz de establecer relaciones entre las nuevas experiencias y estructuras de conocimientos que ya posee, pasando a interpretarlas activamente y otorgarle un significado de relevancia, induciendo un cambio persistente, cuantificable y específico en el comportamiento del individuo.

### ***Modelo salud-enfermedad***

Uno de los modelos más utilizados en psicología de la salud para abordar los procesos de cambios por los que atraviesan los consumidores de sustancias psicoactivas es el Modelo

Transteórico de Proshaska y DiClemente (1992). Propuesta que analiza aproximadamente una treintena de teorías y modelos de diversos enfoques terapéuticos notorios y arriba a la conclusión de la necesidad de desarrollar un modelo transteórico más global. Este modelo ha servido como marco de referencia para comprender las fases no lineales por las que atraviesan los consumidores con trastornos por consumo de sustancias varias veces hasta conseguir mantenerse abstinentes definitivamente.

De manera concreta, dicha propuesta consiste en la elaboración de un modelo tridimensional que brinda una perspectiva holística y destaca los estadios de cambio por los que pueden transitar los consumidores de sustancias al iniciar un tratamiento. Según el estadio en que se encuentre el usuario, se identifican los niveles de motivación al cambio que posee para modificar su conducta adictiva. Esto facilita realizar las acciones pertinentes y acordes a cada etapa con el propósito de que finalmente la persona abandone o reduzca la conducta adictiva (Garmendia et al., 2008).

Las cinco etapas por las que atraviesa el cambio de comportamientos con vistas a la reducción total o parcial del consumo son: precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento. Además de estas etapas se le incluye una sexta asociada a la recaída. Esto debido a que se le considera como un estadio normal dentro del proceso por la que se pasa en determinado momento (Miller & Rollnick, 2002). En la primera fase de precontemplación el usuario manifiesta su intencionalidad de no cambiar, no cuestiona su estado actual y alude que no identifica que presente alguna problemática en torno a su estilo de vida adictivo, motivo por el cual dedica poco esfuerzo, dedicación y tiempo a modificar sus conductas dependientes. Durante la precontemplación no hay evidencias de concientización sobre las consecuencias de sus comportamientos para consigo mismo y las

personas que le rodean. En este estadio el consumo es realmente más gratificante que el peso de las consecuencias negativas, siendo seguro que el usuario permanezca en dicho estado (DiClemente et al., 1999).

Dado que en esta primera fase los consumidores no consideran tener ningún problema, acuden al tratamiento muchas veces presionados. Si lo inician, su único objetivo es para reducir la presión social bajo la que se encuentran. Por consiguiente, se sugiere en este periodo el trabajo a nivel motivacional con vistas a evitar las resistencias y que la persona con trastorno por consumo de sustancia regrese a su estilo de vida anterior al concluir la presión ejercida (Prochaska & Velicer, 1997). Posteriormente, en la siguiente fase de contemplación, la persona comienza a manifestar un estado reflexivo sobre su problema con el consumo. Esto influye en que comiencen a gestar intenciones de cambio a medio plazo modificando algunas conductas. En esta etapa de mayor consciencia de los problemas derivados de su conducta adictiva ofrecen menos resistencia a la retroalimentación que se le brinda sobre la dependencia. Incluso, consideran la posibilidad de abandonar el consumo, aunque, aún carecen de la elaboración de un compromiso firme de cambio (Prochaska & Velicer, 1997).

Es decir, el cambio en la contemplación únicamente se manifiesta a nivel intencional, pues aun no se evidencia de forma concreta ningún comportamiento objetivo que refleje dicha intencionalidad cognitiva. Mayormente en este periodo se analizan las consecuencias positivas y negativas de sus conductas, comenzando a considerar el cesar el consumo, aunque básicamente se mantienen ambivalentes respecto a la decisión que deben tomar en este sentido. En este periodo pueden expresar la necesidad de abordar su consumo intentando comprender la etiología, efectos adversos y posibles tratamientos para el trastorno por

consumo de sustancias, aunque, pueden permanecer en esta etapa años (Prochaska & Velicer, 1997). La ambivalencia y la indecisión que se dan en esta etapa hacen que las personas permanezcan estancadas en la “contemplación” durante al menos seis meses. En general, las personas en esta etapa están más abiertas a recibir información sobre sus comportamientos y encontrar soluciones para corregirlos. Pueden hacer comentarios como: “Sé que tengo un problema y creo que debería hacer algo al respecto”. Este comportamiento también se conoce como contemplación crónica o procrastinación conductual (Raihan & Cogburn, 2021).

La tercera etapa se denomina preparación, es cuando el el usuario con trastorno por consumo de sustancia decide, -intención-, ejecutar leves modificaciones en su comportamiento adictivo -conducta manifiesta- con el propósito de abandonar el consumo de sustancias. Entre los cambios más significativos que realiza se distinguen la disminución de las frecuencias y las cantidades que se consumen. La transición de esta fase a la siguiente dependerá de cómo se siente y cómo valora el estilo de vida vinculado al consumo de sustancias. Ahora, se reconoce que las ventajas del cambio de comportamiento superan los desventajas (Bellaert et al., 2022). Las personas comienzan a recopilar información de varias fuentes; libros de autoayuda, asesoramiento, programas orientados al cambio a medida que comienzan a desarrollar un plan de acción. La recopilación de información es un paso vital en la preparación, las personas tienen la intención de actuar en los próximos treinta días y, por lo general, han tomado medidas de comportamiento en esa dirección durante el último año (Raihan, & Cogburn, 2021).

En la cuarta fase, se lleva a la praxis la decisión tomada y se observan modificaciones importantes en la conducta problema. La persona abandona el consumo de sustancias y realiza estrategias para cambiar las condicionantes que afectan a la conducta de consumo.

Cabe resaltar que en esta etapa se palpan las transformaciones más evidentes y la demanda por parte de la persona de un firme compromiso que le exigirá un gran esfuerzo volitivo en dedicación, perseverancia constante y tiempo. En esta etapa es necesario brindar a la persona apoyo y refuerzo social, para consolidar todos los cambios que está realizando, la misma dura aproximadamente seis meses, pues el desarrollo de un refuerzo positivo a corto plazo en forma de recompensas mantiene la motivación (Raihan, & Cogburn, 2021).

La quinta etapa se designa como el mantenimiento y consiste en preservar la abstinencia, intentando consolidar los avances alcanzados de la etapa anterior y prevenir una reincidencia. El estadio de mantenimiento se inicia a los 6 meses de iniciado el cambio y durante este periodo puede existir miedo no solo a la recaída, sino también al cambio en sí mismo, porque puede creer que cualquier cambio puede llevarle a una recaída. En este periodo lo más relevante para la persona es su percepción de que se está transformando en el tipo de individuo que aspira ser. A medida que las personas avanzan en esta etapa, más confianza adquieren en su capacidad para mantener los cambios positivos en el estilo de vida y menos tentados/temerosos se sienten de recaer (Raihan & Cogburn, 2021). Pueden mantener un nuevo *statu quo* y pueden recordarse a sí mismos el progreso que han logrado. A veces, pueden tener pensamientos de volver a los viejos hábitos; sin embargo, resisten la tentación y se mantienen encaminados debido a los avances positivos que han logrado. Las personas se vuelven hábiles para anticipar posibles desencadenantes que pueden provocar una recaída y han construido estrategias de afrontamiento para combatir estas situaciones con anticipación.

Finalmente en la sexta fase, las recaídas se caracterizan por el fracaso de las estrategias que el usuario utilizaba para mantener su estado de abstinencia ante el contacto

con las sustancias. Cuando se produce este fenómeno de reincidencia se experimentan sentimientos de culpa, fracaso y posible desesperanza, lo que suele afectar negativamente a su autoeficacia (Ashford et al., 2019). No obstante, como bien abordan diversos estudios científicos se conoce que las recaídas en el consumo de sustancias son una parte normativa dentro del proceso de cambio antes de lograr el cese absoluto de la adicción (Ito & Donovan, 1986). La mayoría de los pacientes recaen en reiteradas ocasiones hasta dejar la toxicomanía definitivamente. Además, la recaída no marca obligatoriamente el abandono del tratamiento, sino que los posiciona en una etapa que les permite continuar reacomodando y preparándose para continuar en un nuevo periodo con el cambio iniciado, es decir, son escasos los consumidores que retornan al estadio de precontemplación.

Ahora bien, algo que vale la pena resaltar cuando se utiliza este modelo es que en reiteradas ocasiones las personas con trastorno de sustancias no manifiestan el mismo nivel de predisposición motivacional al inicio de un tratamiento, de allí que demanden estrategias terapéuticas individualizadas para poder ayudarles a progresar y alcanzar el nivel motivacional óptimo. Las primeras estrategias son encaminadas a lograr procesos de cambio de carácter cognitivo, asociadas con los primeros estadios de precontemplación, contemplación y preparación. En estas fases se intenta promover los procesos de: concienciación, reevaluación ambiental y autoliberación. Por otro lado, ya para las fases de acción y mantenimiento se estimulan procesos de cambios de carácter conductual: manejo de contingencias, relaciones de ayuda, contracondicionamiento y control de estímulos (Prochaska et al., 1993).

La concienciación consiste en que las personas analicen las consecuencias del consumo y los beneficios que se reportarían si se modifican dichos hábitos. La reevaluación

ambiental permite que se valore el impacto nefasto que está ocasionando el consumo de sustancias en las relaciones interpersonales con las personas que le rodea y cómo cambiarían si dejara de consumir sustancias. Por otro lado, la autoliberación estimula el compromiso individual, distinguido por un incremento de la habilidad de tomar decisiones, desde la concepción a de que uno mismo juega un papel activo e importante en el proceso de cambio (Prochaska et al., 1992; Prochaska et al., 1993).

Luego de transitar de los cambios de carácter cognitivo a cambios de carácter conductual, se comienzan a implementar estrategias de manejo de contingencias con vistas a disminuir la probabilidad de ocurrencia de una conducta a través del refuerzo o del auto-refuerzo. Se utiliza además, las relaciones de ayuda con el propósito de recibir el apoyo social con el que cuenta la persona para superar su adicción. El consumidor confía en alguna persona del entorno para abordar su problema. Otra estrategia efectiva es el contracondicionamiento, donde se ejecutan conductas alternativas realizadas con el objetivo de modificación de las respuestas condicionadas al consumo de sustancias y también se emplea el control de estímulos que se distingue porque se eviten por parte de la persona la exposición a situaciones de alto riesgo para el consumo (Prochaska et al., 1993).

### ***Modelo de Prevención de Recaídas***

El proceso de recaída se produce por la carencia de estrategias de afrontamientos para hacer frente de forma efectiva a la exposición de situaciones de alto riesgo, que condicionan el retorno al consumo total y el abandono de la abstinencia alcanzada (Marlatt & Gordon, 1985). Cada vez que una persona con trastorno por consumo de sustancias responde o no con adecuadas estrategias de afrontamiento, ello contribuye a no recaer en el consumo

dependiendo de la autoeficacia, la sensación de control y la autoconfianza que puede generarse cognitivamente al haberse enfrentado a determinada situación de riesgo (Bandura, 1986).

Entre las principales situaciones de alto riesgo a las que se pueden enfrentar las personas rehabilitadas por el trastorno de consumo de sustancias, se encuentran distorsiones cognitivas y estados emocionales. Entre las distorsiones cognitivas se destacan las expectativas de mayores efectos positivos al consumir versus los efectos negativos que se generarán y, la creencia autoengañosadora de que violar la abstinencia inicialmente justifica el volver al retorno del consumo total, ya que todo el esfuerzo anterior realizado para mantener la abstinencia fue en vano. Respecto a los estados emocionales, las emociones negativas o positivas, estados físicos negativos, deseos de consumo o *craving*, conflictos interpersonales y presiones sociales, representan situaciones de alto riesgo precipitantes de recaídas, según diversos estudios empíricos realizados (Da Silva & Serra, 2004).

Específicamente, un mal manejo de emociones negativas asociadas a sentimientos dolorosos como aburrimiento, ansiedad, miedo, depresión, culpa y vergüenza, ira, desesperanza, vacío y soledad ha demostrado ser uno de los detonantes de recaídas más precisos (Daley & Douaihy, 2015). Por consiguiente, es comprensible entender que la intervención se fundamente en aprender a identificar y afrontar satisfactoriamente las señales que anuncian una posible recaída y que pueden aparecer en forma de situaciones, pensamientos y/o emociones (Marlatt & Gordon, 1985). Para lograr esto, las principales técnicas cognitivo-conductuales aprendidas en este programa se estructuran de la siguiente manera: aprender a identificar situaciones de alto riesgo de consumo, empleo de autorregistros para establecer posibles análisis funcionales del consumo de sustancias,

psicoeducación, entrenamiento en habilidades de afrontamiento ante el consumo, el *craving*, conocer la diferencia entre caída -consumos aislados- y recaída, así como la detección y afrontamiento pensamientos asociados al consumo con entrenamiento en solución de problemas (Marlatt & Donovan, 2005).

Ahora bien, aunque es cierto que el programa resulta efectivo en el tratamiento de adicciones se recomienda que sea utilizado dentro de otros programas más amplios. De ahí que se combine con el modelo transteórico y con la entrevista motivacional, para determinar las estaciones de cambio en las que se encuentran los consumidores de sustancias en recuperación. Ello, le permitirá identificar el estado de la motivación, según las cinco etapas enunciadas en el modelo transteórico, facilitando de este modo para conocer el potencial de cambio con que cuenta el la persona con trastorno por consumo de sustancia y su involucramiento con el tratamiento (Prochaska & DiClemente, 1992). Ya que de allí dependerá su actitud y compromiso con el aprendizaje de hábitos que le permitan identificar las situaciones de riesgo para posteriormente cambiar su estilo de vida. Es decir, sin una motivación inicial y un posterior compromiso de nada valdrá que se enseñen las técnicas que se proponen, si la persona no está dispuesta a alejarse de las personas consumidoras, lugares y eventos que se hayan detectado como factores de riesgo para la recaída (Marlatt & Gordon, 1985; Prochaska & DiClemente, 1992).

En conclusión, la propuesta de prevención de recaídas se agrupa en dos momentos esencialmente. El primero consiste en evaluar las situaciones de alto riesgo tratando de evitarlas a toda costa con la toma de decisiones que ejecuten para no exponerse a ellas, mientras que, el segundo momento consiste en desarrollar habilidades de afrontamiento,

autoeficacia y estilo de vida, que permitan aumentar la posibilidad de afrontar exitosamente situaciones de alto riesgo que no puedan ser evitadas.

### ***Entrevista Motivacional***

La Entrevista Motivacional [EM] resulta especialmente efectiva con personas que evidencian escasa motivación o se encuentran con una pobre disposición o preparación para enfrentarse a un cambio en su estilo de vida adictiva, o, en los que es regular la negación o la presencia de ambigüedad ante el mismo (Miller & Rollnick, 2002).

La EM representa un estilo de relación entre paciente y terapeuta para promover la motivación en el cliente, animándole a explorar las razones y valores propios que justifican y pueden promover el cambio de su conducta adictiva, todo ello en un clima de empatía y cordialidad exento de juicios moralizantes (Miller & Rollnick, 2002). El origen de este tipo de entrevistas se deriva de la terapia centrada en el paciente, que combina un estilo terapéutico empático y de apoyo (Rogers, 1961) con un método claramente directivo que trata de resolver la ambivalencia que muestra el paciente ante cualquier cambio. De manera habitual, se emplea antes del inicio de cualquier tratamiento, ya que contribuye a resolver la ambivalencia propiciando una apertura hacia el cambio y creando las condiciones para un trabajo terapéutico posterior. Asimismo, dado que se trata de un estilo de relación fundamentado en la empatía, cordialidad y apoyo, primero se intenta solucionar la ambivalencia que manifiesta el usuario ante cualquier cambio, y luego se promueve su compromiso.

Así mismo, el terapeuta no asume un rol autoritario aunque sí adopta una postura directiva, sin embargo, se deja en manos del paciente la responsabilidad del cambio. El

terapeuta orienta de manera consciente al sujeto hacia determinados propósitos, valiéndose para ello de maniobras y competencias concretas, pero, la motivación para el cambio no se impone, se obtiene del cliente a partir de una apreciación imparcial del comportamiento y sus resultados. El terapeuta más bien hace un intento por promover la disonancia en el paciente con la finalidad de incrementar su conciencia de necesidad de cambio (Miller & Rollnick, 2002).

Las estrategias que se suelen emplear en la EM son más persuasivas que coercitivas, más de apoyo que de discusión con espíritu colaborador, evocativo y favorecedor de la autonomía. La motivación para el cambio no se impone, se obtiene de la persona con evaluación objetiva de la conducta y sus consecuencias, tratando de fomentar la discrepancia en el paciente a fin de aumentar su conciencia de necesidad de cambio al articular y resolver su ambivalencia. Por otro lado, el terapeuta es directivo ayudando al paciente a examinar y resolver su ambivalencia, analizando y devolviendo las percepciones sin etiquetarlas ni corregirlas, pues la resistencia se considera un patrón de conducta interpersonal influida por la conducta del terapeuta con un estilo de asesoramiento tranquilo y facilitador de reflexiones (Miller & Rollnick, 2002).

Para lograr un cambio efectivo mediante la EM se debe crear un adecuado clima de empatía que permita una comunicación fluida con la que se consiga explorar a fondo la situación sin despertar resistencias, evocando los aspectos positivos que derivan del consumo y también los motivos para no abandonarlo. El terapeuta puede servirse de diferentes estrategias, la mayoría de ellas se derivan de la terapia centrada en el cliente, aunque, en este caso persiguen un objetivo común: ayudar a los pacientes a analizar su ambivalencia y expresar sus razones de cambio.

Para esto último, se plantean preguntas de respuesta abierta durante la primera fase, aquí, la principal función del terapeuta será escuchar y alentar la expresividad del paciente: ¿de qué le gustaría hablar? ¿qué es lo que le trajo aquí? ¿por qué no empieza desde el principio y me pone al día? o centradas en los aspectos positivos y negativos derivados del consumo actual. Una vez que se haya desarrollado la escucha reflexiva el terapeuta puede transmitir en una frase lo que se cree que ha dicho la persona y comprobarlo sin presionar con demasiada rapidez a fin de centrar la discusión, o si el paciente y terapeuta se centran en diferentes temas, el paciente puede distanciarse y ponerse a la defensiva, o cuando la conversación se centra en la búsqueda de culpables de la situación que se vive. Habitualmente esto se afronta con la reflexión y la reformulación dejando claro que lo que interesa no es saber quién es el responsable de lo ocurrido sino más bien qué es lo que le está preocupando al paciente y lo que considera que puede hacerse para resolverlo (Iglesias et al., 2008).

A modo de cierre, resulta evidente que la EM resulta un recurso terapéutico valioso en la recuperación de los trastornos por consumo de sustancias y otras conductas desadaptativas. Se ha comprobado su eficacia tanto en la reducción de conductas inadaptadas como en los problemas con la bebida o el juego, como también en la promoción de un cambio de comportamiento saludable como el seguimiento de una dieta, el ejercicio, o el cumplimiento de la medicación. No obstante, en el caso concreto de los trastornos por consumo de sustancias, diversos estudios destacan que son efectivas para aumentar la participación, adherencia y retención en el tratamiento (Albiach et al., 2000). De ahí, que sean empeladas como un complemento de otros tratamientos más estructurados en consumidores con menores niveles de motivación. Tanto así, que aproximadamente la EM

dobla la tasa de comentarios de cambio y reduce a la mitad la tasa de resistencia relativa a la acción enfocada al apoyo psicológico o la confrontación.

De hecho, desde la psicolingüística estudios realizados demuestran que el nivel de motivación del paciente al inicio de una sesión de EM no es lo que más se relaciona con el resultado, sino la fuerza del compromiso durante los minutos finales de la sesión, esto es lo que predice más fuertemente el cambio de conducta. Es decir, no es tanto la frecuencia sino más bien la fuerza del lenguaje del compromiso, y más particularmente, el patrón de compromiso a lo largo de la sesión, lo que predice los resultados de conducta, en este caso, ausencia del consumo de sustancias. Sin embargo, se destaca que, aunque auto verbalizaciones motivantes de “deseos”, “capacidades”, “razones” y “necesidad” no predicen un cambio lineal y directo, si predicen la preparación para el compromiso, el cual, si pronostica un cambio. Esto último explica porque en la fase I de la EM el objetivo es aumentar la motivación al cambio a partir de las afirmaciones del paciente de deseo, capacidad, razones y necesidad para el cambio. Para luego, en la fase II el objetivo se desplaza a fortalecer el compromiso de cambio (Miller & Rollnick, 2002).

### ***Motivación y Cognición***

La teoría de autodeterminación [SDT] propuesta por Deci & Ryan (2000) sostiene que la motivación intrínseca es una manifestación prototípica de la tendencia humana hacia el aprendizaje, la creatividad, el bienestar, la salud y la búsqueda de objetivos particulares. Se caracteriza por la participación de una persona en un determinado comportamiento por su propio bien, por ejemplo, el comportamiento es personalmente gratificante y agradable para ellos. Las conductas se manifiestan autónomas tomándose los valores y contingencias

extrínsecas para progresivamente transformarlas en valores personales y motivaciones internas (Csikszentmihalyi & Rathunde, 1993).

La motivación intrínseca también mejora la persistencia en ciertas acciones debido a que el locus de control y/o atribución de causalidad es interno, no externo, y, la realización de acciones es basada únicamente en el propio disfrute y satisfacción e interés propio en lugar de recompensas externas. Lo ideal es que las motivaciones sean lo más autodeterminadas, integradas e intrínsecas posibles, aunque, este tipo de motivación puede verse afectado por condiciones socioculturales favorables o desfavorables (Deci & Ryan, 2017).

Por otro lado, la motivación extrínseca sugiere que el comportamiento se debe mayormente a factores externos, por ejemplo, recompensas monetarias, premios y el reconocimiento social. En esta motivación las conductas manifiestas no han sido asimiladas ni integradas al yo. El continuo entre motivación extrínseca-intrínseca atraviesa cuatro etapas, reconociéndose la satisfacción de tres necesidades psicológicas universales: competencia, relación, autonomía; como una premisa básica dentro del proceso de internalización de lo extrínseco a lo intrínseco. En la etapa de amotivación se manifiesta la falta de intención de actuar. Las personas desmotivadas no actúan en absoluto o actúan sin intención, simplemente siguen los movimientos. La amotivación resulta de no valorar una actividad y de la incapacidad de ver el valor de actividades particulares (Deci & Ryan, 2017), o de no sentirse competente para ejecutarla, es decir, se percibe falta de eficacia y/o competencia para lograr los resultados esperados (Bandura, 1986). Adicionalmente, los comportamientos extrínsecamente motivados son menos autónomos y regulados externamente como el comportamiento realizado debido a control y demandas externas

operantes, se realizan para satisfacer una demanda externa o contingencia de la recompensa. Incluso, el comportamiento aparentemente regulado internamente se experimenta como controlado o enajenado, y sus acciones tienen un locus de causalidad externo (De Charms, 1968).

Un segundo tipo de motivación extrínseca se denomina regulación proyectada o introyectada. La introyección implica tomar en un registro de regulación, pero sin aceptarla plenamente como propia. Es una forma de regulación relativamente controlada en la que los comportamientos se realizan para evitar la culpa o la ansiedad o para alcanzar el ego y mejoras como el orgullo. Dicho de otra manera, la introyección representa la regulación por la autoestima contingente (Deci & Ryan, 2017). Una forma clásica de introyección es la participación del ego donde las personas están motivadas para demostrar capacidad o evitar fracaso con el fin de mantener sentimientos de valía (DeCharms, 1968). A pesar de los comportamientos introyectados e impulsados internamente todavía tienen un locus percibido final de causalidad y no son realmente experimentales como parte del yo.

La motivación introyectada le sigue una forma más autónoma o autodeterminada, es la regulación a través de la identificación. La identificación refleja una valoración consciente de un comportamiento meta de manera que la acción sea aceptada como propiedad personalmente importante, es decir, el comportamiento es realizado porque uno valora tal acción como importante. Finalmente, la forma más conocida de motivación extrínseca es la regulación integrada, es decir, comportamiento realizado es debido a la satisfacción de una razón, al mismo tiempo que encuentra tal comportamiento importante y coherente con sus propios valores y metas (Deci & Ryan, 2000).

La integración ocurre cuando las regulaciones identificadas son completamente asimiladas al yo, lo que significa que han sido evaluados y puestos en congruencia con los otros valores de uno y con sus necesidades. De este modo, en la regulación integrada la gente capta el significado y sintetiza ese significado con respecto a sus otras metas y valores. Este es un procesamiento profundo y holístico que facilita luego un sentido de elección, volición y libertad de presión externa excesiva (Kurtz, 2015). Así, las acciones caracterizadas por la motivación integrada comparten muchas cualidades con motivación intrínseca, aunque, todavía se consideran extrínsecos porque se hacen para lograr resultados separables en lugar de por sus inherentes disfrutes más autónomos. Mientras más las personas interiorizan las normas y las asimilan al yo, experimentan una mayor autonomía en la acción y regulación autodeterminada (Deci & Ryan, 2000).

La satisfacción de la necesidad de autonomía es el principal elemento que caracteriza la maduración de una regulación intrínseca o autodeterminada. La autonomía se refiere a la experiencia de volición y voluntad, las acciones, pensamientos y los sentimientos son autoafirmados y auténticos. La autonomía expresa la elección activa de uno para acciones particulares y la voluntad de realizar acciones particulares intuitivamente basado en la consistencia de las acciones con el propio sentido de uno mismo, es actuar con un sentido de voluntad, aprobación y congruencia con los verdaderos intereses y valores de uno (DeCharms, 1968).

No obstante, las investigaciones documentaron que además de la satisfacción de necesidad de autonomía, las necesidades de relación y competencia también son elementos decisores importantes en el proceso de internalización de la motivación intrínseca. La necesidad de relación denota la experiencia de calidez, unión, cuidado y se satisface

conectándose y sintiéndose importante para los demás. Esta necesidad se manifiesta en estar conectado con otros de manera cercanas, ser aceptado por otros, amar y brindar cuidado a los demás, así como ser amado y cuidado por otros, ser incluido en los grupos o comunidades y experimentar sentimientos de pertenencia hacia esos grupos (Baumeister & Leary, 1995; Leary y Cox, 2008).

Por su parte, la necesidad de competencia se refiere a la experiencia de la eficacia y el dominio, es la capacidad de ejercer cambios, dominar el entorno y desarrollar nuevas habilidades para lograr los resultados deseados. Esta necesidad se satisface cuando uno participa hábilmente en actividades y oportunidades de experiencias que amplían las habilidades (White, 2007). Desde La teoría de autodeterminación, las tres teorías que explican la satisfacción de estas necesidades se denominan: Teoría de la Evaluación Cognitiva, Teoría de la Integración Organísmica y Teoría de la Necesidad Lógica (Ryan & Deci, 2000).

La teoría de la evaluación cognitiva [TEC] presentada por Deci & Ryan (2017) menciona como los factores ambientales pueden facilitar o socavar la motivación intrínseca. Se refleja el supuesto de que la motivación intrínseca, siendo inherente, será catalizada cuando los individuos estén en condiciones que conduzcan hacia su expresión. En otras palabras, florecerá si las circunstancias lo permitan. De este modo, algunos eventos socio-contextuales como la retroalimentación, comunicación y libertad de evaluaciones degradantes conducen a sentimientos de competencia durante la acción, mejorando la motivación intrínseca para esa acción. Aunque, también señala que los sentimientos de competencia pueden no mejorar la motivación intrínseca a menos que vaya acompañada de un sentido de autonomía (DeCharms, 1968).

Así, de acuerdo con TEC, las personas no solo deben experimentar la competencia o la tendencia a la eficacia, también deben experimentar su comportamiento como autodeterminado para que la motivación intrínseca sea evidente. Los apoyos a la autonomía y la competencia son altamente sobresalientes para producir variabilidad en la motivación intrínseca. En definitiva, la TEC se centra en las necesidades fundamentales de competencia y autonomía para que las conductas autodeterminadas sean derivadas del yo. Aunque, también reconoce la necesidad de relación, ya que la razón principal por la que la gente inicialmente forma acciones intrínsecas es porque los comportamientos son incitados, modelados o valorados por otras personas significativas con quienes se sienten -o quiere sentirse- apegado o relacionado. Esto sugiere que, respecto a la relación, la necesidad de sentir pertenencia y conexión con los demás, es centralmente importante para la internalización (Deci & Ryan, 2000).

La segunda subteoría, llamada teoría de la integración orgánica [OIT], detalla las diferentes formas de motivación extrínseca y los factores contextuales que promueven o dificultan internalización e integración de la regulación de estos comportamientos. La taxonomía motivacional de OIT representa el continuo de la autodeterminación de izquierda a derecha (Deci & Ryan, 2017). A la izquierda se expone el grado en que las motivaciones emanan del yo, es decir, son autodeterminados, considerándose en ese extremo del continuo de autodeterminación el estado clásico de motivación intrínseca y la realización de una actividad por sus satisfacciones inherentes. Este grado de motivación es altamente autónomo y representa la instancia prototípica de autodeterminación. Comportamientos extrínsecamente motivados, por el contrario, cubren el continuo entre la desmotivación y la

motivación intrínseca, que varía en la medida en que su la regulación es autónoma. A mayor regulación mayor interés, valor y esfuerzo hacia el logro.

La tercera subteoría de la Necesidad Lógica se sustenta en la importancia de las necesidades psicológicas en la regulación intrínseca. Las necesidades se definen como un estado energizante que, si se satisface, conduce a la salud y bienestar, pero, si no se satisface, contribuye a la patología y malestar. De hecho, igual que las necesidades fisiológicas como el hambre y la sed deben satisfacerse para crecer y prosperar físicamente, la satisfacción de las necesidades psicológicas es vista como imperativo o esencial para fomentar el crecimiento psicológico, la integridad y bienestar. Así, hemos propuesto que las necesidades básicas de competencia, autonomía y la afinidad deben ser satisfechas pues constituyen nutrientes esenciales de la salud. Mientras, la privación o frustración de estas necesidades disminuye el florecimiento y aumenta el riesgo de malestar y psicopatología.

La Teoría de la autodeterminación es una de las metateorías integrativas-explicativas existentes más interesantes en la actualidad. No solo explica el proceso de internalización desde la integración de varias mini teorías, sino que selecciona dentro de cada una de estas formulaciones teóricas los elementos más significativos en el proceso de autodeterminación. La internalización refleja hasta qué punto las personas realmente asimilan valores ambientales, y también destaca que para que las personas interioricen por completo con interés una actividad, deben valorar y experimentar personalmente el propio comportamiento (Deci & Ryan 2017).

La teoría de autodeterminación destaca que la gente debe captar la importancia, significado y sintetizar ese significado con respecto a sus otras metas y valores para integrar

una regulación. Cuanto más se identifica una persona con una regulación, más estrechamente la calidad de la regulación se aproxima a la de la motivación intrínseca. Esto explica porque algunas acciones extrínsecas también pueden convertirse en autodeterminación a medida que los individuos se identifican y asimilan plenamente su regulación.

Desde la literatura, la interiorización como motivación intrínseca requiere sentido de eficacia -competencia satisfactoria- y volición -satisfacción de la autonomía-. Sin embargo, igual reconoce que para comprender completamente la variabilidad en el proceso de internalización, es necesario incluir también la necesidad de relación, pues queda claro que es más probable que las actividades sean bien internalizadas cuando hay un sentido genuino de conexión con aquellos que fomentan estas metas y actividades (Baumeister & Leary, 1995; Deci & Ryan, 2020).

Aunque, La teoría de autodeterminación reconoce que la necesidad que más se asocia a la autodeterminación es la experiencia de la autonomía como un agente facilitador dentro de la internalización e integración. Tal procesamiento profundo y holístico es facilitado por un sentido de elección, volición y libertad de presión externa excesiva para comportarse o pensar de una manera de cierta manera. En este sentido, el apoyo a la autonomía permite individuos a transformar activamente los valores en los suyos propios. Una vez más, los resultados de la investigación han apoyado este razonamiento.

### ***Comportamiento Planificado***

La Teoría del Comportamiento Planificado [TCP] como una explicación frecuentemente citada del comportamiento humano (Ajzen,1991). La TCP propone que tres constructos que influyen de manera directa en las intenciones y las intenciones influyen en

la acción. Las intenciones capturan los factores motivacionales que influyen en un comportamiento; son indicaciones de lo mucho que la gente está dispuesta a intentar, de cuánto esfuerzo están planeando ejercer, con el fin de realizar la conducta. Como regla general, cuanto más fuerte sea la intención de participar en un comportamiento, más probable debería ser su desempeño (Ajzen & Fishbein, 1975).

En concreto, los tres componentes básicos que conforman las intenciones son los siguientes: actitudes hacia la conducta que refiere el grado en que una persona tiene una actitud evaluativa favorable o desfavorable de la conducta en cuestión, normas subjetivas respecto al comportamiento que destaca el papel que ejerce la presión social para realizar o no una determinada conducta, y el control percibido sobre el comportamiento refiere a la facilidad o dificultad percibida de realizar el comportamiento, este último predictor se basa en la experiencia pasada, así como los impedimentos y obstáculos previstos. Como regla general, cuanto más favorable es la actitud y norma subjetiva con respecto a un comportamiento, y cuanto mayor sea el control conductual percibido, más fuerte debería ser la intención de un individuo de realizar el comportamiento bajo consideración (Ajzen, 1991).

De hecho, según los autores las intenciones de realizar comportamientos de diferentes tipos se pueden predecir con alta precisión a partir de las actitudes hacia el comportamiento, las normas subjetivas y la percepción de control del comportamiento. No obstante, de modo particular las intenciones junto con las percepciones de control comportamental dan cuenta de la variación considerable en el comportamiento real. Es decir, es el control conductual percibido donde se percibe la importancia del control real de las conductas el predictor que juega un rol protagónico en el impacto de las intenciones y acciones. Tanto así, que la teoría del comportamiento planificado difiere de la teoría de la acción razonada en su adición del

control conductual percibido. Este elemento se refiere al desempeño de las personas y su percepción de la facilidad o dificultad de realizar la conducta de interés (Ajzen,1991).

De acuerdo con la teoría del comportamiento planificado, el comportamiento percibido control, junto con la intención de comportamiento, se puede utilizar directamente para predecir logro conductual. Se pueden ofrecer al menos dos razones para esta hipótesis. Primero, manteniendo constante la intención, el esfuerzo realizado para traer un curso de comportamiento hacia una conclusión exitosa es probable que aumente con control conductual percibido. Y segundo, la predicción del comportamiento del control conductual percibido debe mejorar en la medida en que concepciones del control del comportamiento reflejan de manera realista el control real.

### *Posturas existenciales-humanistas*

Aunque en los últimos años con el surgimiento de la psicología positiva se ha visto un creciente interés por estudiar científicamente los constructos “significado y propósito”, así como sus efectos sobre la salud y el bienestar en diferentes dominios (Baumeister & Leary 1995; King et al., 2006; Pettersen et al., 2018). Ya desde mediados del siglo XX con la logoterapia de Frankl (1946) se ubicaban referentes que resaltan la importancia del sentido de la vida para el bienestar. Un principio básico de la logoterapia sostiene que la voluntad de sentido es un motivo humano primario, y que la gente es capaz de soportar el dolor y las dificultades si ven que su lucha y sufrimiento tienen significado y valor (Park et al., 2010; Park et al., 2020).

La investigación muestra además que una vida enmarcada por el significado es más satisfactoria que una vida centrada en el placer. El antiguo debate dentro de la filosofía entre

eudaimonia -vivir una vida de sentido de acuerdo con la virtud interior- y el hedonismo - búsqueda del placer- tiene una resolución empírica: Eudaimonia triunfa sobre el hedonismo. En lo concreto, por significado se entiende que las personas se sienten conectadas con algo más grande que ellos mismos (Peterson et al., 2005; Pettersen et al., 2019).

Aunque, otras definiciones sostienen que los significados expresan esencialmente la formación de representaciones mentales sobre las relaciones de diferentes fenómenos, el significado se trata de conectar cosas mentalmente (Baumeister & Leary, 1995; Martela & Steger 2016). Encontrar significado simboliza encontrar conexión y asociaciones esperadas de cómo los seres humanos ven su mundo. Es decir, los significados son las herramientas cognitivas que usamos para navegar y funcionar a diario, ayudándonos a comprender nuestra experiencia actual, además de brindarnos orientación sobre qué objetivos perseguir y guiarnos hacia lo que es valioso e importante en la vida y en el mundo (George & Park 2016). Este fenómeno integrador combina elementos de comprensión, experiencia y valoración para formar una comprensión cognitiva en torno a preguntas reflexivas fundamentales sobre la vida, como quiénes somos, cómo es el mundo y cómo encajamos en él.

Ahora bien, a pesar de que la búsqueda es algo inherente al ser humano, nadie nace con un sentido plenamente estructurado. El sentido y el significado tienen que ser aprendidos, descubiertos o creados, y el proceso puede ser difícil (Frankl, 1946). Esta creación puede requerir una comprensión más profunda de sí mismos y del mundo, una perspectiva más amplia sobre la vida, y un esfuerzo continuo para extraer el significado de las experiencias en curso. En esta dirección, se destaca que el sentido es comprendido cuando se percibe que la vida es experimentada como significativa y va más allá de lo trivial o momentáneo, tiene

un propósito y una coherencia que trasciende el “caos”, es cuando el ser humano encuentra algo a lo que anclar sus valores (Heintzelman & King, 2014).

Cuando las personas tienen este significado, tienen una base que les permite la búsqueda de un mayor significado pasando por un proceso de modificación y expansión. Por el contrario, cuando las personas no tienen sentido en su vida, la búsqueda de significado puede ser difícil y frustrante (Iswardani et al., 2022). De este modo, las situaciones desordenadas, caóticas y carentes de estructura que conducen a incomprendibilidad, se convierten en situaciones nocivas e inquietantes (Park et al., 2010). Así, el hecho de experimentar vidas incomprensibles se traduce en experimentar la vida como muy difícil para vivirla, arribando a pensamientos de que no vale la pena existir porque no se encuentra un sentido del valor. Asimismo, las situaciones de caos y desorden también conducen a la búsqueda de alivio mediante la búsqueda de nuevos sentidos, pero, en la trayectoria pueden producirse grandes malestares debido a que se presta demasiada atención en los pensamientos, introduciendo la presencia de rumiaciones angustiosas (Iswardani et al., 2022).

Por otro lado, desde la literatura se argumenta que dar sentido a la vida es un requisito previo para valorar la existencia. Los expertos sostienen que de la comprendibilidad la gente extrae sus propósitos para seguir adelante. Sin embargo, puede darse el caso de que una vida se considere no digna de ser vivida, a pesar de estar realizando evaluaciones comprensibles de esta. En estos casos, las evaluaciones realizadas se efectúan sin ningún matiz positivo debido a la carencia de significación personal. De lo anterior se asume, que la coherencia es una condición necesaria pero no es un requisito suficiente, es más, tener una vida coherente

no hace automáticamente que valga la pena vivirla. Sentir que la vida vale la pena vivirla demanda algo más que un mero sentido de coherencia (Martela & Steger, 2016).

Por lo general, el componente faltante que complementa la coherencia y hace que la existencia valga la pena vivirla, es el propósito. Agregar un propósito se convierte en una importante fuente de significados y otorga mayor valor e importancia a la vida. Si bien, la coherencia cognitiva constituye la base para decidir cuál es el propósito adecuado, y orienta hacia la selección de las metas precisas. El propósito también tributa a la coherencia ya que al decidir cuáles son las cosas que se debe hacer y lo que no se debe hacer, se estimula la consistencia y explicación conductual y cosmovisionaria (Mcknight & Kashdan, 2009).

En definitiva, el sentido de la vida se encuentra moderado por la capacidad de una persona para comprender las circunstancias de su vida, el reconocimiento de su motivación y las metas organizadoras, así como su sentir de que la vida vale la pena (Martela & Steger 2016). Este genuino sentido de vida emerge de una estrecha red de conexiones, interpretaciones, aspiraciones y evaluaciones donde puede observarse la presencia de tres elementos notorios en su construcción, como ya se ha venido recalando:

El primero es el componente cognitivo de comprensibilidad, que trata de dar sentido a las propias experiencias en la vida y es la piedra angular del significado, pues 'dirige la selección de objetivos y engendra sentimientos de dignidad, expresa que la vida tiene un sentido manifestado mediante comprensibilidad y coherencia. Cuando se experimenta comprensibilidad las cosas parecen claras y todo encaja de manera armónica, las cosas son como deben ser. Comprensión y entendimiento van de la mano, por lo que entender algo significa que se vuelve comprensible, coherente. La vida resulta coherente cuando uno es

capaz de discernir patrones comprensibles en ella para hacer comprensible la totalidad. Coherencia se trata de la sensación de que las propias experiencias o la vida misma tiene sentido (Heintzelman y King, 2014).

Los autores sostienen que la coherencia implica (1) comprensibilidad de que el mundo social es interpretado como racional, comprensible, estructurado, ordenado, consistente y predecible para dar sentido a nuestra experiencia, (2) manejabilidad, que denota la medida en que los individuos consideran que los recursos personales que posee disponibles son suficientes para ayudarles a afrontar adecuadamente demandas o problemas (autoeficacia); y (3) el significado que determina si una situación se valora como desafiante, y si vale la pena hacer compromisos e inversiones para hacerle frente.

En otras palabras, cuando un individuo es capaz de encontrar patrones, conexiones y modelos mentales confiables en el entorno, y posteriormente los refuerza a través de sus experiencias, se reafirman sus percepciones de coherencia y disminuye los encuentros con la incertidumbre. Empíricamente se ha demostrado que encontrar patrones coherentes en el entorno aumenta los autoinformes de las personas sobre el significado de la vida. Por el contrario, cuando alguien experimenta baja comprensión, la vida parece incoherente, fragmentaria, poco clara y con tendencia a la incertidumbre, el vacío y la angustia (Trent et al., 2013).

El segundo componente ubica recursos motivacionales que orientan hacia la búsqueda y logro de objetivos vitales que valen la pena, así como la intención de lograr algo de importancia más allá del yo. En este caso, la búsqueda de objetivos, a su vez, conduce a sentimientos de satisfacción y realización. De este modo, experimentar propósito es tener un

sentido claro hacia los que uno se esfuerza de manera comprometida, hacia objetivos de vida valorados. Los individuos que experimentan un propósito tienen un sentido más claro de dirección en sus vidas y los fines hacia los cuales se están esforzando. Su compromiso con sus objetivos de vida proporciona en ellos un sentido de compromiso con la vida. Por el contrario, los individuos que experimentan bajo propósito tienen una sensación de falta de objetivos, y nada en el futuro parece valer la pena para ellos (McKnight & Kashdan, 2009).

Finalmente, el tercer componente afectivo-valorativo trata sobre los sentimientos de satisfacción, realización y felicidad que acompañan al logro de la meta. Este componente alude al sentido del valor inherente de la vida y de tener una vida que vale la pena vivir. Estos son los individuos que experimentan que su existencia es significativa, importante y de valor en el mundo. Mientras, las personas con un bajo sentido sienten que sus existencias no importan, que tienen poca relevancia y que su inexistencia haría poca diferencia en el mundo. Este último componente se asocia fuertemente con sentimientos de pertenencia y de relación, como “ser parte de algo más grande que el yo” o ser significativo para otras personas (McKnight & Kashdan, 2009).

Con respecto a esta última idea queda claro que el sentido de la pertenencia y la relación pueden entenderse mejor como una fuente centralmente importante de significado, las relaciones, de hecho, aumentan el sentido de coherencia, propósito y significado (Martela & Steger 2016). Una serie de investigadores que han analizado el sentido de pertenencia como un antecedente del significado muestran que cuando experimentamos pertenencia, nuestro sentido del significado aumenta (Lambert et al., 2013).

En el sentido inverso, otras investigaciones confirman que una alteración en las relaciones sociales da como resultado una disminución del sentido de significado en la vida. Por estos motivos, los investigadores han descubierto que las personas socialmente rechazadas entran en un estado de deconstrucción cognitiva, marcado por una disminución en el pensamiento significativo. De hecho, el ostracismo frustra múltiples necesidades psicológicas incluyendo la necesidad de una existencia significativa, esto, desafía el sentido ordinario de que la vida de uno tiene sentido. Eventos de exclusión discretos y sentimientos continuos de soledad dan como resultado una reducción global de significado en la vida. En suma, un deterioro de las relaciones sociales resulta en encontrar menos sentido a la vida. Mientras, la gente es más propensa a perseguir un propósito en sus vidas cuando se sienten que sus existencias son valoradas y valiosas. Es decir, las personas comúnmente asocian la presencia de relaciones sociales con un sentido de significado. De hecho, en un estudio realizado se les preguntó a los participantes qué constituía un significado central en la vida, y, la respuesta más recuente se refirió a las relaciones personales, esto sugiere una superposición entre sociabilidad y significado (Zadro et al., 2004).

En línea con lo antes expuesto, investigación sobre personas mayores ha encontrado que los niveles más altos de apoyo social predicen un mayor significado en la vida. En tanto, se sugiere que la pertenencia a un grupo ayuda a reducir la sensación de incertidumbre subjetiva al proporcionar orden y un potencial de significado en lo que de otro modo sería desconcertante. No es difícil imaginar entonces, por qué el trato justo, la sensación de que uno es tratado justamente por los demás, podría contribuir al sentimiento de que la propia vida es significativa. Tener sólidos contactos cercanos con familiares o miembros en específicos hace que la vida sea más significativa. En consecuencia, se concluye que pasar

tiempo con la familia o personas cercanas en el momento presente contribuye a que las vidas se sientan llenas de valor y significado (Lambert et al., 2013).

### ***Identidad y autocategorización***

Las dos teorías que sustentan la formación de identidad desde la perspectiva grupal son la Teoría social de la identidad y la teoría de la Autocategorización. Ambas propuestas argumentan que la naturaleza psicológica de los individuos, por ejemplo, el yo, la mente, la cognición, procesamiento de información, memoria, comportamiento, tienden a ser ser aprehendidos dentro una comprensión de los grupos y la pertenencia estos. Por grupo se entiende el conjunto de individuos que se perciben a sí mismos como ser miembros de la misma categoría social, comparten alguna implicación emocional común entre ellos, logran cierto grado de reconocimiento social y manifiestan un sentido de pertenencia con el mismo (Tajfel & Turner, 1979).

Los individuos que consideran que pertenecen a determinada categorización social cuentan con un sistema de orientación para su propia auto-referencia, esto les ayuda a crear y definir un lugar dentro de la sociedad. Así, los grupos sociales aportan a sus miembros una identificación de sí mismos en términos de la sociedad. Dichas identificaciones son en gran medida relacionales y comparativas: definen al individuo como similar o diferente de, como "mejor" o "peor" que miembros de otros grupos. La identidad social o autoimagen que posee un individuo depende de las categorías sociales a las que percibe que pertenece. Una vez que estas categorizaciones sociales comparativas que definen el lugar de las personas en la sociedad son interiorizadas dentro del yo y se experimenta hacia ellas un sentido de pertenencia -significado emocional y de valor-, proporcionan a las personas una base sobre

la cual se puede establecer una autodefinición de uno como individuo (Turner, 1985). La pertenencia e identificación, además, permite establecer comparaciones en relación con los atributos de otros grupos que se consideran relevantes.

En resumidas cuentas, desde ambas teorías la individualidad es forjada a través de la categorización y la comparación social. Este argumento significa que el sentido de quiénes somos como individuos puede variar dependiendo de la comparación social. Los valores de uno -creencias, normas, visiones del mundo- son variables mediatizadas socialmente, y definida por la pertenencia al grupo y las relaciones sociales relevantes. Surge así la idea de que el autoconcepto de un individuo comprende definiciones de sí mismo que incluyen tanto la identidad personal como la identidad social. Identidad social que se sustenta en base a la autodefinición en términos de pertenencia a una categoría social, mientras que la identidad individual distingue explícitamente las autodescripciones en términos de atributos personales e idiosincrásicos (Frings & Albery, 2017).

En años recientes han surgido dos modelos que destacan como el papel de las redes sociales orientadas a la recuperación son elementos cruciales en la recuperación a largo plazo en los trastornos por consumo de sustancias (Best et al., 2016). El modelo de identidad social de recuperación [SIMOR] se enmarca como los cambios en el mundo social de una persona, originan cambios en el sentido social de sí mismo, lo cual, a su vez conduce a la propia recuperación (Best et al., 2016).

El SIMOR destaca que el mecanismo de recuperación consiste en que la identidad más destacada de una persona cambia de ser definida por su pertenencia a un grupo cuya normas y valores giran en torno al consumo de sustancias, a la pertenencia a un grupo cuyas

normas y los valores fomentan la recuperación: grupos orientados a la recuperación (Dingle et al., 2019). Esta identidad social emergente se internaliza gradualmente, de modo que el individuo llega a encarnar las normas, valores, creencias y lenguaje de grupos orientados a la recuperación (De León & Earleywine, 2013).

