



Autónoma
Universidad Autónoma del Perú

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS

ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

TESIS

**“MOTIVACIÓN AL CAMBIO Y RIESGO DE RECAÍDA EN PACIENTES
DROGODEPENDIENTES DE CINCO COMUNIDADES TERAPÉUTICAS
DE LIMA SUR”**

PARA OBTENER EL TÍTULO DE

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

AUTOR

KAROLHAY ESTEFANNY ABRAMONTE VÁSQUEZ

ASESORA

MG. GUISELDA MENDOZA CHÁVEZ

LIMA, PERÚ, NOVIEMBRE DE 2019

DEDICATORIA

Este trabajo está dedicado principalmente a Dios; a mis padres, Nereyda Vásquez López y Julio Abramonte Arévalo, por apoyarme moral y económicamente en mi formación como psicóloga; a mi novio Gilnho Fretell Villacrices, por siempre motivarme y apoyarme en mi formación profesional; y a la Comunidad Terapéutica cristiana Lugar de “Restauración LIFE”, por ser mi motivación para escoger el área en que me desempeñaré a futuro, en el ámbito psicológico.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, agradezco a Dios por ser mi guía en todo momento, por brindarme vida y salud, para emprender este camino de aprendizaje, por llenarme de felicidad con tantas bendiciones.

A mis padres Nereyda Vásquez López y Julio Abramonte Arévalo, por su amor incondicional, por los valores y enseñanzas brindadas a lo largo de mi vida, por la confianza y el apoyo, que me brindaron para culminar mi carrera universitaria, a pesar de muchas dificultades. A mi hermano, Paulo César Abramonte Vásquez, por la paciencia y tolerancia que mantuvo al tener que priorizar mis estudios, ante todo, y espero ser su motivación para que también pueda culminar con éxito su carrera universitaria. A mi novio Gilnho Fretell Villacrices por enseñarme que la parte espiritual es muy importante en mi vida, y que con Cristo lo tengo todo, sin él nada, por tu amor, por todo el apoyo brindado durante mi formación profesional, y por la felicidad que me das.

A la Universidad Autónoma del Perú, por mi formación como profesional en la carrera de Psicología, a mis asesores David Javier Aliaga y a la Mg. Guissela Mendoza Chávez, por su apoyo, por su tiempo y dedicación, que me proporcionaron para lograr culminar mi investigación. A mis profesores durante toda mi carrera profesional y en especial al Dr. José Anicama, al Mg. Robert Briceño, al Dr. Víctor Villanueva, al Lic. Andrés Reyes y al Mg. Cristian Solano, por cada enseñanza en esta etapa académica.

Finalmente agradezco a todas las comunidades terapéuticas que me brindaron el apoyo necesario para realizar mi investigación, especialmente a la Comunidad Terapéutica cristiana Lugar de “Restauración LIFE”.

RESUMEN

La investigación realizada tuvo como objetivo determinar la relación entre motivación al cambio y riesgo de recaída en pacientes drogodependientes de cinco comunidades terapéuticas de Lima Sur. Fue una investigación cuantitativa, correlacional y con un diseño no experimental. Para la realización del proyecto se consideró una muestra conformada de 154 residentes, cuyas edades fluctuaron entre los 18 y 65 años, de ambos sexos, a quienes se les aplicó la Escala de evaluación del cambio de la Universidad de Rhode Island (URICA) de McConaughy, Prochaska y Velicer (2015) y el Cuestionario de Riesgo de Recaída AWARE 3.0 de T. Gorski y M. Miller (2000). Los resultados revelaron que existe relación negativa y estadísticamente significativa entre Motivación al cambio y Riesgo de recaída, y también en función a los estadios de la motivación al cambio.

Palabras clave: Motivación al cambio, riesgo de recaída, comunidad terapéutica.

ABSTRACT

The research carried out aimed to determine the relationship between motivation to change and risk of relapse in drug-dependent patients from five therapeutic communities in South Lima. It was a quantitative, correlational research with a non-experimental design. To carry out the project, a sample of 154 residents was considered, whose ages ranged from 18 to 65 years, of both sexes, to whom the Scale of change assessment of the University of Rhode Island (URICA) of McConaughy was applied, Prochaska and Velicer (2015) and the AWARE 3.0 Relapse Risk Questionnaire by T. Gorski and M. Miller (2000). The results revealed that there is a negative and statistically significant relationship between Motivation to change and Risk of relapse, and also according to the stages of motivation to change.

Keywords: Motivation to change, risk of relapse, therapeutic community.

RESUMO

A pesquisa realizada teve como objetivo determinar a relação entre motivação para mudar e risco de recaída em pacientes dependentes de drogas de cinco comunidades terapêuticas no sul de Lima. Foi uma pesquisa quantitativa, correlacional, com um desenho não experimental. Para a realização do projeto, considerou-se uma amostra de 154 residentes, com idades entre 18 e 65 anos, de ambos os sexos, aos quais foi aplicada a avaliação da Escala de Mudança da Universidade de Rhode Island (URICA) de McConaughy , Prochaska e Velicer (2015) e o AWARE 3.0 Relapse Risk Questionnaire por T. Gorski e M. Miller (2000). Os resultados revelaram que existe uma relação negativa e estatisticamente significativa entre Motivação para mudar e Risco de recaída, e também de acordo com os estágios de motivação para mudar.

Palavras-chave: Motivação para mudar, risco de recaída, comunidade terapêutica.

ÍNDICE DE CONTENIDO

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTOS

RESUMEN

ABSTRACT

RESUMO

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.	Realidad problemática	2
1.2.	Justificación e importancia del tema	4
1.3.	Objetivos	5
	1.3.1. Objetivo general	5
	1.3.2. Objetivos específicos	5
1.4.	Limitaciones	6

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1.	Antecedentes	8
	2.1.1. Antecedentes nacionales	8
2.1.2.	Antecedentes internacionales	10
2.2.	Bases teóricas y científicas sobre la motivación	11
	2.2.1. Definición sobre la motivación	11
	2.2.2. Tipos de motivación	11
	2.2.3. Teorías de la motivación	13
	2.2.4. Motivación al cambio	16
2.3.	Bases teóricas y científicas sobre la recaída	19
	2.3.1. Definición de recaída	19
	2.3.2. Modelos de recaída	21
	1. Modelo de interacción persona-situación	21
	2. Modelo de autoeficacia y expectativas de resultado	21
	3. Modelo de valoración cognitiva	22
	4. Modelo transteórico de Prochaska y Di Clemente	22
	5. Modelo cognitivo conductual de Marlatt y Gordon	23
	6. Modelo de Gorski y Miller	23

2.3.3. Fases y señales de riesgo de recaída de Gorski	23
2.4. Comunidad terapéutica	29
2.4.1. Características de las comunidades terapéutica	29
2.4.2. Las comunidades terapéuticas en el Perú	30
2.5. Vulnerabilidad y factores de riesgo y protección	30
2.6. La adolescencia y al paso a la adultez: una etapa del desarrollo clave en el consumo de sustancias	32
2.7. Conceptualización de la patología dual	33
2.8. Definición de términos	34
2.8.1. Motivación al cambio	34
2.8.2. Riesgo de recaída	34
CAPÍTULO III: MARCO METOLÓGICO	
3.1. Tipo y diseño de investigación	36
3.2. Población y muestra	36
3.3. Hipótesis	39
3.3.1. Hipótesis general	39
3.3.2. Hipótesis específicas	39
3.4. Variables	39
3.4.1. Variables de estudio	39
3.4.2. Variables de comparación	40
3.4.3. Variables sociodemográficas	40
3.4.4. Operacionalización de variables	41
3.5. Técnicas e instrumentos de medición	42
3.5.1. Escala URICA	42
3.5.2. Cuestionario de riesgo de recaída (AWARE 3.0)	42
3.6. Procedimiento de ejecución para la recolección de datos	43
3.7. Procedimiento de análisis estadístico de los datos	44
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	
4.1. Análisis de variable motivación al cambio	47
4.1.1. Estadísticos descriptivos	47

4.1.2. Frecuencias y porcentajes para motivación al cambio	48
4.1.3. Análisis de la variable motivación al cambio según género, edad y droga adictiva.	51
4.2. Análisis de variable riesgo de recaída	54
4.2.1. Estadísticos descriptivos	54
4.2.2. Frecuencias y porcentajes para riesgo de recaída	55
4.2.3. Análisis de la variable riesgo de recaída según género, edad y droga adictiva.	55
4.4. Contraste de hipótesis	56
4.5. Análisis de las variables motivación al cambio y riesgo de recaída	57
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN, CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIONES	
5.1. Discusión	61
5.2. Conclusiones	65
5.3. Recomendaciones	66
REFERENCIAS	
ANEXOS	

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	Distribución la muestra según sexo	36
Tabla 2	Distribución de la muestra según edad	37
Tabla 3	Distribución de la muestra según el tipo de droga adictiva	37
Tabla 4	Operalización de las variables	41
Tabla 5	Estadísticos descriptivos de la variable motivación al cambio	47
Tabla 6	Niveles de frecuencias y porcentajes de la variable motivación al cambio	48
Tabla 7	Niveles de frecuencias y porcentajes de la variable motivación al cambio con respecto al estadio de pre contemplación	48
Tabla 8	Niveles de frecuencias y porcentajes de la variable motivación al cambio con respecto al estadio de contemplación	49
Tabla 9	Niveles de frecuencias y porcentajes de la variable motivación al cambio con respecto al estadio de acción	49
Tabla 10	Niveles de frecuencias y porcentajes de la variable motivación al cambio con respecto al estadio de mantenimiento	50
Tabla 11	Prueba de U de Mann – Whitney para la variable motivación al cambio según sexo	51
Tabla 12	Prueba de H de Kruskal – Wallis para la variable motivación al cambio según edad	52
Tabla 13	Prueba de H de Kruskal – Wallis para la variable motivación al cambio según droga adictiva	53
Tabla 14	Estadísticos descriptivos de la variable riesgo de recaída	54
Tabla 15	Niveles de la variable riesgo de recaída	54
Tabla 16	Prueba de U de Mann – Whitney para la variable riesgo de recaída según sexo	55
Tabla 17	Prueba de H de Kruskal – Wallis para la variable riesgo de recaída según edad	55
Tabla 18	Prueba de H de Kruskal – Wallis para la variable riesgo de recaída según droga adictiva	56
Tabla 19	Resultados de la prueba de Kolmogorov–Smimov para la variable motivación al cambio	56

Tabla 20	Resultados de la prueba de Kolmogorov–Smimov para la variable riesgo de Recaída	57
Tabla 21	Relación entre la motivación al cambio y riesgo de recaída en pacientes drogodependientes de cinco comunidades de Lima Sur	57
Tabla 22	Estadios de la motivación al cambio y el riesgo de recaída en pacientes drogodependientes de cinco comunidades terapéuticas de Lima Sur	58

CAPÍTULO I
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Realidad problemática

En la actualidad, se observa que el consumo de drogas se incrementa a nivel mundial y sudamericano. Según el informe mundial sobre las drogas, la Oficina de las Naciones Unidas contra la droga y el delito (UNODC) informó que se habían realizado en el 2014, la tasa de consumidores de sustancias ilegales se encontraba en poco más del 5% de la población mundial, es decir, 246 millones de personas aproximadamente, lo que significaría que una de cada veinte personas que oscilan entre 15 y 64 años de edad alrededor del mundo han consumido sustancias psicoactivas por lo menos una vez en su vida; por otro lado la legalización del consumo del cannabis en subregiones como en América del Norte y Europa Occidental y Central, ha generado que el consumo aumente. Existe una gran carga para los sistemas de salud pública con respecto a la prevención, el tratamiento y la atención de los trastornos asociados con el consumo de drogas y sus consecuencias dañinas para la salud; solo uno de cada seis consumidores drogas tienen acceso a un tratamiento, ya sea ambulatorio o residencial.

El riesgo de consumo de dichas sustancias es cada vez mayor y lo que resulta más problemático para la prevención es que el inicio del consumo se da a muy temprana edad, siendo el entorno (ya sea familiar, social) el medio que facilita entrar a este mundo del consumo de drogas. Según la organización panamericana de la salud, hacia el 2009 alrededor de 4,4 millones de hombres y 1,2 millones de mujeres de américa latina sufrían trastornos causados por el uso de drogas, con un balance anual de 1,7 millones de hombre y 400 000 mujeres. Los datos describen que el consumo de drogas más frecuente es en los países más desarrollados, pero la carga desproporcionada recae en los países de bajos ingresos donde no es accesible un tratamiento o la prevención para el abuso en el consumo de drogas.

En el Perú, el primer estudio sobre prevención y consumo de drogas realizado por la Comisión Nacional para el desarrollo y vida sin drogas (DEVIDA, 2013) en la población general de Lima metropolitana y el Callao, señala que el consumo de las drogas legales en ese año tuvo una prevalencia del 61.2%, mientras que el consumo de drogas ilegales tuvo una prevalencia de 1.4%, destacándose el consumo de marihuana que alcanzó 1.2% y por otro lado el consumo de drogas médicas mostró una prevalencia del 1.5%. De estos datos

llama mucho la atención la prevalencia en el consumo de las drogas legales: el 13.3% de las personas de entre 12 y 65 años de Lima y Callao consume tabaco y el 34.5% consume alcohol; por otro lado, las drogas ilegales registran al menos un consumo por mes del 0.5% de la población, con respecto a la marihuana, y el 0.1% en el caso de la cocaína. Esto nos manifiesta, de que la incidencia en el consumo de drogas es considerablemente mayor en el ámbito de las drogas legales.

Frente al creciente interés que ha tenido el problema del consumo de drogas y las múltiples consecuencias que trae al adicto y a su entorno familiar y social, el Centro de Información y Educación para la prevención del abuso de drogas CEDRO realizó un estudio epidemiológico del 2010 al 2015 obteniendo resultados que se condicen con los de DEVIDA: dentro de las drogas más consumidas las de mayor incidencia son las legales, el alcohol y el tabaco, lo que nos da una idea de que en una población con tendencia al consumo de drogas, la accesibilidad que garantiza el status de “legalidad” favorece al incremento de dicho consumo.

Otro estudio, realizado por CEDRO en 2015, determinó que el problema de las drogas es un hecho que se ha convertido en un elemento casi central de la sociedad peruana actual, que tiene un gran impacto en la salud pública, la economía y la geopolítica del país contribuyendo al proceso de denigración y los problemas psicosociales más fuertes

La evaluación y el tratamiento de los drogodependientes es una tarea compleja que debe atender a una variedad de problemas de índole biológica, neurobiológica, conductual, cognitiva y sociológica, sin que sea posible actuar de manera eficaz si se prescinde de una parte de ellos (Pedrero, Puerta, Segura, & Osorio, 2004). Este ámbito nos muestra un escenario de intervenciones, desde diversas disciplinas en procesos residenciales, semi residenciales (pre reinserción) y clínicas de día, que el paciente deberá atravesar por periodos prolongados y en los cuales la motivación al cambio forma una parte esencial en el proceso de rehabilitación, ya que es necesario que el paciente se sienta motivado para realizar los cambios necesarios, pronóstico y una rehabilitación más efectiva.

La motivación al cambio, es un factor muy importante y esencial, durante el proceso de rehabilitación, e incluso es un factor protector para el paciente durante su proceso, sin embargo, si existiese la ausencia de motivación, es muy probable que el paciente recaiga o no lleve un tratamiento adecuado.

Para poder establecer el concepto de recaída en una persona, es porque ya previamente ha tenido un proceso de rehabilitación en la cual el paciente se ha encontrado en abstinencia a todo tipo de sustancia psicoactiva, por un tiempo significativo. A pesar de que el paciente sea consciente de su enfermedad y tenga la disposición para rehabilitarse o recuperarse, un adicto puede recaer, ya que el mal manejo de contingencias o descuido en su proceso de cambios influye para que ocurra una recaída.