Es decir, a medida que los antiguos consumidores llegan a identificarse más fuertemente con grupos orientados a la recuperación, y menos fuertemente con los grupos de consumidores, su probabilidad de recuperación sostenida aumenta considerablemente. En estos casos, la pertenencia a los grupos desempeña un papel clave, de hecho, la pertenencia y el cambio de identidad social se está negociando continuamente, analizando costo-beneficio, y bien pueden iniciarse antes de una inversión consciente en la recuperación para luego transitar durante todo el proceso de recuperación, y terminar consolidándose durante el mantenimiento de recuperación (De León & Earleywine, 2013).

Las dos teorías complementarias sobre las que se sustenta SIMOR son la Teoría de la Identidad Social [SIT] y Teoría de la Autocategorización [ACT]. La SIT propone que, en una variedad de contextos sociales, el sentido del yo se deriva de su pertenencia a diversos grupos sociales grupos, asumiéndose sus valores, normas, objetivos, orientaciones, relaciones e interacciones; lo que piensan, lo que hacen y lo que quieren lograr (Haslam, 2014). Mientras que la SCT argumenta que un mayor *estatus* dentro de un grupo se logra a medida que los individuos se vuelven cada vez más representante de un grupo, y esa representatividad es logrado al encarnar las percepciones y expectativas de lo que los miembros del endogrupo tienen en común, y de lo que los distingue de grupos externos relevantes (Turner, 1985).

Así, la medida en que el sentido de uno mismo se deriva de la pertenencia a un grupo tiene una serie de consecuencias tanto para la percepción como para la acción (Kelly et al., 2010; Kelly et al., 2011). Si una persona se auto categoriza como miembro de un grupo orientado a la recuperación que comprende exconsumidores, interiorizarán las características compartidas del grupo como parte del yo (Frings & Albery, 2015). Esta nueva categorización del yo generalmente implicará distanciarse y disminuir la identificación con el uso de otros grupos consumidores debido a su inconsistencia con las características del grupo de recuperación (Best et al., 2016).

Los factores que mantienen la recuperación son principalmente sociales, pues la recuperación implica alejarse de la red de uso social red e involucrarse activamente con una red social alternativa que incluye a otras personas en recuperación; incluso un solo grupo positivo experiencia, frente a múltiples negativas, puede proporcionar el andamiaje necesario para ayudar a las personas vulnerables y las personas excluidas buscan grupos significativos y redes de apoyo (Cruwys, Dingle, et al. 2014).

Esto sugiere que experiencias profundamente arraigadas de aislamiento pueden ser desafiadas en el proceso de iniciar la transición de recuperación. Timko et al. (2007) demostraron los beneficios de utilizar compañeros para apoyar la participación en los grupos. Sus hallazgos ratifican que el catalizador y el mecanismo para el cambio radica en la dinámica social cambiante que un individuo experimenta a medida que hace la transición entre grupos consumidores y orientados a la recuperación. Esto hace que la persona se aleje de los grupos de consumidores y se comprometa más activamente con los grupos orientados a la recuperación (Best et al., 2016).

Tanto la identificación como pertenencia con un grupo de recuperación ejercen una influencia sobre los individuos a través de la transmisión de normas sociales, repercutiendo en la expresión de actitudes y conductas posteriores (Moos & Moss, 2007). Si el consumidor se identifica con el grupo aumenta la exposición a sus normas y valores, así como su receptividad hacia ellos. La internalización de una norma dentro del grupo contextualmente sobresaliente, que sirve como base para la autodefinición, y así regulación de actitudes y conductas. Esta apertura, aumenta la probabilidad de que las normas del grupo se integren al propio sentido de uno mismo (quien soy yo) (Best et al., 2008). Al mismo tiempo, tales identidades sociales positivas actúan como recursos que apoyan la salud psicológica y el ajuste ante los desafíos cotidianos de la vida, pues las pertenencias a grupos que han sido interiorizadas, se vuelven recursos personales que apoyan la adaptación positiva al cambio en tiempos de transición de la vida (Haslam et al., 2019).

Dichas identidades sociales proporcionan una reserva de recursos sociales que el individuo puede aprovechar en su viaje de recuperación. De este modo, los grupos proporcionan una base para un sentido de pertenencia, sentido, apoyo y eficacia. De ahí, que varios autores sostengan que la recuperación consiste esencialmente en un proceso mediado socialmente, facilitado y estructurado por cambios en el grupo afiliación, resultando en la internalización de una nueva identidad social. La nueva identidad social ejerce influencia en los valores, creencias y acciones individuales, además, se refuerza de manera más prominente cuando se resuelven desafíos de la vida cotidiana (Cruwys, Haslam, et al., 2014).

Por otro lado, el Modelo de Identidad Social de Cese de Mantenimiento [SIMCM] muestra un marco comprobable dentro del cual se puede predecir la variación en resultados de recuperación desde la terapia de grupo (Frings & Albery, 2015). El SIMCM proporciona

una teoría modelo que explica las diferencias en los resultados de salud de las personas con trastornos por consumo de sustancias incluyendo recaída y abandono del tratamiento, mediante la integración de perspectivas derivadas de la literatura clínica, la teoría de la identidad social y la teoría cognitiva social. Su argumento se centra en que la pertenencia a un grupo de autoayuda es un poderoso mecanismo con el que los consumidores pueden lograr y mantener la cesación. De hecho, la investigación muestra la pertenencia a un grupo como una parte muy valiosa dentro del proceso de tratamiento (Kelly et al., 2010).

El SIMCM propone que las personas que intentan abstenerse de cambiar sus comportamientos adictivos pueden basarse en identidades sociales, es decir, aquellas identidades compartidas con otros similares en torno a la cesación para ayudarlos (Tajfel & Turner, 1979). Como resultado, el supuesto clave del SIMCM es que la terapia de grupo, por ejemplo, asociarse con otros consumidores en recuperación, o simplemente el reconocimiento de la propia alianza con individuos que se identifican de manera similar aumentarán la identidad como una persona en recuperación o equivalente (Dingle et al., 2019, Frings & Albery, 2015).

El SIMCM sostiene que la identidad social asociada con la recuperación puede ser generada por la terapia de grupo, y esta identidad conduce a un aumento de sentimientos de eficacia tanto propia como colectiva, cuando existan niveles de estima y eficacia significativos asociados a la identidad asumida y al control social que se percibe que ejerce el grupo. La identificación de lazos afectivos y significativos suficientemente accesibles para ser activados jugarán un papel en resultados posteriores.

Por último, Yalom (1983), postuló que el factor de la universalidad es relevante al darse cuenta de que no están solos en su sufrimiento y que los mismos problemas que enfrentan ellos los atraviesan otras personas en igual condición. Este fenómeno se denominó también como reacción del espejo, en el cual cada individuo se ve reflejado en otro miembro del grupo, esta interacción permite volver consciente lo inconsciente (Foulkes, 2003).

La afectividad también se convierte en un elemento vital en el proceso terapéutico grupal propiciando la *catarsis* necesaria, pues, expresar o incluso experimentar experiencias positivas y los sentimientos negativos por sí solos no tienen un valor esencialmente positivo; el valor terapéutico final depende de otros factores entremezclados donde la reflexión sobre las propios estados emocionales y vivencias es lo que conduce al cambio (Yalom, 1985). Por otro lado, la cohesión grupal en tanto la aceptación y aprobación de la pertenencia al grupo son de suma importancia en la secuencia de desarrollo del individuo que propicia aprendizaje interpersonal y autocomprensión, tolerancia y objetividad generando conciencia integral (De León, 2000). Uno de los últimos recursos curativos alude al factor existencial, este factor representa una herramienta utilitaria de gran papel en la cura, asimismo, también se destaca la importancia de la instilación de la esperanza en los grupos de autoayuda, así como el empoderamiento (Deci & Ryan, 2000). En los grupos de autoayuda la esperanza que brindan otros miembros ya recuperados representa una de las grandes fortalezas de Alcohólicos Anónimos (Lieberman & Borman, 1979). La instilación a la esperanza constituye un recurso fundamental, considerando que la desesperanza es un fuerte factor psicopatológico subyacente que conduce a la perpetuación de de los trastornos por consumo de sustancias. Esperanza y empoderamiento dentro de la terapia de grupo ofrecen las posibilidades de que la perpetuación pueda romperse (Ahmed et al., 2010).

## ***CAPÍTULO II***

### ***Predictores de tratamiento asociados a prevención de recaídas***

#### ***Estudio 1***

## **Capítulo II. Predictores de tratamiento asociados a prevención de recaídas**

Los factores relacionados con el tratamiento terapéutico constituyen importantes predictores asociados a la prevención de recaídas durante la recuperación de los trastornos por consumo de sustancias. Sin embargo, aún es necesario analizar los elementos dentro del periodo de rehabilitación que establecen una ruta de efectividad en las probabilidades de remisión a dichos trastornos. Por ello, el presente estudio se trazó como primer objetivo específico identificar mediante una revisión sistemática documental las variables predictoras de tratamiento asociadas con la prevención de recaídas en personas con trastorno por consumo de sustancias.

### **Introducción**

En la actualidad, se plantea que a pesar de que muchos consumidores necesitan tratamiento por presentar un trastorno por consumo de sustancias, solo unos pocos acuden a recibir atención en programas de rehabilitación finalizando el proceso sin presentar una recaída al cabo de un año debido al carácter crónico de esta enfermedad (NIDA, 2021), pues alrededor del 85% de las recaídas tiene lugar al primer año de la rehabilitación (Abdullah et al., 2020; Sinha, 2011). Estas continuas experiencias de fracasos terapéuticos en la recuperación de dichos trastornos, conducen tanto a familiares como a consumidores a sentimientos de desesperanza al considerar que es prácticamente imposible superar las conductas adictivas (Pereira Espinosa, 2017). No obstante, solo uno de cada cien consumidores dependientes mantiene la abstinencia durante el primer año, incluso después de haber concluido el proceso de rehabilitación (UNODC, 2018).

Aun así, numerosos estudios aleatorizados, controlados y longitudinales basados en evidencia empírica han dado indicios de que si es posible la recuperación (Iglesias et al., 2008; Majer et al., 2011). Lo que sucede es que los consumidores normalmente incurren en reiterados consumos ocasionales reconocidos como caídas o recaídas como consecuencia de los distintos precipitantes temporales que inducen nuevamente al contacto con las sustancias luego de haber transcurrido un periodo de tiempo determinado de remisión (Afkar et al., 2017; Bobes et al., 2007; Menon & Kandasamy, 2018).

El tiempo de permanencia, la calidad, la diversidad y la intensidad de un programa de rehabilitación, así como el ajuste a la satisfacción de las necesidades individuales de los consumidores asociados a la motivación y compromiso en la participación en grupos de autoayuda, resultan elementos terapéuticos esenciales en la remisión y posterior recuperación de los trastornos por consumo de sustancias (Chie et al., 2016; Luengo et al., 2001; Moos & Moos, 2006; Weiss et al., 2005).

### ***Método***

Se realizó una revisión sistemática consultando las bases de datos: EBSCO, Scopus y Science Direct en un período del 2011 hasta el 2020 mediante los criterios de inclusión/exclusión establecidos a partir de la estrategia PICOS. El 75% de los estudios elegidos presentaron diseños aleatorios controlados, cifras de participantes superiores a mil consumidores, seguimientos longitudinales de más de doce meses y procedimientos estadísticos multivariantes.

Como estrategia de búsqueda bibliográfica se detectaron diversas revisiones sistemáticas, metaanálisis y estudios originales empíricos que destacaron las variables

temporales de tratamiento asociadas a recaídas en personas con trastorno por consumo de sustancias.

Las fechas de inicio y finalización de la búsqueda en cada base de datos fueron del 23 de diciembre de 2020 al 10 de abril de 2021 (tabla 1). La ecuación de búsqueda utilizada fue la siguiente: “variables predictivas” OR “factores predictores” OR “drogas” OR “drogadicción” AND “modelo de prevención de recaídas” OR “precipitantes de recaídas” OR “factores relacionados con el tratamiento”, “predictor factors” OR “drugs” OR “drug addiction” AND “relapses prevention model” OR “relapses precipitants” OR “treatment-related factors”.

**Tabla 1**

*Periodos de consulta de bases de datos*

<b>Base de datos consultada</b>	<b>Periodo en años de estudios consultados</b>	<b>Fecha de inicio y finalización de la búsqueda por revisores</b>
EBSCO	2011-diciembre 2020	23 de diciembre, 2020 – 1º enero, 2021
SCOPUS	2011- Julio 2020	15 enero, 2021 – 10 marzo, 2021
Science Direct	2011- enero 2020	13 marzo, 2021 – 10 abril, 2021

Elaboración Propia.

El enfoque analítico que siguió el presente estudio se dividió en cuatro etapas:

### ***Primera etapa***

Al identificar, codificar y agrupar los estudios asociados al tema de investigación según las bases de datos consultadas: EBSCO, Scopus y Science Direct, se utilizaron dos revisores independientes que llevaron a cabo la búsqueda de artículos según el rango de fecha propuesta (2011-2020) en cada base de datos acordada, a partir de una ecuación de búsqueda

preestablecida mediante la estrategia PICOS (Population, Intervention, Comparison, Outcomes, Study design) y las pautas para el desarrollo de revisiones científicas propuestas en el sistema PRISMA (Liberati et al., 2009).

***Segunda etapa:***

La extracción de datos de cada artículo cumplió con los criterios de inclusión mediante un formulario de extracción que fue sometido a un pilotaje inicial por dos revisores independientes con vistas a reducir los sesgos que pudieran afectar la revisión sistemática. Los indicadores del formulario por el cual se evaluaron los estudios seleccionados fueron: número de identificación del estudio, base de datos consultada, año de publicación, tipo de estudio, originalidad, revisión sistemática, meta-análisis, objetivo, población, participantes, procedimiento de selección, características del diseño, duración del estudio, seguimientos, análisis estadísticos, resultados y discusiones.

***Tercera etapa:***

La evaluación de calidad metodológica de los estudios elegidos mediante dos revisores independientes utilizaron la herramienta desarrollada por The Effective Public Health Practice Project (EPHPP) (Thomas et al., 2004). Analizando el grado en que la información disponible en los artículos elegidos respondía a seis dominios que dictaminan la clasificación general de cada estudio: selección-sesgo, diseño del estudio, factores de confusión, cegamiento, métodos de recopilación de datos, retiros y abandonos. La puntuación total máxima de cada estudio fue de 2.51-3.00 (fuerte), 1.51-2.50 (moderado), 1.00-1.50 (débil) (Armijo-Olivo et al., 2010).

***Cuarta etapa:***

La elaboró una la plantilla o esquema con información sobre: (a) tipo de variables predictoras de tratamiento encontrada en cada estudio elegido, (b) robustez metodológica de los artículos elegidos haciendo énfasis en los estudios que utilizaron análisis estadísticos multivariados (c) presentación de datos de los estudios elegidos referente a: tipo de estudio elegido (revisiones sistemáticas y meta-análisis, estudios originales), zonas geográficas donde se realizó investigación, tamaño de la muestra utilizada, temporalidad longitudinal y diseño del estudio.

***Criterios de selección de estudios***

Para la búsqueda en las bases de datos se leyó el título y resumen de estudios empíricos, revisiones sistemáticas y metaanálisis. Se eligieron los artículos que cumplieron con los criterios de inclusión/exclusión establecidos desde la estrategia PICOS (Santos et al., 2007). En concreto, como criterios de elegibilidad, se revisaron estudios cuya población estuviera formada por muestras de más de 500 personas con trastornos por consumo de sustancias mayores de 18 años. Expuestos a programas de intervención de diferentes modalidades así como a estudios observacionales, donde se pudieran observar los predictores de tratamiento asociados a la prevención de recaídas y/o mayores probabilidades de remisión.

Las investigaciones fueron comparadas con base en la aplicación de análisis estadísticos (selección de estudios multivariados), diseños metodológicos, temporalidad longitudinal (selección de estudios con seguimiento mayor a 6 meses), tamaño de muestra (selección de estudios con muestras mayor a 500 participantes), tipo de estudio (selección de originales, revisiones sistemáticas y meta-análisis) y diferenciación de variables pre-

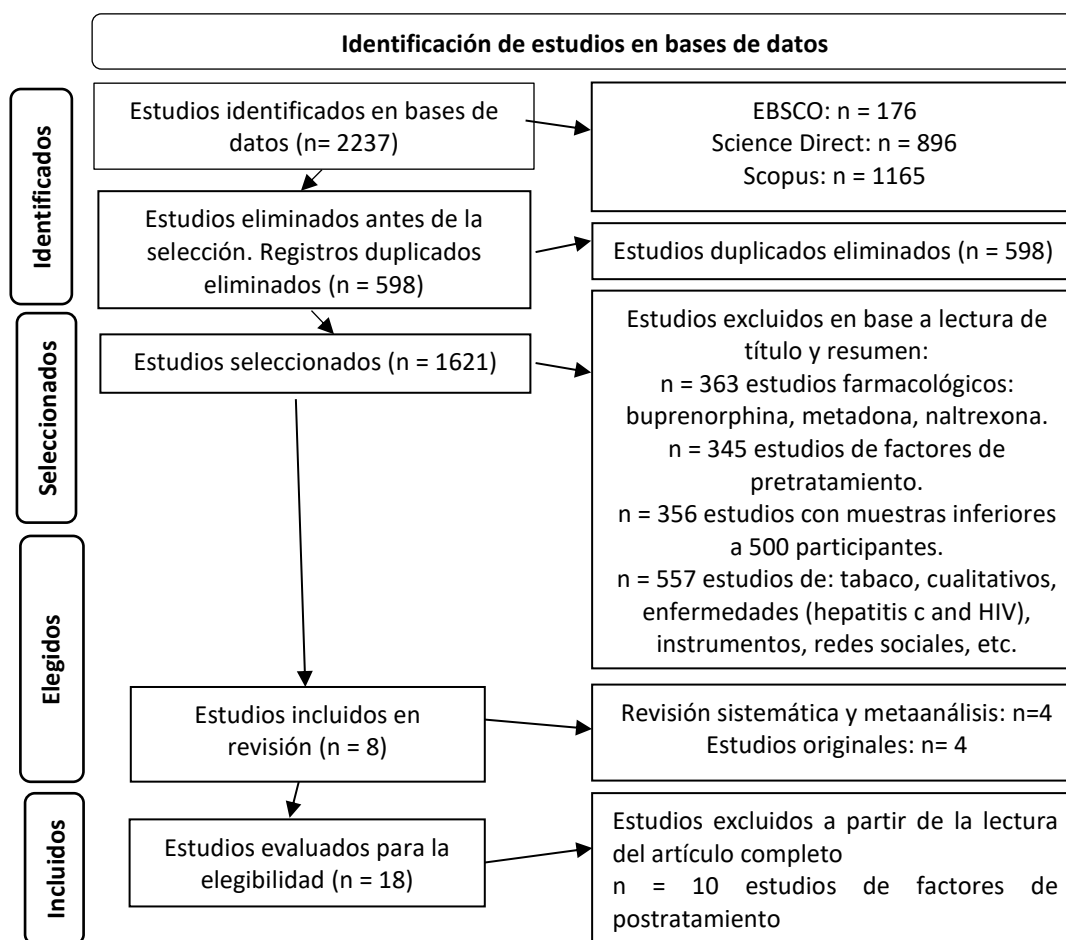
postratamiento destacadas en otros estudios. En cuanto a los resultados se buscó determinar qué interrelación de predictores de tratamiento fueron los más consistentes y efectivos para prevenir recaídas y mantener una abstinencia estable y prolongada, así como su calidad metodológica. Finalmente, en cuanto al diseño, se seleccionaron estudios no experimentales y experimentales, ensayos aleatorizados controlados, no controlados y de cohortes (Beard, 1998).

Dos revisores evaluaron los ítems que constituyeron los criterios de inclusión/exclusión para la elegibilidad del estudio. Esto permitió descartar los manuscritos que no cumplieron con los criterios inicialmente establecidos, garantizando la confiabilidad y seguridad del proceso. De los documentos seleccionados, se consideró el acuerdo entre los evaluadores, discutiendo las limitaciones de los estudios potenciales seleccionados en cuanto a la consistencia de los hallazgos y su aplicabilidad, determinando así su inclusión.

En total se consultaron 2,237 documentos pertenecientes a las tres bases de datos, Scopus: 1,165; EBSCO: 176 y Science Direct: 896; de los cuales se eliminaron 598 manuscritos duplicados antes de la selección inicial. Posteriormente, siguiendo la estrategia PICOS, 1,621 manuscritos fueron excluidos al leer el título y el resumen. De los 18 estudios restantes 10 investigaciones fueron descartadas cuando se realizó la lectura completa de los documentos. Finalmente, se incluyeron ocho estudios que cumplieron con los criterios de selección establecidos, como se representa en el diagrama de flujo de la figura 2.

**Figura 2**

*Diagrama de flujo del proceso de selección de estudios*



Fuente: Elaboración propia

Por otro lado, de los estudios incluidos, el 75% eran de Estados Unidos de Norteamérica, los demás se realizaron en países europeos. El 87% de los estudios incluidos, el número de participantes fue superior a mil individuos y 13% de los estudios restantes presentaba muestras de más de 500 consumidores dependientes, siendo una muestra total de 29,881 consumidores. También, el 87% de los estudios se realizaron con policonsumidores y el 13% con consumidores de alcohol (Tabla 2).

**Tabla 2***Estudios incluidos sobre predictores de tratamiento (N=8)*

Estudio	País	Diseño	Duración	N	Resultados	Análisis estadísticos	Tipo de estudio
Witbrodt et al., 2014	USA	Ensayo controlado aleatorizado	1,7, 5 y 9 años	1,951	Asistencia a tratamiento de 12 pasos	Regresiones cruzadas	Estudio original
Witbrodt et al., 2012	USA	Ensayo controlado aleatorizado	9 años	1,825	Asistencia con el tratamiento de 12 pasos Calidad del programa:	Ecuación de estimación generalizada	Estudio original
Majer et al., 2011	USA	Cohorte	1 año	897	Actividades 12 pasos, abstinencia, autoeficacia	MANCOVA	Estudio original
Schmidt et al., 2018	Dinamarca	Ensayo controlado aleatorizado	43 semanas	8,984	Duración de tratamiento	Meta-regresión	Revisión sistemática y metaanálisis
Li et al., 2017	USA	Ensayo controlado aleatorizado	6,9,12 meses	2,978	<i>Mindfulness</i>	Meta-regresión	Revisión sistemática y metaanálisis
Coco et al., 2019	Italia	Ensayo controlado aleatorizado	12 meses	5,799	Terapia Grupal	Meta-regresión	Revisión sistemática y metaanálisis
Shin et al., 2011	USA	Cohorte	12 meses	3,027	Tratamiento residencial/ambulatorio	Ecuación estructural	Estudio original
Bassuk et al., 2016	USA	Ensayo controlado aleatorizado	12 meses	4,420	Apoyo de pares	No aplica	Revisión sistemática

Elaboración propia

Así mismo, el 50% de los estudios eran originales, mientras que los otros, revisiones sistemáticas y metaanálisis. En cuanto a la trayectoria temporal, el 87% de los estudios longitudinales fueron de más de 12 meses y el 13% estudios de seis meses a un año. En otro orden de análisis, el 50% de las variables predictoras identificadas en las investigaciones aluden a la calidad del programa de 12 pasos con respecto a: su intensidad y participación de los consumidores en las actividades propuestas en los grupos de autoayuda y apoyo de compañeros. El restante de los estudios destacó como variables predictoras significativas:

duración del tratamiento, práctica de mindfulness, formato de tratamiento grupal y satisfacción del cliente con respecto al tipo de tratamiento residencial/ambulatorio recibido.

En cuanto a los diseños metodológicos, se observó que el 75% utilizó estudios de diseño controlado aleatorizado: ensayo clínico controlado aleatorizado. Mientras tanto, el 25% utilizó estudios de cohortes. Los procedimientos estadísticos predominantes fueron análisis multivariados, 88% regresiones cruzadas, ecuaciones estructurales, ecuaciones de estimación generalizadas, MANCOVA, meta-regresiones y 12% donde no se indica análisis estadístico (Bassuk et al., 2016; Coco et al., 2019; Li et al., 2017; Majer et al., 2011; Schmidt et al., 2018; Shin et al., 2011; Witbrodt et al., 2012; Witbrodt et al., 2014).

### ***Evaluación de la calidad metodológica***

De los artículos incluidos, siete presentaron una calidad metodológica moderada y uno fuerte (Witbrodt et al., 2012). Los revisores independientes coincidieron en un alto porcentaje de acuerdo con el comparar los índices dados dentro de cada dominio con la información disponible en cada documento ( $\kappa=0.93$ , 95% IC= [0.86-1.00]). Para la evaluación del consenso entre los evaluadores se utilizaron los criterios propuestos por Byrt (1996) para interpretar los coeficientes kappa, indicando valores que se consideraron excelentes cuando se ubicaron entre los rangos 0.93 y 1.00. Los estudios con fuerte clasificación metodológica alcanzaron una puntuación que osciló entre 2.51 y 3.00 puntos en la evaluación de ambos autores al final del análisis de los criterios de calidad metodológica esperados. En cambio, los de calidad moderada presentaron una puntuación total coincidente entre ambos revisores que osciló entre 1.51-2.50 puntos (Tabla 3).

**Tabla 3***Evaluación de la calidad metodológica de los estudios incluidos*

Estudios (autor/año)	SS		DANC		FC		CEP		MRD		RAS		PT/CM		Clasif. Final
	R1	R2	R1	R2	R1	R2	R1	R2	R1	R2	R1	R2	R1	R2	
Witbrodt et al., 2012	1	2	3	3	3	3	2	2	3	3	3	3	2.5	3	fuerte
Witbrodt et al., 2014	1	2	3	2	3	2	2	2	3	2	3	2	2.5	2	moderado
Majer et al., 2011	1	2	3	2	3	3	2	2	3	2	2	2	2.3	2	moderado
Li et al., 2017	1	1	3	3	3	3	2	2	3	3	3	3	2.5	3	moderado
Coco et al., 2019	2	1	3	3	3	3	2	2	3	3	2	2	2.5	2	moderado
Shin et al., 2011	1	1	2	3	3	3	2	2	3	3	3	3	2.3	3	moderado
Schmidt et al., 2018	1	1	3	3	3	3	2	2	3	3	3	3	2.5	3	moderado
Bassuk et al., 2016	1	1	3	3	3	3	2	2	3	3	1	3	2.5	3	moderado

*Nota:* R1= revisor1; R2= revisor 2; SS = sesgo de selección; DANC = diseño aleatorizado/no aleatorizado/de cohorte; FC= factores de confusión; CEP = cegamiento del evaluador de resultados y de los participantes del estudio; MRD= método de recolección de datos; RAS = retiros, abandonos y seguimiento; PTCM= puntuación total/calidad metodológica; 3= fuerte (2.51-3.00 puntos); 2= moderado (1.51-2.50 puntos), 1= débil (1.00-1.50 puntos).

Elaboración propia

### ***Predictores modificables relacionados con el tratamiento***

De los ocho estudios que destacaron variables modificables asociadas al tratamiento en los trastornos por consumo de sustancias. Tres estudios aludieron a la relación causal entre la asistencia a tratamientos de 12 pasos y la abstinencia mantenida durante los años siguientes (Majer et al., 2010; Witbrodt et al., 2012; Witbrodt et al., 2014). Esta asociación denota que la participación en este tipo de programa contribuyó a la remisión hasta bien entrado el postratamiento. Los consumidores que reportaron menor asistencia mostraron una mayor tendencia a consumir, contrario a las personas que reportaron mayor asistencia a estos programas.

Sin embargo, Majer et al., (2011) notaron que los participantes de 12 pasos informaron niveles significativamente más altos de abstinencia y autoeficacia para el primer

año, en comparación con aquellos que estaban menos comprometidos. Fue la participación en actividades de 12 pasos lo que equipó a las personas con trastornos por consumo de sustancias con los recursos de autoeficacia necesarios para una recuperación continua: hablar con un patrocinador, leer literatura de 12 pasos, trabajar en un paso, estar en la misma página y servicio social (Majer et al., 2010).

Asimismo, otra investigación que se detectó indirectamente asociada a los programas de 12 pasos fue la de Bassuk et al., (2016). Específicamente, este estudio no hace referencia a los tratamientos de facilitación de 12 pasos, sino que se comparan otras modalidades de servicio de apoyo entre pares formales e informales, encontrando resultados muy prometedores que reportaron este tipo de ayuda como un recurso terapéutico importante para los consumidores en recuperación (White, 2009). Sin embargo, aunque en la revisión citada, no se menciona ningún estudio que destaque el papel que juegan los pares en los programas de autoayuda de 12 pasos. Se sabe que este tipo de apoyo de dar y recibir asistencia no clínica y no profesional se utiliza como una herramienta muy frecuente para lograr la recuperación a largo plazo en los grupos de Alcohólicos Anónimos, metodología aplicada recientemente en los grupos de Neuróticos Anónimos y consumidores de sustancias psicoactivas (Tracy & Wallace, 2016).

Durante la revisión también se encontró que además de la duración participativa y la calidad e intensidad de los tratamientos de 12 pasos. La terapia de grupo fue un complemento que contribuyó a la eficacia de la recuperación produciendo pequeños efectos significativos sobre la abstinencia, en comparación con los consumidores que no recibieron tratamiento (Litt et al., 2003). Esta produjo beneficios de tamaño moderado en el estado mental y constituyó un poderoso incentivo para evitar la recaída, ya que el grupo se convirtió en una

fuerza robusta de control externo que podía contrarrestar o comprometer un trastorno caracterizado por la ruptura de los mecanismos de control interiorizados (Coco et., 2019; Sobell & Sobell, 2011).

Por su parte, Li et al. (2017) destacaron el *mindfulness* como otro de los factores relacionados con el tratamiento para conseguir efectos significativos en la remisión del consumo. Señalaron que las técnicas de atención plena pudrían reducir la frecuencia y la gravedad del uso de sustancias al tiempo que aumenta las tasas de abstinencia después del tratamiento. Mientras tanto, Shin et al. (2011) notaron para el tratamiento no residencial y residencial, que la satisfacción de las necesidades de los servicios ofrecidos y una mejor relación cliente-proveedor se relacionaron con mejores resultados de duración del tratamiento y reducción del consumo de sustancias después del tratamiento. A partir de ambos tratamientos, se recomendó promover la relación cliente-proveedor, pero, particularmente en entornos ambulatorios (Joe et al., 1999).

Finalmente, otro estudio en el que se encontraron resultados significativos fue en la investigación de Schmidt et al., (2018). Esta investigación reportó que, aunque las guías clínicas sobre la duración de la terapia para el trastorno por uso de alcohol (AUD) sugirieron cierto consenso sobre el tiempo óptimo de duración, ni las semanas planificadas, ni la duración de las sesiones, ni la frecuencia de las sesiones por semana a las que asistieron los consumidores se asociaron con resultados de consumo de alcohol a largo plazo.

### ***Efectividad y consistencia en los resultados***

Entre los artículos escogidos, los tratamientos asociados a la asistencia a grupos de autoayuda de 12 pasos, la calidad del tipo de actividades que se imparten dentro de estos

programas y el involucramiento que generan, así como las intervenciones de apoyo entre pares, fueron las investigaciones que reportaron la mayor evidencia de resultados consistentes (Majer et al., 2011; Witbrodt et al., 2012). La heterogeneidad de los estudios se determinó teniendo en cuenta consideraciones clínicas y metodológicas, con base en discusiones y parámetros subjetivos dentro del equipo de revisión, no tanto en criterios estadísticos por no ser un estudio meta-analítico (García-Perdomo, 2015; Liberati et al., 2009).

### ***Discusión***

Los estudios que abogan por una asistencia estable a largo plazo a los programas de 12 pasos muestran los mejores resultados de abstinencia estable. La asistencia prolongada a este tipo de programas es un factor importante para mantener los beneficios del tratamiento (Fiorentine & Hillhouse, 2000; Moos & Moos, 2006). Aquellos consumidores que se abstienen durante al menos un año asisten aproximadamente a 20 veces más reuniones sociales programadas que aquellos que no logran la abstinencia a largo plazo independientemente del nivel socioeconómico y otras variables demográficas asociadas con el pretratamiento (Etheridge et al., 1999; Weiss et al., 2005).

También se destaca que la calidad de las actividades propuestas influye en que los consumidores permanezcan en rehabilitación por más tiempo, siendo más probable que completen intervenciones de 24 semanas, además de influir en la reducción del consumo de alcohol/sustancias entre 2, 5 y hasta 16 años de seguimiento (McKellar et al., 2003; Moos & Moos, 2007; Ritsher et al., 2002). Lo dicho anteriormente significa, que la duración de este tipo de tratamiento constituye un elemento que representa un predictor significativo, llegando

a estimarse que el 50% de los pacientes necesitan de 13 a 18 sesiones para conseguir un resultado clínico excelente (Hansen et al., 2002; Howard et al., 1986).

No obstante, los hallazgos de estudios empíricos coinciden con respecto a la efectividad del tiempo de tratamiento, incluyendo el tiempo de atención continua a largo plazo, para alcanzar la remisión en los trastornos por consumo de sustancias. Una revisión sistemática y una investigación meta-analítica realizada por Schmidt et al., (2018), plantearon que el mismo período de tiempo de tratamiento no se adapta a todos, pues las personas se recuperan y sus síntomas disminuyen a diferentes ritmos (Barkham et al., 2006). Estos hallazgos son consistentes con investigaciones de revisiones anteriores sobre la duración planificada y el efecto del tratamiento del trastorno por consumo de sustancias (Blodgett et al., 2014; Lenaerts et al., 2014).

Ahora bien, además de los aspectos mencionados, otro elemento significativo que se estudia en el contexto terapéutico de la recuperación de los trastornos por consumo de sustancias es el tipo de tratamiento que se ofrece a los consumidores y sea hospitalario o ambulatorio. Algunos autores recomiendan el tratamiento residencial dado que la seguridad de estos ambientes remotos contribuye a distanciar las relaciones que perpetúan el consumo de sustancias y consolida los cambios fisiológicos que acompañan al cese del consumo al permanecer en estos lugares, sin embargo, estos hallazgos no son concluyentes (Finney et al., 1996). Ambos tratamientos se relacionan con mejores resultados al moderar la asociación entre las variables predictoras de riesgo y consumo de sustancias en el período de tratamiento, pues si los consumidores perciben calidad en los servicios recibidos para satisfacer sus necesidades, también construyen una relación constructiva entre cliente-proveedor (Friedmann et al., 2000; Meier et al., 2005).

Con respecto a la atención plena, Li et al. (2017) informaron que su práctica propicia efectos para tratar una variedad de problemas de consumo de sustancias en distintas poblaciones en comparación con tratamientos alternativos. Por su parte, Coco et al., (2019) aportaron evidencia contundente del efecto pequeño-moderado de los tratamientos grupales, al influir en el comportamiento del paciente en términos de apoyo interpersonal, ofreciendo un clima grupal de apoyo y motivación, así como ejerciendo simultáneamente presión social para el cambio (Crits-Christoph et al., 2013; Sobell & Sobell, 2011).

Finalmente, otro recurso terapéutico encontrado durante la revisión con notable impacto y muy utilizado en diferentes modalidades de tratamiento es la participación de pares en intervenciones de apoyo a la recuperación (Tracy & Wallace, 2016). Tomar como referencia el testimonio de personas que ya han tenido experiencias similares, con un conocimiento experiencial y que han logrado una abstinencia estable, es muy esperanzador para los consumidores que están empeñados en superar sus conductas adictivas (Borkman, 1999; Faces & Voices of Recovery, 2010).

## **Conclusiones**

Las principales variables predictoras identificadas hicieron alusión a: la calidad de los programas de autoayuda 12 pasos, apoyo de pares, formatos de tratamiento grupal, mindfulness, duración del tratamiento y servicios ambulatorios/residenciales. Los estudios que denotaron mayor consistencia destacaron la importancia de la participación comprometida en grupos de autoayuda, la calidad de las actividades propuestas al interior de los programas de 12 pasos y el apoyo de pares, como componentes claves para prevenir las recaídas durante la recuperación de los trastornos por consumo de sustancias.

Es pertinente proceder con cautela al momento de difundir su generalización, independientemente de que los hallazgos denoten evidencia de calidad moderada y fuerte. Téngase en cuenta que la actual investigación solo identificó manuscritos que abarcaron una fecha de diez años 2011-2020 en los idiomas inglés y español descartando hallazgos detectados en otros idiomas y fechas de publicación anteriores. Esto conduce a un sesgo metodológico en cuanto a un análisis más profundo de la temporalidad longitudinal. Además, siempre existe la posibilidad de un sesgo metodológico adicional por parte de los revisores al incluir estudios. A pesar de haber realizado la evaluación de la calidad de los artículos incorporados definitivamente.

Por consiguiente, se recomienda complementar la realización de estudios de revisión sistemática con procedimientos de metaanálisis estadístico para determinar la heterogeneidad y sensibilidad de los estudios en base a consideraciones estadísticas, no solo clínicas y/o metodológicas. Así, se obtiene mayor confianza en que existe menor riesgo de sesgo en cuanto a la consistencia de los resultados informados.

Además, sería recomendable utilizar criterios de elegibilidad de alta precisión en futuros estudios de revisión y metaanálisis, tales como: incluir solo estudios que hayan utilizado la replicación de tratamientos similares -duración, dosis-frecuencia-intensidad, características del programa, etc.-, con seguimientos a largo plazo donde se puede observar la evolución real de los casos sin confusión de datos en una muestra amplia y homogénea de participantes. Así como el control de variables foráneas mediante procedimientos de aleatorización y gestión de la pérdida de datos por desgaste en el tiempo, mediante rigurosos procedimientos estadísticos.

## ***CAPÍTULO III***

### ***Factores de tratamiento terapéutico***

#### ***Estudio 2***

### **Capítulo III. Factores de tratamiento terapéutico**

El estudio tuvo como objetivo analizar mediante una exploración cualitativa los factores de tratamiento relacionados a la interiorización de una nueva identidad de recuperación. Se empleó un análisis de contenido sobre la base del conocimiento previo con entrevistas semiestructuradas a nueve participantes diagnosticados con un trastorno por consumo de sustancias que se encontraban en estado de abstinencia mayor a un año, seleccionados mediante procedimientos y bola de nieve en alguno de los centros de rehabilitación de la comunidad.

#### ***Introducción***

Diversos estudios han demostrado como la presencia de algunos componentes ubicados dentro del tratamiento son sumamente valiosos en la construcción de una nueva identidad de recuperación en el abordaje de los trastornos por consumo de sustancias (Bassuk et al., 2016; De Andrade et al., 2019; Kowalski, 2019; Mckay et al., 2001; Park et al., 2020; Pinto et al., 2019; Rome et al., 2017). No obstante, aún se conoce poco sobre la interacción específica de factores en el razonamiento y la toma de decisiones de dejar el consumo a largo plazo, de la interiorización de esta nueva identidad social, o de los cambios subjetivos graduales que surgen en este proceso (Velez et al., 2017; Wenaas et al., 2021).

Algunas investigaciones han permitido entender en cierta medida la lógica interna que siguen estas transformaciones en la subjetivación de exconsumidores recuperados, pero, todavía es necesario explorar en mayor profundidad esta temática para arribar a hallazgos

más concluyentes (Bahl et al., 2019; Barnett et al., 2021; Beckwith et al., 2019; Dillon et al., 2020; Mittelmark et al., 2017; Neale et al., 2018; Webb et al., 2022).

Estudios como el de Dingle et al. (2019) permitieron comprender que una mayor preferencia por una identidad de recuperación sobre una identidad de consumidor se asocia con mayores niveles de compromiso con la abstinencia y el bienestar, en concordancia con otros autores que han resaltado que la identidad de recuperación se asocia con la autoeficacia y predice tanto el número de meses que un participante estará libre de sustancias, así como la reducción en su comportamiento de consumo (Buckingham et al., 2013).

Asimismo, se destaca que la identidad de recuperación se manifiesta con más fuerza que una identidad de consumidor cuando se miden simultáneamente al cabo de los resultados a seis meses (Mawson et al., 2015). La integración de una fase de tratamiento más intensiva y limitada en el tiempo, unida a una fase de atención continua subsiguiente menos intensiva, pero prolongada a lo largo del tiempo, representa un componente importante en la interiorización de una nueva identidad social asociada a la abstinencia (Costello et al., 2019; De León, 2000; Wangensteen et al., 2020).

Otras investigaciones también destacan que la satisfacción del cliente con la calidad de los servicios prestados durante el periodo de tratamiento es un predictor significativo vinculado al desarrollo de una nueva identidad de recuperación (Andersson, 2017; Neale et al., 2018; Stallvik et al., 2019; Weston et al., 2018). Se ha expresado, de manera cada vez más consistente que un mayor apoyo terapéutico y de pares recibido, evoca un mayor involucramiento en el contexto de rehabilitación y un aumento significativo de la predisposición y el mantenimiento de modificar conductas adictivas (Bathish et al., 2017;

Bjornestad et al., 2019; Hser et al., 2004; Hutchison et al., 2018; Pettersen et al., 2019). Incluso, se plantea que solo si los clientes se identifican fuertemente con grupos que promueven la abstinencia o la recuperación se obtienen entonces mejores resultados (Buckingham & Best, 2017).

Algunos autores mencionaron que para que este comportamiento de abstinencia asimilado mediante la interacción grupal se mantenga continuo e individualizado a largo plazo y constituya una transformación de identidad, es necesario que se produzca un cambio de comportamiento menos esforzado y más sostenible, es decir, inconscientes, automáticos o habituales, adquirido mediante cantidades significativas de 'entrenamiento' para establecerse como construcciones cognitivas sociales conscientes (Caldwell et al., 2018). Generalmente, diferentes estudios sostienen que el tiempo que se necesita para internalizar dicha recuperación de manera permanente oscila entre un rango de 1 a 5 años llegando a considerarse totalmente "autosuficiente" al cabo de un quinquenio (Flynn et al., 2003; El-Guebaly, 2012).

Así, los procesos de recuperación son un trabajo duro y mediatizado por la interacción de múltiples factores sociales y personales principalmente caracterizados por dolor emocional que demanda atención profesional con paciencia, apoyo y colaboración (Bjornestad et al., 2020). Un fenómeno tan complejo necesita ser abordado desde una mirada holística, no obstante, solo un reducido número de estudios cualitativos han abordado desde la complejidad, un enfoque integral para comprender el proceso de recuperación de las personas con trastornos por consumo de sustancias (Bjørlykhaug et al., 2021; Veseth et al., 2019; Wangensteen & Hystad, 2022).

## Método

### *Entorno de investigación y participantes*

Con perspectiva cualitativa, se realizaron nueve entrevistas semiestructuradas con exconsumidores que participaron por más de un año de rehabilitación residencial en diversas instalaciones de centros de rehabilitación ubicados en un área urbana de Ciudad Juárez, Chihuahua, México. El reclutamiento se realizó mediante un muestreo en cadena o bola de nieve en cada institución considerando la dificultad de encontrar exconsumidores voluntarios, por lo que se generó una apertura flexible en los criterios de selección con la inclusión de casos heterogéneos con un rango variado de abstinencia en periodo de años y diversidad en la sustancia consumida. Los datos sociodemográficos de los participantes seleccionados se presentan en la tabla 4.

**Tabla 4**

### *Características sociodemográficas de los participantes*

<b>Características sociodemográficas</b>	<b>(N=9) N (%)</b>
Tiempo de abstinencia	
Entre 1-4 años	7 (63%)
Entre 5-13 años	2 (37%)
Principal droga consumida	
Metanfetaminas	4 (44,4%)
Alcohol	2 (22,2%)
Heroína	1 (11,1%)
Cocaína	1 (11,1%)
Policonsumo	1 (11,1%)
Edad	
40-60 años	5 (55,5%)
20-39 años	4 (45,5%)
Estado civil	
Solteros	7 (77,7%)
Con pareja	2 (22,3%)
Nivel de escolaridad y ocupación	
Estudios universitarios u otro tipo de estudio	2 (22,2%)
Empleados	4 (44,4%)
Sin empleo	3 (33,3%)

Elaboración propia.

### ***Recolección y análisis de datos***

La recolección de datos implicó entrevistas semiestructuradas en profundidad para explorar tres factores de tratamiento relacionados con la interiorización de la identidad de recuperación: tiempo de tratamiento prolongado, atención continua con motivación al cambio y calidad del tratamiento, así como los procesos que se van modificando a medida que se avanza hacia la recuperación por la influencia de estos factores terapéuticos. Las entrevistas individuales se llevaron a cabo de manera presencial en un lugar tranquilo en una de las habitaciones de las instalaciones que otorgaron su permiso; por un único entrevistador con formación académica y experiencia en el trabajo con personas con trastorno por consumo de sustancias. La guía de entrevista completa está disponible a pedido del autor correspondiente (AAFF).

Se realizaron nueve entrevistas a exconsumidores que han logrado mantener una abstinencia por al menos un año o más con 60 minutos de duración mediante consentimiento informado enfatizando el resguardo, anonimato y confidencialidad de los datos con carácter voluntario, constituyendo un protocolo aprobado por el Comité de Ética para la Investigación de la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez (UACJ). No se presentó ningún abandono por parte de los participantes durante el proceso de recolección de datos en un tiempo de tres meses (noviembre de 2021-enero de 2022). Todas las sesiones fueron grabadas en audio con el permiso de los participantes cuyas transcripciones fueron analizadas de modo textual. El rigor o la confiabilidad de este estudio cualitativo se garantizó tomando en cuenta criterios importantes como: credibilidad, confiabilidad, conformidad y transferibilidad (Rebar & Macnee, 2010) mejorando la validez de contenido

mediante procedimiento de jueceo de especialistas usando los criterios sugeridos por Lincoln & Guba (1985).

Primeramente, se determinaron los conceptos primarios de categorías y subcategorías mediante una matriz de categorización. Después, se obtuvieron los códigos primarios extraídos de las entrevistas por medio de la delimitación y descomposición del texto en unidades semánticas utilizando la señalización de índices y elaboración de indicadores. A continuación, los códigos fueron analizados, comparados, resumidos y categorizados en correspondencia con las subcategorías y categorías elaboradas con base en las construcciones teóricas extraídas de la literatura.

Los códigos del análisis de contenido se construyeron deductivamente usando un esquema de codificación a priori basado en los pasos descritos por Hsieh & Shannon (2005). La construcción de la matriz de categorización y codificación de los datos por categorías tuvo en cuenta el dialogo entre coinvestigadores y la consulta de temas preidentificados desde la literatura (Franklin et al., 2005; Graneheim & Lundman, 2004).

Se tomaron notas provenientes de la grabación de audio hasta que los datos se volvieron repetitivos o redundantes, además de considerarse que los temas estaban adecuadamente representados o ejemplificados en los datos mediante análisis de contenido. En concreto, se seleccionó un tamaño de participantes a priori entre 6 a 13 sujetos con base en las recomendaciones para estudios cualitativos de esta naturaleza. En la octava entrevista, se observaron hallazgos repetitivos por lo que, se decidió detener el criterio en una entrevista más (Tabla 5).

**Tabla 5***Pasos del procedimiento para verificar la saturación de datos*

<b>Pasos</b>	<b>Descripción</b>
<b>Paso 1: Disponibilidad de los registros de datos en bruto</b>	Todos los investigadores tienen acceso al audio completo y a las transcripciones, desde las primeras colecciones
<b>Paso 2: “Inmersión” en cada registro</b>	El investigador principal y otros expertos calificados (auditores) realizan lecturas para identificar el sentido en las manifestaciones de los sujetos
<b>Paso 3: Compilar los análisis de cada entrevista por cada investigador de modo independiente</b>	Investigadores (autor y auditores externos) compilan los temas y tipos de declaraciones identificadas en cada una de las entrevistas, agrupando los datos por cada una de las subcategorías o categorías preestablecidas a priori
<b>Paso 4: Reúna los temas o tipos de declaraciones para cada subcategoría o categoría</b>	Después de cada entrevista analizada por los investigadores, se seleccionan los discursos considerados ejemplares identificados
<b>Paso 5: Codificación o nombramiento de datos</b>	Nombramiento de los temas y tipos de enunciados contenidos en cada precategoría. Este nombramiento o código revela las inclinaciones teórico-ideológico y técnicas de los investigadores a partir de la literatura consultada
<b>Paso 6: asigna (en una tabla) los temas y tipos de declaraciones</b>	Es una asignación que permite la visualización de realización de los elementos analíticos con los que funcionan resaltando cuando dio la primera ocurrencia. Se propone una suma o cuantificación del proceso de saturación para tener una visión más objetiva.
<b>Paso 7: compruebe la saturación de datos para cada subcategoría o categoría temática definida a priori</b>	La recopilación de nuevos datos a través de nuevas entrevistas supuestamente agrega pocos elementos para la discusión en relación con la densidad de datos ya obtenida. Es el momento en que empiezan a agotarse nuevos tipos de enunciados o temas. Se estima que los temas están adecuadamente representados o ejemplificados en los datos obtenidos y permiten un entendimiento sobre el fenómeno investigado.