Dentro de los manejos planteados para contrarrestar el consumo de sustancias psicoactivas, se encuentra el proceso clínico, terapéutico y ambulatorio, todos ellos presentan una alta estadística de solución; pero el tratamiento terapéutico residencial cuenta con un programa de reestructuración cognitiva acompañado de la convivencia de personas con su mismo problema, a su vez tiene un método integral donde los ex drogodependientes pasan por un proceso de reinserción a la sociedad, con la finalidad de reducir la estadística de recaída. Es este espacio el que abordaremos en el presente estudio.

Formulación del problema

La problemática de nuestra investigación es la siguiente: ¿Existe relación entre motivación al cambio y riesgo de recaída en pacientes drogodependientes de cinco comunidades terapéuticas de Lima Sur?

1.2. Justificación e importancia del tema

La presente investigación fue realizada y motivada por la importancia que tiene en el proceso de rehabilitación de la persona drogodependiente la motivación al cambio y el riesgo de recaída. Como se sabe, de la población que lleva un proceso de rehabilitación, no todos llegan a concluir su tratamiento, sea porque la familia no presenta la información adecuada sobre el problema o porque el paciente posee una codependencia no tratada. Si bien estos factores son de difícil tratamiento y observación, existe uno que es muy importante y que es

perfectamente medible a través de diversas herramientas desarrolladas: este es la motivación al cambio.

Conocer la asociación de las variables permitirá ampliar los conocimientos sobre los mismos y servirá como un antecedente para otras futuras investigaciones. Los hallazgos que se presentarán a las comunidades terapéuticas con la finalidad de aportar socialmente y a través de este se pueda implementar charlas, talleres, proyectos y fomentar relaciones intrafamiliares con la familia de los pacientes.

1.3. Objetivos

1.3.1 Objetivo general

Determinar la relación entre motivación al cambio y riesgo de recaída en pacientes drogodependientes de cinco comunidades terapéuticas de Lima Sur.

1.3.2 Objetivos específicos

Describir los niveles en cada uno de los estadios motivacionales de la variable motivación al cambio en pacientes drogodependientes de cinco comunidades terapéuticas de Lima Sur.

Describir los niveles de riesgo de recaída en pacientes drogodependientes de cinco comunidades terapéuticas de Lima Sur.

Establecer la relación entre los estadios motivacionales de la variable motivación al cambio y el riesgo de recaída en pacientes drogodependientes de cinco comunidades terapéuticas de Lima Sur.

Establecer la diferencia que existe al comparar la motivación al cambio en pacientes drogodependientes de cinco comunidades terapéuticas de Lima Sur, según sexo, edad y tipo de droga adictiva.

Establecer la diferencia que existe al comparar el riesgo de recaída en pacientes drogodependientes de cinco comunidades terapéuticas de Lima Sur según el sexo, edad y tipo de droga adictiva.

1.4. Limitaciones

- La presente investigación contó con las siguientes limitaciones:
- Demora en los trámites y permisos, en las comunidades terapéuticas seleccionadas para la investigación.
- Tardanza por parte de los residentes, ya que se encontraban realizando alguna labor dentro de su comunidad terapéutica impidiendo que estén presentes durante el levantamiento de información.
- Los resultados no podrán ser generalizados.

CAPÍTULO II
MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

2.1.1. Antecedentes nacionales

Solano (2017) en su tesis estilos de afrontamiento y riesgo de recaída en adictos residentes en comunidades terapéuticas de Lima, una investigación de tipo no experimental, transversal y correlacional, en la que la muestra estuvo conformada por 240 adictos de ambos sexos a quienes se le aplicó el cuestionario de estimación del afrontamiento COPE y el cuestionario de riesgo de recaída AWARE 3.0, trató de encontrar diferencias significativas en el riesgo de recaída, en función a los estilos de afrontamiento que adoptan los pacientes. En este estudio encontró que existe una correlación inversa entre el estilo de orientación a la tarea y el riesgo de recaída, así como la correlación directa entre el estilo evitativo y el riesgo de recaída. Finalmente, no encontró diferencias significativas respecto a las variables, edad, sexo y grado de instrucción. Así comprobó que la identificación del problema y su encaramiento para resolverlo (estilo de orientación a la tarea) era una estrategia mucho más eficaz, ya que el realizar determinadas actividades mantiene al drogodependiente ocupado, lo cual no lo hace pensar en consumo ni en drogas, para evitar la adicción que la negación del problema (estilo de evitación) la cual suele conllevar a una recaída, al no poseer conciencia plena del problema sobre la adicción.

Valles (2016) en su estudio de autoeficacia y riesgo de recaída en adictos residentes en comunidades terapéuticas, relacionó la autoeficacia general y el riesgo de recaída en adictos en tratamiento residencial. El diseño fue correlacional. La muestra fue de 129 adictos de 14 a 67 años, de ambos sexos de cinco comunidades terapéuticas de Lima. Se empleó la escala de autoeficacia general (EAG) y el cuestionario de riesgo de recaída AWARE 3.0, realizándose una adaptación piloto previa a la investigación. Se halló una correlación inversa y altamente significativa ($r = -0,389$), de nivel moderado bajo, entre autoeficacia general y riesgo de recaída ($p < 0.05$). Además, predomina el nivel muy bajo en la percepción de autoeficacia (58,1%) y el nivel promedio en el riesgo de recaída (45.7%). Finalmente, se observan diferencias significativas en la autoeficacia general y el riesgo de recaída. Finalmente se halló que el riesgo de recaída se relaciona significativamente con las variables sociodemográficas: estado civil y grado de instrucción, pero no se relaciona según el género de los participantes.

Jara (2008) con su tesis, la motivación para el cambio de conducta y la evolución del tratamiento en pacientes dependientes a sustancias. En esta investigación se tomó como muestra a los pacientes del hospital Rebagliati, Hermilio Valdizán y el Instituto Noguchi, a quienes se les aplicó la prueba de Urica en cuatro ocasiones durante un año, obteniendo como resultado que el 62% de la población aproximadamente abandonó el tratamiento. Este dato es considerablemente importante si tenemos en cuenta que los expertos consideran que el tratamiento mínimo promedio es de 3 a 5 años, es decir, que la gran mayoría de los encuestados no seguía el tratamiento hasta su rehabilitación final.

Lizárraga (2004) en su estudio, determinantes de recaída del dependiente a sustancias psicoactivas, analizó los determinantes de recaída más frecuentes en los adictos según el modelo de prevención de recaídas de Marlatt, en una muestra de 100 sujetos de cinco comunidades terapéuticas de Lima, los resultados evidenciaron determinantes intrapersonales como el estado físico negativo, la presencia de estado emocional negativo y poner a prueba el control personal. Mientras que respecto a los determinantes interpersonales se identificó la presencia de un conflicto interpersonal y la presión. Finalmente, no se encontró relación significativa entre los determinantes de recaída al asociarlo con las variables sociodemográficas edad y sexo.

Anicama, Mayorga y Henostroza (2001) realizaron los estudios de calidad de vida y recaídas en adictos a sustancias psicoactivas de Lima Metropolitana, se estudió una muestra constituida por 67 sujetos adictos de sustancias psicoactivas. Se usó como instrumento la Escala de calidad de vida de Olson y Howard y el Cuestionario de recaídas para adictos de Marlatt, aplicados ambos en forma individual y procesada con el SPSS. Se ha encontrado que la calidad de vida de los adictos está muy por debajo de lo hallado en las poblaciones normales, es mejor en los hombres que en las mujeres y se deteriora conforme avanza la edad y el tiempo de consumo. Las principales razones para volver a consumir son los determinantes intrapersonales: sentirse molesto, triste y el no poder resistir los deseos de consumo, así como sus estados emocionales negativos y los determinantes interpersonales, tales como: el conflicto interpersonal y el no poder resistir las invitaciones de consumo. En suma, se observa que la cantidad de recaídas afecta

negativamente la calidad de vida. La importancia de estos datos permitirá definir programas de rehabilitación y seguimiento para adictos.

2.1.2. Antecedentes internacionales

Mavrou (2012) en su estudio los factores de protección, de riesgo y la prevención de recaídas en población drogodependiente: análisis socioeducativo del programa de comunidad de proyecto hombre en Granada y del programa de pyksida en Nicosia, tesis realizada en España, con una muestra de 34 personas de la comunidad terapéutica de proyecto hombre en Granada, y 9 personas de la C.T. de Pyksida en Nicosia, los instrumentos utilizados fueron preguntas realizadas con los datos generales correspondientes de cada comunidad terapéutica, en dicho estudio nos permite comprender entre otras cosas, la importancia del entorno social para el consumo de sustancias psicoactivas. Así, el 56% de los pacientes tiene como motivo de inicio de consumo razones como el grupo de amigos, la necesidad de relacionarse, influencia de la pareja, entre otros. Con respecto al riesgo de recaída, la mayoría de pacientes señala la necesidad de comprender bien el tipo de adicción que presentan y diseñar una estrategia de reinserción mucho más personalizada para evitar la recaída. Según ellos, el proyecto “Hombre en Granada...” carecería de este aspecto fundamental. Esto muestra que, si bien la voluntad de apoyar a la reinserción es necesaria en los centros de rehabilitación o programas de intervención, es necesario también identificar claramente los causales de dichos problemas.

Moreno (2012) en su estudio de la recaída en egresados de la clínica multidisciplinaria para el tratamiento de las adicciones Ceresova. La muestra quedó conformada por 29 varones en un rango de edad de 22 a 38 años de edad, internos en el centro de readaptación social varonil Santa Martha Acatitla que atravesaron por un proceso terapéutico en la clínica integral multidisciplinaria de tratamiento de adicciones, permaneciendo durante el periodo de 6 meses establecidos para cubrir las etapas de tratamiento y post tratamiento. Se utilizó la entrevista de recaída para usuarios de sustancias adictivas “ERSA” (Autores: Lizbeth Roberta García Quevedo, Roberto Oropeza Tena, Fernando Vázquez Pineda y Humberto Ibarra Arias), esta entrevista tiene

como principal objetivo identificar las situaciones asociadas a las recaídas. De los sujetos entrevistados 16 casos refirieron encontrarse consumiendo hasta ese momento señalando la mayoría de ellos que un día antes habían consumido y algunos otros unas horas antes de la aplicación de la entrevista. 7 hicieron mención de que tenían 1 mes sin consumir, 2 llevaban 2 meses y los 4 restantes tenían de 3 a 5 meses en abstinencia, a la vez el 100% de los egresados describieron como “voluntario” el tiempo de abstinencia, la mayoría argumentó que solicitó su ingreso al tratamiento por el deseo de dejar de drogarse. De acuerdo a los resultados obtenidos se puede concluir que el factor más predominante para esta población tiene que ver con la presencia de emociones desagradables. Esta situación no sólo fue experimentada por la mayoría, sino además reconocida como la de mayor impacto en comparación con las otras ocho subcategorías.

2.2. Bases teóricas y científicas sobre la motivación

2.2.1. Definición sobre la motivación

Según Prochaska y DiClemente (citado por Villalobos, 2017) la motivación se puede entender como un estado interno, influenciado por un factor externo. Esta idea resume claramente lo que nosotros consideramos que es la motivación y cómo la comprendemos para la investigación, ya que un paciente que se encuentra llevando un tratamiento residencial, va a generar un cambio a partir de la relación de su situación personal (interna) y de la relación con factores externos (ya sea con la familia, pareja o hijos), relación que producirá la motivación propia para el cambio.

Es este carácter cambiante de la motivación el que es descrito por Fuentes-Pila, (2005) quien afirma que la motivación “es parte inherente, cambiante, activadora o paralizante dependiendo del ciclo vital en el que se encuentre la persona” (p.155) y es necesaria para lograr este cambio en su estilo de vida. Nos apoyamos en esta idea, ya que el paciente en su proceso de rehabilitación, inicia con una motivación externa, para luego proceder a un autoconvencimiento, a una motivación interna para cambiar. Este cambio tiende a modificar la estrategia de cambio adoptada por la persona y, generalmente, contribuye a un mejor desenvolvimiento en la rehabilitación.

Bisquerra (citado por Naranjo 2009) señala que, la motivación es un constructo teórico-hipotético que designa un proceso complejo que causa la conducta. En este proceso intervienen múltiples variables internas y externas (biológicas y adquiridas) que influyen en la activación, direccionalidad, intensidad y coordinación del comportamiento encaminado a lograr determinadas metas. La motivación de un paciente puede variar por tiempo de desintoxicación, tiempo de conciencia de enfermedad o tiempo de internamiento.

Ajello (2003) manifiesta que la motivación debe ser entendida como la trama que sostiene el desarrollo de aquellas actividades que son significativas para la persona y en las que ésta toma parte. En el plano educativo, por ejemplo, la motivación debe ser considerada como la disposición positiva para aprender y continuar haciéndolo de una forma autónoma. Se considera la motivación como aquella parte interna que hace que podamos culminar o desarrollar metas de interés personal, como un proceso de rehabilitación favorable, ya que si no fuese importante no existiría la motivación para un cambio.

La importancia de estudiar la motivación tiene que ver con lo que estamos señalando en las referencias a los autores mencionados: la motivación es la fuente de toda acción a tomar.

Herrera, Ramírez, Roa y Herrera (citado por Naranjo 2009) indican que la motivación es una de las claves explicativas más importantes de la conducta humana con respecto al porqué del comportamiento. La motivación representa lo que originariamente determina que la persona inicie una acción (activación), se dirija hacia un objetivo (dirección) y persista en alcanzarlo (mantenimiento). Estos autores, luego de recopilar las opiniones de muchos otros, formulan la siguiente definición de motivación: podríamos entenderla como el proceso que explica el inicio, dirección, intensidad y perseverancia de la conducta encaminada hacia el logro de una meta, modulado por las percepciones que los sujetos tienen de sí mismos y por las tareas a las que se tienen que enfrentar.

La motivación y la necesidad coexisten, ya sea que la necesidad sea absoluta o relativa, de placer o de lujo. Cuando una persona está motivada a algo, considera que ese algo es necesario o conveniente. Por lo tanto, según Maslow (citado por Pila 2010):

La motivación es el lazo que lleva esa acción a satisfacer la necesidad. En este sentido, la motivación se convierte en un activador de la conducta humana. Los estados motivacionales, lo mismo que los actitudinales, se generan por efecto de un conjunto de factores o variables que se interaccionan (p.08).

La motivación, para que un paciente cambie de estilo de vida, debería volverse una necesidad, por ende, su rehabilitación debería ser la prioridad en su vida, para poder ver cambios.

2.2.2. Tipos de motivación

Habiendo identificado nuestra idea de motivación con el consenso de diferentes autores, pasaremos a presentar la tipología de motivación que nos parece más pertinente.

Ésta es la señalada por Reeve (1994) quien nos dice que la motivación puede tener una fuente interna o externa, por lo cual propone dos tipos de motivación:

- 1) La motivación intrínseca: es aquella que nace del interior de cada persona, siendo parte de sí mismo cuando este lo desee y cuando crea conveniente, no dependiendo del exterior para realizarlo. Por lo cual, así existirá una rehabilitación efectiva.
- 2) La motivación extrínseca: es aquella que sí depende del exterior para realizar determinada acción, ya sea por otras personas o hasta el mismo ambiente en el que se encuentra, es decir que se cumplan determinadas condiciones o haya alguien dispuesto y capacitado para generar esa motivación en la otra persona. La motivación es voluble, no es estable, varía constantemente, según su ambiente.

2.2.3. Teorías de la motivación

Teoría de la motivación humana

Maslow propone esta teoría, la cual trata de una jerarquía de necesidades y factores que motivan a las personas; esta jerarquía identifica cinco categorías de necesidades y considera un orden jerárquico ascendente de acuerdo a su importancia para la supervivencia y la capacidad de motivación. Es así como a medida que el hombre va satisfaciendo sus necesidades surgen otras que cambian o modifican el comportamiento del mismo; considerando que solo cuando una necesidad está “razonablemente” satisfecha, se disparará una nueva necesidad (Quintero 2007).