Fuente: Fontanella et al. (2011).

Finalmente, el análisis de los datos se sometió a la introducción de una auditoría externa aprovechando la experiencia y disposición de dos colegas calificados con grado de doctorado que trabajan como investigadores en una universidad pública local en aras de garantizar mayor rigor metodológico del estudio. En cuanto a la facilitación de la transferencia, se ofreció una descripción lo más clara, detallada, profunda y completa posible, pero a la vez nítidas y sencillas, sobre el contexto donde se realizó el estudio, la selección y características de los participantes, así como los datos de recolección y el proceso de análisis (Fontanella et al., 2011; Graneheim & Lundman 2004).

## Resultados

De las nueve entrevistas, se extrajeron 271 códigos primarios provenientes de la delimitación de unidades semánticas. Luego, se compararon y se seleccionaron 31 códigos que fueron resumidos finalmente a 22 códigos esenciales. Una vez realizado este procedimiento, se evaluaron dichos códigos ajustándolos a 3 diferentes categorías y 7 subcategorías que ya se habían definido en la matriz de categorización acorde a las construcciones teóricas existentes sobre el tema “factores relacionados con el tratamiento”. El primer análisis se llevó a cabo con los datos recolectados en las primeras ocho entrevistas, luego, se decidió realizar una entrevista más para determinar si se mantenía la redundancia y/o repetitividad en la información empírica.

A partir de la octava entrevista se alcanzó la estabilidad de datos en 14 códigos (63.63%) de los 22 propuestos. Mientras que para la novena entrevista la repetitividad de la información con más de 50% de ocurrencia había tenido lugar en 15 de los códigos (68.18%) planteados, el resto de los 7 códigos carecía aun de estabilidad para la novena entrevista. De los 15 códigos, los que reflejaron mayor cantidad de ocurrencias con intensidad afectiva y prolijidad de detalles en más de un 50% de las entrevistas llevadas a cabo para examinar cada factor terapéutico fueron solo 10 códigos (45.45%) (Tablas 6 y 7).

**Tabla 6**

*Matriz de categorización, codificación y extracción de datos*

Categ	Subcat	Código	Entrevista							Total ocurrenc	Porc	
			1	2	3	4	5	6	7			8
Tiempo prolongado de	Permanencia/ finalización	Número de días	X	X	X		X	X	X	X	7	77.77%
		Necesidad de tratamiento prolongado	X	X		X	X	X	X	X	7	77.77%
		Aceptación vs autoengaño	X	X		X	X	X	X	X	8	88.88%
		Frecuencia participativa	X	X		X		X	X	X	6	66.66%

tratamiento	Efectos	Herramientas terapéuticas efectivas de catarsis	X X X X X X	6	66.66%
		Herramientas terapéuticas del apoyo de pares	X X X X X X X X X	9	100%
		Herramientas de actualización-retroalimentación	X X X X X	6	66.66%
		Herramientas de reinserción social progresiva	X X	2	22.22%
Motivación al cambio	Fuerzas motrices	Detonantes ambientales agravantes	X X X X X X X X X	9	100%
		Condiciones madurativas personales	X X X X X X	6	66.66%
	Cambio decisional progresivo	Reevaluación conductual mediante experiencia de pares	X X X X X X	6	66.66%
		Proyección futura y sentimientos de utilidad	X X X X	4	44.44%
		Tendencias activantes de superación personal	X X X X X X	5	55.55%
	Autorregulación consciente-volitiva estable	Niveles superiores de regulación volitiva-consciente	X X X X	4	44.44%
		Compromiso de orientación conductual a valores, abstinencia y prestación de servicio	X X	2	22.22%
Calidad del tratamiento	Características del programa	Diversidad	X X X X X	5	55.55%
		Individualizado/Personalizado	X	1	11.11%
		Ajuste a necesidades	X X X	4	44.44%
		Intensidad del programa	X X	2	22.22%
	Características de los consumidores	Calidad del servicio (Relación cliente proveedor)	X X X X X X	6	66.66%
		Satisfacción del cliente	X X X X X X	6	66.66%
	Necesidad gradual de cambio	X X X X X X X	7	77.77%	

Nota. x: recurrencias; x: recurrencia descrita con mayor intensidad afectiva y detalles, total de ocurrencias: se remarca el total de ocurrencias que mayor intensidad afectiva y prolijidad de detalles explicativos presentaron en más del 50% de las entrevistas

## Tabla 7

*Relación tema, categoría, subcategorías, códigos, unidades semánticas*

Categ	Subcateg	Código	Unidades semánticas
Tiempo de tratamiento	Permanencia y finalización	Número de días necesarios	En mi caso personal de 2 a 4 años para mí. En tres meses apenas empezamos a desintoxicarnos. Yo que tengo dos años, aún tengo necesidad de continuar.
		Necesidad de tratamiento prolongado	Tiempo no equivale a recuperación. Esto es para toda la vida.
	Abandono	Aceptación vs autoengaño	Definitivamente no, no se puede mantener el consumo luego de rehabilitarse sin tener complicaciones. No solamente yo, sino que nadie lo ha logrado, ni conocemos a nadie
		Frecuencia participativa	Recomendaría asistir de manera intensa de 1 a 3 años, todos los días...ya luego pueden ir menos
		Herramientas terapéuticas efectivas ante situaciones de	Cada nuevo que llega y me regala una experiencia nueva me fortalece en mi recuperación. Es como si tuviera una batería cargando

	Duración de efectos	riesgo (actualización y retroalimentación)	
		Herramientas terapéuticas efectivas de catarsis	Se trabaja grupalmente, en tribuna. Aquí nos enseñan a exponer nuestros miedos, nuestros secretos ante otro ser humano y ante Dios y nos ayuda poco a poco a sentirnos bien
		Herramientas terapéuticas de autoeficacia	En mi caso personal me ha ayudado no despegarme del mismo lugar donde haya personas con el mismo problema mío. Me ha ayudado mucho ver la experiencia de otras personas y dar la mía en tribuna...el escuchar a otras personas, hablar con los recaídos
		Herramientas terapéuticas de reinserción social	Me ha ayudado mucho no mezclarme de a golpe con el mundo exterior
Motivación al cambio	Fuerzas motrices orientadoras del cambio	Detonantes ambientales agravantes	El cambio viene cuando los dejan sufrir, aunque se oiga duro. Verá porqué. Sales, te revientas y tu mamá o tu pareja te apapachan. Inconscientemente la familia le está dando de comer a la adicción. Cuando realmente se les deja que se llegue a ese fondo sufrimiento del que tanto se habla, llegará ese cambio
		Condiciones intrínsecas de maduración personal	Hubo un momento que me di cuenta de todo el daño que ya había hecho a mis familiares. Entendí que lo que empezó como un juego o diversión mira donde llegó a terminar.
	Cambio decisional-motivacional progresivo	Reevaluación conductual mediante experiencia de pares	Una de las cosas que más me ayudó fue ver gente de afuera que tenía 4, 5, 10,12 años rehabilitados, y que yo mismo había conocido que eran consumidores.
		Reorientación de proyectos futuros y sentimientos de utilidad	Hoy tengo metas a futuro, un porqué y para qué. Quiero ser alguien, tener estudios. Mi anhelo es tener una familia y ofrecerle algo. No solo es dejar de consumir sino superarse a uno mismo. Hay que proponerse metas, hay que anhelar.
		Tendencias activantes de superación personal	En otras etapas no quería dejar de consumir. Consumía por consumir y quería morirme. No había ese anhelo de cambiar. Lo que siento ahora como un reto, si el padrino que tiene 70 años puede, porqué yo no voy a poder. Eso me da fuerzas.
	Autorregulación consciente-volitiva estable	Niveles superiores de regulación volitiva-consciente	Si abandono el centro doy cabida a pensamientos de autoengaño, a la soberbia, al que yo puedo y lo más probable es que recaiga
		Maduración de recursos terapéuticos	Tener contacto con la terapia me da posibilidad de sacar la ira, el estrés y la tristeza, que no se acumulen, a sacarlo como una olla de presión. Para mí es muy importante que no se acumulen sentimientos o emociones. La terapia me ayuda a sacarlo
		Reinserción social progresiva	Mezclarme muy pronto con el mundo exterior me haría olvidar fácilmente la nueva vida que se me está inculcando, la disciplina
		Compromiso de orientación conductual a valores, abstinencia y prestación de servicio	Me humillé, me convertí en lo que nunca quise ser y cuando terminé en mi sano juicio vienen las ganas a mí de ser alguien diferente, de ayudar a otros adictos, de salvar una vida
Calidad del tratamiento	Característica del programa	Diversidad	La terapia está muy completa, es muy extensa, manejan muchos temas, no solo el programa de 12 pasos, sino temas de logoterapias. Son de cinco a seis temas que se tocan por semana en diferentes horarios
		Individualizado/Personalizado	Hoy día sigo retroalimentándome a través de tribuna, de compañeros en el patio, en charlas. Muchas veces nos agarramos de tribuna el uno al otro.

Característica de los consumidores	Ajuste a necesidades	En otro tipo de centro recibí ayuda, pero no de acuerdo a mi problemática. Esta institución respondió a esa necesidad otorgándome tres meses de recuperación en una sala de psicoterapia, que es el inicio. A partir de mi desintoxicación empecé a tratar nuevos temas que yo nunca había tratado en mi vida y que me hacían cierto daño
	Intensidad del programa	Es muy completo porque es una terapia intensiva. Son 12 horas diarias de terapia porque es el tamaño de mi enfermedad.
	Calidad del servicio/ relación cliente-proveedor	Se acostumbran al ambiente porque es un ambiente diferente. Se acostumbran al trato que le damos, a la institución, al programa.
	Satisfacción del cliente	Llegué con la idea de otro centro más. Voy a estar tres meses y salgo y vuelvo a recaer. Pero en este lugar fue diferente, pude trabajar directamente con mis miedos, con lo que me lastimaba...cada día comencé a notar que amanecía con más anhelo por lograrlo. Entonces me di cuenta que el problema no era el lugar sino yo...en este lugar quien quiere cambiar va a cambiar”
	Necesidad gradual de cambio/ balance decisional determinante	Cuando inicie el tratamiento llegue con la mentalidad de cambio forzosamente, por presión de mi familia que me saco de la casa. Cuando me trajeron para acá me sentía bien mal, pero empecé a ver todo de daño que le había hecho a los demás y a mí

Elaboración propia.

### ***Tiempo de tratamiento***

La primera categoría explorada fue el tiempo de tratamiento que se considera necesario para alcanzar una recuperación estable. Dicha categoría se compone de dos subcategorías subsecuentes: permanencia o abandono en los tratamientos y duración de los efectos del tratamiento. Dentro de la permanencia o abandono se identificaron cuatro códigos: números de días necesarios, necesidad consciente de recibir un tratamiento prolongado, aceptación vs pensamientos de autoengaño y la frecuencia participativa a reuniones de atención continua.

Desde los Doce Pasos se nos enseña que no hay un tiempo específico de recuperación. Una recuperación te va a llevar toda la vida (Participante no 2, 18 años de consumo a la heroína, 6 años de abstinencia).

Soy un adicto, soy un enfermo, siempre va a ver la posibilidad de drogarme. Es como la diabetes. Ellos necesitan su insulina, su medicamento sino recaen (Participante no 7, 9 años de consumo a metanfetaminas, 1 año de abstinencia).

En la subcategoría duración de los efectos, se ubicó la presencia de cuatro códigos: herramientas efectivas ante situaciones de riesgo: Herramientas terapéuticas efectivas de catarsis, apoyo de pares, actualización-retroalimentación y reinserción social progresiva.

...expulsar todo lo que uno trae, todo lo que siente, todo lo que me han dicho o hecho. Todo eso lo voy guardando...pero cuando vengo a la terapia lo comparto, lo saco... (Participante 3, más de 10 años de consumo a metanfetaminas, 2 años de abstinencia).

Se me enseñó que podría vivir de una experiencia ajena sin tener que vivirla yo, mediante el apadrinamiento una persona habla con otra compartiendo experiencias. Es básico oír otras experiencias, me ayuda a ver las perspectivas de otros y me enriquece (Participante 2, 18 años de consumo a la heroína, 6 años de abstinencia).

Para mantener la abstinencia me ha ayudado mantenerme dentro de la institución. La clave es continuar aquí, compartiendo mi historial, aprendiendo de mis compañeros y en cierta forma prestando mi servicio, eso me hace sentir útil (Participante no 6, 15 años de consumo a metanfetaminas, 2 años de abstinencia).

### ***Motivación al cambio***

La categoría motivación hacia al cambio se dividió en tres subcategorías: fuerzas motrices, cambio decisional progresivo y autorregulación consciente-volitiva orientada al cambio estable. Dentro de la subcategoría fuerzas motrices, se destacó la interacción de dos códigos claves para la activación de la modificación conductual adictiva, la presencia de detonantes ambientales agravantes y condiciones madurativas asociadas al sujeto. Dentro de esta primera subcategoría, la presencia de detonantes ambientales agravantes se asoció con experiencias vivenciales críticas, prolongadas y acumulativas asociadas a “tocar fondo” o sumergirse en un fondo de sufrimiento y malestar constante, como resultado de las consecuencias del consumo.

Me habían dicho que tocaría fondo, pero nunca había sido como hasta ahora. Perdí a mi madre, mi padre, mi esposa me abandonó, perdí casa, trabajo, parte de mi salud, todo... Cuando nos quitan todo es cuando en verdad se cambia. Mientras la familia y la pareja nos consientan mucho y tengamos todo a la mano, estemos en nuestra zona de confort, no vamos a cambiar (Participante no 4. Más de 10 años de consumo de alcohol. 1 año de abstinencia).

Ahora, si bien es cierto que la presencia de detonantes ambientales agravantes es una condición necesaria que puede incidir fugazmente en despertar una chispa de necesidad de cambio en los consumidores pues es importante converger otras condiciones madurativas asociadas al sujeto para que este incipiente despertar de cambio vaya consolidándose gradualmente.

Es un ultimátum que Dios te da. A mi forma de ver es una interpretación que tú haces. Esta es la última y ya, no hay más. Lo tomas o lo dejas, es la última oportunidad... (Participante no 6, más de 10 años de consumo de metanfetaminas, 2 años de abstinencia).

El verme en las garras de la muerte sentía miedo a morir solo, repudiado por todos, eso fue el más poderoso. Pero a la vez comencé a recordar mi vida pasada, mi vida pasada, la madre de mis hijos, los días de salir al parque en mi vida de familia. Empecé a anhelar a mis hijos a mi lado. Y sentí esa necesidad de cambiar, de aprovechar el tiempo que Dios me regale de vida (Participante no 1, más de 20 años de poli consumo, 2 años y 4 meses de abstinencia).

En cuanto a la subcategoría cambio decisional progresivo se destacaron tres códigos: reevaluación conductual mediante la experiencia de pares, proyección futura unida a sentimientos de utilidad y tendencias activantes de superación personal.

La primera tribuna que yo escuché me dije. Ese *guy* porqué está hablando de mí si yo no lo conozco. Estaba hablando de lo que me sucedía en mi vida en aquel entonces... (Participante no 8, más de 25 años de consumo al alcohol, 13 años de abstinencia).

El ver a una persona que uno conoció rehabilitado y su cambio en la forma de hablar y andar vestido diferente me motivo y empecé a pensar que si se podía. Porque esas personas estaban en iguales condiciones que yo. Eso empezó a crear en mi mente esa esperanza, porque lo primero que debe entrar en un adicto es la esperanza. Alguien

que me enseñe que si se puede porque otro ya lo hizo” (Participante 2, 18 años de consumo a la heroína, 6 años de abstinencia).

En otras épocas consumía por consumir y querría morirme. No había ese anhelo de cambiar. Esos deseos que siento ahora como si fuese un reto, si el padrino que tiene 70 años porque yo no puedo. Esa es mi fuerza, poder ayudar a otros con mi ejemplo (Participante no 1, más de 20 años de poli consumo, 2 años y 4 meses de abstinencia).

Finalmente, en la tercera subcategoría autorregulación consciente-volitiva orientada al cambio estable se distinguieron dos códigos: niveles superiores de regulación volitiva-consciente y compromiso conductual orientado a valores, abstinencia y prestación de servicio. De ellos, reorientar sus patrones conductuales a futuro por valores y prestación de servicio a otros consumidores, resulta un medio para redimir sus experiencias y errores de épocas de consumo activo.

Lo que en 30 años de mi vida no pude entender o descubrir. En los dos últimos años de mi vida lo hice y eso me cambio totalmente mi forma de pensar y ver las cosas. Me ayudo a darme cuenta del daño que hice a mi familia, lo crítico de mi situación. Todo eso me ayuda a no querer seguir consumiendo (Participante no 6, más de 10 años de consumo de metanfetaminas, 2 años de abstinencia).

Me humillé, me convertí en alguien que nunca quise ser y cuando terminé en mi sano juicio vinieron las ganas de ser alguien diferente, de ayudar a otros adictos, de salvar una vida (Participante no 9, 2 años de abstinencia).

### ***Calidad del tratamiento***

La categoría calidad del tratamiento se dividió en dos subcategorías: características del programa y características del consumidor. Dentro de las características del programa se contabilizaron cinco códigos: diversidad del programa, carácter individualizado, intensidad, ajuste a necesidades individuales y la calidad del servicio (valoración positiva de la relación cliente-proveedor).

Este tratamiento fue más completo, fueron tres meses, varias juntas y aquí si entendí, porque entendí...aquí me nació el deseo de cambiar...el lugar está bien, tiene

condiciones (Participante no 7, 9 años de consumo a metanfetaminas, 1 año de abstinencia).

El trato recibido fue diferente, me dieron importancia. Hasta cuando me llamaban la atención por algo incorrecto... (Participante No 5, más de 10 años de consumo de alcohol, 1 año de abstinencia).

El trato influye mucho, se me hace más sano, diferente, hay más atención, hay más acercamiento con el padrino, militantes de afuera, es más interactivo...el director, el encargado se acercan más a uno (Participante no 1, más de 20 años de poli consumo, 2 años y 4 meses de abstinencia).

Dentro de las características del consumidor se identificaron dos códigos: la satisfacción del cliente y la necesidad gradual de cambio. Destacó en el discurso de los entrevistados, como a pesar de que se ofrezca un servicio de calidad, diversificado e intenso. Es necesario que el propio paciente colabore con su recuperación, y no asuma la ayuda terapéutica de modo pasivo para responder únicamente a las demandas de presiones sociales externas.

Llegué con la idea de otro centro más. Voy a estar tres meses y salgo y vuelvo a recaer. Pero en este lugar fue diferente, pude trabajar directamente con mis miedos, con lo que me lastimaba...cada día comencé a notar que amanecía con más anhelo por lograrlo. (Participante no 1, más de 20 años de poli consumo, 2 años y 4 meses de abstinencia).

Aquí me nació el deseo, el ver a otras personas que se puede salir adelante es de admirar. (Participante 7, 9 años de consumo a metanfetaminas, 1 año de abstinencia).

### ***Discusión***

Las categorías principales exploradas que resultaron relevantes fueron: tiempo de tratamiento prolongado y atención continua, motivación al cambio y calidad del tratamiento recibido. Los hallazgos mostraron la importancia de acudir de manera continuada y activa a los tratamientos para alcanzar una identidad de recuperación estable, la necesidad de la

catarsis como ayuda para la transición hacia la abstinencia y la aceptación consciente del carácter crónico de la enfermedad. También, se destacó la necesidad y búsqueda voluntaria de ayuda tras haber vivenciado experiencias críticas y acumulativas de sufrimiento asociadas a “tocar fondo”, la calidad del tratamiento para consolidar una rehabilitación fortuita, y el apoyo de los pares para el incremento de la autoeficacia y la motivación hacia el cambio.

Los factores relacionados con el tratamiento que contribuyeron en la interiorización de una nueva identidad de recuperación a largo plazo, así como la lógica interna que sigue la maduración de estos procesos subjetivos desde la opinión de exconsumidores que llevan más de un año de abstinencia. Los resultados que se presentan en esta sección solo explican la construcción de una nueva identidad de recuperación en personas que se encuentran recibiendo tratamiento en un centro de ayuda mutua y no otro esquema de tratamiento terapéutico. En concreto, se discuten los principales procesos subjetivos que reflejaron mayor cantidad de ocurrencias con intensidad afectiva y prolijidad de detalles en más de un 50% de las entrevistas llevadas a cabo para examinar cada factor terapéutico.

En la primera categoría explorada se examina la modificación interna que provoca un tiempo de tratamiento prolongado y de atención continua en la identidad de exconsumidores recuperados. Se observó que a medida que se incrementa el tiempo de estancia en los contextos terapéuticos, existe mayores probabilidades de que disminuyan los pensamientos de autoengaño asociado a negar las consecuencias dañinas del consumo de sustancias, y la negación de que se padece un problema con el consumo de sustancias. Los exconsumidores que caminan hacia la recuperación comienzan a enfrentarse con su realidad vivencial dejando de mentirse ellos mismos, a sus seres queridos y a los profesionales de la salud. Por el contrario, una interrupción abrupta del tratamiento o la presencia de frecuentes recaídas, se

asocian estrechamente con la presencia de erróneas creencias de control del consumo, y la justificación de que los efectos negativos asociados al consumo no son tan graves (Caputo, 2019; Martínez González et al., 2016; Sirvent et al., 2019).

Otro de los efectos beneficiosos asociados a la exploración de este primer componente terapéutico es que una mayor exposición prolongada a servicios de rehabilitación permite apropiarse de herramientas terapéuticas más efectivas para afrontar adaptativamente situaciones de riesgo, integrando esos recursos dentro de la identidad de recuperación. En particular, la catarsis fue mencionada con mucho énfasis por los informantes como una de esas herramientas de afrontamiento más indispensables para continuar manteniendo la abstinencia (Azoulay & Orkibi, 2015; Burns, 2016; ter Avest, 2017). Las declaraciones expresadas permitieron interpretar que revelar continuamente las vulnerabilidades a los demás, y enfrentarse a los temores sociales e interpersonales sin consecuencias nocivas de sentirse juzgados o criticados, sino más bien aceptados y comprendidos, va contribuyendo gradualmente a la autoaceptación mediante la confianza compartida puede influir para construir nuevas identidades (Chen, 2019; White & Miller, 2007).

El tercer recurso que afloró como resultado de mantenerse en estancias prolongadas y la participación en servicios de atención continua fue el desarrollo de sentimientos de autoeficacia, pertenencia e identificación con grupos de autoayuda, gracias al fortalecimiento del apoyo de pares (Reif et al., 2014). Se documentó que las historias sobre cómo otros habían logrado con éxito sus objetivos, resultó ser una fuente excelente de motivación en la construcción de una nueva identidad. La visión de personas similares vinculadas al proceso de recuperación y la vida correcta, introdujo y consolidó la posibilidad del logro de la modificación en ellos mismos (Borkman, 1999; López-Torrecillas et al. 2002).

Los hallazgos narrativos mencionados destacan que el apoyo de pares es un recurso efectivo a largo plazo al establecer lazos afectivos duraderos que propician un aumento de la participación, sostiene la recuperación y apoya el bienestar durante el período crítico de transición al tratamiento (Antonovsky, 1987; Neale et al., 2018). Los grupos de autoayuda se convierten así, no solo en la piedra angular que facilita reducir la angustia, sino también en la fuente de empoderamiento y esperanza para el cambio (Humphreys & Lembke, 2014; White & Miller, 2007).

En un estudio desarrollado en Estados Unidos realizado por Panas et al. (2003), examinó los resultados del tratamiento de 7,800 pacientes, concluyendo que una mayor proporción de pacientes en terapia de grupo tenían mayor probabilidad de mejorar medidas probadas de rendimiento del tratamiento en comparación con pacientes en terapia individual. Otro estudio de metaanálisis identificó treinta y tres estudios donde dictaminó que la terapia grupal ejercía un efecto importante, pero pequeño en la abstinencia en comparación con la terapia individual, esto indica que la terapia grupal podría ser un poco más eficaz que la terapia individual en relación con la abstinencia (Coco et al., 2019).

Finalmente, una nueva revisión de la Colaboración Cochrane con 27 estudios rigurosos que inscribieron a un total de 10,565 personas con trastorno por consumo de alcohol respalda consistentemente los hallazgos anteriores y menciona, que los formatos de autoayuda de Alcohólicos Anónimos generan resultados relacionados con el alcohol tan buenos o mejores que una intervención psicosocial de alta calidad o como la terapia cognitivo-conductual (Kelly et al., 2020). No obstante, aclaramos que la información compartida anteriormente no significa que para todas las personas el esquema de tratamiento grupal sea la única opción de cambio viable, en otros casos, un esquema de tratamiento

individual también resulta funcional. De hecho, cerca de 200 ensayos clínicos aleatorizados y revisiones de metaanálisis han encontrado una eficacia significativa de la entrevista motivacional en los trastornos por consumo de sustancias (Bischof et al., 2021; Magill et al., 2019).

La segunda categoría explorada fue la motivación al cambio y las transformaciones internas graduales que se van produciendo hasta que el consumidor logra interiorizar un nuevo autoconcepto identitario individualizado. Según el propio discurso de los consumidores entrevistados, existen experiencias previas al periodo de tratamiento que constituyen muchas veces el andamiaje necesario, sin el cual no se podría avanzar a las subsiguientes etapas motivacionales, o sería un poco más complejo realizarlo. Estas premisas orientadoras, se refieren a la aparición de detonantes ambientales agravantes entrelazados con condiciones personales madurativas acumulativas de malestar intolerables que constituyen la antesala preparatoria hacia el cambio inicial. Desde la literatura de doce pasos estos elementos se reconocen como llegar a “tocar un fondo de dolor o sufrimiento intolerable” (Cunningham et al., 2007; Martino et al., 2019).

En esencia, “tocar un fondo de sufrimiento intolerable” consiste en que frecuentemente es necesario que se produzcan en la vida de las personas con problemas con el consumo de sustancias, determinadas experiencias vivenciales intensas y acumulativas de “tocar fondo” varias veces hasta que llegue al “último” que representa un punto de inflexión total (Diclemente et al., 1991; Henao et al., 2013; Iswardani et al., 2022). Según algunos autores, estas vivencias constituyen una etapa crucial dentro de la motivación al cambio, ya que simbolizan puntos de inflexión de “crisis existencial total” a partir de los cuales la decisión de dejar el consumo se consolida (Simpson et al., 1986; Prins, 1994). En el caso de

los informantes, todos refirieron que luego de estos procesos vivenciales se inició gradualmente en su vida un viaje no lineal hacia la reconstrucción de una identidad con nuevos sentidos y significados en torno a vivir una vida limpia, sobria, con coherencia y propósito, entendiendo que el compromiso con su recuperación era crucial (De León, 2013; Kemp, 2019; Martela & Steger 2016).

No obstante, declararon que a pesar de estar presentes las vivencias de “tocar fondo”, sentir necesidad de cambio, desear o imaginar una vida diferente y dar los pasos iniciales de aceptar la ayuda. En los momentos de ingreso al tratamiento manifestaban una escasa expectativa de resultados, con estados emocionales negativos y baja autoeficacia (Kadden & Litt, 2011). Consideraban que serían tratados como “adictos” y no como personas de manera estigmatizadora con creencias incapacitantes de no poder superar la conducta adictiva, y también fuertes sentimientos de desesperanza y culpa (Rance & Treloar, 2015). Estas actitudes los condujeron a entorpecer su propia participación temprana en el programa, asumiendo una postura de resignación pasiva o alienación, obstaculizando el afrontamiento del problema del consumo con esfuerzo y perseverancia (Fischer et al., 2008; Hartzler et al., 2012). Sin embargo, la percepción de un trato cálido y cercano por parte de otros pares y personal de la instalación desde los momentos preliminares fue un factor clave para la progresión de la motivación hacia las fases subsiguientes, incitando a superar este estado de inmovilidad e indiferencia inicial y conduciendo a un balance decisional para la modificación de las conductas de consumo (Gelso & Kline, 2019; Marchand et al., 2019).

La calidad en las relaciones con el personal y otros pares destacaron como una condición previa importante para completar procesos exigentes como trabajar sobre traumas, adaptarse a las normas sociales y experimentar una mejora del bienestar, entendiéndose así

la recuperación no como una experiencia “interna” sino como algo desarrollado con otros (Brekke et al., 2017; Ness et al., 2014; Price-Robertson et al., 2017). Estas experiencias narradas demuestran que establecer una alianza terapéutica sólida durante las primeras interacciones sociales del tratamiento resulta un componente facilitador central para lograr la participación del consumidor a lo largo de todo el tratamiento, pero, es especialmente útil durante la fase temprana del programa (Wenaas et al., 2021).

Con las evidencias mostradas, quedó patentado que si bien, el móvil inicial que incita a buscar ayuda a un consumidor es escapar de las consecuencias adversas y estigmatizadas de un estilo de vida asociado al consumo de sustancias. La calidad del tratamiento recibido (tercera categoría explorada) es uno de los principales catalizadores y posterior mecanismo potencial para el cambio de identidad. De hecho, como se ha señalado antes, numerosos estudios enfatizan que una prestación de servicios eficientes sostenida desde el apoyo de pares representa un alto grado de probabilidades para que un individuo pueda llevar a cabo la transición de entre grupos consumidores a grupos orientados a la recuperación (Cloud & Granfield 2008; Dingle et al., 2015; Haslam et al., 2014). Tanto así, que diversos estudios muestran que las intervenciones grupales terapéuticas que crean un sentido de identificación compartida son la base para la cura o, en el presente contexto para la recuperación (Cruwys, Haslam, et al. 2014).

En suma, todo indica que dentro del contexto terapéutico manifestar contacto y afecto social en grupos de personas con ideas afines, permite que se ayuden mutuamente a sobrellevar crisis o resolver problemas, proporciona la sensación de que uno significa algo para los demás, es valorado, aceptado y visto como individuo, lo cual, va madurando progresivamente del sentido de comunidad y es un ingrediente frecuentemente empleado

para la mejora de la salud mental (Haslam et al., 2019). Estas relaciones sociales altamente curativas conducen a que sea asumida una nueva identidad social emergente, que llega a ser internalizada gradual y totalmente, de modo, que el individuo incluso encarna las normas, los valores, las creencias y el lenguaje de grupos orientados a la recuperación en fases ya avanzadas del tratamiento y cuidados posteriores (Côté, 2002; Schwartz et al., 2005).

### ***Limitaciones***

Primero, el reclutamiento de la muestra seleccionada incluyó informantes de un solo establecimiento en un área geográfica determinada y fue con un número reducido de participantes. Ambos inconvenientes dificultan la transferibilidad de sus resultados a una población mayor. La segunda limitación del estudio consistió en que, dada la dificultad de encontrar participantes potenciales (exconsumidores recuperados) se realizó un muestreo en cadena o bola de nieve, con criterios de inclusión flexibles para alcanzar un tamaño mínimo de sujetos, similar en alguna proporción a las cantidades muestrales que se utiliza en estudios de esta naturaleza.

Sin embargo, esta apertura en los criterios de reclutamiento ocasionó la selección heterogénea de exconsumidores que presentaban un rango de tiempo de abstinencia de un año o más, así como una diversidad marcada respecto a la principal sustancia consumida. Como resultado, se observaron similitudes en el discurso de los informantes recuperados respecto a los mecanismos y factores que más influyen en este viaje hacia la abstinencia, sin embargo, el rango de abstinencia variable y la diversidad de sustancia consumida, indiscutiblemente inciden en que los exconsumidores que llevan un año de cese del consumo no experimentan el proceso de recuperación de la misma manera que los que llevan 5 años o

más tiempo. Tampoco los que se recuperan de una dependencia al consumo de alcohol manifiestan las mismas experiencias de recuperación que los que fueron consumidores de cocaína, metanfetaminas, heroína, etc.

Para futuros estudios se recomienda aplicar criterios de elegibilidad de alta precisión en cuanto a la selección de participantes con un rango de abstinencia más limitado, menor número de drogas consumidas y sometidos a una misma modalidad de tratamiento. De este modo, se podrá obtener mayor homogeneidad en los resultados, garantizar un menor sesgo y, proporcionar un incremento en la posibilidad de extrapolar los hallazgos encontrados con mayor confiabilidad a otras poblaciones similares.

En cuanto a la saturación de datos debemos mencionar que, aunque se alcanzó la estabilidad de información y/o su redundancia sin que apareciese ningún elemento informativo nuevo para la novena entrevista en más del 60% de los componentes explorados. Hubo códigos que no alcanzaron la saturación completa y, tampoco se pudo continuar la extracción de datos por la imposibilidad de encontrar más participantes potenciales para el estudio. Finalmente, la última limitación que podemos mencionar se trata de que después que se llevó a cabo el análisis de los datos recopilados, los hallazgos se les compartieron a la institución, pero, no se sometieron a verificación de miembros, lo que puede haber dado lugar a representaciones o interpretaciones erróneas.

### ***Conclusiones***

A pesar de las limitaciones mencionadas previamente el actual estudio presentó evidencia sobre los elementos del tratamiento que ayudan en la interiorización de una identidad de recuperación a largo plazo, así como el mapeo de los cambios subjetivos

graduales que se van gestando a lo largo de la trayectoria de la identidad de recuperación. A juicio de los autores, la investigación abre una importante extensión para comprender cómo las personas inician, mantienen y consolidan el cambio de comportamiento adictivo, y qué factores son los más significativos que deben tener en cuenta los profesionales para ayudar a las personas con trastorno por consumo de sustancias para lograr transformaciones internas de larga duración hasta personalizarse de manera absoluta. Si bien, la información extraída de entrevistas a la cantidad de 9 participantes no es suficiente para establecer conclusiones definitivas y la muestra seleccionada presenta determinados sesgos.

Téngase en cuenta que el objetivo del estudio fue solo explorar la interacción de algunos factores relacionados con el tratamiento y su asociación con el inicio y mantenimiento de la interiorización de una identidad de recuperación a largo plazo, pero, desde un análisis de contenido deductivo, verificando y comprendiendo únicamente si los componentes terapéuticos preidentificados en la literatura repercuten o no en la recuperación cotidiana de las personas que han sido diagnosticadas con un trastorno por consumo de drogas. Por consiguiente, aunque una cantidad de 9 participantes (entrevistas) no es el número idóneo para alcanzar una saturación temática y de datos. Por tanto, si bien la cantidad de 9 entrevistas no permitió extraer toda la información absoluta como para generar un entendimiento del fenómeno investigado en total profundidad, la información obtenida proporciona una comprensión de un corte determinado de la realidad.

## ***CAPÍTULO IV***

### ***Escala de Tiempo de Tratamiento***

#### ***Estudio 3***

## **Capítulo IV. Escala de Tiempo de Tratamiento**

Distintos estudios empíricos en el plano internacional documentan que las personas con trastornos por consumo de sustancias requieren múltiples episodios de tratamiento prolongados y cuidados posteriores (TAP) durante varios años para alcanzar una recuperación estable. En México se observa escasez de instrumentos validados para monitorear el impacto del predictor tiempo de tratamiento prolongado y atención continua en la recuperación de los trastornos por consumo de sustancias. El objetivo de este estudio fue determinar mediante un pilotaje, la validación inicial de un instrumento que mida el constructo tiempo prolongado de tratamiento y de atención continua durante la recuperación de los trastornos por consumo de sustancias. Fue un estudio instrumental aplicado a una muestra total por conveniencia de 87 individuos. La validez de contenido se determinó mediante juicio de expertos y la validez de constructo a través de análisis factorial de componentes principales con rotación varimax y análisis factorial confirmatorio. Se concluyó que el instrumento construido cuenta con validez de contenido y constructo. Constituye una herramienta útil dentro del área clínica para medir de manera cuantificada el predictor TAP y su impacto en la recuperación de los trastornos por consumo de sustancias en población mexicana. No obstante, sugerimos una segunda administración en una muestra mayor de participantes para garantizar criterios de mayor rigurosidad estadística en las propiedades métricas del instrumento.

### **Introducción**

Un número cada vez más creciente de datos recopilados reporta una cantidad de exconsumidores que alcanzan una recuperación estable (Barnett et al., 2021; Groshkova et

al., 2012; Webb et al., 2022). La estancia prolongada en instituciones de rehabilitación y la posterior adherencia comprometida en los cuidados posteriores es uno de los factores que mayor consistencia evidencian en el proceso de abstinencia, remisión y abstinencia de dichos trastornos (Costello et al., 2019; Gossop et al., 2003; McKay et al., 1994; Teesson et al., 2017). La literatura reporta que aquellos consumidores que permanecen menos tiempo o abandonan prematuramente los contextos terapéuticos, lo cual sucede entre un 60 y 80% de los pacientes atendidos, tienen más probabilidades de recaídas (Fernández-Hermida et al., 2002; Lappan et al., 2020).

También, se enfatiza que restarle importancia al cuidado posterior es sumamente predisponente a las recaídas. En especial, si este descuido se produce durante el primer año de recuperación cuando las personas se encuentran implementando la transición a un cambio de estilo de vida drástico (Marlatt & Gordon, 1985). Entre un 60%-80% de las recaídas ocurren dentro el primer año después de la finalización del tratamiento, versus un 20-50% de ceses del consumo que se pueden producir de forma efectiva, si se mantienen abstinentes durante al menos un año. Estos datos comparativos demuestran que el mayor riesgo de volver a la adicción activa ocurre durante este primer proceso de recuperación (Abdullah et al., 2020; Atadokht et al., 2015; Rahim et al., 2005; Sannibale et al., 2003).

Algunas explicaciones refieren que esto se debe a que los problemas de salud mental alcanzan su punto máximo entre uno y tres años de abstinencia, hasta que luego ya comienzan a disminuir progresivamente los síntomas y malestares (Dennis et al., 2007). Por tanto, participar en programas con estancias prolongadas y comprometerse con cuidados posteriores al tratamiento funcionan para mantener las ganancias obtenidas del tratamiento

anterior y ofrecer apoyo de recuperación adicional (Ito & Donovan, 1986; McKay et al., 2004).

Entre los instrumentos psicométricos que miden este importante predictor de tiempo de tratamiento prolongado y atención continua, la literatura documenta varios instrumentos validados en diferentes países (Greenfield, & Tonigan, 2013; Kim et al., 2021; Klein et al., 2011; Polcin et al., 2021; Shimane & Misago, 2014, Weiss et al., 1996) (Tabla 8).

**Tabla 8**

*Escalas validadas de estancia prolongada y atención continua en diferentes países*

<b>Autores</b>	<b>País</b>	<b>Variable medida</b>	<b>Participantes</b>	<b>Principales hallazgos y propiedades psicométricas</b>
Klein et al., 2011	Estados Unidos	Aprobación de creencias de 12 pasos y puesta en práctica	300 adultos jóvenes	- La validez convergente demostró relaciones con escalas de actitudes de tratamiento, expectativas de doce pasos y compromiso con la abstinencia - La validez predictiva demostró una relación entre la puntuación total de la escala a los 3 meses posteriores al tratamiento y el porcentaje de días de abstinencia a los 6 meses. - Consistencia interna de 0.91
Kim et al., 2021	Canadá	conciencia de enfermedad	99 participantes	-Adecuada validez convergente ( $r = 0.88$ , $p < 0.001$ ) y discriminante con medidas de reconocimiento de enfermedades y estados afectivos, respectivamente. -Consistencia interna ( $\alpha$ de Cronbach = 0.89) -Fiabilidad test-retest de un mes (correlación intraclass = 0.84)
Polcin et al., 2021	Estados Unidos	Asociaciones con la duración de la estancia y el consumo de sustancias.		-Las alfas de Cronbach para la escala completa y las subescalas de apoyo para la recuperación y habilidades de recuperación fueron 0.91, 0.89 y 0.87, respectivamente. -La validez predictiva de la escala se basó en asociaciones con la duración de la estancia y el consumo de sustancias.
Shimane & Misago, 2014	Japón	Autoayuda en personas con trastorno por consumo de sustancias	164 sujetos	-La validez discriminante de la escala DASH fue respaldada por un aumento significativo con el período expuesto del programa de autoayuda. -La evidencia respalda que la escala DASH fue posible para medir la recuperación en el programa de autoayuda
Weiss et al., 1996	Estados Unidos	Autoayuda semanal	519 pacientes	-alfa de Cronbach fue 0.81 para dimensión de Alcohólicos Anónimos - alfa de Cronbach fue 0.85 para dimensión de Narcóticos Anónimos - alfa de Cronbach fue 0.78 para CA.

				-54% de asistencia a autoayuda iniciaron la abstinencia, mientras que sólo el 40% de las personas que no asistieron a grupos de autoayuda iniciaron la abstinencia
Greenfield, & Tonigan, 2013	Estados Unidos	Trabajo con 12 pasos y recuperación	130 participantes	-El análisis factorial exploratorio reveló una estructura de dos factores para el instrumento GAATOR que comprende el trabajo de pasos conductuales y el trabajo de pasos espirituales. -De manera general, el trabajo de 12 pasos predijo el uso posterior de sustancias. -El trabajo de pasos conductuales no pudo predecir prospectivamente el consumo de sustancias -En contraste, el trabajo de pasos espirituales predijo el porcentaje de días de abstinencia.

Elaboración propia.

Sin embargo, en el caso de México ninguno de estos instrumentos reporta evidencia empírica de adaptaciones o evaluaciones estandarizadas para examinar su pertenencia. De hecho, la consulta bibliográfica realizada a nivel nacional solo identifica escalas validadas que evalúan algunos factores asociados a la recuperación, pero, ninguno de los instrumentos examinados mide el factor tiempo de tratamiento prolongado y atención continua (Ortiz & Vega, 2020; Torres et al., 2018). Esta limitación refleja la necesidad de construir nuevos instrumentos específicos acordes a las características sociodemográficas de las personas que presentan trastorno por consumo de sustancias en el país.

Por consiguiente, los encuadres teóricos sobre los que partimos para delimitar conceptualmente el constructo que se deseamos medir, definen que el tiempo de tratamiento prolongado y atención continua es el tiempo mínimo de permanencia que se necesita para finalizar un tratamiento intensivo y alcanzar la modificación de aquellas conductas adictivas por las cuales el consumidor inicio su participación en un programa de rehabilitación. Este periodo incluye mantener un cuidado regular posterior y a largo plazo después de haber recibido un tratamiento intensivo (Gossop et al., 2003; Hambley et al., 2010).

El tiempo de tratamiento que se recomienda, por lo general es de 90 días, además, se sugiere una asistencia mínima dos veces por semana después haber recibido el tratamiento intensivo hasta alcanzar la recuperación estable de cinco años (NIDA, 2021; Sobell et al., 2000). La asistencia frecuente a sesiones de atención continua ayuda a las personas para mantener actualizadas las ganancias obtenidas del tratamiento anterior, al tiempo que ofrece apoyo adicional para la recuperación el tratamiento de adicciones. En otras palabras, el tiempo de tratamiento no termina con la finalización del programa residencial inicial (Ito & Donovan, 1986; McKay et al., 2004).

Dada la naturaleza crónica de los trastornos por consumo de sustancias es necesario participar de manera comprometida en programas de estancias prolongadas y cuidados posteriores de atención continua para alcanzar una recuperación sostenida. En el plano internacional, diversos instrumentos reportados evalúan de manera objetiva este proceso, sin embargo, en el caso de México se identifica la necesidad de estandarizar en población clínica con trastorno por consumo de sustancias este tipo de escalas.

## **Método**

### ***Diseño y participantes***

Se diseñó un estudio instrumental frecuentemente utilizado en la presentación de trabajos psicométricos (Ato et al., 2013). Contó con un número de entre cinco a diez participantes por ítems según lo recomendado por la literatura siguiendo las normas de desarrollo y revisión de estudios instrumentales indicados por Pérez y Carretero-Dios (2005); Lloret-Segura et al. (2014) y Escobar-Pérez y Cuervo-Martínez (2008). Se reclutaron 87 participantes provenientes de seis centros de rehabilitación residencial mediante una

selección muestral por conveniencia. Los datos fueron obtenidos en el periodo septiembre-octubre del 2022 en Ciudad Juárez, Chihuahua, México.

Los criterios de inclusión utilizados fueron: presentar un diagnóstico de trastorno por consumo de sustancias, ambos sexos, edad mayor a 18 años, acceder al llenado del formato de consentimiento informado, voluntariedad para participar en el pilotaje, capacidad para comprender, hablar y escribir normalmente, encontrarse recibiendo tratamiento o haberlo concluido o mantenerse acudiendo a las sesiones de cuidado posterior. Como criterios de exclusión se utilizó: ser menor a 18 años, no desear participar en el proceso e incapacidad de comprensión, comunicación o escritura imposibilitando el completamiento de las pruebas psicológicas.

### ***Instrumento***

El instrumento diseñado mide 2 factores relacionados con la duración del tratamiento intensivo (DTI) y la adherencia al cuidado continuo (ACC). DTI está compuesto por dos indicadores: tratamientos a corto plazo menores a 3 meses con 5 ítems y tratamientos prolongados mayores a 3 meses con 3 ítems. ACC está compuesto por tres indicadores: necesidad de cuidados posteriores con 11 ítems, pensamientos de aceptación vs autoengaño o negación con 9 ítems y frecuencia participativa en atención continua con 3 ítems. La escala presenta un formato tipo Likert y tiene cinco alternativas de respuestas que asumen un valor entre 1 a 5, 1 equivale a la respuesta “totalmente en desacuerdo” y 5 corresponde a la respuesta “totalmente de acuerdo”. En total la prueba presenta 31 reactivos, 8 reactivos corresponden al factor DTI y 23 reactivos corresponden al factor ACC.

### ***Fases en la construcción del instrumento***

Los ítems de la escala fueron elaborados siguiendo la ruta de validación que se describe a continuación: 1) Justificación del estudio exponiendo razones por las cuales era necesario crear un nuevo instrumento, su viabilidad, pertinencia, fenómeno que se mediría y población a la que se dirigiría; 2) Delimitación conceptual del constructo objeto de evaluación expresado en la elaboración de tabla de especificaciones o matriz de contenido; 3) redacción y evaluación cualitativa de reactivos mediante el juicio de expertos; 4) resultados del análisis estadístico de los ítems por medio de la estimación de alfa de Cronbach y valores de correlación de cada reactivo con el total; 5) evidencias empíricas de la estructura interna de la prueba mediante un análisis de componentes principales (ACP), en lugar del análisis factorial exploratorio (AFE). El ACP arroja resultados similares, pero asume que los factores no representan variables latentes; 6) Estimación de la fiabilidad una vez que se obtuvo el agrupamiento “definitivo” de ítems por componente sobre la escala finalmente delimitada y no sobre formas experimentales previas (Lloret-Segura et al., 2014; Pérez & Carretero-Dios, 2005).

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética para la Investigación perteneciente a la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez (UACJ) y, tomó en cuenta los lineamientos éticos que se reflejan en normas oficiales mexicanas para el trabajo en el campo investigativo con seres humanos y de adicciones (NOM-012-SSA3-2012; NOM-028-SSA2-2009). Mediante el consentimiento informado se notificó a los participantes sobre los objetivos del estudio, el resguardo de la confidencialidad de los datos a través del anonimato de su identificación y dirección residencial, el carácter voluntario de su participación y la posibilidad de abandonar el estudio en el momento que desearan, sin que esto afectase su relación con la institución

donde recibían tratamiento. La información recopilada se enfatizó que sería empleada solo con fines científicos.

Para examinar las propiedades psicométricas de la escala construida “Tiempo de tratamiento para la recuperación” se utilizó el programa IBM SPSS Statistics (versión 26.0) y el programa AMOS Graphics (versión 24.0). Se utilizaron la prueba de distribución muestral de Kolmogórov-Smirnov ( $p < 0.05$ ), correlaciones de Rho de Spearman, distribución de frecuencias, consistencia interna mediante el Alpha de Cronbach, análisis factoriales de componentes principales y rotación ortogonal varimax para determinar la estructura de los factores y análisis factorial confirmatorio.

## **Resultados**

La edad promedio de los participantes fue de 30.72 años ( $DE=12.34$ ), con predominancia del sexo masculino 63.2% y mujeres 36.8%, la mayoría eran solteros 78.2%, en unión libre o casados 21.8%, con hijos 62.1% y sin hijos 37.9%, el nivel de escolaridad de secundaria fue el grado académico predominante (54.0%), seguido de preparatoria 27.6%, primaria 12.6% y universidad 5.7%. La principal droga consumida fue la metanfetamina 56.3%, seguida del cannabis 16.1%, cocaína 9.2%, alcohol 9.2%, heroína 5.7% y psicotrópicos 3.4%.

### ***Validación de contenido del instrumento***

Para la elaboración de esta escala se construyeron 81 reactivos originalmente, sin embargo, durante esta primera fase de validez de contenido mediante procesos de jueces se consideraron solo 31 reactivos de 81 ítems propuestos. Se descartaron 50 reactivos por

considerarse que, aunque evaluaban procesos asociados al constructo tiempo de tratamiento prolongado y cuidados posteriores, no representaban de manera totalmente pertinente el concepto que deseaba ser evaluado. Dos expertos con formación académica de doctorado en psicología, más de 5 años de experiencia en investigaciones cualitativas y 40 horas o más preparación en la temática de trastorno por consumo de sustancia (grado de conocimiento y habilidades) asumieron la tarea de juzgar la redacción de cada uno de los reactivos para que fuesen comprendidos.

Se les entregó una planilla con todos los ítems contruidos y cinco alternativas de respuestas equivalentes a cinco puntos (de 1 hasta 5), donde debían señalar en qué medida se encontraban de acuerdo o desacuerdo con la redacción del reactivo.: El puntaje 1 equivalía a “totalmente en desacuerdo” y el puntaje 5 a “totalmente de acuerdo”. Si alguno de los expertos consideraba que la redacción de algún ítem había sido inadecuada se les proporcionó un espacio para que realizaran algunas modificaciones y sugerencias con respecto a cada reactivo. Con base en sus criterios se estableció el acuerdo Inter jueces mediante cálculos de confiabilidad a través de kappa (Haynes et al., 1995).

Los resultados obtenidos en kappa fueron deficientes, evidenciaron que la variabilidad obtenida en las calificaciones obtenidas de ambos expertos para cada ítem fue baja (kappa = -0.053, 95% IC= [0.96-0.86]). Esta similitud de calificaciones otorgada a cada reactivo por ambos expertos generó el inconveniente denominado 'problema de la tasa base' y/o sensibilidad a la 'verdadera prevalencia' en los datos (McHugh, 2012). Según Morris et al., (2008), cuando se presenta el inconveniente de verdadera prevalencia en una población, ya sea siendo una prevalencia alta o baja, el acuerdo esperado por casualidad aumenta y la magnitud de kappa disminuye.

En el caso de este estudio, los resultados indicaron que el índice de kappa tendía a ubicarse próximo a 0 a pesar del alto porcentaje de concordancia observado. Ante este inconveniente, se optó por llevar a cabo la confiabilidad inter evaluadores utilizando solo el porcentaje de concordancia entre ambos expertos (IC=0.77). De acuerdo con la pauta encontrada en la literatura, los niveles de acuerdo mediante porcentaje deben alcanzar el 70% o más para ser considerados aceptables (Stemler, 2004). Por último, con relación a los reactivos donde surgieron discrepancias entre los evaluadores y se sugirieron recomendaciones de redacción, se llegó a la conclusión mediante una discusión con ambos expertos de modificar la escritura de reactivos defectuosos, pero, no proceder a su eliminación. Esto debido a que se estimó más pertinente probar su adecuación posterior mediante análisis estadísticos de los ítems y procedimientos de validez de constructo (Tabla 9).

**Tabla 9**

*Porcentaje de concordancia entre evaluadores expertos*

Ítems	Experto1 Grado de acuerdo					Experto 2 Grado de acuerdo				
	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
1. Mayor duración en el tratamiento mejora la recuperación a largo plazo		X				X				
2. Los tratamientos de 3 meses o más tiempo no ayudan en la recuperación a largo plazo	X					X				
3. Los mejores resultados en la recuperación estable dependen de un tiempo adecuado de tratamiento	X					X				
4. Los mejores resultados en la recuperación estable dependen de cada persona, dependen de sus necesidades	X					X				
5. El tiempo mínimo que se requiere para iniciar una desintoxicación profunda es de 3 meses	X					X				
6. Se necesitan de 6 a 12 meses de tratamiento permanente para lograr el inicio de una recuperación estable	X						X			
7. Se necesita un promedio de 2 a 4 años de tratamiento permanente para alcanzar una recuperación estable		X				X				
8. Es necesario un tiempo de entre 18-24 meses para alcanzar la deshabitación completa del consumo de drogas	X					X				
9. No hay tiempo específico para la recuperación. Alcanzar y mantener la recuperación te va a tomar toda vida	X					X				

10. Siempre hay peligro de recaer, sin importar el tiempo que se lleve de recuperación	X		X
11. Soy una persona con problemas con el consumo de drogas, siempre va a existir la posibilidad o el riesgo de volver a consumir.	X		X
12. Continuar asistiendo al tratamiento, me ayuda a prevenir las recaídas	X		X
13. La clave para permanecer en recuperación es mantenerse en un contacto frecuente con la institución de rehabilitación	X		X
14. Mantenerse en un tratamiento continuo, me ayuda bastante en la recuperación	X		X
15. Considero que el tratamiento no finaliza cuando se concluye el programa de rehabilitación, siempre hay que mantenerse en tratamiento continuo para evitar la recaída	X		X
16. La drogadicción es una enfermedad crónica y necesita tratamiento permanente siempre		X	X
17. Abandonar el tratamiento y postratamiento, aumenta el riesgo de recaer nuevamente en el consumo de drogas	X		X
18. El tratamiento para alcanzar la recuperación dura toda la vida		X	X
19. Quienes asisten continuamente al tratamiento, no recaen. Reconocen su necesidad de continuar participando a largo plazo en los programas de rehabilitación			X
20. Quienes piensan que no se necesitan asistir de manera frecuente a encuentros de postratamiento, una vez que han finalizado el programa de rehabilitación, tienen más posibilidades de recaer nuevamente en el consumo	X		X
21. Definitivamente, no se puede volver al consumo de drogas luego de rehabilitarse sin tener complicaciones en la vida		X	X
22. No existe la posibilidad de recuperación, si se mantiene un consumo parcial de drogas	X		X
23. Puedo controlar el consumo de drogas por voluntad propia	X		X
24. Se puede controlar la adicción, si se prolonga el tiempo entre consumos y se reducen las cantidades	X		X
25. He intentado controlar el consumo de drogas, pero no puedo	X		X
26. Puedo detener el consumo de drogas cuando yo desee, por mí mismo, no necesito asistir a ningún tratamiento	X		X
27. Puedo volver a consumir después de un tiempo prolongado de recuperación, sin presentar problemas graves en la vida	X		X
28. Pensar que se puede volver a consumir drogas después de rehabilitarse sin tener complicaciones, es autoengañarse	X		X
29. Después de concluir el tratamiento, lo recomendado es asistir a los grupos de autoayuda todos los días de manera intensa durante al menos 3 años consecutivos.	X		X
30. Acudir como mínimo dos veces por semana a grupos de autoayuda, contribuye a mantener la recuperación a largo plazo.	X		X
31. Asistir dos o tres veces por semana como mínimo a prestar servicios de ayuda dentro de los programas de rehabilitación, protege frente a la recaída.	X		X

**Nota:** 5 (totalmente de acuerdo), 4 (de acuerdo), 3 (neutral), 2 (en desacuerdo), 1 (totalmente en desacuerdo)

### *Análisis estadísticos de reactivos*

La tabla 10 presenta el análisis de estadístico de los reactivos construidos que conforman el instrumento. Para este análisis estadístico de los reactivos se tomó en cuenta el valor de modificación del estadístico al eliminar el reactivo y las correlaciones ítem-total corregidas que sobrepasaron el valor de 0.30. De los 31 reactivos analizados se eliminaron 8 ítems (ítem 2, 4, 5, 21, 22, 23, 27, 28), reportando la escala una consistencia interna de Alpha de Cronbach  $\alpha=.91$ , con 23 reactivos. Luego de eliminar los elementos de menor consistencia, los valores de confiabilidad observados se ubicaron dentro de una propuesta de rango que según diversos autores se considera satisfactoria al ser igual o superior a 0.70 (Nunnally & Bernstein, 1995; Tavakol & Dennik, 2011).

**Tabla 10**

Análisis de reactivos de escala Tiempo de tratamiento para la recuperación

Dimensiones	Indicadores\Reactivos	C.ITC*	Alfa si se elimina un reactivo	ítem eliminado	
Duración del tratamiento intensivo	Tratamientos cortos de 3 meses				
	1.	Mayor duración en el tratamiento mejora la recuperación a largo plazo	.534	.909	
	2.	Los tratamientos de 3 meses o más tiempo no ayudan en la recuperación a largo plazo	<b>.129</b>	.905	<b>eliminado</b>
	3.	Los mejores resultados en la recuperación estable dependen de un tiempo adecuado de tratamiento	.461	.911	
	4.	Los mejores resultados en la recuperación estable dependen de cada persona, dependen de sus necesidades	<b>.265</b>	.902	<b>eliminado</b>
	5.	El tiempo mínimo que se requiere para iniciar una desintoxicación profunda es de 3 meses	<b>.274</b>	.903	<b>eliminado</b>
	Tratamientos prolongados				
	6.	Se necesitan de 6 a 12 meses de tratamiento permanente para lograr el inicio de una recuperación estable	.486	.910	
	7.	Se necesita un promedio de 2 a 4 años de tratamiento permanente para alcanzar una recuperación estable	.418	.911	
8.	Es necesario un tiempo de entre 18-24 meses para alcanzar la deshabitación completa del consumo de drogas	.518	.910		
Necesidad de cuidados posteriores					
9.	No hay tiempo específico para la recuperación. Alcanzar y mantener la recuperación te va a tomar toda vida	.433	.912		

Adherencia a cuidados posteriores	10. Siempre hay peligro de recaer, sin importar el tiempo que se lleve de recuperación.	.443	.911		
	11. Soy una persona con problemas con el abuso de drogas, siempre va a existir la posibilidad o el riesgo de volver a consumir.	.449	.912		
	12. Continuar asistiendo al tratamiento, me ayuda a prevenir las recaídas.	.645	.907		
	13. La clave para permanecer en recuperación es mantenerse en un contacto frecuente con la institución de rehabilitación	.686	.907		
	14. Mantenerse en un tratamiento continuo, me ayuda bastante en la recuperación	.663	.907		
	15. Considero que el tratamiento no finaliza cuando se concluye el programa de rehabilitación, siempre hay que mantenerse en tratamiento continuo para evitar la recaída	.686	.906		
	16. La drogadicción es una enfermedad crónica y necesita tratamiento permanente siempre.	.671	.906		
	17. Abandonar el tratamiento y postratamiento, aumenta el riesgo de recaer nuevamente en el consumo de drogas.	.639	.907		
	18. El tratamiento para alcanzar la recuperación dura toda la vida	.711	.905		
	19. Quienes asisten continuamente al tratamiento, no recaen. Reconocen su necesidad de continuar participando a largo plazo en los programas de rehabilitación	.453	.911		
	<b>Pensamientos de aceptación vs autoengaño</b>				
	20. Quienes piensan que no se necesitan asistir de manera frecuente a encuentros de postratamiento, unavez que han finalizado el programa de rehabilitación, tienen más posibilidades de recaer nuevamente en el consumo.	.691	.906		
	21. Definitivamente, no se puede volver al consumo de drogas luego de rehabilitarse sin tener complicaciones en la vida	<b>.017</b>	.907	<b>eliminado</b>	
	22. No existe la posibilidad de recuperación, si se mantiene un consumo parcial de drogas	.361	<b>.912</b>	<b>eliminado</b>	
	23. Puedo controlar el consumo de drogas por voluntad propia	.328	<b>.912</b>	<b>eliminado</b>	
	24. Se puede controlar la adicción, si se prolonga el tiempo entre consumos y se reducen las cantidades	.357	.913		
	25. He intentado controlar el consumo de drogas, pero no puedo.	.626	.901		
	26. Puedo detener el consumo de drogas cuando yo desee, por mí mismo, no necesito asistir a ningún tratamiento.	.431	.912		
	27. Puedo volver a consumir después de un tiempo prolongado de recuperación, sin presentar problemas graves en la vida.	<b>.299</b>	.902	<b>eliminado</b>	
28. Pensar que se puede volver a consumir drogas después de rehabilitarse sin tener complicaciones, es autoengañarse	<b>.260</b>	.903	<b>eliminado</b>		
<b>Frecuencia participativa</b>					
29. Después de concluir el tratamiento, lo recomendado es asistir a los grupos de autoayuda todos los días de manera intensa durante al menos 3 años consecutivos.	.440	.911			
30. Acudir como mínimo dos veces por semana a grupos de autoayuda, contribuye a mantener la recuperación a largo plazo.	.514	.910			
31. Asistir dos o tres veces por semana como mínimo a prestar servicios de ayuda dentro de los programas de rehabilitación, protege frente a la recaída.	.551	.909			

Nota: Alfa de Cronbach  $\geq .70$ ; C.ITC\*: correlación ítem-total corregido

***Validez de constructo: análisis de componentes principales.***

Antes de ejecutar la validez inicial de constructo, además de realizar procedimientos descriptivos para analizar las frecuencias de valores perdidos en cada reactivo, también se observó una distribución no normal, determinada mediante la prueba de distribución Kolmogórov-Smirnov ( $p > 0.05$ ). En lo sucesivo las técnicas estadísticas utilizadas fueron de corte no paramétrico. En los resultados obtenidos mediante las correlaciones bivariadas de Rho de Spearman, la mayoría de las relaciones de los ítems reportaron valores con tendencia a índices de correlación moderados ubicados en un intervalo de 0.30-0.70 (Reyes-Lagunes & García, 2008).

Una vez precisado el intervalo de correlaciones establecido entre los ítems, así como la depuración de reactivos que se obtuvo mediante el alfa de Cronbach. Se procedió a realizar el análisis de componentes principales, con rotación ortogonal Varimax y estimación de factores con saturaciones de ítems arriba de 0.40 (Stevens, 1996). Los índices de correlaciones moderadas justifican el empleo de una rotación ortogonal varimax para simplificar la interpretación de los factores, con el fin de minimizar al máximo el número de variables dentro de cada factor y mantener los ítems más representativos (Gorsuch, 1983; Reyes-Lagunes & García, 2008).

Los reactivos que mostraron un peso factorial inferior a 0.40 se eliminaron, al considerarse que contribuían poco a la explicación de la varianza del factor. De hecho, un valor arriba de .40 permitió interpretar de mejor manera la saturación de los ítems, especialmente, porque se estaban realizando análisis factoriales con muestras inferior a 300

participantes, recomendándose que los ítems que no superen ese valor tienden a ser eliminados del análisis (Lloret-Segura et al., 2014; Hair et al., 2009).

Concretamente, el análisis de componentes principales (ACP) demostró una sólida viabilidad para determinar la validez mediante procedimientos factoriales, tomando como referencia que los valores altos entre 0.50 y 1.0 muestran un análisis factorial apropiado (Lynn, 1986; Cerny & Kaiser, 1977). Los puntajes de Kaiser Meyer Oklin (KMO) indicaron una medida de adecuación muestral satisfactoria y aceptable interdependencia o correlaciones parciales entre los ítems para realizar la factorización (Hair et al., 2009). Conjuntamente, el nivel de significancia de  $p < .001$  en la Especificidad de Bartlett mostró ajuste del modelo en cada una de las pruebas, al adoptar como criterio satisfactorio la  $p \leq 0.05$ , confirmándose la presencia de correlaciones parciales significativas entre los reactivos y la posibilidad de factorizar (KMO=.809,  $X^2=520.409$ , sig.=0.00) (Martínez Ochoa et al., 2018).

La estructura factorial indicó tres factores (primer factor: 6 ítems, segundo factor: 3 ítems, tercer factor: 3 ítems). Aunque se debieron realizar varios procesos iterativos para el análisis de la matriz de componentes rotados, con el propósito de clarificar más la estructura factorial inicial encontrada, a fin de reducir datos innecesarios que tuviesen una carga factorial inferior a 0.40 y que ofrecían información redundante. Estos procedimientos permitieron obtener una varianza explicada de más del 40% en los constructos que estaban siendo factorizados (Hair et al., 2009). Los ítems que no presentaron correlaciones ni se agruparon en al menos tres elementos en la matriz de componentes rotados fueron excluidos de los instrumentos (tabla 11).

**Tabla 11***Cargas factoriales y comunalidades de escala Tiempo necesario de tratamiento*

<b>Escala: Tiempo necesario de tratamiento para la recuperación</b>				
Ítems	<b>Factor 1</b> Adherencia a cuidados posteriores	<b>Factor 2</b> Duración tratamiento intensivo	<b>Factor 3</b> Aceptación versus autoengaño	<b>C</b>
12. Continuar asistiendo al tratamiento, me ayuda a prevenir las recaídas	.591			.443
13. La clave para permanecer en recuperación es mantenerse en contacto frecuente con la institución de rehabilitación	.796			.679
15. Considero que el programa no finaliza cuando se concluye el programa de rehabilitación, siempre hay que mantenerse en tratamiento continuo para evitar la recaída	.813			.713
16. La drogadicción es una enfermedad crónica y necesita tratamiento permanente siempre	.789			.701
17. Abandonar el tratamiento y postratamiento aumenta nuevamente el riesgo de recaer nuevamente en el consumo de drogas	.764			.617
18. El tratamiento para alcanzar la recuperación dura toda la vida	.714			.631
6. Se necesitan de 6 a 12 meses de tratamiento permanente para lograr el inicio de una recuperación estable		.846		.780
7. Se necesita un promedio de dos a cuatro años de tratamiento permanente para alcanzar una recuperación estable		.873		.785
8. Es necesario un tiempo de entre 18 a 24 meses para alcanzar la deshabitación completa del consumo de drogas		.842		.756
9. No hay un tiempo específico de recuperación. Alcanzar y mantener la recuperación va a tomar toda la vida			.706	.595
10. Siempre hay peligro de recaer, sin importar el tiempo que se lleve de recuperación			.825	.707
11. Soy una persona con problemas con el abuso de drogas, siempre va a existir la probabilidad o el riesgo de volver a consumir			.744	.596

Nota. método de extracción: análisis de componentes principales > .40; C: comunalidades

Para determinar la retención de los factores, se tomó en cuenta el carácter gráfico de la prueba de sedimentación, aunque, como criterio esencial se consideró el de normalización de Kaiser que consiste en retener los factores cuyos índices de puntajes corresponden a valores propios iguales o superiores a la unidad (Ruiz & San Martín, 1992). Los tres factores obtenidos explicaron la varianza total en 66.68%. La elevada varianza acumulada da medida

de que la prueba reproduce de manera aceptable la estructura original y el constructo teórico representado.

### ***Indicadores estadísticos de modelización***

Los indicadores estadísticos que se tomaron en consideración fueron: razón de chi cuadrado sobre los grados de libertad (CMIN/DF), índice de bondad comparativo (CFI), índice de Tucker Lewis (TLI) y el error cuadrado de raíces medias (RMSEA). Como valores adecuados de estos indicadores se consideraron los siguientes:  $RMSEA \leq 0.08$ - $.05$ ,  $CFI/TLI \geq 0.90$  y  $CMIN/DF \geq 3.0$  (Hu & Bentler, 1999). Además, se tomó en consideración el criterio de información de Akaike (AIC) para comparar diferentes modelizaciones hasta quedarse con la de un menor índice como evidencia un mejor ajuste (los valores más bajos indican un modelo más parsimonioso) (Schumacker & Lomax, 2010).

La primera modelización indicó valores adecuados en todos los indicadores estadísticos establecidos con antelación ( $CFI/TLI \geq 0.90$ ,  $CMIN/DF \geq 3.0$ ), salvo en el RMSEA. A continuación, se procedió con la re-especificación del modelo para calibrar los indicadores estadísticos. Para la re-especificación se examinaron los índices de modificación y se establecieron covarianzas dentro de los mismos factores hasta alcanzar una reducción estadísticamente significativamente de la Chi-Cuadrado (CMIN/DF) (Hair et al., 2009). Tras la inclusión del parámetro de covarianza entre los errores de los ítems 12, 13 y los ítems 13,15 el modelo presentó un ajuste adecuado a los datos (tabla 12).

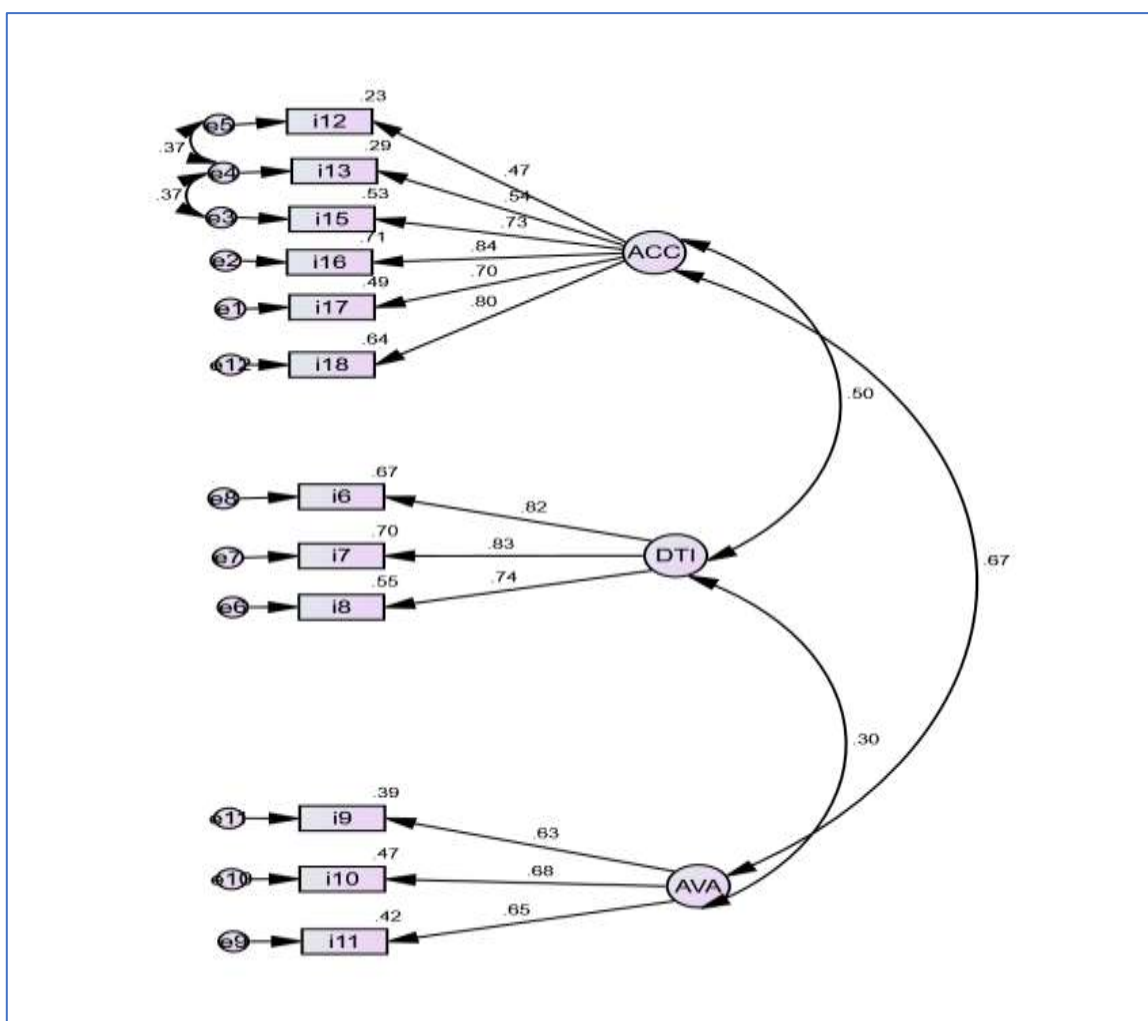
**Tabla 12***Comparación de modelos teóricos con ecuaciones estructurales*

Modelos	Medidas de ajuste absoluto		Medidas de ajuste incremental		Medidas de ajuste de la parsimonia
	CMIN/DF	RMSEA	GFI	TLI	AIC
<b>Modelo inicial</b>	1.511	0.07	0.93	0.91	155.056
<b>Modelo modificado</b>	1.102	0.03	0.98	0.98	135.998

El modelo re-especificado presentó coeficientes de regresión estandarizados de cada uno de los 12 reactivos agrupados en tres factores. Las relaciones entre los factores fueron significativas y sus coeficientes de regresión estandarizado fueron superiores a 0.30 en un rango de 0.30 a 0.67. También, se observaron valores significativos entre los reactivos y los factores, que resultaron con coeficientes estandarizados en un rango de 0.47 a 0.84. (Figura 3).

**Figura 3**

*Coefficientes de regresión estandarizados entre los factores*



Por último, por tratarse de una escala tipo Likert se seleccionó el análisis de consistencia interna que se emplea generalmente cuando se trata de instrumentos con formato Likert: el Alpha de Cronbach (Pérez y Carretero-Dios, 2005). Asimismo, por tratarse de un instrumento con un número de ítems reducidos no se corre el riesgo de que el índice resultante sea artificialmente alto, este último argumento también justifica utilizar este tipo de análisis de consistencia (Argibay, 2006; Cortina, 1993). El Alpha de Cronbach fue calculado tanto para el total de la escala como para cada faceta del constructo, dado que se trata de una prueba

construida para medir fenómenos dentro de la Psicología Clínica y de la Salud (Pérez & Carretero-Dios, 2005). El factor “Adherencia a cuidados continuos” indicó un  $\alpha=0.85$ , el factor “Duración tratamiento intensivo” indicó un  $\alpha=0.85$  y el factor “Aceptación versus autoengaño” indicó un  $\alpha=0.68$ . El índice total de la escala reportó un  $\alpha=0.83$ .

### *Discusión*

El objetivo del presente estudio fue determinar la validez de contenido y de constructo de un instrumento que mida el predictor tiempo prolongado de tratamiento y de atención continua durante la recuperación de trastornos por consumo de sustancias en población mexicana. El estudio se realizó siguiendo las normas para el desarrollo y adaptación de instrumentos propuestos por Pérez y Carretero-Dios (2005) y Llores-Segura et al. (2014). En la validez de contenido, el porcentaje de concordancia alcanzado fue aceptable entre los jueces, a pesar de que el índice de kappa indicó valores deficientes debido a la poca variabilidad de las calificaciones dadas por ambos evaluadores en cada reactivo.

En cuanto a la validez de constructo se empleó el método de extracción por componentes principales (ACP) con rotación Varimax, por ser un método de fácil interpretación de la solución identificada (Cortina, 1993; Comrey, 1988). Mediante el ACP se asume que los reactivos que componen el instrumento pueden explicar la varianza en 100%, proyecta los datos de máxima varianza y elimina aquellas direcciones que aportan menos información de varianza, lo cual, garantiza la mínima pérdida de información (Sánchez Manga, 2012). En este tipo de método el primer componente tiene la varianza máxima y los componentes sucesivos explican porciones progresivamente más pequeñas de la varianza. Por su parte, a partir de los índices de correlaciones moderadas se utilizó una

rotación ortogonal varimax para simplificar la interpretación de los factores, con el fin de minimizar al máximo el número de variables dentro de cada factor y mantener los ítems más representativos (Gorsuch, 1983).

En concreto, la escala presentó una estructura interna de tres factores con una varianza explicada por factores de 66.68%. La elevada varianza acumulada de más del 50% da una medida de que el instrumento exitosamente el concepto teórico que está representando. En Ciencias Sociales es normal considerar como satisfactoria una solución que represente como mínimo el 60% de la varianza total (Hair et al., 2004). Respecto al tamaño de la muestra, vale señalar que los índices de adecuación muestral KMO y especificidad de Bartlett reportaron índices satisfactorios, próximos a 1 en el primero y significancia de .00 en el segundo. En particular, los valores superiores a 0.50 en el KMO muestran que este estudio la adecuación muestral de los datos no solo fue adecuada, sino que también todas las variables estimadas indican una porción de la varianza del modelo.

Mediante un proceso de re-especificación, para alcanzar una calibración ajustada en los indicadores estadísticos CMIN/DF, CFI, TLI, RMSEA, AIC. El procedimiento principal que se utilizó para re-especificar el modelo fue el de la incorporación de covarianzas entre los errores de los ítems de un mismo factor mediante la revisión de índices de modificación. Luego de realizar los ajustes pertinentes la modelización reportó resultados adecuados. Los valores de CMIN/DF se ubicaron en índices menores a dos, según la literatura, valores entre dos y tres, o hasta una diferencia  $\leq 5$ , indican un buen ajuste del modelo (Hair, et al., 2014). Asimismo,  $RMSEA \leq 0.06$ , CFI y TLI  $> 0.90$  o más deseable  $\geq 0.95$  indicaron un buen ajuste del modelo (DiStefano et al., 2018; Lei & Wu, 2007). Por último, los coeficientes de regresión estandarizados obtenidos entre los factores y entre los factores y los reactivos

fueron adecuados, sin embargo, en este parámetro se sugiere la necesidad de mejoría de las cargas factoriales en el caso de algunos ítems para estudios futuros.

Cabe destacar con relación al análisis confirmatorio que, si bien numerosos estudios destacan como normalmente inapropiado realizar procedimientos factoriales confirmatorios sobre los mismos datos sobre los que se determinó una estructura factorial inicial mediante análisis factoriales exploratorios (o al presente caso mediante ACP) por provocar un alto riesgo de sobreajuste (Fokkema & Greiff, 2017). Otros autores consideran justificada la utilización de ambos análisis factoriales sobre una misma muestra, de hecho, Schmitt et al. (2018) señalan que, aunque a menudo es preferible estimar un modelo AFE (en este caso ACP) y AFC con diferentes muestras, especialmente para la validación cruzada, es perfectamente aceptable ajustar diferentes modelos a los mismos datos con el fin de comprender mejor el proceso de generación de datos y la estructura de factores y que, adicionalmente, debe fomentarse, si cabe, cierta exploración y confirmación de la muestra en determinadas circunstancias, por ejemplo, un ajuste deficiente del modelo AFC.

Entonces, resulta absolutamente sorprendente que, por un lado, se considere correcto tomar una muestra, dividirla aleatoriamente en dos mitades y realizar un AFE con una de ellas para luego examinar la adecuación del modelo sobre la otra mitad (Fokkema & Greiff, 2017; Goretzko et al., 2019). Mientras que desde otra perspectiva se critica duramente la utilización de un mismo conjunto de datos para realizar ambos análisis factoriales de manera continua.

Esto supone una incoherencia ya que la misma crítica que cabe hacer a la aplicación de un AFE (ACP en este caso) y un AFC sobre una misma muestra es igualmente pertinente

para el caso en que se realiza la validación cruzada sobre dos subconjuntos del set de datos. En efecto, si la aleatorización de la partición funciona correctamente, se crean dos submuestras idénticas y, precisamente por ello, se han de obtener resultados similares. De hecho, las únicas diferencias que cabría detectar son las que surgen del proceso de aleatorización en la división de los datos. Una validación cruzada requiere muestras independientes, no una misma muestra dividida en dos partes.

Teniendo en cuenta lo anterior, sería más recomendable llevar a cabo el análisis sobre el total de los datos, sin obrar división alguna. La razón es que la recomendación de dividir la muestra conlleva una reducción del tamaño inicial, lo cual no es irrelevante si se tiene en cuenta que la mayoría de los estudios utilizan tamaños más pequeños que los exigidos por la regla general (Morgado et al., 2017). Estos argumentos son los que fueron tomados en cuenta para que en nuestro estudio realizásemos ambos análisis con un solo conjunto de datos. Además de que resulto de gran dificultad encontrar una muestra numerosa de participantes que pudiera ser dividida en dos mitades.

Respecto a las estructuras factoriales, estas indicaron índices de fiabilidad aceptables según la consistencia interna obtenida por cada factor y por la escala general. Los valores obtenidos se ubicaron entre el intervalo de 0.70 y 0.80, pero, sin sobrepasar rangos de 0.95 que pudieran interpretarse como problemas de infra-representación del constructo (Cortina, 1993). En esta línea, Pérez y Carretero-Dios (2005) enfatizaron que la fiabilidad mínima calculada a través de la consistencia interna debe ser de 0.80 cuando se trata de instrumentos cuyo objetivo es el diagnóstico o la clasificación. El único factor que indicó un  $\alpha = 0.68$  fue la faceta “Aceptación versus pensamientos de autoengaño o negación”. Sin embargo, autores

como Sturme y et al., (2005) consideraron que un coeficiente de confiabilidad de alfa de Cronbach aceptable puede ser mínimo de  $\alpha=0.60$ .

En cuanto al nombramiento de los factores, el 1 y 2 se denominaron “Adherencia a cuidados posteriores para la recuperación” y “Duración del tratamiento intensivo para la recuperación”. Los reactivos que componen esta parte inicial del instrumento hacen referencia a como la integración de una fase de tratamiento más intensiva y limitada en el tiempo, unida a una fase de atención continua subsiguiente menos intensiva pero prolongada, representa un componente de peso en la interiorización de una nueva identidad social asociada a la abstinencia (Costello et al., 2019). En ambas dimensiones, se mide el compromiso de los consumidores con la participación en los programas intensivos de rehabilitación a largo plazo, y el involucramiento activo que debe mantenerse en los cuidados posteriores para garantizar una recuperación estable (Dennis et al., 2007).

Los consumidores que adquieren el compromiso de finalizar el programa y participar en los cuidados posteriores alcanzan una identidad de recuperación sostenida versus los que abandonan y recaen (Lappan et al., 2020). Según Timko & De Benedetti (2007) quienes asisten a una mayor cantidad de actividades de autoayuda, en especial de 12 pasos, logran hasta un 83% más de probabilidad de abstinencia en intervalos de seguimiento de 6 y 12 meses, contrario a los sujetos que no tienen esta participación y solo alcanzan un 26 % de probabilidad de abstinencia. Una nueva revisión de la Colaboración Cochrane de 27 estudios rigurosos que inscribieron a un total de 10 565 personas con trastorno por consumo de alcohol respalda consistentemente los hallazgos anteriores y menciona, que Alcohólicos Anónimos genera resultados relacionados con el alcohol tan buenos o mejores que una intervención psicosocial de alta calidad o como la terapia cognitivo-conductual (Kelly et al., 2020).

Con estos datos, la evidencia confirma que recibir varias formas de apoyo externo durante los primeros cinco años es altamente importante para mejorar la probabilidad de que las personas mantengan su recuperación (Dennis et al., 2007; Bassuk et al., 2016). Aunque, algunas propuestas enfatizan que no es necesario tanto tiempo, basta con una participación mínima de dos años para que se abra la posibilidad de que se arraiguen nuevos hábitos y conductas de consolidación en el mantenimiento de una red social libre de drogas, a pesar de que se haya producido o no una recaída.

En escalas similares, diseñadas para evaluar la participación semanal en grupos de autoayuda, se reporta que las personas que asisten a estos grupos muestran significativamente hasta 55% más probabilidades de iniciar la abstinencia durante el siguiente mes en comparación con el 40 % de los que no asistieron (Weiss et al., 1996). Por otra parte, los autores de la “Escala de Afiliación y Prácticas de 12 pasos” (TSAPS) documentan en el estudio de validación de este instrumento, que la puntuación total de la escala TSAPS predice el porcentaje de días de abstinencia (PDA) a los 6 meses (Klein et al., 2011). Mientras, Kahler et al., (2005) en la validación del cuestionario "Expectativa de participación de 12 pasos" (TSPEQ) reportan que la evaluación de expectativas para la participación de 12 pasos representa un predictor relativamente robusto en el nivel de participación en futuras reuniones de 12 pasos.

En la misma dirección, Groshkova et al. (2011), en la escala “Participación en Grupo de Recuperación” (RGPS) ofrecen la oportunidad de evaluar el compromiso con la comunidad y la necesidad de vínculo asertivo en una variedad de situaciones clínicas y de recuperación. La escala de “Participación de Alcohólicos Anónimos” (AAI) indica que este instrumento puede servir como instrumento fiable y útil para evaluar la asistencia y

participación en grupos de Alcohólicos Anónimos. Sin embargo, sus datos muestran que la asistencia de AA no debe equipararse con la participación o compromiso más general con AA, ya que las personas asisten a reuniones de AA por disímiles razones, siendo el compromiso AA, pero no la asistencia lo que predice mejores resultados (Montgomery et al., 1995).

Por su parte, el tercer factor de la escala denominado “Aceptación versus pensamientos de autoengaño”, evalúa como la presencia de cogniciones engañosas sobre un supuesto autocontrol se asocian fuertemente con una interrupción abrupta del tratamiento y la presencia de frecuentes recaídas (Blanco et al., 2007; Caputo, 2019; Sirvent et al., 2019). Mientras, el reconocimiento realista de la condición crónica de la drogadicción resulta un primer paso importante camino a una rehabilitación efectiva en los trastornos por consumo de sustancias (McPherson et al., 2018; Debaere et al., 2017). Diversos estudios sostienen que esta conciencia de la enfermedad conduce progresivamente a los pacientes a la necesidad de acudir a un tratamiento a largo plazo debido al conocimiento que poseen del carácter crónico de su condición, y a la aceptación de su incapacidad de poder controlar el consumo cuando se encuentran en fase activa (Kim et al., 2021, Prochaska & DiClemente, 1992).

Por el contrario, aquellos pacientes que presentan una percepción deficiente sobre la cronicidad del consumo de sustancias o el alcoholismo manifiestan tasas más altas de malos resultados del tratamiento, pobre adherencia, sintomatología más severa y mayores tasas de hospitalización (Amador & Seckinger, 1997; Ghaemi & Pope, 1994; Van Camp et al., 2017). De hecho, aproximadamente el 55% de las personas diagnosticadas con un trastorno por consumo de alcohol no busca tratamiento debido a una falta de conciencia de la enfermedad (Probst et al., 2015). Incluso, cuando los individuos buscan tratamiento para el trastorno por

consumo de alcohol u otra sustancia, el 46% mencionan que no encuentra ninguna buena razón para dejar de usar alcohol a pesar de los evidentes danos que les ocasionan en su vida (Ball et al., 1991). Esta débil percepción de manera reiterada conduce al abandono prematuro del tratamiento, siendo común las elevadas cifras de deserción que oscilan entre un 25%-78% (Lappan et al., 2020; López-Goñi et al., 2008).

## **Conclusiones**

Independientemente que se encontraron valores satisfactorios en los estadísticos de confiabilidad y validez que demuestran la posibilidad de evaluar el impacto que produce el tiempo de tratamiento prolongado y atención continua durante la recuperación de trastornos por consumo de sustancias en población mexicana. Los presentes resultados deben interpretarse con cautela por distintas razones, primero, los hallazgos obtenidos deben considerarse preliminares hasta que futuros estudios repliquen los resultados con muestras más representativas y de ser posibles aleatorizadas para evitar sesgos y generalizar los resultados (Lloret-Segura et al., 2014, Oei et al., 2005).

Una muestra aleatorizada más grande agregaría mayor confianza a los hallazgos del estudio, ya que, en esta investigación la cantidad de participantes superó de manera muy limitada la proporción mínima citada con frecuencia de 2 o 3 sujetos por ítem, pero, tuvo un tamaño menor a 200 personas (Kline, 1994; Stevens, 1996). El caso de estudios instrumentales con muestras pequeñas como la nuestra, solo son aceptables si la metodología contempla replicar la medición usando diferentes grupos, en donde el número de sujetos sea al menos el doble que el número de ítems, con un total no inferior a los 100 participantes por grupo (Kline, 1986).

La segunda limitación se relaciona con los criterios de reclutamiento, en este estudio los criterios de selección resultaron ser demasiado flexibles en torno a los requisitos de inclusión/exclusión al momento en punto de conformar la muestra de participantes. En futuras investigaciones, sería recomendable utilizar criterios de elegibilidad de alta precisión una vez que se decida examinar nuevamente las propiedades métricas de la escala. Se aconseja realizar esfuerzos de reclutamiento centrándose específicamente en personas diagnosticadas con trastorno por consumo de sustancias que mantengan una estancia permanente en tratamiento y/o participación en cuidados posteriores (atención continua) superiores a los 6 meses de duración.

La tercera limitación radica en la necesidad de realizar en otras muestras representativas procedentes de otros contextos de rehabilitación, el análisis de pruebas adicionales de confiabilidad test-retest, validez predictiva, validez convergente y divergente (validez de criterio externo). De modo, que el constructo medido pueda indicar mayores evidencias de distintas fuentes de confiabilidad y validez. En este estudio, si bien se realizó un análisis factorial que tomó como tamaño de muestra el criterio de caso por parámetro ofrecido por Worthington & Whittaker (2006) donde se señalan que, en un AFC, 5 casos por parámetro es una muestra adecuada.

La cantidad idónea de participantes que señala la literatura generalmente para realizar análisis confirmatorios mediante ecuaciones estructurales debe aplicarse muestras superiores a 200 participantes, aunque dependerá del número de ítems, componentes propuestos, etc. (Batista-Foguet et al., 2004). No obstante, debemos mencionar que aun y con una muestra tan pequeña el modelo luego de ser modificado alcanzó valores de ajuste, y logró replicar las

estructuras halladas originalmente para poner a prueba si el modelo hipotetizado se ajustaba adecuadamente a los datos de este estudio (Lloret Segura et al., 2014).

La presencia de ajuste en el modelo teórico propuesto resultó llamativa, sobre todo, tomando en consideración que cuando se realizan ecuaciones estructurales para analizar modelos teóricos con muestras de 100 participantes, el rechazo tiende a elevarse hasta un 74.5% en los modelos teóricos presentados (Morata-Ramírez et al., 2015). No obstante, a pesar del ajuste alcanzado con una muestra tan pequeña en esta modelización, la conclusión de que la escala cuenta con adecuadas propiedades psicométricas debe ser tomada como parcial y momentánea, reclamándose que estos análisis se repitan con otra u otras muestras.

## *CAPÍTULO V*

### *Identidad de recuperación*

#### *Estudio 4*

## Capítulo V. Identidad de recuperación

En el presente capítulo, se propone una propuesta explicativa integradora que permita la comprensión de las fases de cambio que atraviesan los consumidores de sustancias hasta llegar a interiorizar una identidad de recuperación. Con los argumentos que se presentan se responde a la principal limitante detectada en varias premisas teóricas que enfatizan solo en directrices de perspectivas psicológicas o sociales en la construcción de esta identidad, advirtiéndose la necesidad de comprender desde posiciones más integradoras, la relación dialéctica que existe entre los procesos internos motivacionales y los estímulos ambientales que rodean al individuo y que van teniendo lugar en cada una de las etapas de recuperación. Por consiguiente, se identifican los cambios psicosociales transicionales y los componentes que influyen en la maduración de procesos dentro de cada etapa. Se discuten las modificaciones que ocurren desde el inicio de la primera fase de tocar fondo y surgimiento de la necesidad de cambio hasta la quinta fase final de interiorización de recursos de capital de recuperación integrados en la estructura de la personalidad de los exconsumidores.

A pesar de que la recuperación es un proceso no lineal, multifactorial y complejo que continuamente se ve afectado por el riesgo de recaídas durante el primer año de abstinencia con presencia de diversos síntomas post-consumo (Dennis et al., 2007; Marlat & Gordon, 1985). La mayoría de las personas que experimentan problemas con el consumo de sustancias, en algún momento de sus vidas eventualmente superan estos problemas hasta lograr una recuperación sostenida y estable hacia los cinco años, con procesos difíciles de entender desde una visión integral (Bahl et al., 2019; Barnett et al., 2021; Dillon et al., 2020; Groshkova et al. 2012; Mittelmark et al., 2017; Webb et al., 2022).

La frecuente aparición de periodos de remisión intercalados con episodios de recaídas caracterizados por dolor emocional, relacional y social, acompañados de posteriores reingresos al tratamiento dificultan comprender de modo profundo la lógica interna que siguen las transformaciones subjetivas en consumidores hacia la recuperación (Arria & McLellan, 2012; Scott et al., 2005). Solo un reducido número de estudios cualitativos o teóricos abordan desde la complejidad de un enfoque integrador, la comprensión de cómo inicia la interiorización de una nueva identidad de recuperación, qué interacción específica de factores influye más en el razonamiento y la toma de decisiones de dejar el consumo de sustancias a largo plazo, o los cambios subjetivos graduales que surgen en este proceso recuperativo (Velez et al., 2017; Wenaas et al., 2021; Wangensteen & Hystad, 2022).

Algunas investigaciones indican que por tratarse de un trastorno de naturaleza crónica requiere tratamiento dentro de un sistema de atención orientado a la recuperación que enfatiza gestión continua mediante apoyo de pares (Humphreys et al., 1998). En un estudio con 573 personas de una comunidad australiana los participantes habían consumido sustancias durante un promedio de 18 años y habían estado abstinentes durante 8 años, 83% manifestaron que, cuando se encontraban en la “cima del consumo activo”, realizaban actividades en redes sociales compuestas por otros consumidores de sustancias, mientras, cuando reportaron “experiencias de recuperación” disminuyeron la proporción de su red social compuesta por exconsumidores junto con un aumento en la proporción de su social red con otras personas en recuperación (Bathish et al., 2017).

Por consiguiente, los enfoques de tratamiento basados en modelos de cuidados intensivos, centrados en la reducción de síntomas, estabilización clínica, alta y seguimientos posteriores breves donde se finalizan las relaciones del tratamiento esperando que la personas

logren una recuperación a largo plazo por su cuenta, son ineficaces (McLellan et al., 2000). Los analistas tienen cada vez más claro que este viaje de transformación no sólo es un proceso de larga duración, que está mediatizado por la influencia de componentes de índole social, sino que además demanda la implicación personal para mantener la tenacidad continua necesaria, así como una atención de soporte más individualizado (Ashford et al., 2019; Sheedy & Whiteter 2013).

Entre los modelos teóricos que destacan la influencia del contexto social como un fuerte ingrediente en la construcción de una nueva identidad de recuperación, se sustentan las intervenciones grupales terapéuticas para crear un sentido de identificación compartido (Fring & Albery, 2016); con determinados servicios de apoyo continuos para la recuperación entre pares (Best et al., 2016), así como el surgimiento de experiencias curativas, donde el principal catalizador y posterior mecanismo potencial para el cambio, radica en la dinámica social cambiante que un individuo experimenta a medida que hace la transición con grupos orientados a la recuperación, dentro de una comunidad terapéutica que en así misma, se considera como un método de cambio (Cruwys, Haslam et al., 2014; De León, 2000).

Los modelos que destacan los componentes sociales confirman que el cambio de identidad en la recuperación se va negociando socialmente a lo largo del tiempo de recuperación y a medida que transcurre el tratamiento con la asistencia de cuidados posteriores (Best et al., 2016). Transcurridas todas estas etapas, llega un punto que la identidad social emergente se internaliza gradual y totalmente, de modo que el individuo llega a encarnar las normas, los valores, las creencias y el lenguaje de grupos orientados a la recuperación. Lo anterior demuestra que los factores que mantienen la recuperación son principalmente sociales; y que mantener la abstinencia implica alejarse del uso de redes

sociales asociadas a al consumo e involucrarse activamente con una red social alternativa que incluye a otras personas en recuperación (Dingle et al., 2015).

La individualización de los exconsumidores se manifiesta cuando se ha producido la transferencia de influencias de las consecuencias externas objetivas a un nuevo aprendizaje de experiencias internas subjetivas del individuo. Una vez interiorizados los cambios aprendidos parecen más coherentes y autoiniciados, dirigidos desde el interior que el aprendizaje influenciado desde el exterior (De León, 2000). La identidad se origina como una serie de procesos transicionales desde una posición predeterminada pasiva de identidad conferida externamente por la familia y la cultura, a una identidad internalizada con un nuevo sentido de sí mismo y de autonomía (Côté, 2002; Deci & Ryan, 2000).

Los procesos transicionales se van produciendo por etapas, desde una motivación impulsada por fuentes externas, hasta la introyección gradual que se va produciendo en la interacción con el medio, para terminar finalmente en la motivación intrínseca o autodeterminación, que se caracteriza por ser un tipo de regulación conductual más integrada al propio comportamiento, permite actuar de manera autónoma a las circunstancias externas, persiste a lo largo del tiempo y es congruente con los verdaderos valores e intereses adquiridos (Deci & Ryan, 1985). Las personas que maduran a este nivel de autonomía o sentido de voluntad destacan por el compromiso y la autorregulación individual ante una determinada actividad, con claridad de proyectos futuros, cuyas decisiones tienden a tomarse según comportamientos planificados y según las consecuencias racionalizadas (Ajzen & Fishbein, 1975; Prochaska & Velicer, 1997; Raihan, & Cogburn, 2021). Las etapas de construcción de una identidad de recuperación se proponen basadas en el modelo de DiClemente et al. (1991) establecidas en cinco: precontemplación, contemplación,

preparación, acción y mantenimiento. No obstante, aunque el eje central de este estudio son las premisas del modelo transteórico, también se enriquecen los argumentos presentados tomando como referentes elementos convergentes y explicativos de otras premisas teóricas, con vistas a elaborar una formulación integrativa.