Maslow piensa que alcanzar las necesidades de autorrealización está en las manos de todo el mundo, sin embargo, son pocos los que lo consiguen. Maslow afirma que menos del 1% de la población pertenecen a esta clase de individuos, los individuos autorrealizados.

Sin duda, Maslow pone en el centro de su teoría el concepto de autorrealización, porque en su visión considera que las personas ponemos en el centro nuestra necesidad de desarrollarnos, de buscar nuestro máximo potencial. Así, según el autor, las personas tienen un deseo innato para autorrealizarse, para ser lo que quieran ser, y tienen la capacidad para perseguir sus objetivos de manera autónoma y libre.

Las cinco categorías de necesidades planteadas por Maslow son:

- Necesidades fisiológicas: comer, respirar, beber, etc.
- Necesidades de seguridad: seguridad física, empleo, ingresos, etc.
- Necesidad de afiliación: casarse, ser miembro de una comunidad, etc.
- Necesidades de reconocimiento: respeto de los demás, estatus, reputación, etc.
- Necesidades de autorrealización: desarrollo moral, espiritual, búsqueda de una meta en vida, etc.

Además de las cinco necesidades antes descritas, Maslow también identificó otras tres categorías de necesidades, lo que dio origen a una rectificación de la jerarquía de necesidades (Quintero, 2007, P.4).

- Necesidades estéticas: No son universales, pero al menos ciertos grupos de personas en todas las culturas parecen estar motivadas por la necesidad de belleza exterior y de experiencias estéticas gratificantes.
- Necesidades cognitivas: Están asociadas al deseo de conocer, que posee la mayoría de las personas; como resolver misterios, ser curioso e investigar actividades diversas fueron llamadas necesidades cognitivas, destacando que este tipo de necesidad es muy importante para adaptarse a las cinco necesidades antes descritas.
- Necesidades de auto-trascendencia: Hacen referencia a promover una causa más allá de sí mismo y experimentar una comunión fuera de los límites del yo; esto puede significar el servicio hacia otras personas o grupos, el perseguir un ideal o una causa, la fe religiosa, la búsqueda de la ciencia y la unión con lo divino.

Teoría de McClelland

Una perspectiva mucho más jerárquica de comprender la motivación es la de McClelland. Esta teoría de 1989 se enfoca específicamente en tres tipos de motivación en el ser humano: logro, poder y afiliación.

- **Logro:** son las ganas y deseos de salir adelante en todo aspecto para obtener éxito en lo que se proponga una persona, hasta incluso hace que se propongan metas mucho más elevadas que alcanzar, este tipo de personas sienten muchas ganas de sobresalir en actividades, sin embargo, son reservadas al socializar con otras personas. Las personas motivadas por el logro tienen un deseo de excelencia, siempre apuestan por un trabajo eficaz, aceptan responsabilidades.
- **Poder:** instinto de influir y controlar a una o varias personas, y obtener un reconocimiento a través de ellas. En este caso, el motivo central es ser considerados, distinguidos o adquirir una importancia, a la vez que se busca adquirir una posición o estatus de prestigio. Constantemente debaten por sobresalir sus ideas y suelen tener una mentalidad de liderazgo.
- **Afiliación:** en este aspecto la persona se motiva por sostener amistades o relaciones cercanas, ser reconocido en un grupo, etc. Se trata generalmente personas muy populares, no se desarrollan mucho realizando trabajos individuales sino grupales o colectivos.

Teoría de las expectativas de Vroom

Vroom en 1964, señala que los seres humanos, como seres pensantes, tenemos creencias y tienen una perspectiva hacia su futuro de lo que desean para con sus vidas. El comportamiento es el efecto de las elecciones que tenga cada uno, que están basadas en creencias y actitudes. El objetivo de las elecciones es maximizar las recompensas y minimizar el dolor (Pinder, 1985). Por lo cual las personas motivadas, son las que tienen una visión hacia sus metas o proyecto de vida como valioso para ellos, y a la vez se observa que existe una alta posibilidad de alcanzarlos, entonces para referirse a la motivación, implica conocer qué indagan en la organización y cómo desean conseguirlo. Todo esfuerzo de cada persona, se realiza con las ganas de esperar el éxito deseado.

Teoría E-R-G de Aderfer

Esta teoría tiene similitud con la teoría de Maslow, la cual también nos habla de necesidades, por lo cual propone la existencia de tres motivaciones:

- Motivación de existencia, comprenden las necesidades fisiológicas y de seguridad.
- Motivación de relación, comprende con el ámbito social, apoyo socio afectivo y sentido de pertenencia a un grupo.
- Motivación de crecimiento, comprenden el crecimiento y desarrollo personal.

Así, todas las perspectivas con relación a la motivación la colocan como el factor principal que determina la acción y que surge de una necesidad producto de la interacción de lo intrínseco con lo extrínseco.

2.2.4. Motivación al cambio

El ámbito de las drogodependencias, es un área compleja ya que debe atender a muchos problemas de índole biológico, neurológico, conductual, psicológico, cognitivo y sociológico, para poder obtener resultados eficaces (Pedrero, Puerta, Segura y Osorio, 2004). Esta situación modifica un escenario de intervención con un trabajo multidisciplinario, que el adicto atraviesa durante su periodo de tratamiento, por lo cual mantener o persistir la motivación en ellos, es un trabajo continuo de día a día, para una mejoría en el pronóstico del paciente.

Las investigaciones han revelado que la motivación intrínseca es el cambio más duradero (Conace, 2008). Hoy en día la motivación al cambio ocupa un papel fundamental en el inicio de un tratamiento psicológico terapéutico; ya que los datos indican que los pacientes no concurren a sus tratamientos, no siguen las indicaciones de los profesionales o no manifiestan importancia en trabajar dicho aspecto en sus vidas. Un inicio motivacional posibilita a los pacientes estar mucho más atentos al objetivo, en lugar de declinar, y así asuman con responsabilidad la ayuda del cambio (Miller & Rollinuck, 1999). Continuando con los estudios referente a la motivación al cambio, que la definen como una circunstancia rápida y no estática, se refiere a la necesidad que los terapeutas se centren en este aspecto persistentemente como una gran herramienta en los tratamientos, con una notable evolución favorecedora, en diferentes fases del tratamiento (Miller, 1999).

Un modelo que destaca es el modelo transteórico que, ha buscado demostrar que la motivación al cambio y las intervenciones asociadas, son de mucha importancia en un tratamiento, Prochaska y Di Clemente en los años 80 investigaron variables y constructos los cuales proceden de un expansivo abanico de modelos y teorías, y escuelas de amplio recorrido empírico (Tejero y Trujols, 1998, citados en Ramos Barbero, 2008).

Se ha investigado los determinantes y mecanismos de los procesos motivacionales de cambio personal, creándose diversos modelos sobre cómo suceden los cambios de comportamiento. Entre estos están los que afirman que las consecuencias que se suscitan externamente, es lo que ocasiona que haya cambios en el comportamiento de una persona, y otros afirman que la motivación intrínseca es la que en realidad genera cambios (Deci y Ryan, 2000).

El proceso motivacional de cambio, ha sido observado más como un fenómeno continuo que como una sucesión de etapas separadas. El modelo transteórico de cambio, estudiado por Prochaska y Di Clemente (1985) nace de una investigación de 18 teorías psicológicas y de conductas acerca de cómo se da el cambio, interviniendo componentes que enmarcan el lado biopsicosocial de la adicción.

Para el cambio en las conductas adictivas que son de mucha importancia. Se pretende que el paciente entre a una etapa ayudado del psicólogo a que entienda mejor su proceso y tenga concientización del estado que se encuentra o está atravesando (Miller, 1999). En esta percepción nos dice que una de las piezas claves de un tratamiento no es la severidad del consumo en el que se encuentra una persona sino la preparación con motivación que tiene la persona en su cambio.

Siguiendo con el modelo transteórico, se determinan tres aspectos al cambio en cuanto a las conductas adictivas, en primera instancia los estadios de cambio, que se refiere a la motivación que tiene cada paciente para su avance y mejoría en conductas que ha estado presentando; los procesos de cambio, se manifiestan en los comportamientos que tienen durante su proceso de cambio y desarrollan cambios en sus cogniciones, emociones,

conductas y relaciones interpersonales. Un proceso de cambio se refiere a la actitud y comportamiento que tenga una persona para la mejoría de sí mismo con respecto al cambio y reestructuración de pensamientos, sentimientos y conductas. Los niveles de cambio se entienden como cada dificultad o problema que presenta la persona en cada estadio, a lo largo de su proceso de cambio, durante un tratamiento. Por lo cual se requiere con importancia y necesidad el cambio para que así se dé el abandono de conductas adictivas.

Estos niveles son: síntoma/situación, cogniciones desadaptativas, conflictos actuales interpersonales, conflictos en la familia/ sistemas y conflictos intrapersonales (Ibáñez y Álvarez, 2009; Prochaska, Norcross y Di Clemente, 1994).

Las etapas del modelo de cambio de Prochaska y Diclemente

Este modelo nos brinda la oportunidad de comprender que el desarrollo humano no es lineal sino más bien circular y que los seres humanos podemos pasar por diversas fases, e incluso estancarnos y retroceder en el camino del cambio; lo cual se manifiesta en la conducta del adicto, dentro de la comunidad terapéutica, para ello se indican las distintas etapas que atraviesan los drogodependientes en tratamiento.

- Pre contemplación: en esta etapa la persona no es consciente de tener un problema, y es frecuente que haya mecanismos de defensa como la negación o la racionalización. Con respecto a la adicción, es aquella persona que carece de interés por abandonar o interrumpir el consumo y suelen no tener conciencia de su enfermedad, negándola y no considerando que fuese un problema.
- Contemplación: en esta fase la persona se da cuenta de que tiene un problema, empieza a mirar los pros y contras de su situación, pero todavía no ha tomado la decisión de hacer algo. En el área de las adicciones, la persona reconoce tener un problema, se muestra más receptivo a la información sobre su problema y las posibles soluciones, aunque duda en cuanto al momento de iniciar el cambio, pues se siente inseguro sobre los beneficios. No hay compromiso firme de cambio.
- Preparación: la persona ya ha tomado la decisión de hacer algo al respecto y empieza a dar algunos pequeños pasos. Con respecto a la adicción, la persona toma la decisión y se compromete a abandonar su conducta adictiva. Se realizan algunos cambios conductuales para lograr la abstinencia y nuevo estilo de vida.

- **Acción:** la persona toma ya los pasos necesarios, sin excusas, ni demoras. En la adicción se refiere al momento en que se hacen más evidentes los pasos que se toman para lograr el cambio. Requiere un fuerte compromiso, así como dedicación de tiempo y energía, por lo cual el cambio conductual es más notorio.
- **Mantenimiento:** la nueva conducta está instaurada, empieza a ser un nuevo hábito. Con respecto a la adicción, la persona conserva y fortalece los cambios logrados mediante la modificación del estilo de vida, intentando prevenir posibles recaídas. No consiste en ausencia de cambio, sino en la continuación activa del mismo.

Siendo así la motivación parte esencial en todo tratamiento, dando a comprobación las distintas teorías y modelos que utilizan distintas clases de apoyo motivacional de acuerdo al estadio que se encuentren el paciente, ya que se pretende utilizar estrategias adecuadas, distintas en función a la etapa que está atravesando el paciente, para prevenir dificultades en caso el paciente muestre alguna resistencia al cambio (Miller, 1999).

Es pues la perspectiva de Di Clemente y Prochaska la que utilizaremos en nuestra investigación.

2.3. Bases teóricas y científicas sobre la recaída

2.3.1. Definición de recaída

Muchas definiciones acerca de la recaída nos dicen que la persona ha pasado por un periodo de abstinencia de la sustancia psicoactiva (entre 1 a 3 meses) en la que se sostenía dependiente a dichas sustancias (Graña y García, 1998; Tejero, Trujols y Casas, 1993), lo cual quiere decir, que necesariamente se considera como recaída a aquella persona que haya llevado tiempo de abstinencia, llevando un tratamiento.

El National Institute on Drug Abuse (NIDA, 2008) define la recaída como un proceso normal que el adicto pasa, ya que menciona que, debido a las estadísticas, son varias las personas que llevan un tratamiento y recaen al menos dos veces en su periodo de rehabilitación, por lo que el no consumir drogas requiere de mucha práctica, autocontrol, y un compromiso serio para con el tratamiento que llevará durante un determinado periodo. Tomando relación con la motivación que tiene un paciente para cambiar, Ajello (2003) considera que aquella persona que está motivada, vuelve su rehabilitación, como parte

fundamental en su vida, por ende, existe un interés en el tratamiento que llevara a la conciencia plena del paciente, para evitar una posible recaída.

Marlatt y Gordon (1985) realizaron una teoría influyente sobre el proceso de la recaída, los cual nos dice que el paciente dependiente a sustancias psicoactivas, ha pasado por un periodo de desintoxicación, ya sea llevando un programa residencial y/o ambulatorio, manteniéndose en abstinencia de cualquier sustancia psicoactiva, ya sea de manera voluntario o involuntaria, influyendo factores relevantes en su tratamiento, ya sea cognitivos, afectivos y ambientales, los cuales pueden potenciar la recaída, dándose una serie de signos que lo llevaría a un retroceso en la conducta adictiva, por lo cual la recaída se considera como un retroceso de un tratamiento, manifestándose con el consumo de drogas, situaciones de riesgo y conductas desadaptativas.

Chiauszi (1991) señaló una definición descriptiva y explicativa:

Recaída es el establecimiento de los pensamientos, sentimientos y comportamientos adictivos después de un periodo de abstinencia. La recaída implica la interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales. La contribución específica de cada uno de estos factores, es que un individuo concreto dependerá de su historia de aprendizaje, de su funcionamiento físico, de su predisposición psicológica y de su entorno (p.13).

Se argumenta que la persona rehabilitada, debe cuidar sus factores bio-psico-social-espiritual; de lo contrario las posibilidades de recaída son altas.

Mientras que Shiffman (1989) define a la recaída como la relación que existe entre el proceso de cambio y su deseo por cambiar, si no existe ninguna de las dos, es muy probablemente que la persona que se mantuvo en abstinencia vuelva al consumo de sustancias.

2.3.2. Modelos de recaída

Los modelos para explicar la recaída, se basan en criterios categóricos y dicotómicos, donde la persona decide o bien si cuidar su abstinencia o simplemente reiniciar nuevamente el consumo ya dejado atrás; lo cual la segunda opción sería un retroceso en el tratamiento.

No obstante, actualmente, autores definen la recaída, como un proceso normal en el periodo de tratamiento, más que como un fenómeno binario y discreto (Marlatt, 1993). Para una visión clara, la recaída es un proceso que se va desarrollando a lo largo del tiempo. Para ello se diferencian el consumo de la sustancia psicoactiva (lapso, desliz o caída temporal) y el regreso de la conducta adictiva que se ha tratado de modificar, es decir, la recaída (Marlatt y Gordon, 1985).

La diferencia entre un desliz y el regreso a la adicción dependerá de muchos factores, por lo cual a esta postura se determinan varios modelos teóricos que intentan manifestarnos las variables que intervienen en un proceso de recaída. Dichos factores se dividieron en factores situacionales y personal, que se relacionan para acelerar la aparición de la recaída, las variables cognitivas tienen un papel fundamental en dichos esquemas teóricos (Marlatt y Gordon 1985; Cortés y Pascual, 2005), lo cual llega a la conclusión de establecer una diferencia entre modelos psicológicos y psicobiológicos.

1) Modelo de interacción persona-situación

En este modelo intervienen situaciones en las cuales se presentaran factores de riesgo en la persona que está permaneciendo en abstinencia del consumo, teniendo así o no una capacidad de manejo de contingencias y afrontamiento hacia el problema, riesgo o situación peligrosa Cortés y Pascual (citado por Solano 2017).

2) Modelo de autoeficacia y expectativas de resultado

El modelo investiga a las personas y todo su proyecto de vida en adelante, para mantenerse limpio de drogas (expectativa de resultado) y que está haciendo para lograr el objetivo (autoeficacia). Este modelo tiene relación con la teoría de autoeficacia de Bandura (Cortés y Pascual 2005). Para Cortés y Pascual (2005 citados por Solano, 2017, p. 58), tiene algunas causas que originan una recaída, ya sea una inestabilidad emocional, lo que hace una mala interpretación de pensamientos y emociones como deseos de consumo, mal manejo de contingencias, baja capacidad de afrontamiento. Por lo cual la teoría nos propone analizar y observar las expectativas que tiene la persona en su vida, con la cual se capaz de poder superar o sobrellevar el consumo, para que así no exista una recaída durante el procesos y tratamiento.

3) Modelo de valoración cognitiva

En este modelo tiene mucho que ver la percepción que tenga el paciente, hacia algunas determinadas situaciones que se le presenten, ya que si no se encuentra estable influirán de manera negativa en una recaída. Este modelo se basa en aquella interpretación que tiene el hombre hacia las situaciones. Un factor influenciado en una recaída es la manifestación que tenga hacia cosas o situaciones negativas, a la vez también se tomó en cuenta los modelos motivacionales- condicionados, para identificar situaciones o sucesos condicionados con el consumo.

4) Modelo transteórico de Prochaska y Di Clemente

Este modelo nos dice que los procesos de cambio pueden variar. Ellos investigaron el modelo tridimensional en la cual se observan estadios, procesos y niveles. (Graña, 1994). Los estadios de cambio, son temporales, es decir cuando existe una predisposición al cambio. Por lo cual, los autores plantean que un paciente luego de un consumo ocasional, desliz o recaída no regresara a un proceso irreversible, sino que posiblemente regrese a uno de los estadios de cambio iniciales (Graña, 19994; Prochaska, Norcross y Di Clemente, 2013). Los procesos de cambio varían de manera cómo va avanzando la persona, en este ámbito se evalúa que estrategias utiliza cada paciente para poder resolver cualquier situación con el fin de hacer algún cambio. Los niveles de cambio que debe variar dependiendo, a todos los conflictos que existiese. La recaída es usual, por lo cual es añadido también como un posible suceso durante el proceso de cambio, por lo cual bajo esta teoría no se considera que el paciente ha fracasado sino le servirá para que tenga un mejor manejo de contingencias. La etapa de mantenimiento, se inicia a partir de los seis meses de limpieza, de la mano al trabajo multidisciplinario que se haya trabajado con él para prevenir cualquier recaída (Prochaska et al., 2013).

5) Modelo cognitivo conductual de Marlatt y Gordon

En el ámbito de las adicciones el trabajo de Marlatt y Gordon es mucho más completo, que el de otros autores, este modelo esta trabajado bajo el enfoque cognitivo conductual, y nos hace entender que la adicción es una conducta de aprendizaje por lo cual utilizan los principio del condicionamiento clásico, operante y social e integra procesos cognitivos que

determinan o fijan la conducta adictiva. Estos autores resaltan mucho el trabajo de Bandura con la teoría del aprendizaje social, modificando procesos conductuales y el entrenamiento de habilidades de manejo de contingencias, la terapia cognitiva y nuevo rumbo del estilo de vida del paciente como primordiales para afrontar una recaída (Cortés y Pascual, 2005). Marlatt (1993) precisa que las situaciones de alto riesgo, es una amenaza para el autocontrol que tenga la persona y aumenta el riesgo de recaída. Este modelo nos indica la falta de habilidades de afrontamiento e inhibición de estas respuestas por la ansiedad de consumir, la falta de importancia de la situación de alto riesgo y la motivación que tenga para el cambio, para mantenerse limpio y sin ningún tipo de consumo. Si apareciera alguna situación de alto riesgo aumenta la probabilidad de una recaída (Graña, 1994).

6) Modelo de Gorski y Miller

Se realizó un estudio con personas que tenían un consumo de drogas en la cual el problema principal era que tenían múltiples recaídas en varias oportunidades, a través del seguimiento psicológico se encontró que mostraban 37 señales de alerta de recaída, para retomar el consumo. Por lo cual señalan que el paciente debe travesar por diversas etapas: transición, estabilización, recuperación temprana, recuperación media, recuperación tardía y mantenimiento (Gorski, 2013). Este modelo implica el entendimiento del proceso de rehabilitación y determina una posible recaída (Martínez, 2009; Gorski, 2013).

2.3.3. Fases y señales de riesgo de recaída de Gorski

Gorski en los años 70 inicia a trabajar con pacientes adictos que ya han pasado más de una recaída.

La recaída es un proceso, que inicia mucho antes de que el paciente llegue al consumo de sustancias psicoactivas; comienza cuando el paciente estando en limpieza, empieza a hacer mal las cosas, a tener dificultades y a raíz de esto siente un malestar con su sobriedad. Esta incomodidad no le permite llevar su vida adecuadamente, ni llevar un tratamiento saludable. La primera lista de señales de alerta fue desarrollada por Terence T. Gorski en 1973, después del estudio a 118 pacientes alcohólicos crónicos recaídos. Estos alcohólicos tenían cuatro cosas en común:

- Habían completado un programa de rehabilitación de alcoholismo de 21 o 28 días.

- Habían aceptado que son alcohólicos y que no debían consumir ningún tipo de sustancia psicoactiva.
- Cuando terminaron su programa intensivo de rehabilitación tenían la decisión de permanecer limpios y sobrios usando Alcohólicos Anónimos y continuar con asistencia psicológico.
- Habitualmente regresaron al consumo de sustancias psicoactivas a pesar que tenían una decisión de cambio en todo momento.

Este estudio recopiló 37 señales de alerta de recaída

En 1993 se revisó nuevamente el listado de señales de alto riesgo de alerta de recaída para acortarla y darle un mejor énfasis a determinados síntomas. Dicho listado fue realizado con la finalidad de ayudar a las personas adictas a reconocer y darse cuenta cuando están atravesando por circunstancias en la cuales podrían ser una señal de alerta de recaída y ellos no se dan cuenta, o no lo detectan, y así puedan continuar sobrios y en abstinencia.

Fase 1: Cambio interno: aparentemente todo se ve bien externamente, pero empieza usar patrones ambiguos de conductas adictivos de pensamiento y mal manejo de emociones, el cual genera un malestar conmigo mismo.

- Dificultad para pensar claramente: problemas de concentración, decisión y dificultad para pensar con lógica.
- Dificultad para manejar emociones: sobrerreacción, cambios violentos de sentimientos o sentimientos reiterativos sin ninguna razón.
- Dificultad para recordar cosas: lagunas mentales.
- Dificultad para manejar el estrés: no reconoce las primeras señales de estrés diario, no practica la auto relajación.
- Dificultad para dormir descansado: problemas para contraer el sueño, pesadillas, cambios en los horarios de sueño.
- Dificultad para evitar accidentes: coordinación psicomotriz, mareos, problemas de balance, reflejos lentos, mala coordinación entre los ojos y las manos.
- Sentir vergüenza, culpabilidad y desesperanza: vergüenza al pensar que uno está loco o que nunca se podría recuperar, culpabilidad por todo lo malo que hizo, represión de emociones (aumento en la intensidad de las señales de riesgo).

Fase 2: El regreso de la negación: en esta fase ya dejo de prestar atención y dejo de ser honesto con los demás en relación con los pensamientos y emociones. Las señales de alerta más común son:

- Preocupación por sí mismo: miedo excesivo, ansiedad y preocupación descontrolada cuando piensa que es incapaz de evitar una recaída.
- Negación de la preocupación sobre el bienestar: para poder tolerar estos sentimientos de miedo, ansiedad y sobre-protección ignora y niega estos sentimientos.

Fase 3: Evasión y comportamiento defensivo: en esta fase suelen aislarse y evitar tener contacto con otras personas o cosas que los someta a la honestidad a nivel de pensamiento, sentimiento y comportamiento. Si se le confronta suele tomar la ayuda como un ataque y no escucha a la parte terapéutica, ya que se torna a la defensiva. Las señales de alerta más comunes son:

- Creencia de que nunca volverá a consumir: está decidido y no necesita de ningún programa, es muy autosuficiente.
- Preocupación por otros en lugar de por si mismo: pensar y sufrir por la recuperación de otros sin acordarse de su propia sobriedad.
- Defensividad: no acepta y se siente constantemente atacado.
- Comportamiento compulsivo: tendencia a hacer las mismas cosas una y otra vez sin una buena razón, tendencia a controlar las conversaciones ya sea hablando demasiado o hablando nada., tendencia a trabajar demasiado.
- Comportamiento impulsivo: los patrones de comportamiento compulsivo son interrumpidos por reacciones impulsivas, las situaciones de estrés intenso detonan estas reacciones impulsivas.
- Tendencia al aislamiento: poco a poco pasa más tiempo solo, alejamiento de las malas amistades, siente mucha soledad, no busca mejores amigos y el sentimiento negativo crece.

Fase 4: Creando crisis: durante esta fase la persona se carga con problemas, negación, aislamiento y rechazo continuo del programa de tratamiento. Las señales más comunes son:

- Visión túnel: ver solamente una parte de la realidad y no poder ver la relación entre las cosas, esto produce el mito de que todo está bien si la parte de su vida está bien; o que todo está mal porque un aspecto de su persona necesita más trabajo.

- Depresión leve: sentimiento de tristeza y vacío, pierde las esperanzas y la motivación, es común que se comience a dormir en exceso.
- Pérdida del planteamiento constructivo: interpreta mal el dicho “vive el hoy, el aquí y el ahora” y deja de fijarse metas para el futuro, comienza a perder el orden y los planes se comienzan a basar solamente en deseos.
- Fracaso del planteamiento: esto ocurre al hacer planes no fuera de la realidad y prestar poca atención a los detalles, el fracaso causa un nuevo problema. Muchos de estos problemas van a ser parecidos a los que ocurrían en el consumo.

Fase 5: Inmovilización: en esta fase se siente atrapado en un torrente interminable de problemas inmanejables y se siente que se da por vencido. Pareciera que no pudiera comenzar o hacer las cosas que necesita. Las señales más comunes son:

- Soñar despierto y pensamiento de deseo: se hace cada vez más difícil el concentrarse, el síndrome “si solo” se vuelve más frecuente en las conversaciones, fantasea con frecuencia con ideas de escape o de que algún evento improbable lo va a rescatar.
- Sentimientos de que nada se puede resolver: sensación de fracaso (puede ser real o imaginario), los pequeños fracasos son exagerados, la falsa creencia de “he hecho todo lo que podía, pero el programa no funciona” empieza a desarrollarse.
- Deseo inmaduro de ser feliz: un deseo vago de “ser feliz” o de que “las cosas mejoren” aparece sin identificar qué es lo que se tiene que hacer para ser feliz o para que las cosas mejoren, es usado el “pensamiento mágico”. Desea que las cosas mejoren sin hacer nada para que mejoren, sin pagar el precio de hacer que las cosas mejoren

Fase 6: Confusión y sobre reacción: problemas para pensar claramente, sentimientos de rabia o enojo contra la misma persona, y la gente que le rodea, se irrita fácilmente y sobre reacciona por cualquier cosa.

- Periodos de confusión para pensar con claridad: dificultad para ordenar ideas y resolver problemas
- Irritabilidad con los amigos: ruptura en las relaciones con amigos cercanos. La relación con gente cercana se vuelve conflictiva.
- Facilidad para enojarse: sentimiento de enojo, frustración, resentimiento e irritabilidad por ninguna razón, el estrés y la ansiedad aumentan por el temor que la sobre reacción conduzca a la violencia.

Fase 7: Depresión: durante esta fase la persona se deprime por no hacer cosas normales como las demás personas, a veces siente que no vale la pena vivir y a veces piensas en suicidarse o usar alcohol o drogas como una forma para terminar con la depresión.

- Cambios en la alimentación: se llega a comer demasiado o a comer menos de lo normal (aumento o pérdida de peso exagerado), cambios en los horarios de comida, empieza a comer comida chatarra.
- Pérdida de la motivación para hacer cosas: cuesta mucho comenzar el día y ser productivo, deja de trazarse metas.
- Irregularidad en el sueño: cambios en los horarios de dormir, duerme a veces poco o a veces mucho.
- Pérdida de la estructura diaria: pierde el horario y el orden, llega tarde a las citas.
- Periodos de depresión fuerte: depresión de mayor intensidad y duración, pensamiento de suicidios aparecen con mayor frecuencia.

Fase 8: Pérdida del control del comportamiento: en esta fase ya no se pueden controlar los pensamientos, sentimientos y comportamientos. Mucho se preocupan en el tiempo de limpieza que tienen, opta una postura soberbia y no reconoce que esta fuera de control.

- Asistencia irregular a grupos de apoyo y/o terapias: busca excusa para justificar las fallas a las reuniones o citas.
- Desarrollo de la actitud “no me importa”: esconde el sentimiento de miedo y la falta de autoestima.
- Rechazo abierto de la ayuda: se aísla de la gente que lo puede ayudar, buscar conflictos con las personas que tienen programa, critica, se cuestiona y así justifica el alejamiento.
- Insatisfacción con la vida: percibe solo el lado negativo de la vida. Cree que las cosas van a empeorar cada vez y que es imposible manejarlas sin consumir.

Fase 9: Reconocimiento de la pérdida de control: la negación se rompe y se reconoce la gravedad del problema, este reconocimiento es muy doloroso y causa mucho miedo.

- Autocompasión: empieza a sentir pena por sí mismo para llamar la atención, se victimiza, ocurre el síndrome “pobre de mí”.
- Pensamiento de consumo social: piensa que el consumo lo puede ayudar a sentirse mejor y empieza a desear el poder consumir controlándose, a veces se puede parar estos

pensamientos, pero usualmente son tan fuertes que no se pueden controlar, empieza a sentir que el consumo es la única alternativa entre volverse loco y el suicidio.

- Autoengaño consciente: empieza a reconocer las mentiras, la negación y las excusas, pero aun así no se pueden interrumpir.
- Pérdida total de la autoestima: se siente atrapado y agobiado a causa de la inhabilidad de poder pensar claramente y hacer algo, este sentimiento de importancia le crea la idea de que usted no sirve para nada.

Fase 10: Reducción de opciones: se siente atrapado por la angustia y la inhabilidad para manejar su vida. Cree que solo existen tres salidas: la locura, el suicidio, o el consumo adictivo. Se piensa también que ya nadie lo puede ayudar.

- Resentimiento sin razón: sentimiento de rabia al no poder controlar el comportamiento, a veces la rabia es con el mundo en general, a veces con alguien específico o con usted mismo.
- Descontinuación de toda terapia y/o grupo de apoyo: para ir a reuniones de apoyo y/o grupos de autoayuda (AA, NA o grupos de prevención de recaídas), deja todo tipo de terapia individual o de grupo.
- Sentimientos de soledad abrumadora, frustración, enojo y tensión: se siente desesperado por la situación, siente un gran miedo de volverse loco.
- Pérdida total del control del comportamiento: experimenta cada vez dificultad para controlar sus pensamientos, emociones, juicio, y acciones; esta pérdida progresiva causa serios problemas en todas las áreas de la vida como por ejemplo la salud.

Fase 11: Regreso al consumo o al colapso físico/emocional: en esta fase la persona ya regreso al uso de alcohol o drogas, trata de controlarlo, pierde el control y se da cuenta de su adicción una vez más, destruyendo su vida.

- Retorno al consumo “controlado”: se cree en la falsa idea de que puede controlar su consumo.
- Sentimiento de vergüenza y culpabilidad: al empezar a consumir tiene sentimientos intentos de culpabilidad causado por la autocrítica “estoy haciendo algo malo”.
- Pérdida de control: a veces esta pérdida de control ocurre rápido o también puede ocurrir lentamente.
- Problemas graves en las áreas bio-psico-espiritual: deterioro progresivo de toda su persona en general, regreso al consumo adictivo descontrolado.