### **Primera etapa de precontemplación: Fuerzas motrices orientadoras al cambio**

Estudios cualitativos basados en entrevistas a exconsumidores recuperados mencionan que el genuino cambio motivacional del consumo activo comienza cuando se arriba a un fondo de dolor intolerable e impensable (Biernacki, 1986; Simpson et al., 1986; Prins, 1994; Waldorf & Biernacki, 1981). Esta experiencia constituye un factor importante en el ingreso y posterior cumplimiento del tratamiento. De hecho, según algunos autores, entre las razones principales que movilizan la conducta de las personas con trastorno por consumo de sustancias para ingresar en un tratamiento, destacan el haber experimentado este tipo de acontecimientos vitales. Por lo general, se describe que las personas experimentan un extremo dolor antes de que puedan cambiar (Cunningham et al., 2007), representando un punto de inflexión total como una crisis existencial (Brill, 1972), que promueve la maduración personal de aceptación y conciencia de enfermedad (Diclemente et al., 1999, Henao Escobar & Segura Restrepo, 2013).

Por lo general, este punto de giro suele ir acompañado de alguna experiencia o evento crítico que sirve para estimular o desencadenar la decisión ante un deterioro repentino de la salud, el rechazo absoluto y radical de la familia, la perspectiva de ir a prisión o la muerte de un compañero o allegado amigo (Prins, 1994; Simpson et al., 1986; Waldorf & Biernacki, 1981). De igual modo, algunas posturas señalan que la decisión surge también cuando la

identidad de consumidor entra en conflicto irreconciliable con otras identidades que no están relacionadas con el consumo de sustancias, como los de la pareja, padre, hijos, familiares, compañeros de trabajo o sociedad en general, siendo en última instancia inaceptables para esas personas (Bess et al., 1972; Biernacki, 1986; Brill, 1972).

El grado de aceptación del consumo de sustancias depende de factores como la edad, presión de la familia, nivel de madurez, grado de escolaridad y por supuesto, vivencias o experiencias de crisis que propician un análisis personal de costo/beneficio buscando ayuda o intentar cesar voluntariamente el consumo (Best et al., 2021). La gravedad del problema, mayor cantidad de síntomas de dependencia, niveles altos de depresión y experimentar consecuencias sociales adversas, problemas laborales o legales, y relaciones difíciles con miembros de la familia, aumenta la probabilidad de que una persona reconozca que tiene un problema de consumo de sustancias; por el contrario, el valor percibido positivo del tratamiento y la situación laboral aparentemente funcional, incluido el hecho de contar con habilidades profesionales, se asocia negativamente con el reconocimiento del problema en detrimento del pensamiento crítico, reflexivo y de la autoconciencia (Cunningham et al., 1994; Finney & Moos, 1995; Nwakeze et al., 2002; Rogers et al., 2019; Yechiam et al., 2005; Zule et al., 2003).

Esta percepción también se relaciona con malos resultados del tratamiento sin adherencia con sintomatología más severa y mayores tasas de hospitalización (Amador & Seckinger, 1997; Ghaemi & Pope, 1994; Probst et al., 2015; Van Camp et al., 2017). Estudios indicaron que 46% de las personas que acuden a tratamiento mencionaron que no identifican razones suficientes a pesar de ser conscientes de los daños con una especie de percepción

engañoso de autocontrol con frecuentes interrupciones abruptas del tratamiento y repetidas recaídas (Caputo, 2019; Martínez González et al., 2016; Sirvent et al., 2019).

Como situación contraria, el reconocimiento de problemas está relacionado con la motivación para iniciar y adherirse al tratamiento con una mayor probabilidad de abstinencia o recuperación después del tratamiento (Goethals et al., 2012; Giyaur et al., 2005; Kim et al., 2007). El reconocimiento realista con la conciencia y aceptación de la identidad como consumidores, conlleva a los pacientes a la necesidad de acudir a un tratamiento progresivo a largo plazo (Kim et al., 2021, Debaere et al., 2017; Hayes, 2010, Marsh, 2011; McPherson et al., 2018; Ortega, 2017; Prochaska & DiClemente, 1992).

Aunque las situaciones de dolor conducen a procesos reflexivos existenciales, estudios indican que en los tratamientos iniciales soportados por procesos psicoterapéuticos es no evitarle el sufrimiento, ya sea con roles profesionales permisivos, protegiéndolos o facilitándole resolver sus problemas mientras que se encuentra consumiendo (Lappan et al., 2020), no obstante el compromiso, la actitud motivada con reflexividad y el reconocimiento del problema siguen siendo factores relevantes en esta etapa (Broome et al., 2001; Callaghan et al., 2005; Joe, et al., 2014); así como una actitud firme de la familia como elemento externo clave contribuye con mayor prontitud a la aparición de experiencias catárticas o epifanías en las personas con problemas de consumo de sustancias, conduciéndolos a aceptar o buscar la ayuda de un tratamiento en menor número de años (Nugent y Schinkel, 2016; Standing, 2011); equilibrando las influencias de la estigmatización, exclusión social y la desesperanza con mayor afectividad expresada por la red de apoyo (Chen, 2008; De León, 2013; Iswardani et al, 2022).

Las crisis o conflictos vivenciales que resultan intensos favorecen procesos madurativos en los individuos (Domínguez, 2006; González Rey & Mitjans, 2017). Orientan la reestructuración del mundo interno de los pacientes y promueven replantear una nueva jerarquía de necesidades y motivos que dirige el comportamiento hacia otros sistemas de actividades, relaciones y formas de vida (Vigotsky, 1987). Representan fuerzas motrices que contribuyen a la formación de nuevos sentidos y significados subjetivos que se expresan en cambios de la esfera motivacional como un indicador consistente de que ha surgido un nuevo nivel de desarrollo psíquico (Chudnovsky, 1976; González Rey & Mitjans, 2017; Patton et al., 2022).

La concientización y maduración de procesos volitivos en las personas con trastornos por consumo de sustancias son elementos subjetivos valiosos en la decisión de buscar o aceptar la ayuda. No obstante, la calidad de los servicios terapéuticos como veremos más adelante es donde se encuentran elementos curativos que son cruciales en el proceso de recuperación. De hecho, las oportunidades para trabajar en relaciones problemáticas y sentimientos de abandono, duelo, ira, soledad y otras manifestaciones de desregulación emocional durante el tratamiento son cruciales en el proceso de recuperación, disminución del estigma, sentimientos de vergüenza y creación de nuevos significados (Antonovsky, 1987; Wangenstein et al., 2020, Wenaas et al., 2021; Garke et al., 2021). El principal catalizador y posterior mecanismo potencial para el cambio, radica en la dinámica social cambiante que un individuo experimenta a medida que hace la transición de entre grupos consumidores a grupos orientados a la recuperación (Haslam et a., 2014).

## **Segunda etapa de contemplación. Agentes sociales de orientación eficaz**

Entre 60-70% de los consumidores de opiáceos y cocaína que acuden en demanda de tratamiento se ubican en el estadio de contemplación (Albiach et al., 2000) semejante a los alcohólicos quienes muestran porcentajes alrededor del 50% también en contemplación (Llinares et al., 1996). No obstante, a pesar de este estado de inamovilidad inicial suelen darse casos de personas que alcanzan a transitar de manera efectiva hacia la abstinencia, sobre todo, tomando en cuenta que la motivación al cambio se va transformando gradual y potencialmente a medida que transcurre el tiempo de tratamiento. La calidad de las interacciones sociales es relevante para alcanzar la progresión de la motivación hacia las fases subsiguientes de la recuperación (Fiscella et al., 2004; Marchand et al., 2019; Pettersen et al., 2019; Rance & Treloar, 2015). La centralidad de los servicios orientados en la persona y su individualidad surgen como piedras angulares de tratamiento y se destacan como principios rectores entre las directrices de tratamiento en trastornos por consumo de sustancias (Sheedy & Whitter, 2013; Wenaas et al., 2021).

Los expertos recomiendan estimular manifestaciones de contacto y afecto social que proporcionen la sensación de que uno significa algo para los demás, ser valorado, aceptado y visto como individuo, con el objetivo de que maduren progresivamente en las personas con problemas por consumo de sustancias el sentido de comunidad, la mejora de la salud mental y la apertura a la ayuda mutua, de modo que, posteriormente se puedan resolver problemas o sobrellevar crisis de manera colaborativa (Brekke et al., 2017; Bjørlykhaug et al., 2021; Cloud & Granfield, 2008; Haslam et al., 2019; Ness et al., 2014; Price-Robertson et al., 2017).

Según Connolly & Strupp (1996) facilitar mejoría a la sintomatología del paciente en conjunto con otros, es el principal conglomerado de cambio que debe ser incentivado cuando se tienen los contactos iniciales, ya que de ellos posteriormente se podrá trabajar la autocomprensión, luego la autoconfianza y finalmente una mayor y nueva autodefinición. Al ser tratado con confianza, optimismo y respeto, se reestablece la autoestima y una identidad más positiva (Kvia et al., 2020; Robertson & Nesvag, 2019), de ahí la importancia de la alianza terapéutica como un componente facilitador para lograr la participación del consumidor en esta fase (Norcross, 2002; Norcross et al., 2006; Wenaas et al., 2021).

La autoaceptación es facilitada por la aceptación de los demás, y la adquisición de la autoaceptación es una compleja experiencia de curación (Murakami, 2005; Rogers, 1961; Tenenbaum, 1961). La aceptación incondicional genera confianza y por ende, seguridad psicológica que permite una apertura del yo privado a los demás, facilitando revelar su interior a los otros y de este modo favorecer gradualmente la recuperación (Bell, 1994). Por el contrario, si solo se adopta la confrontación como herramienta psicoterapéutica, pueden activarse actitudes defensivas en el individuo, ya que esta es una respuesta humana normal cuando uno es acusado, degradado, etiquetado, faltado al respeto o amenazado. Confrontar evoca actitud defensiva y la resistencia a la confrontación predice una falta de cambio de comportamiento posterior (Miller & Rollnick, 2002; Pomerleau et al., 1978). En el caso de las personas con trastorno por consumo de sustancias, las tasas de abandono son cuatro veces mayores en grupos de confrontación, e incluso entre los que completaron el tratamiento no hay diferencias significativas en los resultados (Kashner et al., 1992).

En esta etapa, con pacientes desafiantes se ha encontrado que un estilo de terapeuta empático basado en una escucha reflexiva con preguntas claves centradas en el paciente y un

estilo directivo, pero no confrontativo, predicen una disminución del consumo (Miller & Rollnick, 2002). En la contemplación se busca involucrar empáticamente al consumidor y tratar de convencerlo con la validación emocional, los elogios y el aliento para reducir la angustia (Antonovsky, 1987; Neale et al., 2018). Al mismo tiempo, esta práctica de compartir en grupo favorece la conexión emocional, conciencia y autoexpresión entre los participantes; establece confianza y un sentido de cercanía íntima entre los compañeros del grupo (Yalom & Leszcz, 2020). Escuchar y comprender el dilema del cliente evoca las propias motivaciones del cliente para el cambio (Miller y Rollnick, 2002).

Los nuevos espacios de socialización abiertos pueden ser capaces de expresar nuevas operaciones y recursos subjetivos en la medida en que faciliten la generación de un intercambio dialógico que satisfagan las necesidades emergentes de las personas (Patterson & Forgatch, 2001; Rey y Martínez Ochoa, 2017; Westen et al., 2004; White, 2009), de hecho, se ha reconocido que alrededor del 40% del cambio se le atribuye a factores extra terapéuticos donde se ubican aspectos relacionales de sujetos vinculados a sus redes de apoyo social (Lambert et al., 1986).

### **Tercera etapa de preparación. Maduración gradual al cambio**

Toda relación de ayuda terapéutica exitosa comienza con intentar una intensa y emocionalmente cargada relación real, de auténtica confianza con la persona que demanda ayuda (Gelso & Kline, 2019; Wangensteen & Hystad, 2022a). Por ello, a medida que transcurren las primeras interacciones sociales seguras, continuas y diarias en un contexto de rehabilitación, se fortalece la alianza terapéutica y las relaciones entre pares dando margen al incremento gradual de esta sensación de confianza (De León, 2000). La utilización de

herramientas educativas de comprensión emocional como identificación, compasión y empatía facilitan la auto apertura y la participación en el programa. Consumidores vulnerables y estigmatizados que empiezan a sentir la genuina preocupación, compasión y empatía de un grupo o persona en particular por su bienestar, expresan una mayor cantidad de autorrevelaciones y relatos honestos, a pesar de que la mayoría de los consumidores puedan mostrar una coraza presuntamente impenetrable como resultado de vivir de manera precaria, rebelde y antisocial (Wangensteen, & Hystad, 2022).

Muchos grupos basados en esta premisa buscan como intención inicial proporcionar un foro para la apertura personal y la expresión emocional libre, negativa y positiva, al margen del riesgo del caos social o el perjuicio personal. Mediante el *rapport*, se potencia la expresión emocional con privacidad y confidencialidad (Sobell & Sobell, 2011). La comprensión de los demás, decrece la frustración de no ser atendido o escuchado con trato humanizado y permite abordar experiencias emocionales e introspecciones personales adoptando los riesgos personales de compartir, abrirse y hacerse vulnerable (Yang et al., 2018). La reflexividad y autoconciencia mediante la introspección e involucramiento personal en el tratamiento a través de la expresión adecuada de sentimientos posibilita mayores probabilidades de transitar hacia la abstinencia, ya que satisface necesidades de relación social innata (Gelso & Kline, 2019). La satisfacción de necesidades de relación, tan fuertemente insatisfechas en los adictos por la exclusión y el estigma, hacen sentir a las personas conectadas e importante para los demás, contribuyen a un mejor bienestar subjetivo, y promueven poderosamente su predisposición motivacional para el cambio

Durante esta etapa también se distingue el recurso *abreactivo* como la contraparte que permite contrarrestar la ganancia secundaria que innumerables veces se encuentra muy

anclada en la vida de los consumidores crónicos, llevándolos a aferrarse al síntoma doloroso de la adicción que les coloca en una situación de franca inferioridad, pero que a pesar de las consecuencias intentan conservar como una mínima ventaja adquirida durante la adicción (Yalom, 1983; White, 2009). La descarga emocional facilita vivenciar un sentimiento de desahogo y liberación, al tiempo que orienta a la persona para que perciba mejor qué tiene y cómo tiene que hacer para sentirse mejor, movilizandó la energía que a su vez orienta hacia la acción. En este proceso de “darse cuenta” o toma de conciencia se establece la relación entre su interior y su exterior, permite percibir lo que está ocurriendo en su vida y hacia donde se dirige, qué es lo que se necesita y la forma en que se puede o no se puede lograr lo que se necesita (Espínola & Pintado, 2014).

Solo las gratificaciones obtenidas mediante la catarsis en cuanto a la liberación y relajación pueden ser la contraparte aprendida que sirva de nutriente y puerta de entrada a la transformación. La catarsis también juega un papel direccional, empujan a los individuos hacia la acción, hacia un objetivo o meta específico y ayudan en la internalización de procesos curativos de mayor bienestar (Yalom, 1983). De hecho, toda conducta motivada es reforzada siempre que responda a la satisfacción de alguna determinada necesidad de alta jerarquía dentro de la subjetividad del individuo. De ahí, que la persona necesite aprender a satisfacer sus necesidades a través del mecanismo homeostático o de autorregulación orgánica, entendiendo y reforzando cuales son los recursos que sacian las carencias y desequilibrios experimentados (Espínola & Pintado, 2014).

Así mismo, las historias sobre cómo otros han logrado con éxito sus objetivos resultan ser motivos relevantes generando percepciones de posibilidad, esperanza y optimismo acerca de la modificación personal. En este proceso de identificación e imitación la experiencia

vicaria permite adoptar e internalizar estrategias de éxito a partir de los otros (Bandura, 1989; Borkman, 1999; López-Torrecillas et al. 2002). Al visualizar la experiencia de éxito de los compañeros ayuda a los consumidores a imaginar una vida después del cambio con auto reevaluación que impulsa a planificar y reorganizar el entorno, así como el desarrollo de las estrategias necesarias para realizar cambios con comprensión y sin rechazo social (Lindqvist et al., 2017; Pettersen et al., 2018). La confianza o alianza terapéutica temprana, expresión emocional, abreacción o catarsis, el *insigth*, y el aprendizaje vicario, son factores fundamentales en esta etapa.

#### **Cuarta etapa de la acción. Autoeficacia, acción y sentidos subjetivos**

Como se ha podido observar en los primeros periodos camino al cambio de identidad maduran de manera acumulativa modificaciones cuantitativas de carácter subjetivo que constituyen el fundamento o la antesala sobre el cual se construyen y emergen posteriores cambios cualitativos de carácter más conductual (Palmero-Cantero et al., 2011). Según el modelo transteórico de Proshaska y Diclemente (1992) las etapas iniciales al cambio: precontemplación, contemplación y preparación están mediatizadas por la presencia de procesos subjetivos de índole experiencial, cognitivos y afectivos. Mientras, las fases de acción y mantenimiento se caracterizan por la implementación de estrategias conductuales. La transición de una fase a otra se entiende como un proceso no lineal y secuencial pues los primeros periodos maduran de manera acumulativa con modificaciones cuantitativas de carácter subjetivo que constituyen el fundamento o la antesala sobre el cual, se construyen y emergen posteriores cambios cualitativos de carácter más conductual (Becoña Iglesias & Cortés Tomás, 2016).

Asociar el cambio únicamente con la acción, renunciando así a todo el trabajo previo requerido para actuar y cambiar un comportamiento, es una idea errónea. El cambio es un viaje ascendente donde la persona va apropiándose gradualmente del desarrollo sociocultural anterior por medio de experiencias que verdaderamente adquieren un significado orientando la acción en un futuro mediato (Frankl, 1946). Detrás de cada aparente y simple acción se sintetiza todo un amplio conjunto de comportamientos y procesamientos previos fusionados, encadenados en una interacción sinérgica que dirigen hacia el logro de algún fin previsto de antemano (Florez-Alarcón, 2018; Wertsch, 1985).

Los primeros procesos que encaminan hacia la toma de decisiones de acciones complejas dirigidas al cambio ubican a la emoción y maduración de procesos intelectuales como elementos necesarios. El proceso emocional da inicio al arranque motivacional de cualquier acción con un deseo subjetivo que conduce a hacer algo que permita satisfacer una necesidad buscando una aproximación a lo agradable y de evitación de lo desagradable o tomando decisiones de no retorno mediatizadas por la percepción sobre los beneficios que obtendrá versus las pérdidas (Bandura, 2001; Prins, 1994; Simpson et al., 1986).

El balance decisional pro-cambio implica que deben aumentar significativamente las ventajas para que esa persona progrese a la etapa de acción (Magill et al., 2018; Prochaska et al., 1993), pues la modificación de creencias y atribuciones por medio de experiencias personales internas o por el modelamiento indirecto desde otros, también son elementos disuasorios para tomar una decisión de no retorno hacia la acción (Achtziger & Gollwitzer, 2008; Heckhausen & Gollwitzer, 1987). Si en este periodo pre-decisional y pre-accional (deliberación-planificación), la percepción de expectativas y eficacia superan a la percepción de amenaza cuando se valoran los pro y contras, se origina la condición necesaria para que

se inicie y mantenga la intención de asumir la acción (García, 2007). La expectativa de resultados tiene que ver con los pensamientos del sujeto asociados a la posibilidad anticipada de que con una acción por su parte se van a obtener los efectos deseados (Eccles & Wigfield, 2002). La autoeficacia por su parte consiste en la percepción que la persona tiene acerca de sus capacidades para ejecutar la acción.

Según Bandura (1997), la creencia de autoeficacia es el principal factor que determina la administración en el curso de la ejecución de actividades, ya que contribuye a la formación de un sentido de control que lleva al sujeto a emprender un curso de compromiso con la acción. Otros hallazgos coinciden y expresan que tanto la autoeficacia de planificación como la autoeficacia de acción presentan resultados importantes en el cualquier comportamiento saludable, no obstante, los efectos directos de las intenciones conductuales y la autoeficacia de acción reportan sustancialmente mayores efectos asociados al cambio (Zhang, Zhang et al., 2019).

La autoeficacia de la acción conduce a un incremento en la autoeficacia de mantenimiento que influye de manera directa sobre componentes volitivos para el nuevo comportamiento, a su vez, estimula simultáneamente aprendizajes sociales experienciales que conducen a realizar estimaciones por parte de los individuos sobre su propia capacidad para participar en comportamientos de salud en el futuro, madurando estimaciones de que es posible mantener ese comportamiento (Zhang, Zhang et al., 2019).

Estudios indican que el 50% de los metaanálisis prueban un efecto significativo de la interacción entre el control conductual percibido y las intenciones, es decir, las intenciones son predictores más fuertes cuando el control conductual percibido es mayor (Armitage &

Conner, 2001; Hagger et al., 2022). La evaluación de las acciones tomadas y el control percibido de la propia autorregulación orienta a la persona a tomar conciencia sobre el nivel de cumplimiento de sus intenciones específicas aquí-ahora. De acuerdo con los planes diseñados con anterioridad, la concentración en los planes trazados y la observación del resultado inmediato, permite analizar las contingencias de reforzamientos operantes, locus de control presente y estableciendo aprendizajes asociativos de causalidades (Ajzen & Fishbein, 1975; Skinner, 1979).

La evaluación cognitiva, racional, coherente y comprensible de lo experimentado posibilita reflexiones articuladas dando significados derivados de la experiencia en torno a la realidad y a el mismo (Mulahalilović et al., 2021). Esta capacidad de encontrar patrones, conexiones y modelos mentales confiables entre su conducta y el entorno, posteriormente reforzados a través de experiencias, reafirma sus percepciones de coherencia y disminuye los encuentros con la incertidumbre disminuyéndole la sensación de desesperación, desesperanza y atrapamiento (Antonovsky, 1987; Heintzelman y King, 2014; Martela & Steger 2016; Trent et al., 2013).

De esta comprensibilidad adquirida se forma una base explicativa para decidir cuáles serán los propósitos adecuados que reorientarán su vida hacia metas que realmente hagan experimentar que la existencia vale la pena (Martela & Steger 2016; Dahlberg & Dahlberg 2019). Los objetivos significativos establecidos como prioridad y compromiso pueden moderar considerablemente la relación intención-conducta en aproximadamente 70% del comportamiento a largo plazo (Rhodas et al., 2022).

El control conductual percibido propicia también la satisfacción de necesidades de competencia y autonomía, ambas, estrechamente vinculadas con una motivación cada vez más intrínseca (Decy & Ryan, 2000). La satisfacción de necesidades de competencia y autonomía impulsa al consumidor para que gradualmente transite de experimentar con pequeños pasos hasta una mayor modificación de su comportamiento, experiencias y/o entorno para superar sus problemas con cambios de comportamiento evidentes por un periodo de 1 a 6 meses (Prochaska & Norcross, 2001).

#### **Quinta etapa de mantenimiento. Identificación, interiorización, integración**

Al habituarse a una nueva conducta con determinada creencia de autoeficacia la construcción de una nueva identidad de recuperación implica su integración al estilo de vida del individuo, demandando que el aprendizaje sea automatizado y requiera cada vez menos esfuerzo de pensamiento y energía para mantenerlo, pues la automatización refleja más probabilidades de recuperación y menos riesgos de recaídas (DiClemente et al., 1999). Por el contrario, mientras menos integración de comportamientos saludables y estrategias de afrontamiento efectivas durante el primer año de abstinencia, mayor se pronostica que sea el índice de recaída entre 50-70% (Patton et al., 2022).

El apoyo de otros en esta etapa de mantenimiento de la recuperación se torna relevante pero alrededor de los cinco años, los exconsumidores reflejan el no requerir sostén social externo (Cloud & Granfield, 2008; Dennis et al., 2007). En la medida que la persona avanza en su viaje de abstinencia aumenta su capital de recuperación, y disminuyen las posibilidades de recaída hasta un 15 % después de cinco años de cese del consumo sostenido (Kelly et al. 2010). La formación de nuevos significados y planeación de nuevos propósitos

en torno a la vida y a uno mismo, con involucramiento en una cantidad relevante de actividades de autoayuda favorece la autonomía logrando hasta un 83% de probabilidad de abstinencia en intervalos de seguimiento de 6 y 12 meses (Moos & Moss, 2007; Timko & De Benedetti, 2007).

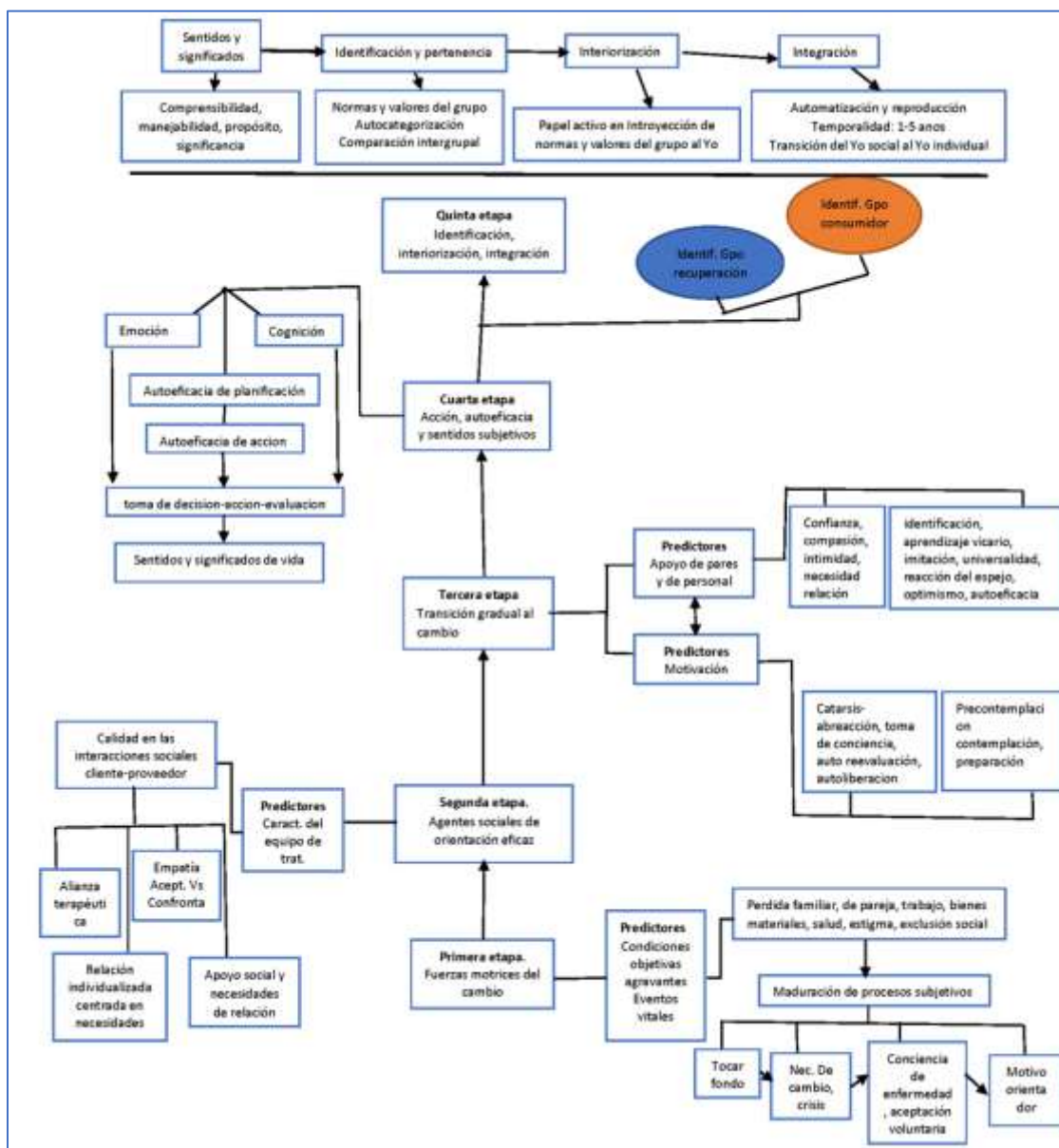
Ahora bien, volvemos a señalar que antes de establecer una conducta autodeterminada y mantenida se necesita primero en el orden personal subjetivo, haber madurado criterios de una comprensibilidad coherente, racional, ordenada y predecible del mundo social inmediato, de modo que la argumentación lograda pueda dar sentido y significado a la experiencia individual (Hayaky et al., 2021). De la comprensibilidad alcanzada emerge una percepción de control el cual permite activar recursos personales disponibles de autoeficacia suficiente para determinar en base a los significados creados socialmente, valorando la pertinencia de realizar compromisos e inversiones para afrontar adecuadamente demandas o problemas, por lo cual la dirección autónoma de su comportamiento promueve una identidad de recuperación pertinente (Antonovsky, 1987).

El desarrollo de nuevas configuraciones subjetivas complejas entre los equilibrios personal y social contribuye a la asimilación de identidades y sentidos que son en sí mismas construcciones dinámicas (Turner, 1985). La interiorización de identidades y sentidos ocurre socialmente a partir de la dimensión cultural, pues asumir un rol interactivo con los códigos socioculturales presentes en el medio circundante, propicia su interiorización a través del proceso de autoaprendizaje de repertorios amplios de conductas, para más tarde, reproducirlos de manera intrínseca, autodeterminada y voluntad propia (González Rey & Mitjans Martínez, 1997).

Durante este proceso de interiorización, la identificación o valoración consciente-afectiva que se realice hacia el determinado comportamiento expuesto en el medio, representa una pieza fundamental para que la acción sea aceptada como propiedad personalmente importante (Decy & Ryan, 2000). Una mayor identificación aumenta la posibilidad de receptividad hacia las normas y valores grupales que se desean transmitir, al tiempo que facilita la asimilación e integración de dichas normas dentro de propio sentido de uno mismo (Best et al., 2016). De hecho, la identificación y sentido de pertenencia hacia un grupo al que se cree pertenecer ejercen una influencia considerable sobre los individuos, facilitan que introyecte sus normas sociales, que repercute sobre las actitudes y conductas posteriores (Beckwith et al., 2019; Humphreys y Lembke, 2014). Solo aquellos grupos con los que una persona se identifica fuertemente parecen influir su comportamiento, creencias y actitudes de manera que estén en consonancia con las normas, creencias y actitudes del grupo. Si la gente no se identifica con aquellos sujetos que se están intentando facilitar la recuperación, es poco probable que sigan sus consejos (Best et al., 2016; Haslam et al., 2018; Haslam et al., 2019).

Asimismo, distintos autores sostienen que la internalización de una norma dentro del grupo sirve como base para la autodefinición, y la posterior regulación de actitudes y conductas creando sentido de pertenencia y solidaridad (Tajfel & Turner, 1979; Haslam, et al., 2014; Yalom, 1995). Así, la interiorización de las características compartidas del grupo como parte del yo, y esta nueva categorización del yo típicamente implicará distanciarse de otros grupos consumidores, debido a su inconsistencia con las características del grupo de recuperación (Best et al., 2016; Cruwys, Dingle, et al. 2014; Frings & Albery, 2015; Kelly et al., 2010).

**Figura 3**  
Etapas de construcción de la identidad de recuperación



Elaboración propia

Las manifestaciones de contacto y afecto social dentro de grupos de personas con ideas afines, ayuda mutuamente a sobrellevar crisis o resolver problemas, proporciona la sensación de que uno significa algo para los demás, es valorado, aceptado y visto como individuo, ello, va madurando progresivamente del sentido de comunidad y es un ingrediente

frecuentemente empleado para la mejora de la salud mental (Bjørlykhaug et al., 2021; Haslam et al., 2019). Las cinco etapas se muestran en la figura 3.

Por lo general, el tiempo que se demanda de entrenamiento y participación en los tratamientos o atención continua a largo plazo hasta integrar las normas y valores del programa de rehabilitación al yo, lleva entre 1 y 5 años. Algunas propuestas enfatizan que basta con una participación mínima de dos años para que se abra la posibilidad de que se arraiguen nuevos hábitos y conductas de consolidación en el mantenimiento de una red social libre de consumo de sustancias, a pesar de que se haya producido o no una recaída. Sin embargo, otras investigaciones insisten en la importancia de recibir varias formas de apoyo externo durante los primeros cinco años de manera consecutiva para mejorar la probabilidad de que las personas mantengan su recuperación (Stanojlović & Davidson, 2021).

En el campo de las neurociencias también se confirma que un mayor tiempo de abstinencia ofrece un incremento de posibilidades de recuperación neurológica. La alteración de la percepción del tiempo motor en los dependientes de metanfetamina persiste durante al menos 3 meses después del cese de la ingesta de drogas. Mientras que, cuando la duración de la abstinencia alcanza aproximadamente los 16 meses, la función de temporización motora parcial se recupera a los niveles exhibidos casi normales de controles sanos (Zhang, Zhao et al., 2019). Otros estudios sobre los efectos de la abstinencia a largo plazo 12-594 días de la metanfetamina en el volumen de materia gris, encuentran que la duración de la abstinencia se asoció con aumentos en los volúmenes de las cortezas orbitofrontal, parietal y el hipocampo, regiones importantes para la función cognitiva, lo que puede afectar la recuperación durante el curso del tratamiento (Nie et al., 2021). También, en metaanálisis, la duración acumulada de realizar determinada actividad como una forma de práctica

intencional sostenida, explica una variación considerable del rendimiento entre un 29% y 61%, con un promedio de 66 días antes de que los hábitos se vuelvan automáticos oscilando entre rangos de 18 a 254 días (Arlinghaus & Johnston, 2019; Ericsson & Harwell, 2019).

Por último, se destaca que, aunque se produzca una mayor integración de capital de recuperación en la estructura de la personalidad de los exconsumidores de manera estable a lo largo del tiempo. La modificación enérgica del antiguo contexto social continúa siendo un requisito de peso en el mantenimiento sostenido de la recuperación (Best et al., 2016). Esto implica que las personas recuperadas se deben mantener absolutamente alejados de grupos de consumidores y situaciones de alto riesgo, que puedan conducirlos a futuras recaídas, sustituyendo estos antiguos espacios sociales por vínculos más estrechos con grupos orientados a la recuperación. Pero, además, también entraña un cambio determinante respecto a otros contextos sociales y actividades riesgosas predisponentes, que, si bien no están vinculadas directamente al consumo, si pudieran colocarlos en nuevas situaciones de vulnerabilidad ante las sustancias.

Es sabido que mantener amistades con personas que se dedican a actividades peligrosas como vender drogas, infringir la ley, implicarse en pandillas y ejercer la violencia aumentan el riesgo de retorno al consumo de sustancias (Ellis et al., 2004). Por consiguiente, no es solo aumentar el tamaño de la red social lo que es importante en la recuperación, sino más bien la calidad de las propias relaciones en si (McCrary, 2004). Las personas con redes compuestas por pares que participan en actividades de comportamientos negativos tienen tres veces y media más probabilidades de volver a uso de sustancias que aquellos que se involucran en redes con comportamientos positivos (Ellis et al., 2004).

## ***CAPÍTULO VI***

### ***Discusión y Conclusiones***

## Capítulo VI. Discusión y Conclusiones

El objetivo principal de esta tesis doctoral ha sido analizar los cambios psicológicos graduales en el periodo de tratamiento y prevención de recaídas de personas con trastorno por consumo de sustancias mediante la construcción de una identidad de recuperación. Para ello, se propuso un formato de tesis por agrupación de cuatro estudios que sigue un diseño metodológico multimétodo de diseño transformativo secuencial (DITRAS) con carácter derivativo (Hernández Sampieri & Mendoza, 2020).

Según el primer objetivo específico, la revisión sistemática para discriminar inicialmente desde la literatura, los predictores de tratamiento de mayor jerarquía en la prevención de recaída en el consumo de sustancias fue relevante. En los ocho estudios incluidos que denotaron mayor consistencia destacaron la importancia de la participación comprometida en grupos de autoayuda de acuerdo con Witbrodt et al. (2012, 2014), y la calidad de las actividades propuestas al interior de los programas de apoyo de pares como componentes claves para prevenir las recaídas durante la recuperación de las personas con trastorno por consumo de sustancias a largo plazo (Bassuk et al., 2016; Majer et al., 2011). A partir de los hallazgos obtenidos se reflejó que los esquemas de tratamiento basados en grupos de autoayuda y apoyo de pares representan recursos fomentados de manera intencional dentro de los contextos de rehabilitación, pues constituyen ingredientes activos claves en la prevención de recaídas y el camino hacia la recuperación (Fiorentine & Hillhouse, 2000; Kelly et al., 2020, Lookatch et al., 2019; Moos & Moos, 2006).

Diversos estudios han indicado que cada vez es mayor la preferencia por formatos de autoayuda en intervenciones psicosociales en mayor medida que solo la terapia cognitivo-

conductual; así como la terapia grupal con estrategias de entrevista motivacional y de corte existencialista (Coco et al., 2019). No obstante, los aportes teóricos y los hallazgos empíricos sugieren que los esquemas de tratamiento a largo plazo contribuyen en la construcción de una identidad de recuperación al reconocer procesos psicológicos motivacionales asociados a procesos psicosociales de apoyo social como predictores de tratamiento.

El segundo objetivo específico permitió la exploración cualitativa que precisó los elementos predictores de tratamiento asociados a la prevención de recaídas a partir de la experiencia de personas con trastorno por consumo de sustancias que han logrado mantener la abstinencia por más de un año. El impacto que tiene la interacción de factores psicosociales relacionados con el tratamiento en la interiorización de una identidad de recuperación a largo plazo, así como la lógica interna que sigue la maduración de este proceso desde la opinión de exconsumidores que llevan más de un año de abstinencia.

A partir de la información extraída mediante entrevistas semiestructuradas a nueve participantes se pudo establecer que, la percepción de las personas que se encontraban con más de un año en recuperación fue relevante en el mantenimiento de su abstinencia. La narrativa de los entrevistados permitió identificar la importancia de acudir de manera continuada y activa a los tratamientos para alcanzar una recuperación estable (Costello et al., 2019; Dennis et al., 2014; Dennis & Scoot, 2007; Lappan, 2020; Kelly et al., 2019; Kelly, 2020), la aceptación consciente del carácter crónico de la enfermedad (Caputo, 2019; Debaere et al., 2017; Hayes, 2010), la necesidad y búsqueda voluntaria de ayuda tras haber vivenciado experiencias críticas y acumulativas de sufrimiento asociadas a “tocar fondo” (Cunningham et al., 1994; Cunningham & col, 2005; Cunningham et al., 2007), la calidad del tratamiento para consolidar una rehabilitación fortuita (McPherson et al., 2018; Marsh,

2011; Martínez González et al., 2016; Sirvent et al., 2019), y el apoyo de los pares para el incremento de la autoeficacia y la motivación hacia el cambio (Bassuk et al., 2016; Borkman, 1999; López-Torrecillas et al. 2002; Reif et al., 2014).

Los hallazgos obtenidos facilitaron la comprensión inicial de la lógica interna en las etapas de cambio que maduran gradualmente a medida que se construye una nueva identidad de recuperación, así como el papel que desempeña cada factor terapéutico explorado dentro del periodo de tratamiento. Con la información recopilada quedó patentado que si bien, el móvil inicial que incita a los consumidores a buscar ayuda es escapar de las consecuencias adversas y estigmatizadas de un estilo de vida asociado al consumo de sustancias, el factor clave fue la expresión de la experiencia de haber tocado fondo (Hena Escobay & Figura Restrepo, 2013, Patton et al., 2022). Subsecuentemente, la accesibilidad a un posterior tratamiento de calidad es uno de los principales catalizadores y posteriores mecanismos potenciales para el cambio de identidad (De León, 2000; von Greiff & Skogens, 2014; Wangensteen & Hystad, 2022).

El acceso y la prestación de servicios desde el apoyo de pares representa un alto grado de probabilidades para que un individuo pueda llevar a cabo la transición de entre grupos consumidores a grupos orientados a la recuperación (Bathish et al., 2017; Bassuk et al., 2016; Cloud & Granfield 2008; Dingle et al., 2015; Eddie et al., 2019; Haslam et a., 2014; Stanojlović & Davidson, 2021) entendiéndose así la recuperación no como una experiencia “interna” sino como una condición desarrollada con otros (Brekke et al., 2017; Ness et al., 2014; Price-Robertson et al., 2017).

Elementos terapéuticos de aceptación, compromiso y empatía, así como apertura al aprendizaje se convierten en un recurso de apoyo social tan efectivo a largo plazo dentro de los grupos de autoayuda, que el establecimiento de esos lazos afectivos conduce a un aumento de la participación, sostiene la recuperación y apoya el bienestar durante el período crítico de transición al tratamiento, ya que constituye una piedra angular para reducir la angustia (Antonovsky, 1987; Neale et al., 2018).

La práctica de compartir en grupo se convierte en una herramienta terapéutica que favorece la conexión emocional, la autoconciencia reflexiva y autoexpresión entre los participantes estableciendo confianza y un sentido de cercanía íntima entre los compañeros del grupo (Yalom, 2020). En este sentido, personas que experimentan estrés en periodos de crisis, necesitan apoyo para desarrollar estrategias de lidiar con el contexto circundante, por lo que, la comprensión empática y construcción de significados compartidos mediante grupos de autoayuda y de pares, facilitan estos recursos (Antonovsky, 1987; Wenaas et al., 2021). De hecho, observar que otras personas luchan con los mismos problemas y se hallan buscando algo mejor, aumenta las percepciones de pertenencia, identificación, aceptación, reciprocidad y disminuye los sentimientos de soledad y aislamiento (Kurtz, 2015). Este aumento de los sentimientos de pertenencia hacia un grupo que se rige por normas y valores asociados a la recuperación que va cambiando progresivamente la antigua autodefinición de “adicto”, e inicia la construcción de una nueva versión narrativa de sí mismo, lo cual, trae implícita la regulación hacia nuevas actitudes y conductas (Best et al., 2016).

Ahora bien, aunque con los hallazgos obtenidos en este segundo estudio, se abrió paso para comprender cómo las personas inician, mantienen y consolidan el cambio de comportamiento adictivo, así como los factores que son más significativos a tener en cuenta

por parte de los profesionales para ayudar a los consumidores para lograr transformaciones internas de larga duración hasta personalizar dichos cambios de manera absoluta en la estructura de su personalidad. Al observar los elementos del tratamiento que ayudan en la interiorización de una identidad de recuperación a largo plazo, así como el mapeo de los cambios subjetivos graduales que se van gestando a lo largo de la trayectoria de la identidad de recuperación, la información obtenida proporciona una comprensión de sólo un corte determinado de la realidad.

El tercer objetivo específico se cumplió al determinar mediante un pilotaje con validación inicial un instrumento para identificar el tiempo prolongado de tratamiento y de atención continua durante la recuperación de los trastornos por consumo de sustancias. En congruencia con lo detectado a partir de las variables y categorías encontradas en la revisión sistemática (etapa 1) y la exploración cualitativa (etapa 2), este predictor fue uno de los de mayor potencia y consistencia para alcanzar la recuperación, además del predictor apoyo de pares y grupos de autoayuda ya discutido. Específicamente, se desarrolló un estudio instrumental para la construcción y validación inicial de un conjunto de factores que evaluaron el tiempo de tratamiento prolongado y atención continua. La ruta de validación siguió las normas de desarrollo y revisión de estudios instrumentales indicados por Pérez & Carretero-Dios (2005) y Lloret-Segura et al. (2014).

Otro argumento que justificó la elaboración de un estudio instrumental es que, en México, se observa escasez de instrumentos validados para monitorear el impacto de este predictor de tiempo prolongado de tratamiento y atención continua en la recuperación de dichos trastornos. A pesar de que la literatura documenta varios instrumentos validados en diferentes países para medir cuantificadamente el predictor de tiempo de recuperación. A

nivel nacional ninguno de estos instrumentos reporta evidencia empírica de adaptaciones o evaluaciones estandarizadas para examinar su pertenencia a esta población. Esta limitación reflejó la necesidad de construir un nuevo instrumento específico acorde a las características sociodemográficas de las personas que presentan trastorno por uso de sustancias en el país. En concreto, la escala construida reportó adecuadas propiedades psicométricas de fiabilidad y validez.

Como principales limitaciones de este tercer estudio se realizó el AFC con una misma muestra de datos, siendo esta una de las principales razones que más inducen a recomendar una nueva aplicación del instrumento en otras muestras diferentes procedentes de otros centros de rehabilitación. No obstante, si bien en numerosos estudios se menciona como normalmente inapropiado realizar procedimientos factoriales confirmatorios sobre los mismos datos sobre los que se determinó una estructura factorial inicial mediante análisis factoriales exploratorios (o al presente caso mediante ACP) por provocar un alto riesgo de sobreajuste (Fokkema & Greiff, 2017). En el caso de este tercer estudio se tomó en consideración el criterio de otros autores que consideran justificada la utilización de ambos análisis factoriales sobre una misma muestra, siempre existan requisitos que lo permitan, como la de comprender mejor el proceso de generación de datos y la estructura de factores (Fernández-Hernández et al., 2022; Schmitt et al., 2018).

La segunda limitación del estudio es la relacionada con la cantidad de participantes que recibieron la administración de la escala, cuando se trata de una validación con muestras pequeñas, solo son aceptables si la metodología contempla replicar la medición usando diferentes grupos, en donde el número de sujetos sea al menos el doble que el número de ítems, con un total no inferior a los 100 participantes por grupo que pudiera afectar la

estabilidad de los factores (Hair Junior, 2009; Kline, 1986, 1992; Stevens, 1992). Sin embargo, como contraparte a esta limitante, y en defensa de la estabilidad factorial reportada por el instrumento, se encuentran los hallazgos de Nagy et al. (2014); Barrett & Kline (1981) y Arrindell & van der Ende (1985) quienes sostienen que la diferencia de proporciones en cuanto a tamaño muestral pequeño comparado con una proporción muestral más grande realmente no afecta la estabilidad de los factores.

A esto debemos agregar que, según Hair et al., (1999) el tamaño muestral no depende solo del número de ítems sino también de la carga factorial entre los ítems y el factor o constructo; por ende, en el caso de este instrumento construido, las cargas factoriales obtenidas en el análisis de componentes principales respaldan la fiabilidad de los resultados hallados con este tamaño muestral, pues cuando las cargas se ubican en un intervalo de entre 0.55 a 0.75 (en este estudio en el ACP las cargas oscilaron de un rango de 0.59 a 0.87) el tamaño muestral aceptado puede oscilar entre 50 a 120 participantes (Roco Videla et al., 2021). No obstante, la conclusión de que la escala cuenta con adecuadas propiedades psicométricas debe ser tomada como parcial y momentánea recomendando su réplica con otra u otras muestras más numerosas.

Finalmente, en el cuarto objetivo específico se analizaron las fases de cambio que atraviesan las personas con trastorno por consumo de sustancias hasta llegar a interiorizar una identidad de recuperación, así como los procesos subjetivos que se van gestando a medida que se transita por cada una de esas fases. Se propuso elaborar una propuesta explicativa para desarrollar a futuro un modelo teórico que desde la psicología de la salud explique los cambios psicológicos que se activan en personas en vías de recuperación cuando

reciben la influencia de los predictores de tratamientos asociados a una mejor prevención de recaídas y construcción de una identidad de recuperación en cinco etapas.

En la propuesta, las etapas de construcción de una identidad de recuperación que proponemos son basadas en el modelo de DiClemente et al. (1991) establecidas en cinco: precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento. No obstante, aunque el eje central de este estudio son las premisas del modelo transteórico, también enriquecemos los argumentos presentados tomando como referentes elementos convergentes y explicativos de otras premisas teóricas, con vistas a elaborar una formulación integrativa (Ajzen & Fishbein, 1975; Best et al., 2016; Deci & Ryan, 1985; De León, 2000).

La primera etapa alude a las fuerzas motrices orientadoras al cambio que desplazan a la persona con trastorno por consumo de sustancias en estado de precontemplación hacia la búsqueda y/o aceptación de la ayuda terapéutica. Se analiza desde una perspectiva integrativa la influencia que tienen distintos factores microsistémicos (sociales, personales y familiares) en la maduración de procesos psicológicos multidimensionales cognitivos, afectivos, volitivos-motivacionales, conductuales e interaccionales. Elementos sociales y familiares, como estar bastante destrozados, viviendo en situaciones de extremo sufrimiento por periodos de tiempo prolongados durante años (Hena Escobay & Figura Restrepo, 2013, Patton et al., 2022), la actitud firme de la familia de rechazo ante el consumo (Hena Escobay & Figura Restrepo, 2013), así como un estigma marcado y la exclusión de una variedad de aspectos de la sociedad como el mercado laboral, y la vivienda son detonantes ambientales que maduran recursos afectivos de malestar emocional, cognitivos de concientización de las consecuencias de ese estado de vida y volitivos-motivacionales de aceptar o buscar la ayuda que se ofrece (Patton et al., 2022).