2.4. Comunidad terapéutica

NIDA (2003) define a la comunidad terapéutica como los ambientes residenciales libres de drogas que utilizan un modelo jerárquico y estructurado, con etapas de tratamiento y niveles cada vez de mayor responsabilidad personal y social. Se utiliza la influencia entre compañeros para ayudar a cada sujeto a aprender y asimilar las normas sociales, desarrollando habilidades sociales adaptativas. La herramienta básica es la autoayuda, que implica que las personas en tratamiento son los principales contribuyentes al proceso de cambio y la autoayuda mutua entendida como asumir una responsabilidad parcial en la recuperación de sus compañeros.

2.4.1. Características de las comunidades terapéutica

El tratamiento en la comunidad terapéutica (CT) se divide en tres etapas fundamentales (NIDA, 2003):

Etapa 1: La inducción y el tratamiento temprano ocurren durante los primeros 30 días, para adaptar a la persona en la filosofía de la CT. El residente nuevo aprende las políticas y los procedimientos básicos; establece una relación de confianza con sus compañeros y el personal de la CT; con apoyo empieza una evaluación personal de sus fortalezas y debilidades. Comprende la naturaleza de la adicción y debe comenzar a comprometerse con el proceso de recuperación.

Etapa 2: El tratamiento primario utiliza un modelo estructurado a través de niveles progresivos en función de objetivos terapéuticos. La CT utiliza estrategias para cambiar actitudes, percepciones y comportamientos de la persona relacionados con el uso de drogas, se enfoca en sus necesidades sociales, educativas, vocacionales, familiares y psicológicas.

Etapa 3: Se busca facilitar la separación de la persona de la CT y su reinserción a la sociedad. Un residente que termina el tratamiento con alta terapéutica debe obtener un empleo o puede retomar sus estudios. Los servicios después del tratamiento residencial pueden incluir consejería individual, familiar y asesoramiento educativo. El tratamiento en la CT puede incorporar grupos de autoayuda como alcohólicos anónimos o narcóticos anónimos y se sugiere a los residentes de la CT a participar en grupos de seguimiento después del tratamiento (NIDA, 2003).

2.4.2. Las comunidades terapéuticas en el Perú

En el Perú existen comunidades terapéuticas, en la gran mayoría privadas, que se encuentran en la informalidad y con frecuencia son dirigidos por personal no profesional, como pueden ser adictos rehabilitados, religiosos o personas que buscan un fin lucrativo, quienes contrastan a las comunidades profesionalizadas que utilizan modelos y programas de tratamiento psicológico ya establecidos. Existen evidencias de comunidades terapéuticas informarles que no cumplían con la ley 29765 y el reglamento D.S. 006-2012/SALUD, que mantenían a sus residentes encerrados y captados contra su voluntad y en los peor de los casos el fallecimiento de estos. Las comunidades que se encuentran en estado formalizadas están asociadas a la asociación de comunidades terapéuticas del Perú que fue fundado en 1995 el cual se encuentra afiliada a la federación Latinoamericana de comunidades terapéuticas y a la federación mundial de comunidades terapéuticas (DEVIDA, 2010).

2.5. Vulnerabilidad y factores de riesgo y protección

Un aspecto esencial es que existe una vulnerabilidad personal hacia la adicción. Este dato parece hoy día poco cuestionable; el problema estriba en que de momento no se puede predecir qué persona concreta tiene ese mayor riesgo de desarrollo de la enfermedad adictiva. Se puede afirmar, por tanto, que la dependencia a una sustancia es fruto de la interacción de factores biológicos (la vulnerabilidad personal y susceptibilidad del sistema nervioso) y ambientales. Una exposición mantenida a una determinada sustancia supone una adaptación o neuroregulación cerebral de los diversos sistemas afectados por dicha sustancia, que contribuirá al mantenimiento de la conducta adictiva. Estos cambios afectan a regiones cerebrales de las que dependen funciones tan básicas como la percepción de recompensa, la motivación y voluntad, la memoria, el aprendizaje, la toma de decisiones, la impulsividad, el aprendizaje de errores. La vulnerabilidad personal quedaría expuesta en las fases de inicio del consumo. Aquellos sujetos especialmente vulnerables presentarían más tempranamente, y con mayor intensidad, alteraciones en dichas áreas y, por tanto, en dichas funciones, lo que facilitaría el paso del consumo puntual a la dependencia y el mantenimiento de la misma (Ambrosio, 2003).

En los últimos años se está prestando especial atención a la reversibilidad de dichos cambios. En el caso de las alteraciones producidas por algunas sustancias, como puede ser la cocaína, dichos cambios no parecen del todo reversibles, por lo que actuarían como factores facilitadores de la recaída. La presencia en un momento dado de determinados factores psicosociales de riesgo (estímulos) facilitaría el reinicio del consumo y rápidamente

el paso al estadio de dependencia. De alguna manera la adicción pasaría a concebirse entonces como una enfermedad crónica en la que la posibilidad de la recaída está siempre presente. Esta experiencia es frecuente, por ejemplo, en los sujetos dependientes de alcohol que, tras años abstinentes, recuerdan que “un alcohólico lo es durante toda la vida” (Redish, Jensen y Johnson, 2008).

Junto a los factores neurobiológicos, cabe destacar que existen otra serie de factores, algunos protectores, otros de riesgo; algunos biológicos, otros psicológicos y sociales (ambientales), que condicionan la dependencia interaccionando con los factores puramente genéticos. La adicción, por tanto, no se explica sólo por factores de vulnerabilidad genética. En el paso del consumo puntual a la dependencia intervienen factores biológicos, sociales y psicológicos. La personalidad, el ambiente educativo, la disponibilidad y accesibilidad de la sustancia, la integración en actividades y grupos saludables, los reforzadores negativos, etc., son algunos de los factores ambientales que condicionarán la dependencia. Igualmente, se conoce desde hace unos años la importancia que tienen los procesos de aprendizaje en el inicio y el mantenimiento de una adicción, así como en la recaída.

2.6. La adolescencia y al paso a la adultez: una etapa del desarrollo clave en el consumo de sustancias

La adolescencia es un período caracterizado por el cambio en las distintas facetas de la vida, y supone el paso gradual de la infancia a la adultez. En esta etapa del desarrollo, la persona tendrá como una de las principales tareas la elaboración del concepto de “sí misma”, de su identidad, frente a la confusión reinante en su vida en ese momento (Erikson, 1977).

Esta tarea puede durar hasta la edad psicológica adulta, e implica sucesivos estados de identidad en los que el individuo ha de comprometerse activamente para solucionar las distintas crisis: difusión de identidad (ausencia de compromiso y de crisis), aceptación sin raciocinio (ausencia de crisis, compromiso con los valores de otra figura significativa), moratoria (situación de crisis, valoración de las distintas alternativas) y, por último, el logro de la identidad (Marcia, 1966).

El proceso de búsqueda de la identidad, que habitualmente se asocia a una progresiva independencia del grupo familiar y a una creciente influencia del grupo de iguales (Andrews, Tildesley, Hops y Fuzhong, 2002; Hay y Ashman, 2003), hace de la adolescencia un período

crítico en lo que se refiere a las conductas de riesgo en general, y concretamente al uso de sustancias, siendo el momento en que se comienza a experimentar con ellas y donde se produce la mayor prevalencia de consumos.

De todas formas, hemos de señalar que, en la mayoría de los casos, el empleo de sustancias ilegales es esporádico y remite al final de la adolescencia, considerándolo, incluso, algunos autores como parte del proceso de individuación (Aquilino y Supple, 2001). Por ejemplo, Von Sydow, Lieb, Pfister, Höfler, Sonntag y Wittchen (2001) encontraron en su investigación que aproximadamente la mitad de consumidores de cannabis durante la adolescencia abandonan su uso durante la década de los 20, y que sólo un 8% de ellos llegan a presentar abuso o dependencia.

El paso a la adultez, marcado principalmente por el inicio de la actividad laboral y la formación de una familia propia, es un factor que parece fundamental en la disminución del consumo de sustancias (Becoña y Calafat, 2006), y el retraso generalizado en nuestra sociedad de la asunción del rol de adulto podría explicar la extensión del consumo hasta la adultez temprana (Arnett, 2005). Sin embargo, otros datos señalan que el consumo de sustancias al inicio de la década de los 20 está relacionado con el que se realiza al final de la misma (p. ej., Brook, Whiteman, Finch y Cohen, 2000), y parte de los adolescentes que usan las drogas acabarán desarrollando una dependencia que condicionará de forma importante numerosos ámbitos de su vida en un futuro. Por tanto, será fundamenta

2.7. Conceptualización de la patología dual

Un paciente drogodependiente que no presenta patología dual probablemente pueda seguir las instrucciones del terapeuta y beneficiarse de una intervención motivacional en el contexto de un programa de prevención de recaídas más o menos estandarizado. Esto no es generalizable para los casos con patología dual porque, por ejemplo, los acontecimientos estresantes que en otros casos no alteran el funcionamiento de la persona, en casos de patología dual pueden impactar considerablemente, lo que convierte a estos pacientes en personas más vulnerables a la hora de afrontar determinadas dificultades que pueden influir negativamente en la atención a la patología dual (Guardia, Iglesias, Segura y Gonzalvo, 2003).

Atender esta comorbilidad es importante por varias razones: a) es una clínica frecuente en la población de drogodependientes; b) tiene un impacto significativo en el pronóstico del tratamiento siendo claramente necesario un programa de tratamiento individualizado; y, c) realizar un buen diagnóstico dual es un paso imprescindible para implantar intervenciones eficaces.

La importancia de esta dualidad psicopatológica es capital tanto en el tratamiento de pacientes de las unidades de salud mental como en los atendidos en los centros de atención a las drogodependencias. Se sabe que: a) la presencia de un trastorno mental junto a la drogodependencia no es por azar; b) los drogodependientes que acuden a los dispositivos de tratamiento presentan en su mayoría patología dual; c) un trastorno mental es un factor de riesgo importante para el desarrollo de una drogadicción; d) la drogodependencia es un factor de riesgo a su vez para presentar algún trastorno mental; e) los pacientes duales presentan más recaídas en el consumo de drogas – si no se aborda esta cuestión debidamente –, presentan más dificultades para establecer una adecuada adherencia al tratamiento y, como consecuencia de todo esto, un peor pronóstico en ambos trastornos; f) estos pacientes hacen un mayor uso de los servicios asistenciales de ambas redes -salud mental y drogodependencias -; y, g) en algunos casos existe un riesgo mayor de suicidio (Santis y Casas, 1999).

2.8. Definición de términos

2.8.1. Motivación al cambio

La motivación al cambio es el proceso por el cual el paciente toma conciencia de su problema y decide corregirlo modificando sus conductas en función a lo señalado por el tratamiento.

2.8.2. Riesgo de recaída

El riesgo de recaída es una serie de síntomas leves y severos que emergen progresivamente en el sujeto como el estrés, la negación, el cambio en el comportamiento, el rompimiento en la estructura social, la pérdida del autocontrol y que favorecen la posibilidad de que el paciente vuelva a consumir sustancias psicoactivas Gorski y Miller (citado por Álvarez, 2011).

CAPÍTULO III
MARCO METODOLÓGICO

3.1. Tipo y diseño de investigación

El tipo de investigación fue correlacional porque su finalidad es conocer la relación o grado de asociación que existe entre dos o más conceptos, categorías o variables en un contexto en particular. (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

El diseño es no experimental porque se realiza sin la manipulación deliberada de variables y en los que solo se observan los fenómenos en su ambiente natural para después analizarlos (Hernández, Fernández y Baptista (2014)

3.2. Población y muestra

Tamayo (2012) señala que la población es la totalidad de un fenómeno de estudio, incluye la totalidad de unidades de análisis que integran dicho fenómeno y que debe cuantificarse para un determinado estudio integrando un conjunto N de entidades que participan de una determinada característica, y se le denomina la población por constituir la totalidad del fenómeno adscrito a una investigación

La población que participa en el presente estudio estuvo constituida por 204 pacientes drogodependientes, residentes de cinco comunidades terapéuticas de Lima Sur, (Restauración Life, Villa Angela, Proyecto Fénix, Emmanuel y Proyecto San José), de las cuales dichas comunidades terapéuticas se encuentran registradas por el Ministerio de Salud y la Asociación de Comunidades Terapéuticas del Perú, a la vez cumpliendo con los profesionales capacitados que cumplen los requisitos para trabajar y abordar el tema de las adicciones. La muestra estuvo distribuida según las siguientes tablas:

Tabla 1

Distribución la muestra según sexo

Sexo	Fr.	%
Masculino	111	72.1
Femenino	43	27.9
Total	154	100.0

Tabla 2

Distribución de la muestra según edad

Edad	Fr.	%
18 a 29 años	72	46.8
30 a 41 años	36	23.4
42 a 53 años	37	24.0
54 a 65 años	9	5.8
Total	154	100.0

Tabla 3

Distribución de la muestra según el tipo de droga adictiva

Droga adictiva	Fr	%
Alcohol	40	26.0
Marihuana	39	25.3
Cocaína	23	14.9
PBC	35	22.7
Otros	17	11.0
Total	154	100,0

Con respecto al grado de instrucción el 63% de los pacientes encuestados han terminado la secundaria, el 32.5% cuentan con estudios superiores y el 4.5% solo tienen estudios del nivel primaria. Con relación al estado civil de los pacientes encuestados, el 70.1% se encuentran solteros, el 14.9% están casados, el 6.5% solo son convivientes con su pareja, el 5.8% se encuentran separados, el 1.3% se encuentran viudos y divorciados. Con respecto a con quienes vivían actualmente los pacientes internados, los resultados nos detallan que el 30.5% viven con sus padres y hermanos, el 22.7% viven solos, el 18.2% viven solo con sus padres, el 11% viven con su pareja e hijo(s), el 9.7% viven con otros familiares y/o personas, el 6.5% viven con su pareja y el 1.3% viven con sus hermanos. A la vez los resultados nos precisan con relación a la ocupación de los pacientes eran, el 44.8% dependientes, el 28.6% estudiantes y el 26.6% independientes.

También los resultados nos indican que la droga de inicio con mayor porcentaje es la marihuana con un 41.6% de los pacientes encuestados, el 39.6% inicia su consumo con

alcohol, el 7.8% con el tabaco, el 5.8% P.B.C., el 3.2% cocaína, el 1.3% benzodicepinas y el 0.6% inicia su consumo de terokal. A la vez esto se relaciona con el tipo de droga legal o ilegal que consumieron, el 78.6% consumían drogas ilegales y el 21.4% consumían drogas legales. Con respecto al tiempo de consumo el 34.4% de los pacientes encuestados tienen menos de 2 años de consumo, el 30.5% llevan de 2 a 5 años en consumo, el 19.5% de 6 a 10 años en consumo, el 9.1% de 11 a 15 años en consumo y el 6.5% mas de 16 años en consumo. Con respecto a intentos por dejar la droga, el 39% ha intentado mas de 3 veces por dejar las drogas, el 35.7% nunca ha intentado dejar las drogas, el 14.9 ha intentado dejar 1 vez las drogas y el 10.4% han intentado 2 veces dejar las drogas. Esto se relación si en caso los pacientes han recibido tratamientos tratamientos previos para dejar las drogas, el 63% no tiene tratamientos previos en adicciones y el 37% si ha tenido tratamientos anteriores por dejar las drogas. A la vez el tiempo de internamiento que han tenido el 32.5% de los pacientes encuestados es de 2 a 4 meses, el 27.9% de 1 a 59 días internados, el 10.4% de 7 a 9 meses de internamiento, el 9.7% de 5 a 6 meses, el 9.7% mas de 10 meses.

Otros datos importantes son si los pacientes presentan antecedentes policiales, el 77.9% no presenta antecedentes policiales y el 22.1% si presentan antecedentes policiales.

Para el presente estudio la muestra estuvo conformada por 154 pacientes de las siguientes comunidades terapéuticas, el 68.8% son de la Comunidad terapéutica Restauración Life, el 13% de Villa Angela, el 11% de Proyecto San José y el 11% de Ayuda en acción, los cuales cumplieron con los siguientes criterios por lo tanto el muestreo fue no probabilístico.