La segunda etapa nombrada “agentes sociales de orientación eficaz” destaca la calidad de las interacciones sociales entre cliente-proveedor como un elemento altamente significativo para alcanzar la progresión de la motivación hacia las fases subsiguientes de la recuperación (Marchand et al., 2019; Pettersen et al., 2019; Fiscella et al., 2004). La centralidad en la persona y la individualidad de los servicios ofrecidos surgen como piedras angulares de tratamiento y se destacan como principios rectores entre las directrices de tratamiento de SUD. Se destaca que los participantes aprecian que en los servicios se ofrezca una 'conexión personal', o que los vean como personas más allá de sus problemas de consumo de sustancias (Pettersen et al., 2019; Rance & Treloar, 2015). La sensación de que uno significa algo para los demás, es valorado, aceptado y visto como individuo maduro progresivamente del sentido de comunidad y es un ingrediente frecuentemente empleado para la mejora de la salud mental (Bjørlykhaug et al., 2021; Haslam et al., 2019).

Durante la tercera etapa continua la influencia integrada de factores de índole social asociados al contexto terapéutico, pero, comienzan a madurar de manera gradual y acelerada cambios subjetivos significativos. Tanto así, que los pacientes que logran salir de la fase crónica y estancada de la precontemplación duplican casi las posibilidades de que se tomen medidas efectivas en los próximos 6 meses (Johnson & Cook, 2013). Mientras, si les ayuda a progresar en las dos primeras etapas precontemplativas y contemplativas se triplican las posibilidades de que se preparen y tomen acción efectiva (Prochaska & Norcross, 2001). En esta etapa, la relación de confianza o alianza terapéutica temprana, satisfacción de necesidades, expresión emocional de abreacción o catarsis, el insight o el darse cuenta, el aprendizaje vicario, empoderamiento, esperanza y el optimismo son factores fundamentales que orientan hacia el cambio.

La cuarta fase hace referencia al balance decisional y accional que se toma una vez que se han evaluado si las ventajas y las desventajas de participar en el nuevo comportamiento no se consideran demasiado altas durante la etapa de preparación o deliberación (Hall & Rossi, 2008), la expectativa de resultados como una posibilidad anticipada de que con una acción por su parte se van a obtener los efectos deseados (Eccles & Wigfield, 2002), la autoeficacia y el control conductual percibido al valorar los resultados obtenidos, y, el establecimiento de sentidos subjetivos surgidos de la evaluación de resultados (Bandura, 1977)

Por último, en la quinta etapa se detalla cómo de la autoeficacia de la acción se transita a la autoeficiencia del mantenimiento de la recuperación, al tiempo que los cambios subjetivos que se han ido interiorizando pasan a integrarse en la estructura de la personalidad de las personas recuperadas en forma de capital de recuperación. Estos nuevos sentidos subjetivos identitarios construidos redefinen el autoconcepto y sentido de pertenencia de la persona recuperada, orientándolo a que establezca mayor compromiso con grupos de personas orientadas a la recuperación (Best et al., 2016). Durante esta etapa se menciona, que el tiempo prolongado necesario para alcanzar una recuperación estable es en promedio cinco años (Dennis et al., 2014). Además, se resalta la importancia de modificar radicalmente el contexto social anterior asociado al consumo de drogas, por un estilo de vida orientado al compromiso con comportamientos prosociales positivos para prevenir la recaída y mantener la recuperación.

## Conclusiones

Los cuatro estudios realizados han permitido identificar los principales predictores que dentro del periodo de tratamiento se asocian con una recuperación estable a largo plazo, tanto desde una mirada de teórica mediante una revisión sistemática de la literatura, como de hallazgos empíricos obtenidos mediante exploraciones cualitativas, así como con datos cuantitativos con instrumentos psicométricos. Particularmente en el tercer estudio realizado, se pudo explicar parcialmente y sobre la base de las mediciones estadísticas obtenidas, los cambios evolutivos por los que va atravesando un consumidor de sustancias a medida que atraviesa su proceso de recuperación, tomando en cuenta el tiempo de tratamiento.

A modo de conclusión, los hallazgos obtenidos tienen implicaciones tanto para investigaciones futuras como para la práctica clínica en el ámbito de las adicciones. En primer lugar, se aporta una revisión sistemática que refleja los principales predictores de tratamiento que constituyen ingredientes activos para la prevención de recaídas, en segundo lugar, se aporta un instrumento fiable y válido que permite evaluar de manera cuantificada el impacto del predictor tiempo prolongado de tratamiento y de atención continua en la recuperación de los trastornos por consumo de sustancias en población mexicana.

En tercer y último lugar, la integración de los cuatro estudios realizados desde una mirada de teórica mediante una revisión sistemática de la literatura, hallazgos empíricos obtenidos mediante exploraciones cualitativas, y datos cuantitativos de un instrumento psicométrico han permitido contribuir al conocimiento de una teorización que facilita entender la lógica interna que sigue la interiorización de la identidad de recuperación, los cambios subjetivos que maduran en cada una de sus etapas, así como algunos de los

principales predictores de tratamiento que inciden en esta construcción identitaria. Con el entendimiento de cada una de las etapas descritas se pueden elaborar programas más eficaces que cuenten con los predictores necesarios para ir evocando esos cambios gradualmente, ya que cada uno de ellos ejercerá un impacto significativo para consolidar las modificaciones que deben alcanzarse en cada fase del tratamiento antes de pasar a la siguiente.

La interiorización de una nueva identidad se manifiesta en aquellos exconsumidores que logran recuperarse a largo plazo, mediante la apropiación progresiva de enseñanzas del programa y el aprendizaje colaborativo con los demás compañeros, hasta convertirla en un aprendizaje “natural” de su repertorio, de su nuevo estilo de vida. En ellos, se manifiesta la maduración de conductas más coherentes y automotivadas desde el interior, y no tanto influenciados desde el exterior, así como del reemplazo de antiguos modos de pensamiento relacionados con la sustancia en condiciones de autoengaño, a las ideas de aceptación respecto a la abstinencia. Una menor dificultad para eliminar la disonancia, resistencia y el conflicto con una sólida convicción de que el tratamiento no era más que el inicio de la recuperación.

Entender las etapas que anteceden a esta última modificación, permitirá elaborar programas más eficaces que cuenten con los predictores necesarios para ir evocando esos cambios gradualmente, ya que cada uno de ellos ejercerá un impacto significativo para consolidar las modificaciones que deben alcanzarse en cada etapa del tratamiento antes de pasar a la siguiente.

## Referencias documentales

- Abdullah, M., Khan, M. I., Mumtaz, F., Shah, F., Ximenes, R. C., Nikoui, V., & Wahab, A. (2020). Risk factors associated with relapse of drug dependence after treatment and rehabilitation in areas under the influence of war on terror. *Advancements in Life Sciences*, 7(3), 117-121.
- Achtziger, A., & Gollwitzer, P.M. (2008). Motivation and volition in the course of action. In: J. Heckhausen & H. Heckhausen (Eds.). *Motivation and Action*. 272-295. Cambridge University Press.
- Afkar, A., Rezvani, S. M., & Sigaroudi, A. E. (2017). Measurement of factors influencing the relapse of addiction: a factor analysis. *International Journal High Risk Behaviors & Addiction*, 6(3), e32141. <https://doi.org/10.5812/ijhrba.32141>
- Ahmed, S., Abolmagd, S., Rakhawy, M., Erfan, S., & Mamdouh, R. (2010). Therapeutic factors in group psychotherapy: A study of Egyptian drug addicts. *Journal of Groups in Addiction & Recovery*, 5(3-4), 194-213.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational behavior and human decision processes*, 50(2), 179-211.
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1975). A Bayesian analysis of attribution processes. *Psychological bulletin*, 82(2), 261.
- Albiach, C.; Llinares, M.C.; Palau, C. y Santos, P. (2000). Adherencia en heroinómanos: la potencia predictiva de los estadios de cambio evaluados durante la admisión al tratamiento. *Adicciones*, 12(2), 225-234.
- Alcohólicos Anónimos. (1986). *Alcohólicos Anónimos: el texto básico de alcohólicos anónimos*. Medellín. Corporación Nacional de Servicios Generales AA.
- Alonso-Jiménez, L., Salmerón-Pérez, H., & Azcuy-Morales, A. B. (2008). La competencia cognoscitiva como configuración psicológica de la personalidad: algunas distinciones conceptuales. *Revista mexicana de investigación educativa*, 13(39), 1109-1137.
- Álvarez, J. M. (1986). Investigación cuantitativa/investigación cualitativa: ¿Una falsa disyuntiva? En T. D. Cooky Ch. S. Reichardt, *Métodos cualitativos y cuantitativos en investigación evaluativa* (p. 9-23), Madrid: Ediciones Morata
- Álvarez-López, Á. M., Carmona-Valencia, N. J., Pérez-Rendón, Á. L., & Jaramillo-Roa (2020). Factores psicosociales asociados al consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes de Pereira, Colombia. *Universidad y Salud*, 22(3), 213-222. Recuperado de: <https://doi.org/10.22267/rus.202203.193>
- Amador, X. F., & Seckinger, R. A. (1997). The assessment of insight: A methodological review. *Psychiatric Annals*, 27(12), 798-805.
- Andersson, H.W., Otterholt, E., & Gråwe, RW. (2017). Patient satisfaction with treatments and outcomes in residential addiction institutions. *Nordisk Alkohol Nark* 34(5), 375-384. doi:10.1177/1455072517718456.
- Anglin, M. D., Hser, Y. I., Grella, C. E., Longshore, D., & Prendergast, M. L. (2001). Drug treatment careers: Conceptual overview and clinical, research, and policy applications. *Relapse and recovery in addictions*, 12, 18-39.
- Annis, H. M. (1986). A relapse prevention model for treatment of alcoholics. In W. R. Miller & N. Heather (Eds.), *Treating addictive behaviors: Processes of change*. 407-421. Plenum Press.

- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the Mystery of Health*. Jossey-Bass. 175.
- Ardila, R. (1993). *Síntesis experimental del comportamiento*. Bogotá, Colombia: Editorial Planeta.
- Ardila, R. (2006). The experimental synthesis of behaviour. *International Journal of Psychology*, 41, 462-467.
- Ardila, R. (2007). The nature of psychology: The great dilemmas. *American Psychologist*, 62, 906-912
- Ardila, R. (2010). La Unidad de la Psicología. El Paradigma de la Síntesis Experimental del Comportamiento. *Rev Mex Invest Psic*;2(2):72-83.
- Argibay, J. C. (2006). Técnicas psicométricas. Cuestiones de validez y confiabilidad. *Subjetividad y procesos cognitivos*,15-33.
- Arlinghaus, K. R., & Johnston, C. A. (2019). The importance of creating habits and routine. *American journal of lifestyle medicine*, 13(2), 142-144
- Armijo-Olivo, S., Stiles, C. R., Hagen, N. A., Biondo, P. D., & Cummings, G. G. (2012). Assessment of study quality for systematic reviews: A comparison of the Cochrane collaboration risk of bias tool and the effective public health practice project quality assessment tool: Methodological research. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 18 (1), 12–18. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2010.01516>
- Armitage, C. J., y Conner, M. (2001). Efficacy of the theory of planned behaviour: a meta-analytic review. *Br. J. Soc. Psychol.* 40, 471–499.
- Arrindell, W. A., & van der Ende, J. (1985). An empirical test of the utility of the observations-to-variables ratio in factor and component analysis. *Applied Psychological Measurement*, 9(2), 165–178
- Arria A. M., & McLellan A. T. (2012). *Evolution of concept, but not action, in addiction treatment*. *Subst Use Misuse* 47. 1041–8.
- Ashford, R. D., Brown, A., Brown, T., Callis, J., Cleveland, H., Eisenhart, E., Groover, H., Hayes, N., Johnston, T., Kimball, T., Manteuffel, B., McDaniel, J., Montgomery, L., Phillips, S., Polacek, M., Statman, M., & Whitney, J. (2019). Defining and operationalizing the phenomena of recovery: A working definition from the recovery science research collaborative. *Addiction Research & Theory*, 27(3), 179–188. <https://doi.org/10.1080/16066359.2018.1515352>
- Atadokht, A., Hajloo, N., Karimi, M., & Narimani, M. (2015). The role of family expressed emotion and perceived social support in predicting addiction relapse. *International Journal of High-Risk Behaviors & Addiction*, 4(1), ee21250. doi: [10.5812/ijhrba.21250](https://doi.org/10.5812/ijhrba.21250)
- Ato, M., López, J.J., & Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de Psicología*, 29(3), 1038-1059. doi: [10.6018/analesps.29.3.178511](https://doi.org/10.6018/analesps.29.3.178511)
- Ausubel, D., Novak, J. y Hanesian, H. (1997). *Psicología educativa. Un punto de vista cognitivo*. Trillas,
- Azoulay, B., & Orkibi, H. (2015). The four-phase CBN psychodrama model: a manualized approach for practice and research. *Arts Psychother* 42, 10-18. doi: [10.1016/j.aip.2014.12.012](https://doi.org/10.1016/j.aip.2014.12.012)
- Bahl, N. K. H., Nafstad, H. E., Blakar, R. M., Landheim, A. S., & Brodahl, M. (2019). Multiple senses of community and recovery processes. A pilot study for a national evaluation of the experiences of persons with substance use problems receiving help and services from Norwegian municipalities. *Journal of Community Psychology*. 7,

- 1399–1418. doi:10.1002/jcop.22194
- Bakhurst, D. (1992). La memoria social en el pensamiento soviético. En D. Middleton y D. Edwards (Comp.), *Memoria compartida. La naturaleza social del recuerdo y el olvido* (pp. 221-243). Barcelona: Paidós.
- Ball, J. C., & Ross, A. (1991). *The effectiveness of methadone maintenance treatment: Patients, programs, services, and outcome*. Springer-Verlag Publishing. <https://doi.org/10.1007/978-1-4613-9089-3>
- Baltieri, D. A., & Andrade, A. G. D. (2003). Efficacy of acamprosate in the treatment of alcohol-dependent outpatients. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 25, 156-159.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action*. Prentice Hall.
- Bandura, A. (1989). Human agency in social cognitive theory. *American Psychologist*, 44, 1175-1184.
- Bandura, A. (1997). *Self-Efficacy: The Exercise of Control*. Freeman and Company.
- Bandura, A. (2001). Social cognitive theory: An agentic perspective. *Annual Review of Psychology*, 52, 1-26.
- Baquero, R. (1996). *Vigotsky y el aprendizaje escolar*. Buenos Aires: Aique
- Bardín, L. (1986). *Análisis de contenido*. Akal.
- Barkham, M., Connell, J., Stiles, W. B., Miles, J. N., Margison, F., Evans, C., & Mellor-Clark, J. (2006). Dose-effect relations and responsive regulation of treatment duration: the good enough level. *Journal of consulting and clinical psychology*, 74(1), 160-7. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.74.1.160>
- Barnett, G., Boduszek, D., & Willmott, D. (2021). What works to change identity? A rapid evidence assessment of interventions. *Journal of Applied Social Psychology*, 51(7), 698–719. doi:10.1111/jasp.12776
- Barrett, P. T., & Kline, P. (1981). The observation to variable ratio in factor analysis. *Personality Study and Group Behavior*, 1, 23–33
- Bassuk, E. L., Hanson, J., Greene, R. N., Richard, M., & Laudet, A. (2016). Peer-delivered recovery support services for addictions in the United States: A systematic review. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 63, 1-9. doi: 10.1016/j.jsat.2016.01.003
- Bathish, R., Best, D., Savic, M., Beckwith, M., Mackenzie, J., & Lubman, D. I. (2017). “Is it me or should my friends take the credit?” The role of social networks and social identity in recovery from addiction. *Journal of Applied Social Psychology*, 47(1), 35–46. doi:10.1111/jasp.12420
- Batista-Foguet, J.M., Coenders, G. & Alonso, J. (2004). Análisis factorial confirmatorio. Su utilidad en la validación de cuestionarios relacionados con la salud. *Medicina Clínica*, 122, 21-27.
- Batthyány, K. y Cabrera, M. (2011). *Metodología de la investigación en Ciencias Sociales. Apuntes para un curso inicial*. Universidad de la República (Uruguay).
- Baumeister, R. & Leary, M. (1995). La Necesidad de Pertenecer: Deseo de Vínculos Interpersonales como Motivación Humana Fundamental. *PubMed Boletín Psicológico* 117(3):497-529.
- Beard, J. D. (1998), Clinical and experimental research on alcoholism. A brief review. *Alcoholism. Clinical and Experimental Research*, 22(9), 1874-1892.
- Beck, A. T., Baruch, E., Balter, J. M., Steer, R. A., Warman, D. M., Scale, I., ... & Subotnik, K. L. (2004). Gender and procreation among patients with schizophrenia, 387.

- Schizophrenia Research*, 68, 401-403.
- Beckwith, M., Best, D., Savic, M., Haslam, C., Bathish, R., Dingle, G., Mackenzie, J., Staiger, P., & Lubman, D. (2019). Social identity mapping in addiction recovery (SIM-AR): Extension and application of a visual method. *Addiction Research and Theory* 27(6), 462–471. [doi.org/10.1080/16066359.2018.1544623](https://doi.org/10.1080/16066359.2018.1544623)
- Becoña, E., Cortes, M. T., Pedrero-Pérez, E., Fernández Hermida, J. R., Casete Fernández, L., Bermejo González, M.P....Tomás Gradolí, V. (2008). *Clinical guide of psychological intervention in addictions*. Socidrogalcohol.
- Bell, D. C. (1994). Connection in Therapeutic Communities. *International Journal of the Addictions*, 29, 525-543.
- Bellaert, L., Van Steenberghe, T., De Maeyer, J., Vander Laenen, F., & Vanderplassen, W. (2022). Turning points toward drug addiction recovery: Contextualizing underlying dynamics of change. *Addiction Research & Theory*, 30(4), 294-303.
- Berndt, N. C., Hayes, A. F., Verboon, P., Lechner, L., Bolman, C. & De Vries, H. (2013). Self-efficacy mediates the impact of craving on smoking abstinence in low to moderately anxious patients: results of a moderated mediation approach. *Psychology of Addictive Behaviors*, 7(1), 113-24. doi: 10.1037/a0028737
- Bess, B., Janus, S., & Rifkin, A., (1972). Factors in successful narcotics renunciation. *American Journal of Psychiatry*, 128(7), 861-5. doi: 10.1176/ajp.128.7.861.
- Best, D., Beckwith, M., Haslam, C., Alexander Haslam, S., Jetten, J., Mawson, E., & Lubman, D. I. (2016). Overcoming alcohol and other drug addiction as a process of social identity transition: The social identity model of recovery (SIMOR). *Addiction Research & Theory*, 24(2), 111-123.
- Best, D., Ghufuran, S., Day, E., Ray, R., & Loring, J. (2008) Breaking the habit: A retrospective analysis of desistance factors among formerly problematic heroin users. *Drug and Alcohol Review*, 27, 619–624.
- Best, D., Honor, S., Karpusheff, J., Loudon, L., Hall, R., Groshkova, T., & White, W. (2012). Well-being and recovery functioning among substance users engaged in post-treatment recovery support groups. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 30(4), 397-406
- Best, D., Sondhi, A., Brown, L., Nisic, M., Nagelhout, G. E., Martinelli, T., van de Mheen, D. & Vanderplassen, W. (2021). The Strengths and Barriers Recovery Scale (SABRS): Relationships matter in building strengths and overcoming barriers. *Frontiers in Psychology*, 12, 663447.
- Best, D., & Savic, M. (2015). *The Australian Life in Recovery Survey, in Series The Australian Life in Recovery Survey*. Turning Point, Victoria
- Biernacki, P., (1986). *Pathways From Heroin Addiction: Recovery Without Treatment*. Temple University Press.
- Bischof, G., Bischof, A., & Rumpf, H. J. (2021). Motivational interviewing: an evidence-based approach for use in medical practice. *Deutsches Ärzteblatt International*, 118(7), 109.
- Bjørlykhaug, K. I., Karlsson, B. E., Kim, H. S. & Kleppe, L. C. (2021). *Social support and recovery from mental health problems: A scoping review*. Nordic Social Work Research. Advance online publication. <https://doi.org/10.1080/2156857X.2020.1868553>
- Bjornestad, J., McKay, J.R., Berg, H., Moltu, C., & Nesva, S. (2020). How often are outcomes other than change in substance use measured? A systematic review of outcome measures in contemporary randomised controlled trials. *Drug Alcohol Rev.*

- 39(4), 394–414. <https://doi.org/10.1111/dar.13051>.
- Bjornestad, J., Svendsen, T. S., Slyngstad, T. E., Erga, A. H., McKay, J. R., Nesvåg, S., Waagan, A., Veseth, M., & Moltu, C. (2019). “A Life More Ordinary” Processes of 5-Year Recovery From Substance Abuse. Experiences of 30 Recovered Service Users. *Frontiers in Psychiatry*, 10. doi:10.3389/fpsyt.2019.00689
- Blanco, P., López, B., & Sirvent, C. (2007). Psicopatología del autoengaño en adictos. *8o Congreso Virtual de Psiquiatría*. Interpsiquis.
- Blodgett, J. C., Maisel, N. C., Fuh, I. L., Wilbourne, P. L., & Finney, J. W. (2014). How effective is continuing care for substance use disorders? A meta-analytic review. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 46(2), 87-97. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2013.08.022>
- Bobes, J., Bascarán, M. T. Bobes-Bascarán, M. T., Carballo, J. L., Díaz Mesa, E. Ma. Flórez, G., ... Sáiz, P. A. (2007). *Assessment of the Severity of Addiction: application to clinical management and treatment monitoring*. Socidrogalcohol. <http://www.fundacioncsz.org/ArchivosPublicaciones/214pdf>
- Boisvert, R. A., Martin, L. M., Grosek, M., & Clarie, A. J. (2008). Effectiveness of a peer-support community in addiction recovery: participation as intervention. *Occupational Therapy International*, 15(4), 205-220.
- Borkman, T. (1999). *Understanding self-help/mutual aid: Experiential learning in the commons*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- Bourke, E., Magill, M., & Apodaca, T. R. (2016). The In-Session and Long-Term Role of a Significant Other in Motivational Enhancement Therapy for Alcohol Use Disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 64, 35-43
- Brekke, E., Lien, L. & Biong, S. (2017). Experiences of professional helping relations by persons with co-occurring mental health and substance use disorders. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 16(1), 53–65. <https://doi.org/10.1007/s11469-017-9780-9>
- Brill, L. (1972). *The de-addiction process: Studies in the de-addiction of confirmed heroin addicts*. Charles C Thomas. Spring@eld, IL
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*. Harvard University Press.
- Broome, K. M., Joe, G. W., & Simpson, D. D. (2001). Engagement models for adolescents in DATOS-A. *Journal of Adolescent Research*, 16(6), 608–623. doi:10.1177/0743558401166005
- Bruner, J. (1990). *El habla del niño. Cognición y desarrollo humano 3*. Barcelona: Paidós
- Bruner, J. (1991). *Actos de significado. Más allá de la revolución cognitiva*. Ed. Alianza. Madrid.
- Bryman, A. (2004). *Social Research Methods*. Oxford: Oxford University Press
- Buckingham, S. A., & Best, D. (Eds.). (2017). *Addiction, behavioral change and social identity: The path to resilience and recovery*. Routledge/Taylor & Francis Group.
- Buckingham, S.A., Frings, D., & Albery, I.P. (2013). Group membership and social identity in addiction recovery. *Psychol. Addict. Behav.* 27 (4), 1132–1140. <https://doi.org/10.1037/a0032480>
- Burns, B. (2016). *Caring for colleagues through debriefing Kai Tiaki*. *Nursing New Zealand*, 22(8), 12–14
- Byrt, T. (1996) How good is that agreement? *Epidemiology*, 7(5), 561-9. <https://doi.org/10.1097/00001648-199609000-00030>

- Calabria, B., Degenhardt, L., Briegleb, C., Vos, T., Hall, W., Lynskey, M., ... & McLaren, J. (2010). Systematic review of prospective studies investigating “remission” from amphetamine, cannabis, cocaine or opioid dependence. *Addictive Behaviors*, 35(8), 741-749.
- Caldwell, A.E., Masters, K.S., Peters, J.C., Bryan, A.D., Grigsby, J., Hooker, S.A., Wyatt, H.R., & Hill, J.O. (2018). Harnessing centred identity transformation to reduce executive function burden for maintenance of health behaviour change: the Maintain IT model. *Health Psychol Rev.* 12(3), 231-253. doi:10.1080/17437199.2018.1437551.
- Callaghan, R. C., Hathaway, A., Cunningham, J. A., Vettese, L. C., Wyatt, S., & Taylor, L. (2005). Does stage-of change predict dropout in a culturally diverse sample of adolescents admitted to inpatient substance-abuse treatment? A test of the Transtheoretical Model. *Addictive Behaviors*, 30(9), 1834–1847. doi: 10.1016/j.addbeh.2005.07.015
- Caputo, A. (2019). Deceptive dynamics in drug addiction and their role in control beliefs and health status reporting: a study on people with substance use disorder in treatment. *Journal of Drug Issues*, 49(4), 575-592. <https://doi.org/10.1177/0022042619853299>
- Castorina, J.A.; Ferreiro, E.; Kohl De Oliveira, M. y Lerner, D. (1996) *Piaget-Vigotsky: Contribuciones para replantear el debate*. Buenos Aires: Paidós.
- Centers for Disease Control and Prevention [CDC] (2023). *National Vital Statistics System. Drug Overdose Deaths*. <https://www.hhs.gov/overdose-prevention/>
- Centros de Integración Juvenil [CIJ]. (2010). *Prevención de recaídas. Centros de Integración Juvenil Dirección de Tratamiento y Rehabilitación. Manual de aplicación*. <http://www.intranet.cij.gob.mx/Archivos/Pdf/MaterialDidacticoTratamiento/ManualPrevRecaidas.pdf>
- Centros de Integración Juvenil [CIJ]. (2018). *Diagnóstico del consumo de drogas en el área de influencia del CIJ Ciudad Juárez Norte*. <http://www.cij.gob.mx/ebco2018-2024/9712/9712CD.html>
- Cerny, B. A., & Kaiser, H. F. (1977). A study of a measure of sampling adequacy for factor-analytic correlation matrices. *Multivariate behavioral research*, 12(1), 43-47.
- Chang-Wells G. y Wells, G. (1993). Dynamics of discourse: Literacy and the construction of knowledge. En: E. A. Forman, N. Minick, y C. A. Stone (Eds.), *Contexts for learning. Sociocultural dynamics in children's development* (pp. 58- 90). New York: Oxford University Press.
- Chávez Baray, S. et al. (2023). ROTMENAS, un modelo para abordar las desigualdades en salud mental entre las poblaciones desatendidas en la frontera entre México y EE.UU. *Revista Ehquidad* 19. <https://revistas.proeditio.com/ehquidad/article/view/4916>
- Chen, G. (2008). The meaning of suffering in drug addiction and recovery from the perspective of existentialism, Buddhism and the 12-step program. *J. Psychoact. Drugs*, 42, 363–375
- Chen, G. (2019). The role of self-compassion in recovery from substance use disorders. *OBM Integrative and Complementary Medicine*, 4(2), 1-14. DOI: 10.21926/obm.icm.1902026
- Chie, Q. T., Tam, C. L., Bonn, G., Dang, H. M., & Khairuddin, R. (2016). Substance Abuse, Relapse, and Treatment Program Evaluation in Malaysia: Perspective of Rehab Patients and Staff Using the Mixed Method Approach. *Frontiers in Psychiatry*, 7, 90. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2016.00090>
- Chudnovsky, V. E. (1976). O izushenii po etapam formirovniya lishnosti schkolnika.

- Voprocj Psykjologii. *Cuestiones de psicología*, 4, 48- 55.
- Clark, L.A. & Watson, D. (2003). Constructing validity: Basic issues in objective scale development. En A.E. Kazdin (Ed.), *Methodological issues & strategies in clinical research (3ª ed.)* (pp. 207-231). Washington: APA.
- Cloud, W., & Granfield, R. (2008). Conceptualizing recovery capital: Expansion of a theoretical construct. *Substance use & misuse*, 43(12-13), 1971-1986.
- Coco, G. L., Melchiori, F., Oieni, V., Infurna, M. R., Strauss, B., Schwartze, D., Rosendahl, J., & Gullo, S. (2019). Group treatment for substance use disorder in adults: A systematic review and meta-analysis of randomized-controlled trials. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 99, 104-116. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2019.01.016>
- Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas [CICAD] (2019). *Informe sobre el consumo de drogas en Las Américas 2019*. Secretaría de Seguridad Multidimensional. Organización de los Estados Americanos. <http://www.cicad.oas.org/oid/pubs/Informe%20sobre%20el%20consumo%20de%20drogas%20en%20las%20Am%C3%A9ricas%202019.pdf>
- Comisión Nacional contra las Adicciones [CONADIC]. (2017). *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco ENCODAT 2016-2017*. Gobierno de México. <https://www.gob.mx/salud%7Cconadic/acciones-y-programas/encuesta-nacional-de-consumo-de-drogas-alcohol-y-tabaco-encodat-2016-2017-136758>
- Comrey, A.L. (1988). Factor-analytic methods of scale development in personality and clinical psychology. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 754-761
- Connolly, M., & Strupp, H. (1996). Cluster analysis of patient reported psychotherapy outcomes. *Psychotherapy Research*, 6(1), 30-42.
- Cook, T. D. y Reichardt, Ch. S. (1986). *Métodos cualitativos y cuantitativos en investigación evaluativa*. Madrid: Ediciones Morata.
- Copeland, L., McNamara, R., Kelson, M., & Simpson, S. (2015). Mechanisms of change within motivational interviewing in relation to health behaviors outcomes: a systematic review. *Patient education and counseling*, 98(4), 401-411.
- Cornelius, J. R., Maisto, S. A., Pollock, N. K., Martin, C. S., Salloum, I. M., Lynch, K. G., & Clark, D. B. (2003). Rapid relapse generally follows treatment for substance use disorders among adolescents. *Addictive behaviors*, 28(2), 381-386.
- Cornejo, J.P., Barros, P., y Miranda, J.P. (2015). Enfoque psicoterapéutico integrativo multidimensional e intervenciones mente-cuerpo en el manejo del dolor crónico: un paso más allá de la terapia cognitivo-conductual. *Revista El Dolor* 63.
- Corsi, J., & Mucci, M. (2005). *Psicoterapia integrativa multidimensional*. Paidós.
- Cortina, J.M. (1993). What is coefficient alpha? An examination of theory and applications. *Journal of Applied Psychology*, 78, 98-104
- Costello, M. J., Li, Y., Remers, S., MacKillop, J., Sousa, S., Ropp, C., Roth, D., Weiss, M., & Rush, B. (2019). Effects of 12-step mutual support and professional outpatient services on short-term substance use outcomes among adults who received inpatient treatment. *Addictive Behaviors*, 98, 106055. doi: 10.1016/j.addbeh.2019.106055
- Côté, J.E. (2002). The role of identity capital in the transition to adulthood: The individualization thesis examined. *Journal of Youth Studies*. 5(2), 117–134. doi: [10.1080/13676260220134403](https://doi.org/10.1080/13676260220134403)
- Crits-Christoph, P., Johnson, J. E., Connolly Gibbons, M. B., & Gallop, R. (2013). Process predictors of the outcome of group drug counseling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81 (1), 23–34. <https://doi.org/10.1037/a0030101>

- Cruwys, T., Dingle, G., Hornsey, M., Jetten, J., Oei, T., & Walter, T. (2014). Social isolation schema responds to positive social experiences: Longitudinal evidence from vulnerable populations. *British Journal of Clinical Psychology*, 53, 265–280.
- Cruwys, T., Haslam, S.A., Dingle, G.A., Haslam, C., & Jetten, J. (2014). Depression and social identity: An integrative review. *Personality and Social Psychology Review*, 18, 215–238
- Csikszentmihalyi, M. y Rathunde, K. (1993). La medición del flujo en la vida cotidiana: Hacia una teoría de la motivación emergente. En JE Jacobs (Ed.), *Simposio de Nebraska sobre Motivación, 1992: Perspectivas de desarrollo sobre la motivación* 57–97. Prensa de la Universidad de Nebraska.
- Cunningham, J. A. (1999). Untreated remissions from drug use: the predominant pathway. *Addictive Behaviors*, 24(2), 267-270.
- Cunningham, J. A., Blomqvist, J., & Cordingley, J. (2007). Beliefs about drinking problems: Results from a general population telephone survey. *Addictive Behaviors*, 32(1), 166-169.
- Cunningham, J. A., Blomqvist, J., Koski-Jännes, A., & Cordingley, J. (2005). Current heavy drinkers' reasons for considering change: Results from a natural history general population survey. *Addictive behaviors*, 30(3), 581-584.
- Cunningham, J. A., Sobell, L. C., Sobell, M. B., & Gaskin, J. (1994). Alcohol and drug abusers' reasons for seeking treatment. *Addictive Behaviors*, 19(6), 691-696.
- Da Silva, C.J. & Serra, A.M. (2004). Cognitive and Cognitive-Behavioral Therapy for substance abuse disorders. *Braz. J. Psychiatry* 26(1). <https://doi.org/10.1590/S1516-44462004000500009>
- Daley, D. & Douaihy, A. (2015). *Relapse Prevention Counseling: Clinical Strategies to Guide Addiction Recovery and Reduce Relapse*. HMS.
- Dahlberg, H., & Dahlberg, K. (2019). The question of meaning—A momentous issue for qualitative research. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 14(1), 1598723.
- De Andrade, D., Elphinston, R.A., Quinn, C., Allan, J., & Hides, L (2019). The effectiveness of residential treatment services for individuals with substance use disorders: A systematic review. *Drug Alcohol Depend*. Doi: 10.1016/j.drugalcdep.
- De León, G. (2000). *The therapeutic community: Theory, model and method*. Springer Publishing Company.
- De León, J., & Earleywine, M. (2013). Life, drugs, and the making of meaning. *The Experience of Meaning in Life: Classical Perspectives, Emerging Themes, and Controversies*, 393-403. Doi:10.1007/978-94-007-6527-6\_29
- Debaere, V., Verhaeghe, P. and Vanheule, S. (2017), "Identity change in a drug-free Therapeutic Community: a Lacanian interpretation of former residents' perspectives on treatment process and outcome", *Therapeutic Communities: The International Journal of Therapeutic Communities*, 38 (3), 147-155. doi:10.1108/TC-01-2017-0004
- Decharms, R. (1968). Personal Causation. The internal effective determinants of behavior. New York: Academic Press.
- Deci, E. L. & Ryan, R. M. (2017). Self-determination theory. Basic psychological needs in motivation, development, and wellness. stages of change. *Journal of consulting and clinical psychology*, 59(2), 295.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). Intrinsic and extrinsic motivations: Classic definitions

- and new directions. *Contemporary educational psychology*, 25(1), 54-66.
- Degenhardt, L., Peacock, A., Colledge, S., Leung, J., Grebely, J., Vickerman, P., Stone, J., Cunningham, E. B., Trickey, A., Dumchev, K., Lynskey, M., Griffiths, P., Mattick, R. P., Hickman, M., & Larney, S. (2017). Global prevalence of injecting drug use and sociodemographic characteristics and prevalence of HIV, HBV, and HCV in people who inject drugs: a multistage systematic review. *The Lancet Global Health*, 5(12), e1192–e1207. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(17\)30375-3](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30375-3)
- Dennis, M. L., Foss, M. A., & Scott, C. K. (2007). An eight-year perspective on the relationship between the duration of abstinence and other aspects of recovery. *Evaluation review*, 31(6), 585-612.
- Dennis, M., & Scott, C. K. (2007). Managing addiction as a chronic condition. *Addiction science & clinical practice*, 4(1), 45.
- DiClemente, C. C., Bellino, L. E., & Neavins, T. M. (1999). Motivation for change and alcoholism treatment. *Alcohol Research & Health*, 23(2),86-92. <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/arh23-2/086-92.pdf>.
- DiClemente, C.C., Prochaska, J.O., Fairhurst, S.K., Velicer, W.F., Velasquez, M.M. y Rossi, J.S. (1991): The process of smoking cessation: An analysis of precontemplation, contemplation, and preparation stages of change, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 295-304.
- Dillon, P. J., Kedia, S. K., Isehunwa, O. O., & Sharma, M. (2020). Motivations for Treatment Engagement in a Residential Substance Use Disorder Treatment Program: A Qualitative Study. *Substance Abuse: Research and Treatment*, 14, 117822182094068. doi:10.1177/1178221820940682
- Dingle, G. A., Cruwys, T., & Frings, D. (2015). Social identities as pathways into and out of addiction. *Frontiers in psychology*, 6, 1795.
- Dingle, G. A., Haslam, C., Best, D., Chan, G., Staiger, P. K., Savic, M., Beckwith, M., Mackenzie, J., Bathish, R., & Lubman, D. I. (2019). Social identity differentiation predicts commitment to sobriety and wellbeing in residents of therapeutic communities. *Social Science & Medicine*, 237, 112459. doi:10.1016/j.socscimed.2019.1124
- DiStefano, C., Liu, J., Jiang, N. & Shi, D. (2018). Examination of the weighted root mean square residual: Evidence for trustworthiness? *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 25(3), 453–466. <http://dx.doi.org/10.1080/10705511.2017.1390394>
- Domínguez, G. L. (2006). *Psicología del Desarrollo. Problemas, principios y categorías*. Universidad de La Habana.
- Donovan, D. M. (1996). Marlatt s classification of lapse precipitants: is the Emperor still wearing clothes? *Addiction*, 91 (suplemento), 131-138.
- Eccles, J. S., & Wigfield, A. (2002). Motivational beliefs, values, and goals. *Annual review of psychology*, 53(1), 109-132.
- El Economista (2023). *DEA alerta de aumento de tráfico de fentanilo con droga zombi en EU*. <https://www.eleconomista.com.mx/internacionales/DEA-alerta-de-aumento-de-trafico-de-fentanilo-con-droga-zombi-en-EU-20230320-0063.html>
- El-Guebaly, N. (2012). The meanings of recovery from addiction: Evolution and promises. *Journal of addiction medicine*, 6(1), 1-9.
- Ellis, B., Bernichon, T., Yu, P., Roberts, T., & Herrell, J. M.(2004). Effect of social support on substance abuserelapse in a residential treatment setting for women. *Evaluation*

- and Program Planning*, 27(2), 213–221. doi:10.1016/j.evalprogplan.2004.01.011
- Ericsson, K. A., & Harwell, K. W. (2019). Deliberate practice and proposed limits on the effects of practice on the acquisition of expert performance: Why the original definition matters and recommendations for future research. *Frontiers in psychology*, 10, 2396.
- Escobar-Pérez, J. y Cuervo-Martínez, Á. (2008). Validez de contenido y juicio de expertos: una aproximación a su utilización. *Avances en medición*, 6(1), 27-36
- Espínola, I. D. R. S., & Pintado, O. L. (2014). Conceptos básicos de psicoterapia Gestalt. *Eureka (Asunción, En línea)*.
- Etheridge, R. M., Craddock, S. G., Hubbard, R. L., & Rounds-Bryant, J. L. (1999). The relationship of counseling and self-help participation to patient outcomes in DATA. *Drug and Alcohol Dependence*, 57(2), 99–12. [https://doi.org/10.1016/s0376-8716\(99\)00087](https://doi.org/10.1016/s0376-8716(99)00087)
- Faces & Voices of Recovery (Ed.). (2010). *Addiction recovery peer service roles: Recovery management in health reform*. Washington, DC: Faces and Voices of Recovery.
- Faces & Voices of Recovery (2001). *The Road to Recovery: A Landmark National Study on the Public Perceptions of Alcoholism and Barriers to Treatment*. San Francisco, CA: Peter D. Hart Research Associates, Inc./The Recovery Institute.
- Fernández-Hernández, J. L., Herranz-Hernández, P., & Segovia-Torres, L. (2022). Validación cruzada sobre una misma muestra: una práctica sin fundamento. *REMA Revista electrónica de metodología aplicada*, 24(1), 38-40.
- Fernández-Hermida, J.R., Secades-Villa, R., Fernández-Ludena, J.J., & Marina-Gonzalez, P.A. (2002). Effectiveness of a therapeutic community treatment in Spain: A long-term follow-up study. *European Addiction Research* 8(1), 22-9.
- Finn, L. D., Bishop, B. J., & Sparrow, N. (2009). Capturing dynamic processes of change in GROW mutual help groups for mental health. *American Journal of Community Psychology*, 44, 302–315. <https://doi.org/10.1007/s10464-009-9265-5>
- Finney, J. W., Hahn, A. C., & Moos, R. H. (1996). The effectiveness of inpatient and outpatient treatment for alcohol abuse: The need to focus on mediators and moderators of setting effects. *Addiction*, 91(12), 1773–1796. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1996.tb03801.x>
- Fiorentine, R., & Hillhouse, M. P. (2000). Drug treatment and 12-step program participation: The additive effects of integrated recovery activities. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 18(1), 65–74, [https://doi.org/10.1016/s0740-5472\(99\)00020-3](https://doi.org/10.1016/s0740-5472(99)00020-3)
- Fiscella K, Meldrum S, Franks P, et al. (2004). Patient trust: is it related to patient-centered behavior of primary care physicians? *Med Care* 42(11). 1049-1055. doi:<https://doi.org/10.1097/00005650200411000-00003>.
- Fischer, J., Neale, J., Bloor, M., & Jenkins, N. (2008). Conflict and user involvement in drug misuse treatment decision-making: a qualitative study. *Subst Abuse Treat Prev Policy*.3, 21. <https://doi.org/10.1186/1747-597X-3-21>
- Flay, B.R. y Petraitis, J. (1995). Aspectos metodológicos en la investigación de medidas preventivas del consumo de drogas: fundamentos teóricos. En C.G. Leukefeld y W.J. Bukoski (Eds.), *Estudios sobre intervenciones en prevención del abuso de drogas: aspectos metodológicos* (pp. 83-108). Madrid: Centro de Estudios de Promoción de la Salud (original 1991).
- Floyd, F.J. & Widaman, K.F. (1995). Factor analysis in the development and refinement of clinical assessment instruments. *Psychological Assessment*, 7, 286-299.

- Flynn, P.M., Joe, G.W., Broome, K.M., Simpson, D.D., Brown, B.S. (2003). Looking back on cocaine dependence: reasons for recovery. *Am J Addict*; 12, 398–411.
- Flórez-Alarcón, L. (2018). La intencionalidad de la acción en el proceso motivacional humano. *Psychologia. Avances de la Disciplina*, 12(2), 115-135.
- Fokkema, M. y Greiff, S. (2017). How Performing PCA and CFA on the Same Data Equals Trouble. *European Journal of Psychological Assessment*, 33(6), 399-402. <https://doi.org/10.1027/1015-5759/a000460>
- Fontanella, B. J. B., Luchesi, B. M., Saidel, M. G. B., Ricas, J., Turato, E. R., & Melo, D. G. (2011). Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cadernos de saúde pública*, 27(2), 388-394.
- Foulkes, S. H. (2003). Mind'. *Group Analysis*, 36(3), 315-321.
- Frankl, V. (1946). El hombre en busca de sentido. Herder.
- Franklin, C. & Ballau, M. (2005). Reliability and validity in qualitative research. En: Grinnell, R. & Unrau, Y. (Eds.). *Social work: Research and evaluation. Quantitative and qualitative approaches*. (pp.438-449). Nueva York: Oxford University Press
- Freud, S. (1978). *Obras completas*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Friedmann, P. D., Alexander, J. A., Jin, L., & D'Aunno, T. A. (2000). Medical and psychosocial services in outpatient drug abuse treatment: Do stronger links promote client utilization? *Health Services Research*, 35 (2), 443–465- PMC – PubMed
- Frings, D., & Albery, I. (2015). The social identity model of cessation maintenance: Formulation and initial evidence. *Addictive Behaviors*, 44, 35-42.
- Frost, H., Campbell, P., Maxwell, M., O'Carroll, R. E., Dombrowski, S. U., Williams, B., ... & Pollock, A. (2018). Effectiveness of motivational interviewing on adult behaviour change in health and social care settings: a systematic review of reviews. *PloS one*, 13(10), e0204890.
- García, A. y Graña, J. L. (1987). Prevención de recaídas: una perspectiva comunitaria. En P. F. García Álvarez, Graña Gomez, J. L., y Comas Arnau, D. R. *Reinserción social y drogodependencias*. 434-450. Asociación para el Estudio y Promoción del Bienestar Social.
- García, S. G. (2007). Follow-up studies in drug dependencies: an approach to the state of the issue. *Addictive Disorders*, 9(2), 75-96.
- García-Perdomo, H. A. (2015). Fundamental concepts of systematic reviews/meta-analyses. *Colombian Urology*, 24(1), 28–34. <https://doi.org/10.1016/j.uroco.2015.03.005>
- Garke, M. Å., Isacson, N. H., Sörman, K., Bjureberg, J., Hellner, C., Gratz, K. L., ... Jayaram-Lindström, N. (2021). Emotion dysregulation across levels of substance use. *Psychiatry Research*, 296, 113662. doi:10.1016/j.psychres.2020.113662.
- Garmendia, M., Alvarado, M., Montenegro, M. y Pino, P. (2008). Social support as a protective factor of recurrence alter drug addiction treatment. *Revista Médica de Chile*, 136, 169-178.
- Gelso, C. J., & Kline, K. V. (2019). The sister concepts of the working alliance and the real relationship: on their development, rupture, and repair. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process, and Outcome*, 22(2).
- Ghaemi, S. N., & Pope, H. G. (1994). Lack of insight in psychotic and affective disorders: a review of empirical studies. *Harvard Review of Psychiatry*, 2(1), 22-33
- Giddens, A., (1991). *Modernity and Self-Identity: Self and Society in the Late Modern Age*. Polity Press.
- Giordano, A. L., Clarke, P. B., & Furter, R. T. (2014). Predicting substance abuse relapse:

- The role of social interest and social bonding. *Journal of Addictions & Offender Counseling*, 35, 114-127.
- Giyaur, K., Sharf, J., & Hilsenroth, M.J. (2005). The capacity for dynamic process scale (CDPS) and patient engagement in opiate addiction treatment. *J. Nerv. Ment. Dis.* 193 (12), 833–838
- Godley, M. D., Godley, S. H., Dennis, M. L., Funk, R., & Passetti, L. L. (2002). Preliminary outcomes from the assertive continuing care experiment for adolescents discharged from residential treatment. *Journal of substance abuse treatment*, 23(1), 21-32.
- Godley, S. H., Godley, M. D., & Dennis, M. L. (2001). The assertive aftercare protocol for adolescent substance. *Innovations in adolescent substance abuse interventions*, 313.
- Goertzen, J.R. (2008). On the possibility of unification: the reality and nature of the crisis in psychology. *Theory & Psychology*, 18(6), 829-852.
- Goethals, I., Vanderplasschen, W., Vandevelde, S., & Broekaert, E. (2012). Fixed and dynamic predictors of treatment process in therapeutic communities for substance abusers in Belgium. *Subst. Abuse Treat. Prev. Policy* 7, 43
- Gogeoascoechea-Trejo, M., Pavón-León, P., Blázquez-Morales, M. S. L., & Solís, A. S. (2017). Evaluación de resultados del tratamiento de adicciones en usuarios de una comunidad terapéutica. *Revista Médica de la Universidad Veracruzana*, 16(2), 27-40.
- González Rey, F. (1997): *Epistemología cualitativa y subjetividad*. Pueblo y Educación.
- González Rey, F., & Mitjás Martínez, A. (2017). El desarrollo de la subjetividad: una alternativa frente a las teorías del desarrollo psíquico. *Papeles de Trabajo Sobre Cultura, Educación y Desarrollo Humano (Working Papers on Culture, Education & Human Development)*, 13(2)
- Goretzko, D., Pham, T. T. H. y Bühner, M. (2019). Exploratory factor analysis: Current use, methodological developments and recommendations for good practice. *Current Psychology* 1-12. <https://doi.org/10.1007/s12144-019-00300-2>
- Gorsuch, R.L. (1983). *Factor analysis* (2nd Ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Gossop, M., Harris, J., Best, D., Man, L. H., Manning, V., Marshall, J., & Strang, J. (2003). Is attendance at Alcoholics Anonymous meetings after inpatient treatment related to improved outcomes? A 6-month follow-up study. *PudMed.gov*, Alcohol and alcoholism, 38(5), 421-426. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12915517/>
- Gossop, M., Stewart, D., Browne, N., & Marsden, J. (2002). Factors associated with abstinence, lapse or relapse to heroin use after residential treatment: protective effect of coping responses. *PudMed.gov., Addiction*, 97(10), 1259–1267. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12359030/>
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105–112. Doi:10.1016/j.nedt.2003.10.001
- Grant, S., Montgomery, P., Hopewell, S., Macdonald, G., Moher, D., & Mayo-Wilson, E. (2013). Developing a reporting guideline for social and psychological intervention trials. *Research on Social Work Practice*, 23(6), 595-602.
- Green, C.D. (2015). Why psychology isn't unified, and probably never Will be. *General Psychology*, 19(3), 207-214.
- Greenfield, B. L., & Tonigan, J. S. (2013). The general alcoholics anonymous tools of recovery: the adoption of 12-step practices and beliefs. *Psychology of Addictive Behaviors*, 27(3), 553.

- Groshkova, T., Best, D., & White, W. (2012). The Assessment of Recovery Capital: Properties and psychometrics of a measure of addiction recovery strengths. *Drug and Alcohol Review*, 32(2), 187–194. doi:10.1111/j.1465-3362.2012.00489.x
- Guba, E. G. & Lincoln, Y. S. (1989). *Fourth Generation Evaluation*. Newbury Park CA: Sage
- Guilford, J.P. (1954). *Psychometric methods*. New York (NY): McGraw-Hill.
- Gutiérrez López, A.D. (2022). *Estados donde el consumo de cannabis, inhalables, cocaína, crack, metanfetaminas, éxtasis, heroína y alucinógenos se ubica por arriba de la media nacional en Centros de Integración Juvenil, 2° semestre de 2021*. Sistema de Información Epidemiológica del Consumo de Drogas. Centros de Integración Juvenil. Gobierno de México. <http://www.cij.gob.mx/programas/Investigacion/pdf/22-01h.pdf>
- Hagger, M. S., Cheung, M. W.-L., Ajzen, I., & Hamilton, K. (2022). Perceived behavioral control moderating effects in the theory of planned behavior: a meta-analysis. *Health Psychol.* 41, 155–167. doi: 10.1037/hea0001153
- Hair, J.F Jr, Black, W.C., Babin, B.J., & Anderson, R.E. (2009). *Multivariate data analysis*, 7th ed. Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall, Inc Bartlett.
- Hair Junior, J. F., Black, W. C., Babin, N. J., Anderson, R. E., & Tatham, R. L. (2009). *Análise multivariada de dados* (6ath ed.). São Paulo: Bookman.
- Hair, J.F., Anderson, R.E., Tatham, R.L., & Black, W.C. (2004). *Análisis Multivariante*. Madrid: Pearson.
- Hambley, J., Arbour, S., & Sivagnanasundaram, L. (2010). Comparing outcomes for alcohol and drug abuse clients: A 6-month follow-up of clients who completed a residential treatment programme. *Journal of Substance Use*, 15(3), 184-200.
- Hansen, N. B., Lambert, M. J., & Forman, E. M. (2002). The psychotherapy dose-response effect and its implications for treatment delivery services. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(3), 329–343. <https://doi.org/10.1093/clipsy.9.3.329>
- Hartzler, B., Witkiewitz, K., Villarroel, N. & Donovan, D. (2012). Self-Efficacy change as a mediator of associations between therapeutic bond and one-year outcomes in treatments for alcohol dependence. *Psychology Addictive Behaviors*, 25(2), 269-278. doi: 10.1037/a0022869
- Haslam, S. A., O'Brien, A., Jetten, J., Vormedal, K., & Penna, S. (2005). Taking the strain: Social identity, social support, and the experience of stress. *British journal of social psychology*, 44(3), 355-370.
- Haslam, C., Best, D., Dingle, G. A., Staiger, P. K., Savic, M., Bathish, R., Mackenzie, J., Beckwith, M., Kelly, A. J., & Lubman, D. I. (2019). Social group membership before treatment for substance dependence predicts early identification and engagement with treatment communities. *Addiction Research & Theory*, 27(5), 363–372. <https://doi.org/10.1080/16066359.2018.1537393>
- Haslam, C., Cruwys, T., & Haslam, S. A. (2014). “The we's have it”: Evidence for the distinctive benefits of group engagement in enhancing cognitive health in aging. *Social Science & Medicine*, 120, 57-66.
- Haslam, S. A., McMahon, C., Cruwys, T., Haslam, C., Jetten, J., & Steffens, N. K. (2018). Social cure, what social cure? The propensity to underestimate the importance of social factors for health. *Social Science & Medicine*, 198, 14-21. DOI: 10.1016/j.socscimed.2017.12.020
- Hayaki, J., Conti, M. T., Bailey, G. L., Herman, D. S., Anderson, B. J., & Stein, M. D. (2021). Negative affect-associated drug refusal self-efficacy, illicit opioid use, and

- medication use following short-term inpatient opioid withdrawal management. *Journal of substance abuse treatment*, 126, 108309.
- Hayes, T. A. (2010). Labelling and the adoption of a deviant status. *Deviant Behavior*, 31, 274–302. <https://doi.org/10.1080/01639620903004861>
- Haynes, S.N., Richard, D.C.S. & Kubany, E.S. (1995). Content validity in psychological assessment: A functional approach to concepts and methods. *Psychological Assessment*, 7, 238-247
- Heckhausen, H., & Gollwitzer, P.M. (1987). Thought contents and cognitive functioning in motivational versus volitional states of mind. *Motivation and Emotion*, 11, 101-120.
- Heintzelman, S. J. y King, L.A. (2014). La vida es bastante significativa. *Psicólogo estadounidense*, 69(6), 561–574. <https://doi.org/10.1037/a0035049>.
- Henao Escobar, J., & Segura Restrepo, J. (2013). La experiencia de "tocar fondo" en alcohólicos recuperados: Una aproximación fenomenológica. *Diversitas: perspectivas en psicología*, 9(2), 319-333.
- Hernández Sampieri, R., & Mendoza, C. P. (2008). El matrimonio cuantitativo cualitativo: el paradigma mixto. In JL Álvarez Gayou (Presidente), 6º Congreso de Investigación en Sexología. Congreso efectuado por el Instituto Mexicano de Sexología, AC y la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, Villahermosa, Tabasco, México
- Hoffman JA, Caudill BD, Koman JJ, et al (1996): Psychosocial treatments for cocaine abuse: 12-month treatment outcomes. *Journal of Substance Abuse Treatment* 13:3– 11
- Howard, K. I., Kopta, S. M., Krause, M. S., & Orlinsky, D. E. (1986). The dose–effect relationship in psychotherapy. *American Psychologist*, 41(2), 159–164, <https://doi.org/10.1002/jclp.10167>
- Howard, J. (2006). Expecting and accepting: The temporal ambiguity of recovery identities. *Social Psychology Quarterly*, 69(4), 307–324. <https://doi.org/10.1177/019027250606900402>
- Howard, J. (2008). Negotiating an exit: Existential, interactional, and cul-tural obstacles to disorder disidentification. *Social Psychology Quarterly*, 71(2), 177–192. <https://doi.org/10.1177/019027250807100206>
- Hser, Y. I., Anglin, M. D., & Fletcher, B. (1998). Comparative treatment effectiveness: Effects of program modality and client drug dependence history on drug use reduction. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 15 (6), 513–523.
- Hser, Y. I., Evans, E., Huang, D., & Anglin, D. M. (2004). Relationship Between Drug Treatment Services, Retention, and Outcomes. *Psychiatric Services*, 55(7), 767–774.
- Hsieh, H. F., & Shannon, S. E. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research*, 15(9), 1277-1288. [doi: 10.1177/1049732305276687](https://doi.org/10.1177/1049732305276687)
- Hu, L., & Bentler, P. (1999). Cutoff criteria for fit indices in covariance structure analysis: conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6, 1-55. [doi:10.1080/10705519909540118](https://doi.org/10.1080/10705519909540118)
- Hubbard, R.L., Craddock, S.G., Flynn, P.M., Anderson, J., Etheridge, R.M., (1997). Overview of 1-year follow-up outcomes in the drug abuse treatment outcome study (DATOS). *Psychol. Addict. Behav.* 11, 261–278.
- Humphreys, K., & Lembke, A. (2014). Recovery oriented policy and care systems in the UK and USA. *Drug and Alcohol Review* 33(1), 13–18. DOI: [10.1111/dar.12092](https://doi.org/10.1111/dar.12092)
- Humphreys, K., Kaskutas, L. A., & Weisner, C. (1998). The Alcoholics Anonymous Affiliation Scale: development, reliability, and norms for diverse treated and

- untreated populations. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 22(5), 974-978.
- Hutchison, P., Cox, S., & Frings, D. (2018). Helping you helps me: Giving and receiving social support in recovery groups for problem gamblers. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 22(4), 187–199. <https://doi.org/10.1037/gdn0000090>
- Iglesias, E. B., Tomás, M. C., Pérez, E. J. P., Hermida, J. R. F., Fernández, L. C., González, M. P. B., Secades, R., & Gradolí, V. T. (2008). *Guía clínica de intervención psicológica en adicciones*. Socidrogalcohol
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI]. (2022). *Encuesta Nacional de Victimización y Percepción sobre Seguridad Pública (ENVIPE) 2022*. Comunicado 502/22. INEGI. <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2022/ENVIPE/ENVIPE2022.pdf>
- Iswardani, T., Dewi, Z. L., Mansoer, W. W., & Irwanto, I. (2022). Meaning-Making among Drug Addicts during Drug Addiction Recovery from the Perspective of the Meaning-Making Model. *Psych*, 4(3), 589-604
- Ito, J. R., & Donovan, D. M. (1986). Aftercare in alcoholism treatment: A review. In W. R. Miller & N. Heather (Eds.), *Addictive behaviors: Processes of change*. 435-456. Plenum Press.
- Jetten, J., Haslam, C., Haslam, S. A., Dingle, G., & Jones, J. M. (2014). How groups affect our health and well-being: The path from theory to policy. *Social issues and policy review*, 8(1), 103-130.
- Jick, T. D. (1979). Mixing qualitative and quantitative methods: Triangulation in action. *Administrative science quarterly*, 24(4), 602-611.
- Jin, H., Rourke, S. B., Patterson, T. L., Taylor, M. J., & Grant, I. (1998). Predictors of relapse in long-term abstinent alcoholics. *Journal of Studies on Alcohol*, 59(6), 640-646.
- Joe, G. W., Kalling Knight, D., Becan, J. E., & Flynn, P. M. (2014). Recovery among adolescents: Models for post treatment gains in drug abuse treatments. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 46(3), 362–373. doi:10.1016/j.jsat.2013.10.007
- Joe, G. W., Simpson, D. D., & Broome, K. M. (1999). Retention and patient engagement models for different treatment modalities in DATOS. *Drug and Alcohol Dependence*, 57 (2), 113–125. [https://doi.org/10.1016/s0376-8716\(99\)00088-5](https://doi.org/10.1016/s0376-8716(99)00088-5)
- Johnson, R. B., & Onwuegbuzie, A. J. (2004). Mixed methods research: A research paradigm whose time has come. *Educational researcher*, 33(7), 14-26.
- Kadden RM, & Litt MD (2011). The role of self-efficacy in the treatment of substance use disorders. *Addictive Behaviors*, 36, 1120–1126. 10.1016/j.addbeh.2011.07.032
- Kahler, C. W., Kelly, J. F., Strong, D. R., Stuart, G. L., & Brown, R. A. (2006). Development and initial validation of a 12-step participation expectancies questionnaire. *Journal of studies on alcohol*, 67(4), 538-542.
- Kashner, TM, Rodell, DE, Ogden, SR, Guggenheim, FG y Karson, CN (1992). Resultados y costos de dos programas de tratamiento para pacientes hospitalizados de VA para pacientes alcohólicos mayores. *Psiquiatría hospitalaria y comunitaria*, 43(10), 985-989.
- Kelly, J. F., Stout, R. L., Magill, M., Tonigan, J. S., & Pagano, M. E. (2010). Mechanisms of behavior change in alcoholics anonymous: Does Alcoholics Anonymous lead to better alcohol use outcomes by reducing depression symptoms? *Addiction*, 105(4), 626–636. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2009.02820.x>
- Kelly, JF, Stout, RL, Magill, M., Tonigan, JS y Pagano, ME (2011). Espiritualidad en

- recuperación: un análisis mediacional retrasado del principal mecanismo teórico de cambio de comportamiento de Alcohólicos Anónimos. *Alcoholismo: Investigación Clínica y Experimental*, 35(3), 454-463. <https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.2010.01362.x>
- Kelly, J. F., Abry, A., Ferri, M., & Humphreys, K. (2020). Alcoholics anonymous and 12-step facilitation treatments for alcohol use disorder: A distillation of a 2020 Cochrane review for clinicians and policy makers. *Alcohol and Alcoholism*, 55(6), 641-651.
- Kelly, J. F., Greene, M. C., Bergman, B. G., White, W. L., & Hoepfner, B. B. (2019). How many recovery attempts does it take to successfully resolve an alcohol or drug problem? Estimates and correlates from a national study of recovering US adults. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 43(7), 1533-1544.
- Kemp, R. (2019). Addiction and addiction recovery: A qualitative research viewpoint. *J. Psychol. Ther*, 4, 167–179. DOI:10.33212/jpt.v4n2.2019.167
- Kim, J. S., Park, B. K., Kim, G. J., Kim, S. S., Jung, J. G., Oh, M. K., & Oh, J. K. (2007). The Role of Alcoholics' Insight in Abstinence from Alcohol in Male Korean Alcohol Dependents. *Journal of Korean Medical Science*, 22(1), 132-137. doi:10.3346/jkms.2007.22.1.132
- Kim, J., Taggar, A., Quilty, L. C., Selby, P., Caravaggio, F., Ueno, F., Song, J., Pollock, B.G., Graff-Guerrero, A., & Gerretsen, P. (2021). A measure of illness awareness in alcohol use disorder—Alcohol Use Awareness and Insight Scale (AAS). *Drug and alcohol dependence*, 226, 108813.
- King, L. A., Hicks, J. A., Krull, J. L., & Del Gaiso, A. K. (2006). Positive affect and the experience of meaning in life. *Journal of personality and social psychology*, 90(1), 179
- Kirschner, S. R. (2006). Psychology and pluralism: toward the psychological studies. *Journal of Theoretical and Philosophical Psychology*, 26, 1-17.
- Klein, A. A., Slaymaker, V. J., & Kelly, J. F. (2011). The 12 Step Affiliation and Practices Scale: Development and initial validation of a measure assessing 12 step affiliation. *Addictive Behaviors*, 36(11), 1045-1051.
- Kline, P. (1986). *A Handbook of test Construction*. New York: Methuen.
- Kline, P. (1994). *An Easy Guide to Factor Analysis*. Newbury Park: Sage.
- Kowalski, M. A. (2019). Mental Health Recovery: The Effectiveness of Peer Services in the Community. *Community Mental Health Journal*, 56(3), 568–580. Doi: 10.1007/s10597-019-00514-5
- Kurtz, L. F. (2015). *Recovery groups: A guide to creating, leading, and working with groups for addictions and mental health conditions*. Oxford University Press.
- Kvia, A., Dahl, C., Grønnestad, T. & Frahm Jensen, M. J. (2020). Easier to say “recovery” than to do recovery: Employees’ experiences of implementing a recovery-oriented practice. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 19(5), 1919–1930. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00285-1>
- Lambert, N. M., Stillman, T. F., Hicks, J. A., Kamble, S., Baumeister, R. F., & Fincham, F. D. (2013). To belong is to matter: Sense of belonging enhances meaning in life. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 39, 1418– 1427. doi:10.1177/0146167213499186
- Lambert, M.J., Shapiro, D.A., & Bergin, A.E. (1986). The effectiveness of psychotherapy. In: S.L.
- Lappan, S. N., Brown, A. W., & Hendricks, P. S. (2020). Dropout rates of in-person

- psychosocial substance use disorder treatments: a systematic review and meta-analysis. *Addiction*, 115(2), 201-217. DOI:10.1111/add.14793.
- Laudet, A. (2013). "Life in Recovery": Report on the Survey Findings. in Series "Life in Recovery": Report on the Survey Findings. Faces & Voices of Recovery, Washington, DC
- Laudet, A., & White, W.L. (2004). An Exploration of Relapse Patterns Among Former Poly-Substance Users, in Series An Exploration of Relapse Patterns Among Former Poly-substance Users, 132nd Annual Meeting of the American Public Health Association.
- Laudet, A., & Stanick, V. (2010). Predictors of motivation for abstinence at the end of outpatient substance abuse treatment. *J Subst Abuse Treat.* 38, 317-327.
- Leary, M.R. y Cox, C.B. (2008). Motivación de pertenencia: un resorte principal de la acción social. En JY Shah y WL Gardner (Eds.), *Manual de ciencia de la motivación*. 27-40. La prensa de Guilford.
- Lei, P.-W. & Wu, Q. (2007). Introduction to structural equation modeling: issues and practical considerations. *Educational Measurement: Issues and Practice*, 26(3), 33-43. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1745-39z92.2007.00099.x>
- Lenaerts, E., Matheï, C., Matthys, F., Zeeuws, D., Pas, L., Anderson, P., & Aertgeerts, B. (2014). Continuing care for patients with alcohol use disorders: a systematic review. *Drug and Alcohol Dependence*, 135, 9-21. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013.10.030>
- Li, W., Howard, M. O., Garland, E. L., McGovern, P., & Lazar, M. (2017). Mindfulness treatment for substance misuse: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 75, 62-96, <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2017.01.008>
- Liberati, A., Altman, D. G., Tetzlaff, J., Mulrow, C., Gøtzsche, P. C., Ioannidis, J. P., Mike Clarke, M., Devereaux, P.J., Kleijnen, J., & Moher, D. (2009). The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: explanation and elaboration. *Journal of Clinical Epidemiology*, 62(10), e1-e34. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2009.06006>
- Lieberman, M. A., & Borman, L. D. (1979). *Self-help groups for coping with crisis: Origins, members, processes, and impact*. Jossey-Bass Inc Pub.
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry* (Vol. 75): Sage
- Lindqvist, H., Forsberg, L., Enebrink, P., Andersson, G., & Rosendahl, I. (2017). The relationship between counselors' technical skills, clients' in-session verbal responses, and outcome in smoking cessation treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 77, 141-149.
- 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>
- Llinares, M.C.; Palau, C.; Albiach, C. y Santos, P. (1996). Alcohólicos que demandan tratamiento en centros ambulatorios: la motivación al cambio. En *II Jornadas sobre drogodependencias*. Universidad Politécnica de Valencia.
- Lloret-Segura, S., Ferreres-Traver, A., Hernández-Baeza, A. & Tomás-Marco, I. (2014). Análisis factorial exploratorio de los ítems: Una guía práctica, revisada y actualizada. *Anales de Psicología*, 30(3), 1151-1169
- Lookatch, S. J., Wimberly, A. S., & McKay, J. R. (2019). Effects of social support and 12-step involvement on recovery among people in continuing care for cocaine

- dependence. *Substance use & misuse*, 54(13), 2144-2155
- López-Goñi, J. J., Fernández-Montalvo, J., Arteaga, A., & Esarte, S. (2017). Searching objective criteria for patient assignment in addiction treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 76, 28-35.
- López-Goñi, J. J., Fernández-Montalvo, J., Illescas, C., Landa, N., & Lorea, I. (2008). Razones para el abandono del tratamiento en una comunidad terapéutica. *Trastornos adictivos*, 10(2), 104-111.
- López-Quintero, C., Hasin, D. S., De Los Cobos, J. P., Pines, A., Wang, S., Grant, B. F., & Blanco, C. (2011). Probability and predictors of remission from life-time nicotine, alcohol, cannabis or cocaine dependence: Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Addiction*, 106(3), 657-669.
- López-Torrecillas, F., del Mar Salvador, A.V. & Cobo, P. (2002). Autoeficacia y consumo de drogas: una revisión. *Psicopatología clínica, legal y forense*, 2(1), 33-51.
- Luengo, M. A., Romero, E., & Gómez-Fraguela, J. A. (2000). *The prevention of relapses in drug use: analysis of the effectiveness of a therapeutic-educational program*. Universidad de Santiago de Compostela.
- Lundahl, B., Moleni, T., Burke, B. L., Butters, R., Tollefson, D., Butler, C., & Rollnick, S. (2013). Motivational interviewing in medical care settings: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Patient education and counseling*, 93(2), 157-168.
- Lynn, M. (1986). Determination and quantification of content validity. *Nursing Research*, 35, 382-385.
- Maddux, F. F., & Desmond, D. P. (1986). Relapse and recovery in substance abuse careers. *Relapse and recovery in drug abuse*, 72, 49-72.
- Magill, M., & Hallgren, K. A. (2019). Mechanisms of behavior change in motivational interviewing: do we understand how MI works? *Current Opinion in Psychology*, 30, 1-5.
- Magill, M., Apodaca, T. R., Borsari, B., Gaume, J., Hoadley, A., Gordon, R. E., ... & Moyers, T. (2018). A meta-analysis of motivational interviewing process: Technical, relational, and conditional process models of change. *Journal of consulting and clinical psychology*, 86(2), 140.
- Majer, J. M., Droege, J. R., & Jason, L. A. (2010). A categorical assessment of twelve-step involvement in relation to recovery resources. *Journal of Groups in Addiction & Recovery*, 5(2), 155-167. <https://doi.org/10.1080/1556035.1003766158>
- Majer, J. M., Jason, L. A., Ferrari, J. R., & Miller, S. A. (2011). A longitudinal analysis of categorical twelve-step involvement among a U.S. national sample of recovering substance abusers in residential treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 41(1), 37-44, <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2012.03.001>
- Marchand, K., Beaumont, S., Westfall, J., et al. (2019). Conceptualizing patient centered care for substance use disorder treatment: findings from a systematic scoping review. *Subst Abuse Treat Prev Pol* 14(1), 37. doi: <https://doi.org/10.1186/s13011-019-0227-0>
- Marlatt, G. A. & Gordon, J. R. (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. Guilford Press.
- Marlatt, G. A., & Donovan, D. M. (2005). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. Guilford press.

- Marsh, B. (2011). Narrating desistance: Identity change and the 12-step script. *Irish Probation Journal*, 8, 49–68.
- Martela, F., & Steger, M.F. (2016). The three meanings of meaning in life: Distinguishing coherence, purpose, and significance. *J. Posit. Psychol.* 11, 531–545. doi: [10.1080/17439760.2015.1137623](https://doi.org/10.1080/17439760.2015.1137623)
- Martínez Ochoa, Y., Llantá Abreu, M. D. C., & Bayarre Veá, H. D. (2018). Validación del Test Sentido de Vida en pacientes adultos con cáncer. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 17(5), 800-812.
- Martínez-González, J.M., Vilar, R., Becoña, E., & Verdejo-García, A. (2016). Self-deception as a mechanism for the maintenance of drug addiction. *Psicothema*. 28(1), 13–19. doi: 10.7334/psicothema2015.139
- Martino, S., Zimbrea, P., Forray, A., Kaufman, J. S., Desan, P. H., Olmstead, T. A., ... Yonkers, K. A. (2019). Implementing Motivational Interviewing for Substance Misuse on Medical Inpatient Units: a Randomized Controlled Trial. *Journal of General Internal Medicine*. doi:10.1007/s11606-019-05257-3.
- Mawson, E., Best, D., Beckwith, M., Dingle, G.A., & Lubman, D.I., (2015). Social identity, social networks and recovery capital in emerging adulthood: A pilot study. *Subst. Abus. Treat. Prev.* 10, 45–56. <https://doi.org/10.1186/s13011-015-0041-2>
- McConnell, D., & Snoek, A. (2018). The importance of self-narration in recovery from addiction. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 25(3), E-31.
- McCrary, B. S. (2004). To have but one true friend: Implications for practice of research on alcohol use disorders and social network. *Psychology of Addictive Behaviors*, 18(2), 113. doi:10.1037/0893-164X.18.2.113
- McHugh, M. L. (2012). Interrater reliability: the kappa statistic. *Biochemia medica*, 22(3), 276-282.
- McIntosh J, & McKeganey, N. (2000). Addicts' narratives of recovery from drug use: constructing a non-addict identity. *Soc Sci Med*. 50(10):1501–1510.
- McKay, J. R., Alterman, A. I., McLellan, A. T., & Snider, E. C. (1994). Treatment goals, continuity of care, and outcome in a day hospital substance abuse rehabilitation program. *The American Journal of Psychiatry*, 151(2), 254–259.
- McKay, J. R., Foltz, C., Leahy, P., Stephens, R., Orwin, R. G., & Crowley, E. M. (2004). Step down continuing care in the treatment of substance abuse: Correlates of participation and outcome effects. *Evaluation and Program Planning*, 27(3), 321-331. Doi: 10.1016/j.evalprogplan.2004.04.005
- McKay, J. R., McLellan, A. T., Alterman, A. I., Rutherford, M. J., & O'Brien, C. P. (1998). Predictors of participation in aftercare sessions and self-help groups following completion of intensive outpatient treatment for substance abuse. *Journal of Studies on Alcohol*, 59(2), 152–163.
- McKay, J., Heirke, E., Mulvaney, F., Weiss, R. y Koppenhauer, J. (2001). Factors accounting for cocaine use two years following initiation of continuing care. *Addiction*, 96, 213-225.
- McKay, JR. (2021). Impact of Continuing Care on Recovery From Substance Use Disorder. *Alcohol Res*. 41(1), 01.
- McKellar, J., Stewart, E., & Humphreys, K. (2003). Alcoholics Anonymous involvement and positive alcohol-related outcomes: Cause, consequence, or just a correlate? A prospective two-year study of 2,319 alcohol-dependent men. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(2), 302–308. <https://doi.org/10.1037/0022-006X>.

71.2.302

- McKnight, P.E., & Kashdan, T.B. (2009). Purpose in Life as a System That Creates and Sustains Health and Well-Being: An Integrative, Testable Theory. *Review of General Psychology* 13(3). 242-251.
- McLellan, A. T., Grissom, G. R., Brill, P., Durell, J., Metzger, D. S., & O'Brien, C. P. (1993). Private substance abuse treatments: Are some programs more effective than others? *Journal of Substance Abuse Treatment*, 10(3), 243–254. [https://doi.org/10.1016/0740-5472\(93\)90071-9](https://doi.org/10.1016/0740-5472(93)90071-9)
- McLellan, A. T., Grissom, G. R., Zanis, D., Randall, M., Brill, P., & O'Brien, C. P. (1997). Problem-service matching in addiction treatment: A prospective study in four programs. *Archives of General Psychiatry*, 54(8), 730–735.
- McLellan, A. T., Lewis, D. C., O'Brien, C. P., & Kleber, H. D. (2000). Drug dependence, a chronic medical illness: implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. *Jama*, 284(13), 1689-1695
- McPherson, A. C., Rudzik, A., Kingsnorth, S., King, G., Gorter, J. W., & Morrison, A. (2018). “Ready to take on the world”: Experiences and understandings of independence after attending residential immersive life skills programs for youth with physical disabilities. *Developmental Neurorehabilitation*, 21, 73– 82. <https://doi.org/10.3109/17518423.2016.1141254>
- McQuaid, R.J., Malik, A., Morrissey, M., & Baydack, N. (2017). *Life in Recovery From Addiction in Canada, in Series Life in Recovery from Addiction in Canada*. Canadian Centre on Substance Abuse, Ottawa, ON.
- Meier, P. S., Barrowclough, C., & Donmall, M. C. (2005). The role of therapeutic alliance in the treatment of substance misuse: A critical review of the literature. *Addiction*, 100 (3), 304–316. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2004.00935.x>.
- Menon, J., & Kandasamy, A. (2018). Relapse prevention. *Indian Journal of Psychiatry*, 60, 473-8. Medline.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: preparing people for change*. Guilford Press.
- Mittelmark, M. B., Sagy, S., Eriksson, M., Bauer, G. F., Pelikan, J. M., Lindström, B., & Espnes, G. A. (Eds.). (2017). *The Handbook of Salutogenesis*. doi:10.1007/978-3-319-04600-6
- Moe, F. D., Moltu, C., McKay, J. R., Nesvåg, S., & Bjornestad, J. (2022). Is the relapse concept in studies of substance use disorders a ‘one size fits all’ concept? A systematic review of relapse operationalisations. *Drug and Alcohol Review*, 41(4), 743-758.
- Montgomery, H. A., Miller, W. R., & Tonigan, J. S. (1995). Does Alcoholics Anonymous involvement predict treatment outcome? *Journal of Substance Abuse Treatment*, 12(4), 241–246
- Moos, R. H., & Moos, B. S. (2007). Protective resources and long-term recovery from alcohol use disorders. *Drug and Alcohol Dependence*, 86(1), 46–54. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2006.04.015>.
- Moos, R.H., & Moos, B.S. (2006). Participation in treatment and Alcoholics Anonymous: A 16-year follow-up of initially untreated individuals. *Journal of Clinical Psychology*, 62(6), 735–750. <https://doi.org/10.1002/jclp.20259>
- Morata-Ramírez, M., Holgado-Tello, F. P., Barbero-García, I., & Mendez, G. (2015). Análisis factorial confirmatorio: recomendaciones sobre mínimos cuadrados no ponderados en función del error Tipo I de Ji-Cuadrado y RMSEA. *Acción*

- psicológica*, 12(1), 79-90.
- Morgado, F. F., Meireles, J. F., Neves, C. M., Amaral, A. y Ferreira, M. E. (2017). Scale development: ten main limitations and recommendations to improve future research practices. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 30, 1-20. <https://doi.org/10.1186/s41155-016-0057-1>
- Morris, R., MacNeela, P., Scott, A., Treacy, P., Hyde, A., O'Brien, J., ... & Drennan, J. (2008). Ambiguities and conflicting results: the limitations of the kappa statistic in establishing the interrater reliability of the Irish nursing minimum data set for mental health: a discussion paper. *International journal of nursing studies*, 45(4), 645-647.
- Moskowitz, J. M. (1989). The primary prevention of alcohol problems: A critical review of the research literature. *Journal of Studies on Alcohol*, 50, 54-87.
- Moyers, T. B., & Martin, T. (2006). Therapist influence on client language during motivational interviewing sessions. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 30(3), 245–251. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2005.12.003>
- Mulahalilović, A., Hasanović, M., Pajević, I., & Jakovljević, M. (2021). Meaning and the sense of meaning in life from a health perspective. *Psychiatria Danubina*, 33(suppl 4), 1025-1031
- Murakami, H. (2005) *Tokio Blues. Norwegian Wood*. TusQuets.
- Nagy, B. G., Blair, E. S., & Lohrke, F. T. (2014). Developing a scale to measure liabilities and assets of newness after start-up. *International Entrepreneurship and Management Journal*, 10, 277-295
- National Institute on Drug Abuse. [NIDA]. (2010). *Principios de tratamientos para la drogadicción: Una guía basada en las investigaciones*. <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/principios-de-tratamientos-para-la-drogadiccion/preguntas-frecuentes/es-eficaz-el-tratamiento-para-la-drogadiccion>
- Nagy, B. G., Blair, E. S., & Lohrke, F. T. (2014). Developing a scale to measure liabilities and assets of newness after start-up. *International Entrepreneurship and Management Journal*, 10, 277-295
- National Institute on Drug Abuse. [NIDA]. (2021). *Enfoques de tratamiento para la drogadicción*. <https://nida.nih.gov/es/publicaciones/drugfacts/enfoques-de-tratamiento-para-la-drogadiccion>
- Neale, J., Tompkins, C. N. E., & Strang, J. (2018). Qualitative exploration of relationships between peers in residential addiction treatment. *Health & Social Care in the Community*, 26(1), e39–e46. doi:10.1111/hsc.12472
- Ness, O., Borg, M., Semb, R. & Karlsson, B. (2014). “Walking alongside:” Collaborative practices in mental health and substance use care. *International Journal of Mental Health Systems*, 8(1), Article 55. <https://doi.org/10.1186/1752-4458-8-55>
- Nie, L., Ghahremani, D. G., Mandelkern, M. A., Dean, A. C., Luo, W., Ren, A., ... & London, E. D. (2021). The relationship between duration of abstinence and gray-matter brain structure in chronic methamphetamine users. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 47(1), 65-73
- Norcross, J. C. (2002). *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*. Oxford University Press.
- Norcross, J. C., Beutler, L. E., & Levant, R. F. (2006). Evidence-based practices in mental health: Debate and dialogue on the fundamental questions. Washington, DC: American Psychological Association.

- Nugent, B., & Schinkel, M. (2016). The pains of desistance. *Criminology & Criminal Justice*, 16(5), 568-584.
- Nunnally, J. & Bernstein, I. (1995). *Teoría psicométrica*. McGraw Hill.
- Nwakeze, P. C., Magura, S., & Rosenblum, A. (2002). Drug problem recognition, desire for help, and treatment readiness in a soup kitchen population. *Substance Use and Misuse*, 37(3), 291–312. doi:10.1081/JA-120002480
- Observatorio Mexicano de Salud Mental y Consumo de Drogas [OMSMCD]. (2022). Acciones y programas. Comisión Nacional contra las Adicciones. <https://www.gob.mx/salud/conadic/acciones-y-programas/observatorio-mexicano-de-drogas-omd>
- Oficina de Estudios Aplicados. (2005). *Conjunto de datos de episodios de tratamiento (TEDS): 2002*. Altas de los servicios de tratamiento por abuso de sustancias.
- Oei, T. P., Hasking, P. A., & Young, R. M. (2005). Drinking refusal self-efficacy questionnaire-revised (DRSEQ-R): a new factor structure with confirmatory factor analysis. *Drug and alcohol dependence*, 78(3), 297-307.
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2022). *Informe Mundial sobre salud mental: Transformar la salud mental para todos*. OMS. <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240050860>
- Organización Panamericana de la Salud (2004). *Guía para escribir un protocolo de investigación*. <https://www3.paho.org/Spanish/ad/dpc/cd/res-protocol.pdf>
- Ortega, O. G. (2017). *Adicciones y violencia. Prevención y tratamiento*. Adicciones.
- Ortiz, A. L., & Vega, M. G. (2020). Validación del Cuestionario Breve de Confianza Situacional en muestra clínica con drogodependencia. *Revista internacional de investigación en adicciones*, 6(2), 6-10.
- Osterlind, S.J. (1989). *Constructing Test Items*. Londres: Kluwer Academic Publishers.
- Palmero-Cantero, F., Guerrero-Rodríguez, C., Gómez-Iñiguez, C., Carpi-Ballester, A., & Gorayeb, R. (2011). *Manual de teorías emocionales y motivacionales*. Castelló de la Plana (España): Publicacions de la Universitat Jaume I.
- Panas, L., Caspi, Y., Fournier, E., & McCarty, D. (2003). Performance measures for outpatient substance abuse services: Group versus individual counseling. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 25(4), 271-278.
- Pardos, A. (2008). *¿Cómo lograr la unidad básica de la psicología?* Bogotá, Colombia: Psicom Editores
- Park, N., Park, M., & Peterson, C. (2010). When is the search for meaning related to life satisfaction? *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 2(1), 1-13.
- Park, S.E., Mosley, J.E., Grogan, C.M., Pollack, H.A., Humphreys, K., D'Aunno, T., & Friedmann, PD. (2020). Patient-centered care's relationship with substance use disorder treatment utilization. *J Subst Abuse Treat*. 118:108125. doi: 10.1016/j.jsat.2020.108125.
- Patterson, G. R., & Forgatch, M. S. (2001). Therapist behavior as a determinant for client noncompliance: a paradox for the behavior modifier. In *Annual Meeting of the American Psychological Association., Jul, 1982, Washington, DC, US; An earlier version of this article was presented at the aforementioned conference*. American Psychological Association.
- Patton, D., Best, D., & Brown, L. (2022). Overcoming the pains of recovery: the management of negative recovery capital during addiction recovery pathways. *Addiction Research & Theory*, 30(5), 340-350.

- Patton, D., & Farrall, S. (2021). Desistance: A utopian perspective. *The Howard Journal of Crime and Justice*, 60(2), 209-231.
- Pereira Espinoza, M. (2017). *Factores psicosociales relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas en los jóvenes cartageneros atendidos por ingreso y recaídas hospitalarias en la clínica de La Misericordia (2016-2021)*. [Tesis de Licenciatura, Universidad de Cartagena]. Repositorio Institucional – Universidad de Cartagena
- Pérez, C., y Carretero-Dios, H. (2005). Normas para el desarrollo y revisión de estudios instrumentales. *International Journal of clinical and health psychology*, 5(3), 521-551.
- Peterson, C., Park, N., & Seligman, M.E.P. (2005). Orientations to happiness and life satisfaction: The full life versus the empty life. *Journal of Happiness Studies*, 6, 25–41
- Pettersen, H., Landheim, A., Skeie, I., Biong, S., Brodahl, M., Benson, V., & Davidson L. (2018). Why do those with long-term substance use disorders stop abusing substances? A qualitative study. *Subst Abuse Res Treat*. 12, 1-8
- Pettersen, H., Landheim, A., Skeie, I., Biong, S., Brodahl, M., Benson, V., & Davidson, L. (2019). Helpful Ingredients in the Treatment of Long-Term Substance Use Disorders: A Collaborative Narrative Study. *Substance Abuse: Research and Treatment*, 13, 117822181984499. doi:10.1177/1178221819844996
- Piaget, J. (1968). *Seis estudios en Psicología*. Seix Barral.
- Pinto, R.M., Chen, Y., & Park, S. (2019). A client-centered relational framework on barriers to the integration of HIV and substance use services: A systematic review. *Harm Reduction Journal*, 16(1), 71. Doi: 10.1186/s12954-019-0347-x
- Polcin, D. L., Mahoney, E., & Mericle, A. A. (2021). Psychometric properties of the recovery home environment scale. *Substance use & misuse*, 56(8), 1161-1168.
- Pomerleau, O., Pertschuk, M., Adkins, D., & Brady, J. P. (1978). A comparison of behavioral and traditional treatment for middle-income problem drinkers. *Journal of Behavioral Medicine*, 1, 187-200.
- Possemato, K., Funderburk, J., Spinola, S., Hutchison, D., Maisto, S.A., Lantinga, L.J., & Oslin, D.W. (2016). Reliability and Validity of a Treatment Barriers Scale for Individuals With Alcohol Use Disorder. *Subst Use Misuse*. 51(3), 383-94. doi: 10.3109/10826084.2015.1110172.
- Price-Robertson, R., Obradovic, A. & Morgan, B. (2017). Relational recovery: Beyond individualism in the recovery approach. *Advances in Mental Health*, 15(2), 108–120. <https://doi.org/10.1080/18387357.2016.1243014>
- Prins, E. H. (1994). *Maturing Out: An Empirical Study of Personal Histories and Processes in Hard Drug Addiction*. University of Amsterdam Press.
- Probst, C., Manthey, J., Martinez, A., & Rehm, J. (2015). Alcohol use disorder severity and reported reasons not to seek treatment: a cross-sectional study in European primary care practices. *Substance abuse treatment, prevention, and policy*, 10(1), 1-10.
- Prochaska, J. O. & DiClemente, C. C. (1992). Stages of change in the modification of problem behaviors. En M. Hersen, R. M. Eisler y P. M. Miller (Eds.), *Progress in behavior modification*. 184-214. Plenum
- Prochaska, J. O., & Velicer, W. F. (1997). The transtheoretical model of health behavior change. *American journal of health promotion*, 12(1), 38-48.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1993). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *Addictions Nursing Network*, 5(1), 2-16.

- Rahim, S. I., Abumadini, M. S., Khalil, M. S., & Musa, T. (2005). Long-term outcome of treated addiction in Saudi Arabia: Predictors of Relapse in 10-year Follow-up. *Arab Journal of Psychiatry*, 16(2), 83–97.
- Raihan, N., & Cogburn, M. (2021). *Stages of change theory*. In StatPearls [Internet]. StatPearls Publishing.
- Rance, J., & Treloar, C. (2015). We are people too: consumer participation and the potential transformation of therapeutic relations within drug treatment. *Int J Drug Policy*. 26 (1), 30-36. DOI: 10.1016/j.drugpo.2014.05.002
- Rebar, C. L., & Macnee, C. L. (2010). *Understanding nursing research: Reading and using research in evidence-based practice*. Lippincott Williams & Wilkins
- Reif, S., Braude, L., Lyman, D. R., Dougherty, R. H., Daniels, A. S., Ghose, S. S., Salim, O., & Delphin-Rittmon, M. E. (2014). Peer recovery support for individuals with substance use disorders: Assessing the evidence. *Psychiatric Services*, 65(7), 853–861. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201400047>
- Rey, F. L. G., y Martínez, A. M. (2017). El desarrollo de la subjetividad: una alternativa frente a las teorías del desarrollo psíquico. *Papeles de Trabajo sobre Cultura, Educación y Desarrollo Humano: Working Papers on Culture, Education and Human Development*, 13(2), 3-20.
- Reyes-Lagunes, I., & García y Barragán, L. F. (2008). Procedimiento de validación psicométrica culturalmente relevante: un ejemplo. *La psicología social en México*, 12(1), 625-630.
- Ritsher, J. B., McKellar, J. D., Finney, J. W., Otilingam, P. G., & Moos, R. H. (2002). Psychiatric comorbidity, continuing care and mutual help as predictors of five-year remission from substance use disorders. *Journal of Studies on Alcohol*, 63(6) 709–715. <https://doi.org/10.15288/jsa.2002.63.709>
- Rivière, A. (2002). *La psicología de Vigotsky*. Madrid: Aprendizaje Visor.
- Robertson, I. E. & Nesvåg, S. M. (2019). Into the unknown: Treatment as a social arena for drug users' transition into a non-using life. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 36(3), 248–266. <https://doi.org/10.1177/1455072518796898>
- Roco Videla, Á., Hernández Orellana, M., & Silva González, O. (2021). ¿Cuál es el tamaño muestral adecuado para validar un cuestionario? *Nutrición Hospitalaria*, 38(4), 877-878
- Rhodas, R. E., Cox, A., and Reza Sayar, M. A. (2022). What predicts the physical activity intention–behavior gap? A Systematic Review. *Ann. Behav. Med.* 56, 1–20. doi: 10.1093/abm/kaab044
- Rogers, C. R. (1961). *El proceso de convertirse en persona. Mi técnica terapéutica*. Paidós
- Rogoff, B. (1997). Los tres planos de la actividad sociocultural: apropiación participativa, participación guiada y aprendizaje. *La mente sociocultural. Aproximaciones teóricas y aplicadas*, 111-128.
- Rome, A. M., McCartney, D., Best, D., & Rush, R. (2017). Changes in Substance Use and Risk Behaviors One Year After Treatment: Outcomes Associated with a Quasi-Residential Rehabilitation Service for Alcohol and Drug Users in Edinburgh. *Journal of Groups in Addiction & Recovery*, 12(2-3), 86–98. doi:10.1080/1556035x.2016.1261384.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American psychologist*, 55(1), 68.
- Ruiz, M., & San Martín, R (1992). Una simulación sobre el comportamiento de la regla K1

- en la estimación del número de factores. *Psicothema*. 4(2), 543-550
- Sánchez Manga, A. (2012). *Análisis de componentes principales: versiones dispersas y robustas al ruido impulsivo*. Proyecto de Fin de Carrera.
- Sánchez Solís, A., Saucedo Ramos, C. L., & García Silberman, S. (2015). Análisis de la aproximación de Alcohólicos Anónimos a los pacientes hospitalizados. *Salud mental*, 38(3), 159-166.
- Sannibale, C., Hurkett, P., van den Bossche, E., O'Connor, D., Zador, D., Capus, C., Gregory, K., & McKenzie, M. (2003). Aftercare attendance and post-treatment functioning of severely substance dependent residential treatment clients. *Drug and Alcohol Review*, 22(2), 181–190. <https://doi.org/10.1080/09595230100100624>
- Santos, C., Pimenta, C., & Nobre, M. (2007). PICO strategy for the construction of the research question and the search for evidence. *Revista latinoamericana de enfermería*, 15(3). <https://www.scielo.br/j/rlae/a/CfKNnz8mvSqVjZ37Z77pFsy#:~:text=PICO%20representants%20an%20acronym%20for,10%2C13%2D15>
- Sautu, R., Boniolo, P., Dalle, P., & Elbert, R. (2005). Manual de metodología: construcción del marco teórico, formulación de los objetivos y elección de la metodología. CLACSO
- Schmidt, L. K., Bojesen, A. B., Nielsen, A. S., & Andersen, K. (2018). Duration of therapy—Does it matter? A systematic review and meta-regression of the duration of psychosocial treatments for alcohol use disorder. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 84, 57-67. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2017.11.002>
- Schmitt, T. A., Sass, D. A., Chappelle, W., y Thompson, W. (2018). Selecting the “best” factor structure and moving measurement validation forward: An illustration. *Journal of Personality Assessment*, 100(4), 345-362. <https://doi.org/10.1080/00223891.2018.1449116>
- Schumacker, R. E., & Lomax, R. G. (2010). *A beginner's guide to structural equation modeling* (3rd Ed.). Mahwah, NJ: Erlbaum
- Schwartz, S.J., Côté, J.E., & Arnett, J.J. (2005). Identity and agency in emerging adulthood: Two developmental routes in the individualization process. *Youth & Society*, 37(2): 201–229
- Scott, C. K., Foss, M. A., & Dennis, M. L. (2005). Pathways in the relapse-treatment-recovery cycle over 3 years. *Journal of substance abuse treatment*, 28(2), S63-S72-
- Secretaría de Salud [SS], (1999). *NORMA Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-1999, Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones*. Gobierno de México. <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/028ssa29.html>
- Sheedy, C. K., & Whitter, M. (2013). Guiding principles and elements of recovery-oriented systems of care: What do we know from the research?. *Journal of Drug Addiction, Education, and Eradication*, 9(4), 225.
- Shimane, T., & Misago, C (2004). [Drug Addiction Self-Help Recovery scale (DASH-scale): an approach to the measurement of recovery from drug addiction in self-help program among drug addicts]. *Nihon Arukoru Yakubutsu Igakkai Zasshi*. 39(6), 537-47.
- Shin, H.C., Marsh, J. C., Cao, D., & Andrews, C. M. (2011). Client–Provider relationship in comprehensive substance abuse treatment: Differences in residential and non-residential settings. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 41(4), 335–346. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2011.03.007>
- Simpson, D. D. (1990). Longitudinal outcome patterns. In D. D. Simpson, & S. B. Sells

- (Eds.), *Opioid addiction and treatment: A 12-year follow-up* (pp. 55–71). Malabar, FL: Robert E. Krieger Publishing Company
- Simpson, D. D., & Sells, S. B. (1982). Effectiveness of treatment for drug abuse: An overview of the DARP research program. *Advances in Alcohol and Substance Abuse*, 2 (1), 7 – 29.
- Simpson, D. D., Joe, G. W., & Brown, B. S. (1997). Length of stay in treatment and follow-up outcomes in DATOS. *Psychology of Addictive Behaviors*, 11 (4), 294 – 307.
- Simpson, D. D., Joe, G. W., Lehman, W. E., & Sells, S. B. (1986). Addiction careers: Etiology, treatment, and 12-year follow-up outcomes. *Journal of Drug Issues*, 16(1), 107-122. DOI:10.1177/002204268601600106
- Sinha, R. (2011). New Findings on Biological Factors Predicting Addiction Relapse Vulnerability. *Current Psychiatry Reports*, 13(5), 398–405. <https://doi.org/10.1007/s11920-011-0224-0>
- Sirvent, C., Herrero, J., Moral, MdIV., & Rodríguez, F.J. (2019). Evaluation of self-deception: Factorial structure, reliability and validity of the SDQ-12 (self-deception questionnaire). *PLOS ONE* 14(1): e0210815. doi:[10.1371/journal.pone.0210815](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0210815)
- Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones [SISVEA]. (2021). *Informe SISVEA 2021*. Secretaría de Salud. Gobierno de México. [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/760957/informe\\_sisvea\\_2021.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/760957/informe_sisvea_2021.pdf)
- Skinner, B.F. (1975). *La conducta de los organismos*. Fontanella.
- Sobell, L. C., & Sobell, M. B. (2011). *Group therapy for substance use disorders: A motivational cognitive-behavioral approach*. Guilford Press
- Staats, A. W. (1983). *Psychology's crisis of disunity*. Nueva York, EUA: P
- Stallvik, M., Flemmen, G., Salthammer, J.A., & Nordfjærn T. (2019). Assessing health service satisfaction among users with substance use disorders within the municipalities in Norway. *Subst Abuse Treat Prev Policy*.14 (1), 18. DOI: [10.1186/s13011-019-0207-4](https://doi.org/10.1186/s13011-019-0207-4)
- Standing, G. (2011). *The precariat: The new dangerous class* (p. 208). Bloomsbury academic.
- Stemler, SE., (2004). A comparison of consensus, consistency, and measurement approaches to estimating interrater reliability. *Practical Assessment, Research and Evaluation* 9(4).
- Sternberg, R. J. (2005). (Ed.). *The unity of psychology. Possibility or pipedream?* Washington, D.C., EUA: American Psychological Association.
- Stevens, J. (1996). *Applied multivariate statistics for the social sciences* (3rd ed.). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Stott, A., & Priest, H. (2018). Narratives of recovery in people with coexisting mental health and alcohol misuse difficulties. *Advances in Dual Diagnosis*, 11(1), 16–29. doi:10.1108/add-08-2017-0012
- Sturmey, P., Newton, J. T., Cowley, A., Bouras, N., & Holt, G. (2005). The PAS–ADD Checklist: independent replication of its psychometric properties in a community sample. *The British Journal of Psychiatry*, 186(4), 319-323.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration [SAMSHA] (2021a). *National Survey of Drug Use and Health (NSDUH) 2021*. Releases. <https://www.samhsa.gov/data/release/2021-national-survey-drug-use-and-health-nsduh-releases>
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration [SAMSHA] (2021b). *SAMHSA*