Criterios de inclusión

- Edad de los pacientes: comprenden desde los 18 a 65 años.
- Pacientes con problemas de consumo de sustancias psicoactivas.
- Pacientes de comunidades terapéuticas que residan en Lima Sur.
- El tratamiento que estén llevando los pacientes, sea un proceso residencial en una comunidad terapéutica de Lima Sur.

Criterios de exclusión

- No sean pacientes por problemas de consumo de sustancias psicoactivas.
- Pacientes de comunidades terapéuticas que no residan en Lima Sur.

- El tratamiento que estén llevando no sea un proceso residencial en una comunidad terapéutica de Lima Sur.

3.3. Hipótesis

3.3.1. Hipótesis general

HG: Existe relación estadísticamente significativa entre la motivación al cambio y el riesgo de recaída en pacientes drogodependientes de cinco comunidades terapéuticas de Lima Sur.

3.3.2. Hipótesis específicas

H1: Existe relación entre los estadios de motivación al cambio y riesgo de recaída en pacientes drogodependientes de cinco comunidades terapéuticas de Lima Sur.

H2: Existen diferencias significativas al comparar la motivación al cambio en pacientes drogodependientes de cinco comunidades terapéuticas de Lima Sr, según sexo, edad y tipo de droga adictiva.

H3: Existen diferencias significativas al comparar el riesgo de recaída en pacientes drogodependientes de cinco comunidades terapéuticas de Lima Sur, según el sexo, edad y tipo de droga adictiva.

3.4. Variables

3.4.1. Variables de estudio

- **Motivación al cambio:** Se ha evaluado la motivación al cambio de acuerdo con el modelo transteórico de cambio de Prochaska y Diclemene (1984), para quienes la motivación al cambio es el inicio de la modificación de un comportamiento adictivo en la cual se requiere atravesar por una serie de procesos de cambios personales para alcanzar la eficacia anhelada. Es medida a través de los estadios de cambio de la Escala de evaluación del cambio de la universidad de rhode island (URICA) de Mc Connaughy, Prochaska y Velicer en 1983, siendo estos estadios los siguientes:
 1. Pre contemplación
 2. Contemplación
 3. Acción

4. Mantenimiento

- **Riesgo de recaída:** Según Gorski y Miller (1982) definen el riesgo de recaída, como una serie de síntomas leves y severos, que aumentan progresivamente en la persona, como el estrés, la negación, el cambio en el comportamiento, el rompimiento en la estructura social, la pérdida del autocontrol y reducción de opciones de realización. Es medida a través del Cuestionario de riesgo de recaída AWARE 3.0.

3.4.2. Variables de comparación

- Género: Masculino y femenino.
- Edad: 18 a 65 años.
- Droga adictiva problema: Alcohol, tabaco, marihuana, cocaína, PBC, éxtasis, crack, LSD, benzodiazepinas, Terokal y ketamina.

3.4.3. Variables sociodemográficas

- Sexo
- Edad
- Grado de instrucción
- Estado civil
- Convivencia
- Ocupación
- Droga de inicio
- Droga legal o ilegal que consume
- Tipo de droga adictiva
- Tiempo de consumo
- Tratamientos previos en adicciones
- Intentos por dejar la droga
- Tiempo máximo de abstinencia
- Antecedentes policiales
- Tiempo de internamiento
- Comunidad terapéutica

Tabla 4

Operalización de las variables

Variables	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala de medición
Motivación al cambio	Puntajes obtenidos a través de la Escala de evaluación del cambio de la universidad de Rhode Island (URICA) de Mc Connaughy, Prochaska y Velicer.	Precontemplación	La persona no percibe la necesidad de cambio	1,5,11,13,23,26,29,31	Ordinal
		Contemplación	La persona considera la posibilidad de cambiar, pero a la vez la rechaza	2,4,8,12,15,19,21,24	
		Acción	La persona hace algo para cambiar	3,7,10,14,17,20,25,30	
		Mantenimiento	La persona mantiene los cambios conseguidos.	6,9,16,18,22,27,28,32	
Riesgo de recaída	La variable será medida a través de los puntajes obtenidos en el cuestionario de riesgo de recaída AWARE 3.0 de Gorski y Miller.	Unidimensional	Cambios de actitud Cambios en el pensamiento Cambios en el comportamiento Cambios en el humor	1,2,3... 28	Ordinal

3.5. Técnicas e instrumentos de medición

3.5.1. Escala de evaluación del cambio de la universidad de rhode island (URICA)

- Descripción del instrumento

Prochaska y Di Clemente (1984) desarrollaron la Escala de evaluación del cambio de la Universidad de Rhode Island (URICA), la cual consta de 32 ítems, tiene como propósito evaluar el grado de intensión, disposición o actitud en relación al cambio, mide cuatro estadios de cambio; pre contemplación, contemplación, acción y mantenimiento. El cuestionario tiene un formato Likert de 5 puntos; a partir del 1 “totalmente desacuerdo”, hasta el 5 “totalmente de acuerdo”. Están redactados 28 ítems de forma positiva, en la cual reflejan con exactitud las declaraciones de los examinados, a la vez se encuentran 4 ítems de manera indirecta o negativa, en los cuales se refleja la negación de las declaraciones de los examinados.

Se realizó un estudio a partir de una muestra de 105 pacientes dependientes a sustancias psicoactivas de la ciudad de Trujillo. En la prueba de confiabilidad, mediante los coeficientes de consistencia interna, se obtuvo que los índices del alfa de cronbach apreciados para cada subescala del URICA sean altos, ya que superaron los valores de 0.70 o estuvieron cercanos a ella. Lo que indica la presencia de una consistencia interna alta.

Para verificar la validez de constructo de la escala URICA, se llevó a un análisis riguroso de multidimensionalidad, mediante el análisis factorial exploratorio. Para ello se hizo uso de la prueba de esfericidad de Barlett, donde se obtuvo que la matriz de correlación en la población es una matriz de identidad y el valor de la estadística KMO .676 resulta adecuado (Vallejos, Orbegoso y Capa, 2007).

3.5.2. Cuestionario de riesgo de recaída AWARE 3.0

- Descripción del instrumento

Gorski y Miller (1986) desarrollaron el Cuestionario de riesgo de recaída AWARE 3.0, la cual consta de 28 ítems, tiene como propósito evaluar el nivel de riesgo de recaída en adicciones posee un paciente drogodependiente, en cuanto sea la

puntuación, la persona reporta más señales de advertencia de una recaída. El rango de puntuaciones es de 28 (puntuación más baja posible) a 196 (máxima puntuación posible). La puntuación se obtiene sumando los puntajes en los ítems 8, 14, 20, 24, 26.

El Cuestionario AWARE 3.0, fue diseñado como una medida de las señales de alerta de una recaída. En una investigación de dicha variable, los investigadores hallaron que la puntuación de cuestionario AWARE es un buen predictor de recaídas ($r=0,42$, $p<0,001$). En los siguientes estudios, los investigadores perfeccionaron la escala reduciendo los ítems de 37 en la versión original a 28 ítems en la versión actual. Estos ítems se encontrarían (alfa de Cronbach 0,92 hasta 0,93).

Respecto a la confiabilidad a través del coeficiente de estabilidad test – retest mediante intervalos de 2 meses por 1 año, encontrándose la fiabilidad en $r=0,80$. Las puntuaciones de las personas encuestadas, predijeron significativamente los deslices y recaídas posteriores. El porcentaje de recaída para las personas con puntaje más altos, según lo previsto por las personas con puntuaciones más bajas (Miller y Harris). Los ítems están distribuidos en el orden de aparición de los signos de alerta, como lo plantea Gorski. Sin embargo, Miller y Harris en el 2000, no encontraron pruebas de que los signos de advertencia se producen realmente en este orden en tiempo real.

3.6. Procedimiento de ejecución para la recolección de datos

El proceso de validación de expertos, consistió en entregar a 10 psicólogos especialistas en adicciones o del área clínica, los dos instrumentos de medición que fueron utilizados durante la investigación, para que así puedan evaluar y/o mejorar algún ítem que no sea entendible.

Se realizó una muestra piloto en una comunidad terapéutica de Lima Sur (Emmanuel), a 45 residentes (18 a 65 años de edad) con el propósito de analizar la confiabilidad de los instrumentos a trabajar.

Se realizaron solicitudes dirigidos a los directores de las comunidades terapéuticas a visitar, con la finalidad de obtener el permiso correspondiente para realizar el presente estudio.

Se aplicó la prueba de motivación al cambio y riesgo de recaída, previa coordinación con los directores o personal encargado en las comunidades terapéuticas.

Se aplicó los instrumentos a los residentes de la comunidad terapéutica de Lima Sur, inscritos en la asociación de comunidades terapéuticas del Perú, se utilizó el alfa de cronbach los cuales se obtuvo los siguientes resultados, en la escala de evaluación del cambio de la universidad de Rhode Island (URICA) (.782) y en el Cuestionario de riesgo de recaída AWARE 3.0 (.746); los cuales tienen una alta consistencia dichas pruebas aplicadas.

3.7. Procedimiento de análisis estadístico de los datos

Para la investigación, se utilizó el programa estadístico SPSS versión 22 y el programa Microsoft Excel 2015, con el propósito de organizar la información en una base de datos, posteriormente a realizar el procesamiento estadístico de los mismos.

Para responder a las hipótesis planteadas, la relación entre motivación al cambio y riesgo de recaída en pacientes drogodependientes de comunidades terapéuticas de Lima Sur, se determinó mediante pruebas estadísticas apropiadas a dichas variables. Así mismo, con la finalidad de comprender mejor la composición de la muestra, se presentó data descriptiva de variables específicas. Entre algunos valores descriptivos calculados tenemos:

- Media aritmética: Para obtener los promedios de la población.
- Frecuencia: para saber que niveles se presentan con más frecuencia.
- Porcentajes: para conocer el porcentaje de aparición de los niveles en la muestra.

También se utilizó la estadística inferencial para poder contrastar las hipótesis planteadas en nuestra investigación:

Se inició con la

- Prueba de normalidad Kolmogorov - Smirnov, para conocer el tipo de distribución de la muestra y determinar los estadísticos a utilizar.

Al encontrar que la muestra no se ajustó a distribución normal. Se utilizó estadísticos no paramétricos entre ellos tenemos:

- Coeficiente de correlación de Spearman (Rho) con las correspondientes pruebas de significación al nivel de 0.05 Para el análisis de correlación entre las variables de investigación motivación al cambio y riesgo de recaída.
- Pruebas de “U” de Mann – Whitney, para comparar dos muestras como el sexo.
- Prueba de “H” de Kruskal – Wallis para las comparaciones de las demás variables sociodemográficas.

CAPÍTULO IV
RESULTADOS

4.1. Análisis de variable motivación al cambio

4.1.1. Estadísticos descriptivos

Tabla 5

Estadísticos descriptivos de la variable motivación al cambio

Motivación al cambio	Media	Mediana	Moda	D.E.	Asimetría	Curtorsis
Motivación al cambio (general)	116.85	121,50	122	17.61	-1.559	2.907
Pre contemplación	21.25	22	22	3.84	-.546	-.335
Contemplación	33.96	35	38	5.23	-1.445	2.148
Acción	33.85	35	37	5.68	-1.875	4.072
Manteniendo	27.77	29	28	7.29	-.734	.397

La tabla 5 presenta la distribución de la muestra en función a la variable *motivación al cambio*. Como podemos ver, la gran mayoría de los pacientes se encuentran en el estadio de **contemplación** con un promedio (M=33.96; D.E.=5.23), con una asimetría de -1.445 indicando una asimetría negativa y una curtorsis de 2.148 presenta una distribución platicúrtica, por otro lado, la proporción menos de pacientes se ubican en el estadio de **Pre contemplación** con un promedio (M=21.25; D.E.= 3.84), con una asimetría de -0.546 indicando una curva asimétrica negativa y una curtorsis de -.335 presenta una distribución platicúrtica, Motivación al cambio (general) tiene un promedio (M=116.85; D.E.= 17.61), con una asimetría de -1.559 indicando una asimetría negativa y una curtorsis de 2.907 presenta una distribución platicúrtica

4.1.2. Frecuencias y porcentajes para motivación al cambio

La tabla 6 presenta frecuencias y porcentajes de los niveles de motivación al cambio.
Tabla 6

Niveles de la variable motivación al cambio

Niveles	Fr.	%
Muy bajo	15	9.7
Bajo	24	15.6
Promedio	80	51.9
Alto	22	14.3
Muy alto	13	8,4
Total	154	100.0

Se aprecia que el 51.95 (80) de los residentes encuestados evidencian un nivel promedio, el 15.6% (24) un nivel bajo, el 14.3 (22) alcanzaron un nivel alto, el 9.7% (15) logró un nivel muy bajo y el 8.4% (13) alcanzaron un nivel muy alto.

Tabla 7

Niveles de la variable motivación al cambio con respecto al estadio de pre contemplación

Niveles	Fr.	%
Muy bajo	16	10.4
Bajo	26	16.9
Promedio	79	51.3
Alto	30	19.5
Muy alto	3	1.9
Total	154	100.0

La tabla 7 presenta frecuencias y porcentajes de los niveles de motivación al cambio con respecto al estadio de pre contemplación. Se aprecia que el 51.3 (79) de los residentes encuestados evidencian un nivel promedio, el 19.5% (30) un nivel alto, el 16.9 (26)

alcanzaron un nivel bajo, el 10.4% (16) logró un nivel muy bajo y el 1.9% (3) alcanzaron un nivel muy alto

Tabla 8

Niveles de la variable motivación al cambio con respecto al estadio de contemplación

Niveles	Fr.	%
Muy bajo	15	9.7
Bajo	29	18.8
Promedio	84	54.5
Alto	13	8.4
Muy Alto	13	8.4
Total	154	100.0

La tabla 8 presenta frecuencias y porcentajes de los niveles de motivación al cambio con respecto al estadio de contemplación. Se aprecia que el 54.5 (84) de los residentes encuestados evidencian un nivel promedio, el 18.8% (2) un nivel bajo, el 9.7 (15) alcanzaron un nivel muy bajo y con respecto al nivel alto y muy alto indicaron tener el mismo resultado el 8.4% (13).

Tabla 9

Niveles de la variable motivación al cambio con respecto al estadio de acción

Niveles	Fr.	%
Muy bajo	15	9.7
Bajo	29	18.8
Promedio	76	49.4
Alto	20	13.0
Muy alto	14	9.1
Total	154	100.0

La tabla 9 presenta frecuencias y porcentajes de los niveles de motivación al cambio con respecto al estadio de acción. Se aprecia que el 49.4 (76) de los residentes encuestados evidencian un nivel promedio, el 18.8% (29) un nivel bajo, el 13.0 (20) alcanzaron un nivel alto, el 9.7% (15) logró un nivel muy bajo y el 9.1% (14) alcanzaron un nivel muy alto.

Tabla 10

Niveles de la variable motivación al cambio con respecto al estadio de mantenimiento

Niveles	Fr.	%
Muy bajo	16	10.4
Bajo	24	15.6
Promedio	79	51.3
Alto	20	13.0
Muy alto	15	9.7
Total	154	100.0

La tabla 10 presenta frecuencias y porcentajes de los niveles de motivación al cambio con respecto al estadio de mantenimiento. Se aprecia que el 51.3 (79) de los residentes encuestados evidencian un nivel promedio, el 15.6% (24) un nivel bajo, el 13.0 (20) alcanzaron un nivel alto, el 10.4% (16) logró un nivel muy bajo y el 9.7% (15) alcanzaron un nivel muy alto.