- Announces National Survey on Drug Use and Health (NSDUH) Results Detailing Mental Illness and Substance Use Levels in 2021.* <https://www.hhs.gov/about/news/2023/01/04/samhsa-announces-national-survey-drug-use-health-results-detailing-mental-illness-substance-use-levels-2021.html>
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration [SAMSHA] (2021c). *Estrategia de prevención de sobredosis.* Gobierno de los Estados Unidos. <https://www.hhs.gov/overdose-prevention/>
- Tajfel, H. y Turner, JC (1979). Una teoría integradora de conflictos intergrupales. En WG Austin, & S. Worchel (Eds.), *La psicología social de las relaciones intergrupales.* 33-37. Monterrey, CA: Brooks/Cole.
- Tavakol, M. & Dennick, R. (2011). Making sense of Cronbach's alpha. *Int J Med Educ, 2,* 53-55
- Teesson, M., Marel, C., Darke, S., Ross, J., Slade, T., Burns, L., & Mills, K.L. (2017). Trajectories of heroin use: 10-11-year findings from the Australian Treatment Outcome Study. *Addiction, 112,* 1056–1068. <https://doi.org/10.1111/add.13747>.
- Tenembaum, S. (1961). Carl R. Rogers y la enseñanza no dirigida. En: Rogers C. R. (1961) *El proceso de convertirse en persona. Mi técnica terapéutica.* Ed. Paidós.
- ter Avest, I. (2017). “I experienced freedom within the frame of my own narrative”: the contribution of psychodrama techniques to experiential learning in teacher training. *Int. Rev. Educ.* 63, 71–86. doi: 10.1007/s11159-017-9617-6
- Thomas, B. H., Ciliska, D., Dobbins, M., & Micucci, S. (2004). A process for systematically reviewing the literature: Providing the research evidence for public health nursing interventions. *Worldviews on Evidence-Based Nursing, 1*(3), 176–184. <https://doi.org/10.1111/j.1524-475X.2004.04006.x>
- Thoits, P. A., & Virshup, L. K. (1997). Me's and we's. *Self and identity: Fundamental issues,* 106-133.
- Timko, C., & De Benedetti, A. (2007). A randomized controlled trial of intensive referral to 12-step self-help groups: One-year outcomes. *Drug and Alcohol Dependence, 90,* 270–279.
- Tintaya Condori, P. (2019). Psicología y personalidad. *Revista de investigación psicológica,* (21), 115-134.
- Torregosa Peris, J.R. (1984). *La interiorización de la estructura social.* Hora.
- Torres, E. S. B., San Vicente, L. E., Velasco-Rojano, E., & Morales, S. E. C. (2018). Validación del Inventario Situacional de Consumo de Alcohol en personas que buscan tratamiento en México. *Revista internacional de investigación en adicciones,* 4(2), 33-40
- Tracy, K., & Wallace, S. P. (2016). Benefits of peer support groups in the treatment of addiction. *Substance abuse and rehabilitation, 7,* 143–154. <https://doi.org/10.2147/SAR.S81535>
- Trent, J., Lavelock, C. y King, L.A. (2013). Fluidez de procesamiento, afecto positivo y juicios sobre el significado de la vida. *El Diario de Psicología Positiva, 8*(2), 135–139. <https://doi.org/10.1080/17439760.2013.772220>.
- Tudge, J. & Winterhoff, P. (1993). *Vygotsky, Piaget, and Bandura: Perspectives on the Relations between the Social World and Cognitive Development.* EUA: University of North Carolina at Greensboro, N.C.
- Turner, J. C. (1985). Social categorization and the self-concept: A social-cognitive theory of group behavior. In E. J. Lawler (Ed.), *Advances in group processes: Theory and*

- research*, 2, 77-122. Greenwich, CT: JAI Press.
- Turner, J. C., Hogg, M. A., Oakes, P. J., Reicher, S. D., & Wetherell, M. S. (1987). *Rediscovering the social group: A self-categorization theory*. Basil Blackwell.
- United Nations Office on Drugs and Crime [UNODC]. (2003). *Por qué invertir en el tratamiento del abuso de drogas: Documento de debate para la formulación de políticas*. [https://www.unodc.org/docs/treatment/Investing\\_S.pdf](https://www.unodc.org/docs/treatment/Investing_S.pdf)
- United Nations Office on Drugs and Crime [UNODC]. (2018). *Informe mundial sobre las drogas 2018. Resumen, conclusiones y consecuencias en materia de políticas*. [https://www.unodc.org/wdr2018/prelaunch/WDR18\\_ExSum\\_Spanish.pdf](https://www.unodc.org/wdr2018/prelaunch/WDR18_ExSum_Spanish.pdf)
- Van Camp, L. S. C., Sabbe, B. G. C., & Oldenburg, J. F. E. (2017). Cognitive insight: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 55, 12-24.
- Vaillant, G. E. (2003). A 60-year follow-up of alcoholic men. *Addiction*, 98(8), 1043-1051.
- Velez, C.M., Nicolaidis, C., Korthuis, P.T., & Englander, H. (2017). “It’s been an experience, a life learning experience”: a qualitative study of hospitalized patients with substance use disorders. *J Gen Intern Med*. 32 (3), 296-303. DOI: 10.1007/s11606-016-3919-4
- Veseth, M., Moltu, C., Svendsen, T.S., Nesva, °g S., Slyngstad, T.E., Skaalevik, A.W., & Bjornestad J.A. (2019). Stabilizing and destabilizing social world: close relationships and recovery processes in SUD. *J Psychosoc Rehabil Ment Health*. 6(1), 93–106. <https://doi.org/10.1007/s40737-019-00137-9>
- Vigotsky, L. S. (1979). Internalización de las funciones psicológicas superiores. En L. Vigotsky (Ed.), *El desarrollo de los procesos psíquicos superiores* (pp. 92-133). Barcelona: Editorial Crítica.
- Vigotsky, L. S. (1987). *Historia de las Funciones Psíquicas Superiores*. Editorial Científico Técnica.
- Volkow, N. D., Chang, L., Wang, G. J., Fowler, J. S., Franceschi, D., Sedler, M., ... & Logan, J. (2001). Loss of dopamine transporters in methamphetamine abusers recovers with protracted abstinence. *Journal of Neuroscience*, 21(23), 9414-9418.
- Waldorf, D., & Biernacki, P. (1981). The natural recovery from opiate addiction: Some preliminary findings. *Journal of Drug Issues*, 11(1), 61-74. Doi:10.1177/002204268301300205
- Walton, M. T. (2015). Insight, Motivation and Outcome in Drug Treatment for Offenders: A Review of the Recent Literature. *Journal of Addiction Research & Therapy*, 6(01). 210.
- Wang, G. J., Volkow, N. D., Chang, L., Miller, E., Sedler, M., Hitzemann, R., ... & Fowler, J. S. (2004). Partial recovery of brain metabolism in methamphetamine abusers after protracted abstinence. *American Journal of Psychiatry*, 161(2), 242-248.
- Wangensteen, T., & Hystad, J. (2022). A comprehensive approach to understanding substance use disorder and recovery: Former patients’ experiences and reflections on the recovery process four years after discharge from SUD treatment. *Journal of Psychosocial Rehabilitation and Mental Health*, 9(1), 45-54.
- Wangensteen, T., & Hystad, J. (2022a). Trust and collaboration between patients and staff in SUD treatment: A qualitative study of patients’ reflections on inpatient SUD treatment four years after discharge. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 39(4), 418-436.

- Wangensteen, T., Halsa, A., & Bramness, J. G. (2020). Creating meaning to substance use problems: a qualitative study with patients in treatment and their children. *Journal of Substance Use*, 1–5. doi:10.1080/14659891.2020.1715497
- Webb, L., Clayson, A., Duda-Mikulín, E., & Cox, N. (2022). *I'm getting the balls to say no'*: Trajectories in long-term recovery from problem substance use. *J Health Psychol.*27(1), 69-80. doi: 10.1177/1359105320941248.E
- Weiss, R. D., Griffin, M. L., Gallop, R. J., Najavits, L. M., Frank, A., Crits-Christoph, P., Thasee, M., Blaine, J., Gastfriend, D., Daley, D., & Luborsky, L. (2005). The effect of 12-step self-help group attendance and participation on drug use outcomes among cocaine-dependent patients. *Drug and Alcohol Dependence*, 77(2), 177-184. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2004.08>
- Wenaas, M., Bahl, N.K.H., Kiik, R., & Juberg, A. (2021). Patient Assessments of the Factors Facilitating and Impeding User Involvement During the First Phase of Substance Abuse Treatment. *Subst Abuse*. 13, 15. doi: [10.1177/11782218211050368](https://doi.org/10.1177/11782218211050368)
- Werch, C.E., Meers, B.W. y Hallan, J.B. (1992). An analytic review of 73 college-based drug abuse prevention programs. *Health Values*, 16, 38-45.
- Wertsch, J. (1993). *Voces de la mente. Un enfoque sociocultural para el estudio de la acción mediada*. Madrid: Aprendizaje Visor
- Westen, D., & Novotny, C. M. (2004). Thompson-Brenner (2004). The empirical status of empirically supported psychotherapies: Assumptions, findings, and reporting in controlled clinical trials. *Psychological Bulletin*, 130(4), 631-663.
- Weston, S., Honor, S., & Best, D. (2018). A tale of two towns: a comparative study exploring the possibilities and pitfalls of social capital among people seeking recovery from substance misuse. *Subst Use Misuse*. 53 (3), 490–500. DOI: 10.1080/10826084.2017.1341925
- White, W. (2009). *Peer-based addiction recovery support: History, theory, practice and scientific evaluation*. Great Lakes Addiction Technology Transfer Center, Philadelphia Department of Behavioral Health & Mental Retardation Services
- White, W. L. (2007). Addiction recovery: Its definition and conceptual boundaries. *Journal of substance abuse treatment*, 33(3), 229-241.
- White, W. L., & Miller, W. R. (2007). The use of confrontation in addiction treatment: History, science and time for change. *Counselor*, 8(4), 12-30.
- Witbrodt, J., Mertens, J., Kaskutas, L. A., Bond, J., Chi, F., & Weisner, C. (2012). Do 12-step meeting attendance trajectories over 9 years predict abstinence? *Journal of Substance Abuse Treatment*, 43(1), 30–43. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2011.10.004>
- Witbrodt, J., Ye, Y., Bond, J., Chi, F., Weisner, C., & Mertens, J. (2014). Alcohol and drug treatment involvement, 12-step attendance and abstinence: 9-year cross-lagged analysis of adults in an integrated health plan. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 46(4), 412–419, <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2013.10.015>
- Woolfolk, A. (2006). *Psicología educativa*. Pearson educación.
- Woody, G.E., Luborsky, L., et al., (1994). Similarity of outcome predictors across opiate, cocaine, and alcohol treatments: role of treatment services. *Consult. Clin. Psychol.* 62, 1141–1158.
- Worthington, R., & Whittaker, T. (2006). Scale development research: A content analysis and recommendations for best practices. *The Counseling Psychologist*, 34(6), 806-838.
- Yalom, I. D. & Leszcz, M. (2020). *The Theory and Practice of Group Psychotherapy*, 6th

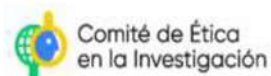
- ed.; Basic Books: New York, NY, USA.
- Yalom, I. D. (1983). *Inpatient Group Psychotherapy*; Basic Books: New York, NY, USA.}
- Yechiam, E., Stout, J. C., Busemeyer, J. R., Rock, S. L., & Finn, P. R. (2005). Individual differences in the response to forgone payoffs: An examination of high functioning drug abusers. *Journal of Behavioral Decision Making*, 18(2), 97–110. doi:10.1002/bdm.48
- Young, L. B. (2011). Hitting Bottom: Help Seeking Among Alcoholics Anonymous Members. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 11(4), 321–335.
- Zadro, L., Williams, K.D. y Richardson, R. (2004). ¿Cuán bajo Puedes ir? El ostracismo por parte de una computadora es suficiente para reducir los niveles auto informados de pertenencia, control, autoestima y existencia significativa. *Revista de Psicología Social Experimental*, 40(4), 560–567. <https://doi.org/10.1016/j.jesp.2003.11.006>
- Zhang, M., Zhao, D., Zhang, Z., Cao, X., Yin, L., Liu, Y., ... & Luo, W. (2019). Time perception deficits and its dose-dependent effect in methamphetamine dependents with short-term abstinence. *Science advances*, 5(10), eaax6916.
- Zhang, C. Q., Zhang, R., Schwarzer, R., & Hagger, M. S. (2019). A meta-analysis of the health action process approach. *Health Psychology*, 38(7), 623.
- Zule, W. A., Lam, W. K. K., & Wechsberg, W. M. (2003). Treatment readiness among out-of-treatment African American crack users. *Journal of Psychoactive Drugs*, 35(4), 503–510. doi:10.1080/02791072.2003.1040049.

## Anexos

### Anexo 1. Dictamen del Comité de Ética



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA  
DE CIUDAD JUÁREZ



Resolución CEI-2022-1-548

Ciudad Juárez, Chihuahua, a 8 de abril de 2022

**Alexis Amelio Fernández Flores**  
**Dr. Gerardo Ochoa Meza**  
**Presente.**

El Comité de Ética en la Investigación (CEI), después de recibir las recomendaciones atendidas del protocolo de investigación CEI-2021-2-93, denominado "Factores modificables asociados a recaídas: un análisis predictivo en usuarios reincidentes en drogodependencias", resolvió:

**Dictamen favorable**

**Atentamente**  
**"Por una vida científica**  
**Por una ciencia vital"**



Dra. Gwendolyne Peraza Mercado  
Presidente del Comité de Ética en la  
Investigación



Dra. María de Jesús Viloría Beltrán  
Secretaria del Comité de Ética  
en la Investigación

c.c.p. Archivo.

## Anexo 2. Consentimiento informado

A través de este consentimiento se manifiesta que:

Se le está invitando a participar en el proyecto de investigación “Identidad de recuperación en personas con trastorno por consumo de sustancias durante tratamiento con prevención de recaídas”. Mismo que tiene como objetivo analizar los cambios psicológicos graduales en el periodo de tratamiento y prevención de recaídas de personas con trastorno por consumo de sustancias mediante la construcción de una identidad de recuperación. Su participación consiste en responder una serie de preguntas que se realizan mediante una entrevista, donde se solicita información relacionada a aspectos vinculados al tratamiento recibido y, con el periodo de postratamiento. La participación en cada encuentro es voluntaria, aunque se tomará en cuenta la asistencia y se solicita que puedan mantener su colaboración hasta el final para alcanzar un mayor impacto en la recopilación de información.

Los datos de su nombre, dirección, o cualquier actividad que se comparta se manejarán de manera anónima, estrictamente confidencial y solo será empleada con fines científicos. El tiempo estimado de duración de cada entrevista es de 60 minutos aproximadamente y, se utilizará un aparato electrónico (celular, tableta o computadora) para grabación. Los riesgos que se pueden derivar de los procedimientos son explorar aspectos sensibles asociados a las consecuencias del consumo de drogas y sus consecuencias en la vida de los usuarios, sin embargo, se contará con una asesoría psicológica o canalización a una institución que permita brindar algún servicio de contención y/o terapia psicológica.

El estudio presenta los siguientes beneficios: Recabar información válida que permita evaluar las causales que más se asocian con las recaídas y/ recuperación, según la percepción de los propios usuarios recuperados en el consumo. Esto permitirá discriminar las variables que más peso tienen en el retorno del consumo y, a partir de entonces poder diseñar programas de intervención precisos y eficaces. Además, los investigadores se comprometen a entregar y explicar a los participantes la información actualizada obtenida del estudio sin que signifique gasto alguno.

Se me ha explicado que mi participación es voluntaria y que puedo abandonar el estudio en el momento que lo desee sin que esto afecte mi relación de ninguna manera. Se me ha garantizado que mis datos serán confidenciales, por lo que no me solicitan el brindar datos de identificación, como mi nombre o dirección residencial.

Declaro que todo lo que se ha mencionado en este documento me fue explicado verbalmente.

Con fecha \_\_\_\_\_ y, habiendo comprendido lo anterior y una vez que se me aclararon todas las dudas que surgieron con respecto a mi participación, acepto participar en el estudio antes mencionado.

\_\_\_\_\_  
Nombre, firma y/o huella digital del/la participante

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del testigo 1

Dirección

Relación que guarda con el participante: \_\_\_\_\_

Para preguntas o comentarios comunicarse con el Mtro. Alexis Amelio Fernández Flores responsable del Proyecto, al teléfono 656 5279599, y al correo electrónico al199201@alumnos.uacj.mx

En caso de sentir vulnerados sus derechos, puede comunicarse con la Dra. Gwendolyne Peraza Mercado y/o Dra. María de Jesús Viloría Beltrán, Presidente y Secretaria del Comité de Ética en la Investigación de la UACJ, a los correos [gperaza@uacj.mx](mailto:gperaza@uacj.mx) y [maria.viloria@uacj.mx](mailto:maria.viloria@uacj.mx)

A través de este consentimiento se manifiesta que:

Se le está invitando a participar en el proyecto de investigación ““Identidad de recuperación en personas con trastorno por consumo de sustancias durante tratamiento con prevención de recaídas”. Mismo que tiene como objetivo analizar los cambios psicológicos graduales en el periodo de tratamiento y prevención de recaídas de personas con trastorno por consumo de sustancias mediante la construcción de una identidad de recuperación. La investigación busca explicar cuáles son los elementos que más influyen en el mantenimiento de la abstinencia o en la recaída en el consumo de drogas.

Su participación consiste en responder unas preguntas que se realizan en unas escalas de medición donde se solicita información relacionada a aspectos vinculados al tratamiento recibido y al periodo de recuperación. La participación para el llenado de las pruebas es voluntaria y se agradece su sinceridad al contestarlos.

Los participantes serán seleccionados en base a los siguientes criterios de inclusión: presentar estados de recuperación y/o rehabilitación y disposición a participar voluntariamente. En tanto, como criterios de exclusión se emplearán: no desear participar en el proceso de llenado de la escala, no comprender cómo responder las preguntas realizadas en la prueba de medición o algún tipo de incapacidad mental diagnosticada y presentar menos de un año de abstinencia. A su vez, las técnicas de recopilación de información a utilizar serán: la administración de instrumentos psicométricos.

Los datos de su nombre, dirección, o cualquier actividad que se comparta se manejarán de manera anónima, estrictamente confidencial y solo será empleada con fines científicos. El tiempo estimado de duración para el llenado de cada prueba será de 60 minutos aproximadamente y, se utilizará un aparato electrónico (celular, tableta o computadora) para grabación. Los riesgos que se pueden derivar de los procedimientos son explorar aspectos sensibles asociados a las consecuencias del consumo de drogas y sus consecuencias en la vida de los usuarios, sin embargo, se contará con una canalización a una institución que permita brindar algún servicio de contención y/o terapia psicológica.

El estudio presenta los siguientes beneficios: Recabar información válida que permita evaluar las causales que más se asocian con las recaídas, según la respuesta de los propios usuarios reincidentes en el consumo. Esto permitirá conocer cuáles aspectos tienen más peso en el retorno del consumo y, a partir de entonces diseñar mejores programas de intervención. Además, los investigadores se comprometen a entregar la información actualizada obtenida del estudio a la institución sin que signifique gasto alguno.

Se me ha explicado que mi participación es voluntaria y que puedo abandonar el estudio en el momento que lo desee sin que esto afecte mi relación de ninguna manera. Se me ha garantizado que mis datos serán confidenciales, por lo que no me solicitan el brindar datos de identificación, como mi nombre o dirección residencial.

Declaro que todo lo que se ha mencionado en este documento me fue explicado verbalmente.

Con fecha \_\_\_\_\_ y, habiendo comprendido lo anterior y una vez que se me aclararon todas las dudas que surgieron con respecto a mi participación, acepto participar en el estudio antes mencionado.

\_\_\_\_\_  
Nombre, firma y/o huella digital del/la participante

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del testigo 1

Dirección

Relación que guarda con el participante: \_\_\_\_\_

Firma del responsable del proyecto

#### NOTA DISPENSA DE CONSENTIMIENTO:

Este documento se extiende por duplicado, quedando un ejemplar en poder del sujeto de investigación o de su representante legal y el otro en poder del investigador. Queda entendido que este documento estará disponible para su consulta y deberá ser conservado por el investigador responsable durante un mínimo de 5 años (NOM- 004-SSA3-2012).

Para preguntas o comentarios comunicarse con el Dr. Alberto Castro Valles responsable del Proyecto, al correo electrónico [alcastro@uacj.mx](mailto:alcastro@uacj.mx)

En caso de sentir vulnerados sus derechos, puede comunicarse con la Dra. Gwendolyne Peraza Mercado y/o Dra. María de Jesús Viloría Beltrán, Presidente y Secretaria del Comité de Ética en la Investigación de la UACJ, a los correos [gperaza@uacj.mx](mailto:gperaza@uacj.mx) y [maria.viloria@uacj.mx](mailto:maria.viloria@uacj.mx)

### Anexo 3. Instrumentos de investigación

#### *Encuesta para determinar expertos (estudio 2)*

Estimado(a) Colega: Tomando en cuenta su preparación y experiencia profesional, solicitamos su colaboración para evaluar el diseño de una entrevista semiestructurada que pretende explorar el impacto que tienen la interacción de algunos factores relacionados con el tratamiento en la interiorización de una identidad de recuperación a largo plazo, así como la lógica interna que sigue la maduración de este proceso desde la opinión de exconsumidores que llevan más de un año de abstinencia. Sus comentarios y recomendaciones contribuirán a perfeccionar diseño de la entrevista en curso. Pero antes, es preciso que desarrolle una autoevaluación de sus conocimientos sobre la temática a evaluar y, posteriormente valore la propuesta en base a los indicadores que se presentarán. Su ayuda será altamente valiosa. Gracias por su tiempo y contribución

Nombre del candidato a experto:

Marque con una X la opción que corresponda con su caso:

<b>I. Formación académica del experto</b>	<b>Opción</b>
a) Doctor	
b) Máster	
c) Especialista (Diplomados y cursos de superación)	
d) Licenciatura	
<b>II. Experiencia en investigaciones cualitativas (métodos cualitativos)</b>	
a) Más de 5 años	
b) Entre 2 y 5 años	
c) Menos de dos años	
d) Menos de 1 año	
<b>III. Relación con el tema de recaídas en drogas que se investiga (Preparación en la temática y en qué nivel)</b>	
a) Ha participado en estudios sobre la temática con una duración de más de 50 horas	
b) Ha realizado trabajo comunitario sobre la temática con una duración de más de 40 horas	
c) Ha realizado cursos recibidos sobre la temática de más de 30 horas	
d) Ha consultado bibliografía sobre el tema dedicando más de 20 horas	
e) Ninguna relación, ni experiencia ni preparación	

### ***Evaluación de la calidad general de la entrevista semiestructurada***

Estimado(a) colega: Por este medio solicitamos que valore el diseño global de una entrevista semiestructurada dirigida a exconsumidores recuperados que han logrado mantener la abstinencia por más de 1 año. Tome en cuenta las dimensiones e indicadores establecidos para evaluar la calidad de la misma. Contamos con su colaboración. Muchas gracias

Marque totalmente de acuerdo (TA= 5), de acuerdo (DA= 4), neutral (N= 3), en desacuerdo (ED= 2) y totalmente en desacuerdo (TD= 1) según corresponda:

<b>Indicadores de evaluación de calidad</b>	<b>TA</b>	<b>DA</b>	<b>N</b>	<b>ED</b>	<b>TD</b>
La cantidad de preguntas realizadas permite obtener respuestas espontáneas, ricas, específicas y pertinentes del entrevistado					
Las preguntas están planteadas de manera clara, simple, sencillas y breves, sin ser tediosas ni provocar la distracción del participante					
Las preguntas se realizan de manera comprensible, precisa y sin utilizar un lenguaje académico o jerga profesional					
Las preguntas no emplean términos confusos, ambiguos y de doble sentido					
El lenguaje de las preguntas se adapta al habla de la población a la que van dirigidas tomando en cuenta su nivel educativo y el socioeconómico					
Las preguntas no buscan incomodar a la persona encuestada ni ser percibidas como amenazantes y nunca ésta debe sentir que se le enjuicia					
Las preguntas realizadas no buscan inducir las respuestas.					
Las preguntas evalúan el contenido y/o constructo específico que se desea explorar y no otro					
Se realizaron la cantidad de preguntas suficientes para explorar el tema en toda su profundidad					
<b>Puntaje Total</b>					
De las preguntas realizadas, mencione las que en su opinión deben ser relaboradas, eliminadas o sustituidas para mejorar la calidad de la entrevista					
Mencione qué categorías y/o constructos considera deben ser explorados con preguntas en mayor profundidad					

**Entrevista de calidad alta: 35-45 puntos**

**Entrevista de calidad media: 22- 34 puntos**

**Entrevista de calidad baja: 9-21 puntos**

## Evaluación de la calidad en la redacción de las preguntas

Estimado(a) colega: Por este medio solicitamos que evalúe la calidad en la redacción de unas preguntas, que corresponden a una entrevista semiestructurada dirigida a usuarios rehabilitados que han logrado mantener la abstinencia por más de 1 año. Contamos con su colaboración. Muchas gracias

Por favor, mencione en qué medida está de acuerdo con la redacción de las preguntas propuestas a continuación y, plantee una redacción alternativa correcta si así lo considera pertinente:

Categoría	Constructos	Preguntas y/o redacción alternativa	TA	DA	N	ED	TD	
Factores relacionados con el tratamiento	Duración del tratamiento	1. ¿Cuánto deberían durar los programas de rehabilitación para que las personas logren recuperarse de mejor manera?						
		<i>Opción de redacción alternativa:</i>						
		2. ¿Cuál es el tiempo que más ha estado sin consumir drogas después de finalizar un programa de rehabilitación?						
			<i>Opción de redacción alternativa:</i>					
		3. ¿Qué características tenía el programa de recuperación al que acudió antes de mantener la abstinencia por mayor cantidad de tiempo?						
		<i>Opción de redacción alternativa:</i>						
	Cuidados posteriores (atención continua)	4. ¿Cuánto debería ser el tiempo de seguimiento de las personas que se han rehabilitado? ¿Es decir, hasta cuando podemos suponer que ya no hay peligro de recaer?						
		<i>Opción de redacción alternativa:</i>						
		5. ¿Cómo le ha ayudado acudir a sesiones de seguimiento después de concluir un programa de rehabilitación? ¿Qué herramientas les ha brindado?						
		<i>Opción de redacción alternativa:</i>						
		6. ¿Con qué frecuencia acude a los encuentros de seguimientos?						
		<i>Opción de redacción alternativa:</i>						
Grupos autoayuda	7. ¿Cuáles son las ventajas más notables que le ha brindado acudir a las sesiones de seguimiento al finalizar los programas de rehabilitación?							
	<i>Opción de redacción alternativa:</i>							
	8. ¿Considera que es posible controlar el consumo una vez que se haya rehabilitado sin que esto afecte su vida?							
	<i>Opción de redacción alternativa:</i>							
	9. ¿Cómo le ha ayudado en su recuperación el testimonio y apoyo de otros usuarios en recuperación?							
	<i>Opción de redacción alternativa:</i>							
Motivación por el tratamiento	10. ¿Qué elementos dentro de los programas de rehabilitación de basado en el apoyo de pares son los que más le han ayudado en su recuperación?							
	<i>Opción de redacción alternativa:</i>							
	11. ¿Cuáles pueden ser las ventajas que se obtienen cuando alguien abandona un tratamiento de rehabilitación? ¿Ahora, por favor hábleme de ¿Cuáles considera que serían las desventajas?							
	<i>Opción de redacción alternativa:</i>							
	12. ¿Cuénteme como fue el proceso por el cual usted tomó la decisión de rehabilitarse? ¿Quiénes participaron e influyeron de manera más intensa en esa decisión? ¿Usted ¿Que tan motivado se encontraba? ¿Por qué? ¿Qué sucedió que lo impulsó a buscar ayuda profesional de manera decidida? ¿Cuáles fueron las 3 razones más importantes para hacerlo? ¿Cuándo se puede decir que un usuario en verdad se decide a cambiar?							
	<i>Opción alternativa de redacción:</i>							

		13. En una escala del 1 al 10, donde 1 significa “nada importante” y 10 significa “lo más importante” ¿Qué tan necesario es para usted hacer cambios en sus hábitos de consumo?						
		<b>Opción alternativa de redacción:</b>						
		14. ¿Qué pasos concretos estarías dispuesto a tomar y comprometerse por alcanzar ese cambio?						
		<b>Opción alternativa de redacción:</b>						
		15. ¿Qué ventajas imaginas podrían pasar en tu vida si decides comprometerte con hacer este cambio?						
		<b>Opción alternativa de redacción:</b>						
		16. ¿Cuánto tiempo está dispuesto a participar en un tratamiento para superar una adicción?						
		<b>Opción alternativa de redacción:</b>						
	Calidad del tratamiento	17. ¿Cuáles tratamientos son los que más le han ayudado en el cese de consumo de drogas por periodos de tiempo prolongados?						
		<b>Opción alternativa de redacción:</b>						
		18. ¿Qué características han tenido esos tratamientos que más le han ayudado a una mayor abstinencia del consumo? ¿Qué ventajas les ha brindado?						
		<b>Opción alternativa de redacción:</b>						
Pregunta general	Exploración abierta y en profundidad	Aunque son muchos los factores de riesgo/protección que pueden influir tanto en volver a recaer en el consumo como en mantener la abstinencia. Desde su experiencia y en su opinión. ¿Cuáles son los elementos que con mayor influencia inciden en el consumo?						
		<b>Opción alternativa de redacción:</b>						
		¿Cuáles son los elementos que más ayudan a mantener la abstinencia luego de haber transcurrido un periodo de rehabilitación?						
		<b>Opción alternativa de redacción:</b>						

**Guía de entrevista semiestructurada dirigida a exconsumidores recuperados que han mantenido abstinencia más de 1 año.**

Categoría Definición semántica	Subcategoría Definición semántica	Número de componentes o preguntas
Factores relacionados con el tratamiento: elementos que influyen en la efectividad de los tratamientos de rehabilitación recibidos y, el grado de modificación de hábitos adictivos que se alcanza mediante la adquisición de habilidades aprendidas por parte del usuario (Luengo, Romero y Gómez-Fraguela, 2000)	<p>Tiempo de tratamiento</p> <p>Cantidad de tiempo mínimo de permanencia que se necesita para finalizar un tratamiento y alcanzar la modificación de aquellas conductas adictivas por las cuales el usuario inicio su participación en un programa de rehabilitación. La obtención de buenos resultados depende de un tiempo adecuado de tratamiento. A menudo se recomienda programas que duren más de 90 días (NIDA, 2020)</p>	<p>E: Hola, me presento _____, quisiera dar a entender cuál es la finalidad de mi entrevista con usted. La idea más importante es investigar los elementos que más influyen en la recaída en el consumo de drogas y/o garantizan la abstinencia ante el consumo desde la percepción del propio usuario rehabilitado. Toda la información recogida que se comparta será cuidada y se modificará para cuidar la identidad. Siéntete en la libertad de contestar todo aquello que sientas adecuado y guardar aquello que no quieras compartir.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Desde su experiencia ¿Cuánto deberían durar los programas de rehabilitación para que las personas logren recuperarse de mejor manera?</li> <li>2. Me puede comentar si recuerda ¿cuál es el tiempo que más ha estado sin consumir drogas después de finalizar un programa de rehabilitación?</li> <li>3. ¿Recuerda qué características tenía el programa de recuperación al que acudió antes de mantener la abstinencia por mayor cantidad de tiempo?</li> </ol>
	<p>Calidad de tratamiento</p> <p>Opinión de los usuarios sobre las prestaciones socio-sanitarias mediante la cual se expresa su satisfacción respecto a la efectiva y eficiencia del programa de rehabilitación para responder al ajuste de sus necesidades y expectativas.</p>	<p>Usted ha participado en varios tratamientos con el propósito de alcanzar la abstinencia. Desde su experiencia puede compartimos en su opinión</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. ¿Cuáles tratamientos son los que más han contribuido al cese de consumo de drogas por periodos de tiempo prolongados?</li> <li>5. ¿Qué características han tenido los tratamientos que más han contribuido a una mayor abstinencia del consumo? ¿Qué ventajas les ha brindado?</li> </ol>
	<p>Atención continua o cuidados posteriores (seguimiento)</p> <p>Mantenimiento de un cuidado regular después de haber recibido un tratamiento intensivo caracterizado por una asistencia frecuente a sesiones de reforzamiento, que permiten la contención y monitoreo de los avances alcanzados. Posibilita conocer la evolución del usuario durante el postratamiento y facilita evaluar los efectos del tratamiento a mediano plazo. Además de contribuir a disminuir la cantidad de sustancias consumidas tras el episodio de tratamiento, mejorar el nivel de inserción social y favorecer la calidad de vida de los pacientes.</p> <p>Acciones que se realizan en todos los establecimientos de rehabilitación y permiten</p>	<p>Desde su experiencia y/o en su opinión</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6. ¿Cuánto debería ser el tiempo de seguimiento de las personas que se han rehabilitado? ¿Es decir, hasta cuando podemos suponer que ya no hay peligro de recaer?</li> <li>7. ¿Cómo le ha ayudado acudir a sesiones de seguimiento después de concluir un programa de rehabilitación? ¿Qué herramientas les ha brindado?</li> <li>8. ¿Con qué frecuencia acude a los encuentros de seguimientos?</li> </ol>

	<p>determinar el grado en que se obtienen los resultados esperados, y la medida en que se cumplen los objetivos para los que fueron creados (NOM-028-SSA2-2009)</p>	<p>9. ¿Me pudiera mencionar cuáles son las ventajas más notables que le ha brindado acudir a las sesiones de seguimiento al finalizar los programas de rehabilitación?</p>
	<p><b>Autoayuda</b> Servicios que sirven para complementar y ampliar los efectos del tratamiento profesional. Son especialmente útiles durante la recuperación, ya que ofrecen un nivel adicional de apoyo comunitario, lo que ayuda a las personas a conseguir y mantener la abstinencia y otros estilos de vida saludables con el paso del tiempo. Se emplean estrategias de compromiso activo, concebida para aumentar la probabilidad de que la persona con trastorno por consumo de sustancia se afilie y participe de forma activa en un grupo de autoayuda para así fomentar la abstinencia. Se compone de tres aspectos fundamentales: aceptación, entrega y participación activa en reuniones (NIDA, 2021)</p>	<p>Ocasionalmente, los usuarios dependientes pueden pensar que una vez rehabilitados podrán volver a consumir, pero en menor cantidad porque ya cuentan con mayor fuerza de voluntad y preparación para superar el problema. Creen que no es necesaria la abstinencia absoluta. Desde su experiencia</p> <p>10. ¿Considera que esto es posible, que se puede controlar el consumo una vez que se haya rehabilitado sin que esto afecte su vida?</p> <p>11. ¿Cómo le ha ayudado en su recuperación el testimonio y apoyo de otros usuarios en recuperación?</p> <p>12. ¿Qué elementos dentro de los programas de rehabilitación de 12 pasos son los que más le han ayudado en su recuperación?</p>
	<p><b>Motivación por el tratamiento</b> Niveles de predisposición al cambio que puede mostrar un usuario cuando se plantea modificar su conducta adictiva y mediante la cual se demuestra el grado de conciencia de la enfermedad que posee, la intencionalidad ante el cambio y el compromiso que está dispuesto a asumir (Bencoña y Arias, 2011).</p>	<p>En su opinión:</p> <p>13. ¿Cuáles pueden ser las ventajas que se obtienen cuando alguien abandona un tratamiento de rehabilitación? ¿Ahora, por favor hábleme de cuáles considera que serían las desventajas?</p> <p>14. ¿Cuénteme como fue el proceso por el cual usted tomó la decisión de rehabilitarse? ¿Quiénes participaron e influyeron de manera más intensa en esa decisión? ¿Usted qué tan motivado se encontraba? ¿Por qué? ¿Qué sucedió que lo impulsó a buscar ayuda profesional de manera decidida? cuáles fueron las 3 razones más importantes para hacerlo? ¿Cuándo se puede decir que un usuario en verdad se decide a cambiar?</p> <p>15. En una escala del 1 al 10, donde 1 significa “nada importante” y 10 significa “lo más importante” ¿qué tan necesario es para usted hacer cambios en sus hábitos de consumo?</p> <p>16. ¿Qué pasos concretos estarías dispuesto a tomar y comprometerse por alcanzar ese cambio?,</p> <p>17. ¿Qué ventajas imaginas podrían pasar en tu vida si decides comprometerte con hacer este cambio?</p> <p>18. ¿Cuánto tiempo está dispuesto a participar en un tratamiento para superar una adicción?</p>
<b>Pregunta general</b>	Exploración abierta y en profundidad	<p>Aunque son muchos los factores de riesgo/protección que pueden influir tanto en volver a recaer en el consumo como en mantener la abstinencia. Desde su experiencia y en su opinión.</p> <p>1. ¿Cuáles son los elementos que con mayor influencia inciden en el consumo?</p> <p>2. ¿Cuáles son los elementos que más ayudan a mantener la abstinencia luego de haber transcurrido un periodo de rehabilitación?</p>

### ***Encuesta para determinar expertos (estudio 3)***

Estimado(a) Colega: Tomando en cuenta su preparación y experiencia profesional, solicitamos que evalúe la calidad en la redacción de ítems que corresponden a la elaboración de una escala tipo Likert presentadas para medir el constructo tiempo prolongado de tratamiento y atención continua. Sus comentarios y recomendaciones contribuirán a realizar una validez de contenido adecuada. Pero antes, es preciso que desarrolle una autoevaluación de sus conocimientos sobre la temática a evaluar y, posteriormente valore la propuesta en base a los indicadores que se presentarán. Su ayuda será altamente valiosa. Gracias por su tiempo y contribución

Nombre del candidato experto:

Marque con una X la opción que corresponda con su caso:

<b>Formación académica del experto</b>	<b>Opción</b>
e) Doctor	3
f) Máster	2
g) Especialista (Diplomados y cursos de superación)	1
h) Licenciatura	0
<b>Experiencia en diseño y validación de instrumentos psicométricos</b>	
e) Más de 5 años	3
f) Entre 2 y 5 años	2
g) Menos de dos años	1
h) Menos de 1 año	0
<b>Relación con el tema de recaídas en drogas que se investiga (Preparación en la temática y en qué nivel)</b>	
f) Ha participado en estudios sobre la temática con una duración de más de 50 horas	4
g) Ha realizado trabajo comunitario sobre la temática con una duración de más de 40 horas	3
h) Ha realizado cursos recibidos sobre la temática de más de 30 horas	2
i) Ha consultado bibliografía sobre el tema dedicando más de 20 horas	1
j) Ninguna relación, ni experiencia ni preparación	0

**Tabla de especificaciones**

**Definición de constructos, dimensiones, indicadores e ítems que se medirán.**

Constructo Definición semántica	Dimensiones	Indicadores	Número de componentes o ítem
<p><i>Tiempo de permanencia prolongado</i>            Tiempo mínimo de permanencia que se necesita para finalizar un tratamiento y alcanzar la modificación de aquellas conductas adictivas por las cuales el usuario inicio su participación en un programa de rehabilitación. El retirarse del programa sin haber participado en todos los elementos del tratamiento que lo llevarán a un cambio entorpece significativamente lo resultados. El tiempo de permanencia en los programas de intervención constituye uno de los mejores predictores de buenos resultados terapéuticos y de mejor evolución a medio y largo plazo. A menudo se recomienda programas que duren más de 90 días (NIDA, 2020)            Asimismo, mantener un cuidado regular (posterior) después de haber recibido un tratamiento intensivo, caracterizado por una asistencia frecuente a sesiones de <i>reforzamiento/seguimiento</i> ayuda a las personas a mantener las ganancias obtenidas del tratamiento anterior, al tiempo que ofrece apoyo adicional para la recuperación, por ello, el tratamiento de adicciones no termina con la finalización del programa residencial inicial (Gossop et al., 2003; Hambley, Arbour &amp; Sivagnanasundaram, 2010; McKay, McLellan, Alterman, Rutherford &amp; O'Brien, 1998).</p>	Duración de tratamiento intensivo	Tratamientos cortos de 3 meses	1-5
		Tratamientos prolongados	6-8
	Adherencia a cuidados posteriores	Necesidad de cuidados posteriores	9-19
		Pensamientos de aceptación vs autoengaño	20-28
		Frecuencia participativa	29-31

### ***Evaluación de la calidad en la redacción de los reactivos (validez de contenido)***

Estimado(a) colega: Por este medio solicitamos que evalúe la calidad en la redacción de ítems, que corresponden a la elaboración de una escala tipo Likert para medir el constructo “*tiempo de permanencia prolongado*”. Mismo que constituye uno de los elementos predictores del tratamiento más asociados a la recuperación/recaídas el consumo de drogas, dentro del dominio factores relacionados con el tratamiento. Contamos con su colaboración para valorar (jueceo) la construcción cualitativa de estos reactivos, y apreciamos cualquier sugerencia oportuna que desee recomendar en cuanto a la redacción de los ítems presentados, con vistas a alcanzar una mejor validez de contenido en el instrumento psicométrico que se construirá. Muchas gracias

A continuación, mencione en qué medida está de acuerdo con la elaboración de los ítems propuestos respecto a su redacción. Plantee una redacción alternativa correcta si así lo considera viable. Marque totalmente de acuerdo (TA= 5), de acuerdo (DA= 4), neutral (N= 3), en desacuerdo (ED= 2) y totalmente en desacuerdo (TD= 1) según corresponda:

**Nombre de la escala:** Tiempo de tratamiento prolongado

Constructo	Dimensiones	Indicadores	Construcción de ítems y/o redacción alternativa	T	D	N	E	T
				A	A		D	D
Tiempo de permanencia prolongado	Duración del tratamiento o intensivo	Tratamientos cortos de 3 meses	1. Mayor duración en el tratamiento mejora la recuperación a largo plazo.					
			<i>Redacción alternativa del ítem:</i>					
			2. Los tratamientos de 3 meses o más tiempo no ayudan en la recuperación a largo plazo.					
			<i>Redacción alternativa del ítem</i>					
			3. Los mejores resultados en la recuperación estable dependen de un tiempo adecuado de tratamiento.					
		<i>Redacción alternativa del ítem:</i>						
		4. El tiempo de tratamiento adecuado para la recuperación de cada consumidor depende de sus necesidades individuales.						
		<i>Redacción alternativa del ítem</i>						
		5. El tiempo mínimo que se requiere para iniciar la desintoxicación es de tres meses.						
		<i>Redacción alternativa del ítem</i>						
	Tratamientos prolongados	6. Se necesitan seis o más meses de tratamiento permanente para lograr el inicio de una recuperación estable.						
		<i>Redacción alternativa del ítem</i>						
		7. Se necesita un promedio de dos a cuatro años de tratamiento permanente para alcanzar una recuperación estable.						
		<i>Redacción alternativa de ítems</i>						
		8. No hay un tiempo específico de recuperación. Alcanzar y mantener la recuperación va a llevar toda la vida.						
<i>Redacción alternativa del ítem</i>								
Adherencia a cuidados posteriores	Necesidad de cuidados posteriores	9. Siempre hay peligro de recaer, sin importar el tiempo que se lleve de recuperación.						
		<i>Redacción alternativa del ítem</i>						
		10. Ser un adicto, un enfermo, siempre va a implicar la posibilidad o el riesgo de volver a drogarse.						
		<i>Redacción alternativa de ítems:</i>						
		11. Continuar asistiendo al tratamiento ayuda a prevenir las recaídas.						
		<i>Redacción alternativa del ítem</i>						
		12. La clave para permanecer en recuperación es mantenerse en un contacto frecuente con la institución de rehabilitación.						
<i>Redacción alternativa del ítem:</i>								
13. Mantenerse en un tratamiento continuo ayuda bastante en la recuperación.								
<i>Redacción alternativa del ítem:</i>								
14. El tratamiento de adicciones no termina al finalizar el programa residencial.								
<i>Redacción alternativa del ítem:</i>								
15. La drogadicción es una enfermedad crónica y necesita tratamiento permanente siempre.								

		<b>Redacción alternativa del ítem:</b>							
		16. Abandonar el tratamiento o dejar de acudir al postratamiento, de cierta manera, es una señal para recaer en el consumo de drogas nuevamente.							
		<b>Redacción alternativa del ítem:</b>							
		17. Es evidente que el tratamiento para alcanzar la recuperación dura toda la vida.							
		<b>Redacción alternativa del ítem:</b>							
		18. Los consumidores que asisten continuamente al tratamiento y no recaen, reconocen la necesidad de continuar participando a largo plazo en los programas de rehabilitación.							
		<b>Redacción alternativa del ítem:</b>							
		19. Pensar que no se necesita acudir periódicamente al tratamiento, es un pensamiento de autoengaño y autosuficiencia que conlleva frecuentemente a la recaída.							
	Pensamientos de aceptación vs autoengaño	20. Definitivamente, no se puede volver al consumo de drogas luego de rehabilitarse, sin tener complicaciones en la vida.							
		<b>Redacción de alternativas del ítem</b>							
		21. No existe la posibilidad de recuperación, si se mantiene un consumo parcial de drogas.							
		<b>Redacción de alternativa del ítem</b>							
		22. Puedo controlar el consumo de drogas por voluntad propia.							
		<b>Redacción alternativa del ítem:</b>							
		23. Se puede controlar la adicción, si se prolonga el tiempo entre consumos y se reducen las cantidades.							
		<b>Redacción alternativa del ítem</b>							
		24. He intentado controlar el consumo de drogas, pero no puedo.							
		<b>Redacción alternativa del ítem:</b>							
		25. Puedo detener el consumo de drogas cuando yo desee.							
		<b>Redacción alternativa del ítem:</b>							
		26. Se puede volver a consumir después de un tiempo prolongado de recuperación, sin presentar problemas graves en la vida.							
		<b>Redacción alternativa del ítem:</b>							
	27. Pensar que se puede volver a consumir drogas después de rehabilitarse sin tener complicaciones, es autoengañarse.								
	<b>Redacción de alternativa del ítem</b>								
	28. Después de concluir el tratamiento, lo recomendado es asistir a los grupos de autoayuda todos los días de manera intensa durante al menos 3 años consecutivos.								
	<b>Redacción alternativa del ítem:</b>								
	Frecuencia participativa	29. Acudir como mínimo dos veces por semana a grupos de autoayuda, contribuye a mantener la recuperación a largo plazo.							
		<b>Redacción alternativa del ítem:</b>							
		30. Asistir dos o tres veces por semana como mínimo a prestar servicios de ayuda dentro de los programas de rehabilitación, protege frente a la recaída.							
		<b>Redacción alternativa del ítem</b>							

**Dictamen de evaluadores sobre diseño de entrevista semiestructurada dirigida a usuarios rehabilitados que han logrado mantener la abstinencia por más de 1 año**

Por medio de este conducto se dictamina que el diseño de la entrevista semiestructurada dirigida a usuarios rehabilitados que han logrado mantener la abstinencia por más de 1 año, propuesta por el estudiante Alexis Amelio Fernández Flores con matrícula 199201 que cursa el programa de Doctorado en Psicología en la UACJ. Cumple con los criterios de calidad establecidos para ser aplicada a los participantes que sean seleccionados para su segundo estudio de tesis doctoral. El diseño de la entrevista ha sido evaluado por criterio de cuatro expertos que fueron elegidos según el grado de competencias que poseían para valorar el diseño. El nivel de experticia alcanzado por los cuatro evaluadores fue alto según la media determinada ( $X = 0.80$ , IC del 95 por ciento). Los cuatro expertos poseen formación académica de doctores en psicología, experiencia en investigaciones cualitativas con promedio de 2 a 5 años o más tiempo y, preparación adecuada relacionada con el tema de drogodependencias (participación en estudios o cursos sobre la temática con una duración de más de 50 horas, consulta de materiales bibliográficos, planificación de intervenciones e investigaciones).

El diseño de la entrevista se evaluó de manera individual y global. De manera individual se valoró la redacción de las preguntas y el grado de acuerdo por parte de los evaluadores con relación a las mismas. Las preguntas que presentaron una redacción incorrecta fueron sustituidas por una alternativa elaborada por los evaluadores. Una vez incorporadas las observaciones realizadas, el diseño de la entrevista respecto a la redacción alcanzó una calidad alta, según la concordancia obtenida mediante el coeficiente de Kendall ( $K = .878$ , IC del 95 por ciento). A su vez, en la evaluación global de la entrevista basada en los criterios de redacción, pertinencia y suficiencia de las preguntas, el diseño alcanzó una calidad moderada según la concordancia de las valoraciones emitidas por los expertos y determinada mediante el coeficiente de Kendall ( $K = .574$ , IC del 95 por ciento).

Firma

**Evaluador Experto**