4.1.3. Análisis de la variable motivación al cambio según sexo, edad y droga adictiva

Tabla 11

Prueba de U de Mann – Whitney para la variable motivación al cambio según sexo

Motivación al cambio respecto a las dimensiones	Sexo	N	Rango promedio	U de Mann - Whitney	z	p
Motivación al cambio (puntaje general)	Masculino	111	78.78	2244.000	-.574	.566
	Femenino	43	74.19			
Pre contemplación	Masculino	111	77.12	2344.5000	-.170	.865
	Femenino	43	78.48			
Contemplación	Masculino	111	77.12	2337.000	-.200	.841
	Femenino	43	78.48			
Acción	Masculino	111	75.76	2193.000	-.783	.434
	Femenino	43	82.00			
Mantenimiento	Masculino	111	81.19	1976.500	-1.665	.098
	Femenino	43	167.97			

La tabla 11 se observa que no existe diferencias estadísticamente significativas en la motivación al cambio y los estadios de pre contemplación, contemplación, acción y mantenimiento según sexo ($p > .05$)

Tabla 12

Prueba de H de Kruskal-Wallis para la variable motivación al cambio según edad

Motivación al cambio respecto a las dimensiones	Edad	N	Rango promedio	X ²	gl	p
Motivación al cambio puntaje general	18 a 29 años	72	77.90	.915	3	.822
	30 a 41 años	36	79.19			
	42 a 53 años	37	72.70			
	54 a 65 años	9	87.22			
Pre contemplación	18 a 29 años	72	85.58	4.742	3	.192
	30 a 41 años	36	72.68			
	42 a 53 años	37	67.66			
	54 a 65 años	9	72.56			
Contemplación	18 a 29 años	72	75.82	2.809	3	.422
	30 a 41 años	36	87.79			
	42 a 53 años	37	73.05			
	54 a 65 años	9	68.06			
Acción	18 a 29 años	72	81.50	1.220	3	.748
	30 a 41 años	36	75.08			
	42 a 53 años	37	74.07			
	54 a 65 años	9	69.28			
Mantenimiento	18 a 29 años	72	72.65	1.920	3	.589
	30 a 41 años	36	79.51			
	42 a 53 años	37	82.24			
	54 a 65 años	9	88.72			

En la tabla 12 se observa que no existe diferencias estadísticamente significativas en la motivación al cambio y los estadios de pre contemplación, contemplación acción y mantenimiento según edad ($p > .05$).

Tabla 13

Prueba de H de Kruskal-Wallis para la variable motivación al cambio según droga adictiva

Motivación al cambio respecto a las dimensiones	Droga adictiva	N	Rango promedio	X ²	gl.	p
Puntaje general	Alcohol	40	76.59	7.395	9	.596
	Marihuana	39	84.41			
	Cocaína	23	81.83			
	PBC	35	70.57			
	Otros	17	479.80			
Pre contemplación	Alcohol	40	63.85	14.367	9	.110
	Marihuana	39	90.83			
	Cocaína	23	84.89			
	PBC	35	74.54			
	Otros	17	517.10			
Contemplación	Alcohol	40	75.21	5.825	9	.757
	Marihuana	39	82.90			
	Cocaína	23	76.15			
	PBC	35	73.60			
	Otros	17	587.55			
Acción	Alcohol	40	76.36	7.894	9	.545
	Marihuana	39	84.86			
	Cocaína	23	83.33			
	PBC	35	70.93			
	Otros	17	517.95			
Mantenimiento	Alcohol	40	76.95	9.192	9	.420
	Marihuana	39	76.49			
	Cocaína	23	92.98			
	PBC	35	71.96			
	Otros	17	407.60			

La tabla 13 se observa que no existe diferencias estadísticamente significativas en la motivación al cambio y los estadios de pre contemplación, contemplación, acción y mantenimiento según droga adictiva ($p>.05$).

4.2. Análisis de la variable riesgo de recaída

4.2.1. Estadísticos descriptivos

Tabla 14

Estadísticos descriptivos de la variable riesgo recaída

Riesgo de recaída	Media	Mediana	Moda	D.E.	Asimetría	Curtorsis
Riesgo de recaída	67.8571	64.0000	60.00	18.3493	1.065	.942

En la tabla 14 presenta la distribución de la muestra en función a la variable riesgo de recaída. Su promedio es de ($M=67.8571$; $D.E.= 18.3493$), con una asimetría de 1.065 indicando una asimetría positiva y una curtorsis de .942 presenta una distribución leptocurtica.

4.2.2. Frecuencias y porcentajes para riesgo de recaída

Tabla 15

Niveles de la variable riesgo de recaída

Niveles	Fr.	%
Muy bajo	31	20.1
Bajo	60	39.0
Promedio	58	37.7
Alto	5	3.2
Total	154	100.0

La tabla 15 presenta frecuencias y porcentajes de los niveles de riesgo de recaída. Se aprecia que el 39.0 (60) de los residentes encuestados evidencian un nivel bajo, el 37.7%

(58) un nivel promedio, el 20.1 (31) alcanzaron un muy bajo y el 3.2% (5) alcanzaron un nivel alto.

4.2.3. Análisis de la variable riesgo de recaída según sexo, edad y droga adictiva

Tabla 16

Prueba de U de Mann – Whitney para la variable riesgo de recaída según sexo

Riesgo de recaída	Sexo	N	Rango Promedio	U Mann - Whitney	z	p
Riesgo de recaída	Masculino	111	80.45	2059.000	-1.320	.187
	Femenino	43	69.88			

En la tabla 16 se observa que no existen diferencias estadísticamente significativas en la variable recaída según sexo ($p > .05$).

Tabla 17

Prueba de H de Kruskal – Wallis para la variable riesgo de recaída según edad

Riesgo de recaída	Edad	N	Rango Promedio	X	gl	p
Riesgo de recaída	18 a 29 años	72	69.10	6.698	3	.082
	30 a 41 años	36	92.26			
	42 a 53 años	37	80.28			
	54 a 65 años	9	74.17			
	Total	154				

En la tabla 17 se observa que no existen diferencias estadísticamente significativas en la variable recaída según edad ($p > .05$).

Tabla 18

Prueba de H de Kruskal – Wallis para la variable riesgo de recaída según droga adictiva

Riesgo de recaída	Droga adictiva	N	Rango promedio	X	gl	p
Riesgo de recaída	Alcohol	40	77.96	9.181	9	.421
	Marihuana	39	69.68			
	Cocaína	23	83.15			
	PBC	35	79.76			
	Otros	17	421.1			

En la tabla 18 se observa que no existe existen diferencias estadísticamente significativas en la variable recaída según droga adictiva ($p > .05$).

4.3. Contraste de hipótesis

Tabla 19

Resultados de la prueba de Kolmogorov – Smimov para la variable motivación al cambio

Variable	Z de Kolmogorov-Smirmov	gl	p
Motivación al cambio	.163	154	.000
Pre contemplación	.135	154	.000
Contemplación	.141	154	.000
Acción	.192	154	.000
Mantenimiento	.148	154	.000

En la tabla 19, Tal y como se muestra por el test realizado, la variable motivación al cambio no presento distribución normal por lo que se tiene que recurrir a pruebas no paramétricas (Mann Withney o Kruskall Wallis) para encontrar diferencias significativas.

Tabla 20

Resultados de normalidad de Kolmogorov – Smimov para la variable riesgo de recaída

Variable	Z de Kolmogorov - Smimov	gl	p
Riesgo de recaída	.122	154	.000

En la tabla 20, tal y como se muestra en la prueba de normalidad realizado, la variable riesgo de recaída no tiene una distribución normal por lo que se tiene que recurrir a pruebas no paramétricas.

4.4. Análisis de las variables motivación al cambio y riesgo de recaída

Tabla 21

Relación entre motivación al cambio y riesgo de recaída en pacientes drogodependientes de cinco comunidades terapéuticas de Lima Sur

		Recaída
	Coefficiente de correlación (rho)	-.082
Motivación al cambio	p	.031
	N	154

En la tabla 21 se encontró que si existe relación débil negativa y estadísticamente significativa entre motivación al cambio y riesgo de recaída ($p < .05$).

Tabla 22

Estadios de la motivación al cambio y el riesgo de recaída en pacientes drogodependientes de cinco comunidades terapéuticas de Lima Sur

		Recaída
Pre contemplación	rs	.217
	p	.000
	n	154
Contemplación	rs	-.156
	p	.169
	n	154
Acción	rs	-.189
	p	.004
	N	154
Mantenimiento	rs	-.205
	p	.002
	n	154

En los resultados de la tabla 22, se observa que existe relación positiva y estadísticamente significativa entre el estadio de pre contemplación y el riesgo de recaída, con respecto al estadio de contemplación y el riesgo de recaída no existe correlación, en el estadio de acción y el riesgo de recaída si existe relación negativa y estadísticamente significativa y finalmente se observa que existe una relación negativa y estadísticamente significativa entre el estadio de mantenimiento y el riesgo de recaída ($p < .05$).

CAPÍTULO V
DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y
RECOMENDACIONES

5.1. Discusión

El objetivo principal del presente estudio fue determinar la relación entre las variables motivación al cambio y riesgo de recaída en pacientes drogodependientes de comunidades terapéuticas de Lima Sur. Para ello se aplicó la escala de evaluación del cambio de la Universidad de Rhode Island (URICA), con el fin de hallar el estadio motivacional en el que se encuentran los pacientes, se aplicó también el cuestionario de riesgo de recaída AWARE 3.0, el cual sirvió para evaluar el nivel de riesgo de recaída que posee un drogodependiente, los cuales se comprobaron, por medio de un estudio piloto, que eran instrumentos válidos y confiables para la muestra encuestada. Con el propósito de dar respuestas a las hipótesis de investigación, se analizaron los datos obtenidos haciendo uso de pruebas estadísticas de tipo descriptiva e inferencial.

A continuación, se presentan los resultados de los datos recopilados para responder a los objetivos de la investigación.

Se encontró una relación negativa inversa entre la motivación al cambio y el riesgo de recaída. Al respecto no se han encontrado investigaciones previas como antecedentes, que asocien ambas variables para poder comparar estos resultados, sin embargo, esto puede deberse a que la motivación se puede entender como un estado interno, influenciado por un factor externo según Prochaska y DiClemente (1983 citado por Villalobos 2017). Esta idea resume claramente lo que se considera como aspecto fundamental de la motivación, y se puede observar, además, en los residentes de dichas comunidades estudiadas en los primeros meses de adaptación al tratamiento, ya que un paciente que se encuentra llevando un tratamiento residencial, va generar un cambio a partir de la relación de su situación personal (interna) y de la relación con factores externos (ya sea con la familia, pareja o hijos), relación que producirá la motivación propia para el cambio; sin embargo el riesgo de recaída ocurre cuando no existe ningún tipo de motivación para dejar por completo en consumo de drogas o continuar con el tratamiento; por ende las estrategias que emplea la persona para mantener su estado de abstinencia del consumo de drogas fallan.

Para los autores mencionados, generalmente, en esta fase se presentan sentimientos de culpa, de fracaso y posible desesperanza, lo que suele afectar negativamente a la motivación

al cambio. Además, precisan que las recaídas en el consumo de drogas son parte del proceso de cambio antes de lograr el abandono definitivo del consumo de drogas. En ese sentido, se considera que la recaída no siempre lleva a los pacientes a abandonar el tratamiento, sino que los sitúa en una fase que les permite continuar preparándose para continuar nuevamente el cambio iniciado. Son muy pocos los pacientes que regresan al estadio de pre contemplación, no cabe duda que para que esto suceda deben tener una condición desfavorable como, por ejemplo, poco soporte afectivo emocional, rasgos de personalidad borderline y en algunos casos evitativo o narcisistas.

La motivación ha sido descrita como un prerequisite para el tratamiento, sin la cual el clínico puede hacer poco (Beckman, 1980; citado por Pérez en el 2015). Del mismo modo, la falta de motivación se ha usado para explicar el fracaso de los individuos para empezar, continuar, cumplir con el programa, y tener éxito en el tratamiento (Miller, 1985; citado por Pérez 2015). Tal y como se puede comprobar en la extensa bibliografía que existe sobre el tema, la motivación es un factor clave para el éxito terapéutico. Anteriormente la motivación se consideraba como un rasgo o disposición estática que una persona poseía o no; sin embargo, hoy en día se sabe que la motivación puede generarse y/o aumentarse. Este hecho es una buena noticia, ya que el psicoterapeuta puede anticiparse a un posible fracaso terapéutico con la ayuda de un tratamiento inicial de motivación al cambio. Actualmente se conoce que la motivación presenta las siguientes cualidades: es clave en el proceso de cambio, es multidimensional, es dinámica y fluctuante, recibe influencia de las interacciones sociales y del estilo del terapeuta, y, quizás su cualidad más importante es que se puede modificar; por ello, la tarea del profesional es hacer surgir y aumentar la motivación.

En cuanto al segundo objetivo los tres estadios evidencian porcentajes mayores en los niveles bajos y muy bajos que en los niveles altos y muy altos, tal como se detalla (27,3, 28,5, 26, 28,5) en los estadios motivacionales de cambio; por lo cual los niveles altos y muy altos predominan en el estadio de mantenimiento y el más bajo en el estadio de contemplación. Esto puede inferirse ya que, en el estadio de mantenimiento, el paciente ha obtenido los cambios iniciales y se encuentran manteniendo una conducta adecuada. Cuando los pacientes se encuentran en esta etapa es un buen momento para apoyar los cambios en su estilo de vida, ayudarlos a identificar y examinar otras fuentes de placer, en la cual no se necesite usar alguna

sustancia psicoactiva, a la vez a tomar decisiones y fortalecer su autoeficacia, ayudarle a practicar y usar nuevas estrategias de prevención de recaídas, mantener un contacto de apoyo, desarrollar un plan alternativo si hay un fracaso en el mantenimiento de los objetivos pactados y repasar con el paciente las metas a largo plazo. Por otro lado, el estadio de contemplación, es una fase inicial en el tratamiento y es característico el fenómeno de la ambivalencia o inestabilidad, dado que el paciente reconoce preocupaciones o la existencia de que tiene un problema, y puede estar considerando la posibilidad de cambiar, pero aún no ha realizado ningún paso hacia el cambio, por ende no existe ningún compromiso firme para poder dejar el consumo de drogas. (Balcells, Torres y Yahne 2004).

No obstante, en el tercer objetivo se encontró en los niveles muy bajos y bajos un 59,1% y en los niveles altos un 3,2%; lo cual se evidencia que los residentes encuestados tienen menos riesgo de tener una recaída. Martínez y Pedroza (2011), indican que los residentes que presentan un mayor número de habilidades de afrontamiento, así como mayor autoeficacia en situaciones de riesgo cuentan con mayor probabilidad de mantenerse en abstinencia y no recaer.

Con respecto al cuarto objetivo se halló en el estadio de pre contemplación tiene una relación baja con una significancia importante hacia el riesgo de recaída, lo cual se entiende que cuando el paciente se encuentra en la primera fase que es la pre contemplación va tener muchas más probabilidades de recaer, pudiendo deberse a que no ha tomado conciencia de su enfermedad o los daños que le está generando la adicción, en el estadio de contemplación no hay relación hacia el riesgo de recaída; en el estadio de acción se halló una relación negativa y con una fuerte significancia hacia el riesgo de recaída, en este estadio surge el riesgo de recaída, relacionado principalmente con el intenso síndrome de abstinencia; y en el estadio de mantenimiento se observó que posee una relación negativa alta con una gran significancia hacia el riesgo de recaída. (Graña y García 1998).

En el quinto objetivo se observó que no existe relación y tampoco diferencias significativas entre la variable motivación al cambio según sexo, edad y droga adictiva. Lo cual quiere decir que para un residente estar motivado no influye el sexo, la edad y/o la droga

adictiva que haya consumido, lo importante es la motivación consecutiva y constante que tenga el paciente para poder afrontar este proceso que es la rehabilitación a las drogas. Como lo señala Buss (1996, 1999), permiten entender en su justa dimensión el valor adaptativo de ciertos motivos primarios. Las fuentes de la Motivación varían a lo largo de dos ejes: el interno, externo y el psicológico-neurofisiológico. De forma reducida, podemos decir que existen fuentes internas y fuentes ambientales. Algunos estímulos ambientales pueden provocar una respuesta involuntaria en un individuo, apreciándose que la intensidad de la respuesta es proporcional a la intensidad del estímulo. En estos casos, la medida en la que un individuo es activado representa la medida en la que se siente motivado (Deckers, 2001). La conducta involuntaria muestra una relación uniforme con los estímulos externos. En cambio, por lo que respecta a la conducta voluntaria, puede ocurrir de forma inmediata tras la aparición de un estímulo externo o ambiental, o, por el contrario, cabe la posibilidad de que ocurra después de un determinado tiempo, que puede ser más o menos dilatado.

Finalizando con el sexto objetivo se observó que no existe relación y tampoco diferencias significativas entre la variable riesgo de recaída según sexo, edad y droga adictiva. Lo que nos indica que para que un paciente tenga la predisposición de recaer no influye el sexo, la edad y/o la droga adictiva, ya que según (Chiauzzi, 1991, citado por Solano en el 2017) la recaída es el restablecimiento de los pensamientos, sentimientos y comportamientos adictivos después de un periodo de abstinencia. La recaída implica la interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales. La contribución específica de cada uno de estos factores en un individuo concreto dependerá de su historia de aprendizaje, de su funcionamiento físico, de su predisposición psicológica y de su entorno.

5.2 Conclusiones

1. Se encontró que existe una relación inversa negativa en cuanto a la motivación al cambio hacia el riesgo de recaída, por lo cual se puede entender, que a mayor motivación menos riesgo de recaída existirá en los pacientes.
2. Se evidencia que hay una relación significativa entre los niveles de motivación al cambio que, dado el tipo de asociación, nos invita a explorar en otros factores que posibilitarían el riesgo de recaída.
3. La mayoría de los pacientes se encuentran en niveles bajos de riesgo de recaída, y en la motivación al cambio se encuentran los niveles más altos en promedio.
4. Los pacientes que se encuentran en el estadio de precontemplación tienen mayores probabilidades de presentar riesgo de recaída.
5. El estadio acción y mantenimiento se relacionan de manera inversa con la recaída eso quiere decir que mientras tengan mayor compromiso al tratamiento evidenciaran riesgo de recaída.
6. Se encontró que no existen diferencias significativas al comparar la variable motivación al cambio según sexo, edad y droga adictiva.
7. Para finalizar se encontró que no existen diferencias significativas al comparar la variable riesgo de recaída según sexo, edad y droga adictiva.

5.3. Recomendaciones

1. En función a los estadios motivacionales de cambio, obtenidos de pacientes que se encuentran atravesando un proceso de rehabilitación internados, es pertinente desarrollar programas de prevención terciaria, para el fortalecimiento de la motivación durante un tratamiento residencial.
2. Es de sumo interés, replicar la presente investigación, considerando la variable espiritualidad, ya que es un elemento que se presencia en programas de las comunidades terapéuticas y se requiere conocer su importancia utilizando una metodología científica y pueda ser verídica dicho componente.
3. Realizar más investigaciones comprando la motivación al cambio con otras variables como la evaluación de la *autoconfianza* y de las *estrategias de afrontamiento* que desarrollan los pacientes.
4. Desarrollar investigaciones sobre el riesgo de recaída según el tipo de drogas que consumen los pacientes. Esto con la finalidad de desarrollar estrategias personalizadas para orientar en el tratamiento.
5. Capacitar a los profesionales que laboran en las comunidades terapéuticas de Lima Sur sobre programas multidimensionales de prevención del riesgo de recaída que se orienten en evaluar todos los factores intrínsecos y extrínsecos que puedan favorecer el hecho de recaer.
6. A los profesionales de salud, seguir investigando y trabajando el área de consumo de drogas en nuestro país, ya que es una de las problemáticas más grandes en la actualidad.
7. Realizar más investigaciones con respecto al consumo de drogas, pero en el ámbito femenino, ya que no existen investigaciones en el Perú que abarquen dicho tema.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ajello, A. M. (2003). Motivación: perspectivas teóricas y algunas consideraciones de su importancia en el ámbito educativo. *Manual de psicología de la educación*. Recuperado de file:/510-Texto%20del%20art%C3%ADculo-784-2-10-20120803.pdf
- Ambrosio, E. (2003). *Vulnerabilidad a la drogadicción*. Adicciones. Recuperado de <https://medes.com/publication/10960>
- Arnett, J. J. (2005). *The developmental context of substance use in emerging adulthood*. Journal of Drug Issues. Journal of drug issues. Recuperado de https://www.researchgate.net/profile/Jeffrey_Arnett/publication/239775286_The_Developmental_Context_of_Substance_Use_in_Emerging_Adulthood/links/55c0d17108ae092e966731e8/The-Developmental-Context-of-Substance-Use-in-Emerging-Adulthood.pdf
- Andrews, J., Tildesley, E., Hops, H. y Fuzhong, L. (2002). *The influence of peers on young adult substance use*. Health Psychology.
- Anicama, J., Mayorga E. y Henostroza C. (2001). *Calidad de Vida y Recaídas en Adictos a Sustancias Psicoactivas de Lima Metropolitana*. Psicoactiva.
- Aquilino, W. S. y Supple, A. J. (2001). Long-term effects of parenting practices during adolescence on wellbeing outcomes in young adulthood. Journal of Family Issues.
- Balcells, M., Torres, M. y Yahne, C. (2004). La terapia motivacional en el tratamiento del tabaquismo. *Adicciones*.
- Becoña, E. y Calafat, A. (2006). Los jóvenes y el alcohol. Madrid: Pirámide.
- Brook, J., Whiteman, M., Finch, S. y Cohen, P. (2000). *Longitudinally foretelling drug use in the late twenties: Adolescent personality and social – environmental antecedents*. Journal of Genetic Psychology.
- Borrego, A. (2015). Motivación extrínseca e intrínseca en el consumo de drogas. (trabajo de fin de grado). Universidad de Málaga. Málaga.
- Centro de Información y Educación para la prevención del abuso de Drogas [CEDRO] (2015). El Problema de las Drogas en el Perú 2015. Lima: CEDRO.

- Chiauzzi, E. (1991). Preventing relapse in the addictions: A biopsychosocial approach. Nueva York: Pergamon.
- Comisión Nacional para el Desarrollo y vida sin Drogas (DEVIDA) (2003). *Sistematización del modelo de comunidad terapéutica para personas con problemas de dependencia a las drogas*. Lima. Perú. Recuperado de <https://goo.gl/BKnGQ1>
- Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE, 2009). Consumo problemático de drogas. Tratamiento en personas que han cometido delitos, Ministerio del Interior Gobierno de Chile, Área Técnica de Tratamiento y Rehabilitación, Santiago, Chile.
- Cortés, M. y Pascual, F. (2005). *Incumplimiento de Propósitos en Drogodependencias*. Barcelona: Zambon Group.
- Deci, E. y Ryan, R. (2008). *Self-Determination Theory: A Macrotheory of Human Motivation, Development and Health*. Canadian Psychology.
- Erikson, E. (1977). Identidad, juventud y crisis. Buenos Aires: Paidós.
- Infodrogas. (2017). Qué son las drogas. Recuperado de <http://www.infodrogas.org/drogas/que-son-las-drogas?showall=1>.
- Fuentes- Pila, J.M. (2005). La Entrevista Motivacional: la llave del proceso de cambio en la dependencia Nicotin- Tabáquica. *Trastornos Adictivos*, 7(3), 153-165.
- Gorski, T. (2013). *Passages through recovery: An action plan for preventing relapse*. Hazelden Publishing. Minnesota
- Graña, J. (1994). *Conductas adictivas: Teoría, Evaluación y Tratamiento*. Madrid: Debate.
- Graña, J. y García, A. (1998). *Prevención de recaídas en drogodependencias*. Conductas adictivas. Debate, Madrid.
- Grensing, L. (1989). Motivar sin dinero: Más fácil de lo que parece. *Motivación personal*. Barcelona, España

- Guardia, J., Iglesias, L., Segura, L. y Gonzalvo, B. (2003). *Manejo del paciente con patología dual*. Manual SET de Alcoholismo. Madrid: Panamericana.
- Guedez, M. (2013). La motivación. La teoría de McClelland. Recuperado de <http://mariug.blogspot.pe/2013/02/teoria-de-mcclelland.html>
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación*. Recuperado de <http://observatorio.epacartagena.gov.co/wp-content/uploads/2017/08/metodologia-de-la-investigacion-sexta-edicion.compressed.pdf>
- Herzberg, F. (1966.) *Work and the nature of man* New York: Crowell. Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/805/80501106/>
- Köpetz, C.E., Lejuez, C.W., Wiers, R.W., y Kruglanski, A.W., (2013). Motivation and SelfRegulation in Addiction: A Call for Convergence, *Perspectives on Psychological Science* 2013, 8(3). doi: 10.1177/1745691612457575.
- Landry, M. (1996). *Overview of Addiction Treatment Effectiveness*. "DHHS" Pub. No. (ADM) 96-3081. Rockville, MD: Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias, Oficina de Estudios Aplicados.
- Lois Ibáñez, E. y Álvarez García, J.A., (2009). Motivación y Retención en un tratamiento de adicción a la cocaína, 11 Congreso Internacional de Psiquiatría, Interpsiquis 2010, <http://www.psiquiatria.com/articulos/adicciones/45546/>
- Marcia, J. E. (1966). *Development and validation of ego-identity status*. *Journal of Personality and Social Psychology*.
- Marlatt, G. (1993). *La prevención de recaídas en las conductas adictivas: Un enfoque de tratamiento cognitivo-conductual*. *Recaída y prevención de recaídas*, Barcelona: Neurociencias.
- Marlatt, G. y Gordon, J. (1985). *Relapse prevention. Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guildford Press.

- Martínez E. (2009). *Prevención de recaídas: Un libro de herramientas para la recuperación*. Bogotá: Colectivo Aquí y Ahora.
- Martínez, K. y Pedroza, F. (2011). *Factores asociados al proceso de recaídas en adolescentes consumidores de alcohol*. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*. Recuperado de http://infad.eu/RevistaINFAD/2011/n1/volumen2/INFAD_010223_215-224.pdf.
- Mavrou, I. (2012). *Los factores de protección, de riesgo y la prevención de recaídas en población drogodependiente: análisis socioeducativo del programa de comunidad de proyecto hombre en Granada y el programa de Pyksida en Nicosia*. (Tesis doctoral). Universidad de Granada, España.
- Miller, W., Brown, J., Simpson, T., Handmaker, N., Bien, T., Luckie, L., Montgomery, H., Hester, R. y Tonigan, J. (1995) *A methodological analysis of the alcohol treatment outcome literature*. En: Hester, R., y Miller, W., eds. *Handbook of Alcoholism Treatment Approaches: Effective Alternatives*, Boston: Allyn & Bacon.
- Miller, W., y Tonigan, J. (1996). *motivation for change: The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES)* *Psychology of Addictive Behaviors*, 10(2), 81-89.
- Miller, W., (1999). *Mejorando la Motivación para el Cambio en el Tratamiento de Abuso de Sustancias*, Departamento de Salud y Servicios Humanos de Salud Mental, Rockville.
- Miller, W. y Rollnick, S. (1999). *La Entrevista Motivacional*, Buenos Aires, Paidós.
- Naranjo, M. (2009). *Motivación: Perspectivas teóricas y algunas consideraciones de su importancia en el ámbito educativo*. Recuperado [de https://www.redalyc.org/pdf/440/44012058010.pdf](https://www.redalyc.org/pdf/440/44012058010.pdf)
- National Institute on Drug Abuse. (2008). *Qué es una recaída*. Recuperado de <https://easyread.drugabuse.gov/es/content/%C2%BFqu%C3%A9-es-una-reca%C3%ADa>

- National Institute on Drug Abuse (NIDA, 2003). Therapeutic community. Recuperado de <http://archives.drugabuse.gov/pdf/RRTherapeutic.pdf>
- Pedrero Pérez, E.J.; Puerta García, C.; Segura López, I. & Osorio Del Río, S.M. (2004). Evolución de la sintomatología psicopatológica de los drogodependientes a lo largo del tratamiento. *Trastornos Adictivos*, 6, 75-91.
- Perez, M. (2015). Motivaciones para la entrada y permanencia en el programa de Proyecto Hombre. Recuperado de https://riuma.uma.es/xmlui/bitstream/handle/10630/12696/P%C3%A9rez%20D%C3%ADaz_TFG_Educaci%C3%B3n%20Social.pdf?sequence=1
- Pila, J. (2012). La motivación como estrategia de aprendizaje en el desarrollo de competencias comunicativas de los estudiantes de I-II nivel de inglés del convenio Héroes del Cenepa-Espe de la ciudad de Quito (Tesis de maestría). Universidad de Guayaquil, Guayaquil, Ecuador.
- Pinder, C. (1985). Beliefs, expected values, and volunteer work behavior. *Motivating Volunteer: How the rewards of unpaid work can meet people's need*. Canadá.
- Porter, Lyman W Y Lawler, Eduard E. (1968). *Managerial Attitudes and Performance*.
- Prochaska, J. y Di Clemente, C. (1992). *Stages of change in the modification of problem behaviors*. En: Hersen, M.; Eisler, R.M.; y Miller, P.M., eds. *Progress in Behavior Modification*. Sycamore, IL: Sycamore Publishing Company. 184-214
- Quintero; J (2007), Universidad Fermin Toro; Escuela de Doctorado; Seminario Teorías y paradigmas educativos; Venezuela.
- Ramos Barbero, V. (2008). El Tratamiento Intrapenitenciario y Extrapenitenciario. Elemento motivador de cambio en la conducta delictiva en una muestra de reclus drogodependientes (Tesis doctoral). Universidad de Burgos, España.
- Redish, A. D., Jensen, S. y Johnson, A. (2008). A unified framework for addiction: Vulnerabilities in the decision process. *Behavioral and Brain Sciences*.

- Sánchez, J. (2015). Lista de Señales de Alerta de Recaída en Adicciones de Terence Gosrki. Recuperado de <https://solucionesenadicciones.wordpress.com/2015/04/16/lista-de-senales-de-alerta-de-recaida-en-adicciones-de-terence-gosrki/>
- Santis, R. y Casas, M. (1999). Diagnóstico dual. Ponencia presentada en VI Encuentro nacional sobre drogodependencias y su enfoque comunitario. Chiclana de la Frontera (Cádiz).
- Shiffman, S. (1989). Conceptual issues in the study of relapse. *Relapse and Addictive Behavior*, London: Routledge.
- Solano, C. (2017). *Estilos de Afrontamiento y Riesgo de Recaída en adictos residentes en Comunidades Terapéuticas de Lima*. Recuperado de <http://www.repositorio.cedro.org.pe/bitstream/CEDRO/360/1/Tesis%20Maestria%20Afrontamiento%20Riesgo%20Recaida%202017.pdf>
- Tejero A. y Trujols J. (1994). El modelo Transteórico de Prochaska y Di clemente: Un modelo dinámico del cambio en el ámbito de las conductas adictivas. Madrid, España: Editorial Debate
- UNODC. (2015). Informe mundial sobre las drogas. Recuperado de https://www.unodc.org/documents/mexicoandcentralamerica/eventos/2015/WDD2015/WDR15_ExSum_S.pdf.
- Vallejos, M., Orbegoso, C. y Capa, W. (2007). Escala de evaluación del cambio de la universidad de Rhode Island (URICA): Validez y confiabilidad en drogodependientes. *Revista de Psicología*, 9(1), 52-59. Recuperado de <https://goo.gl/qefYXW>
- Vera, H. (2013). Teoría del Factor Dual de Herzberg. Recuperado de <https://es.scribd.com/doc/123096485/TEORIA-DEL-FACTOR-DUAL-DE-HERZBERG>
- Villalobos. L. (2017). Concepciones frente a la motivación hacia el proceso de cambio los profesionales en una comunidad terapéutica para el tratamiento de personas

consumidoras de sustancias psicoactivas (Tesis de pregrado). Universidad de San Buenaventura Colombia, Santiago de Cali, Colombia.

Weller. G. (2013). La motivación para el cambio en el tratamiento de adicciones. Recuperado de <https://dspace.palermo.edu:8443/xmlui/bitstream/handle/10226/1034/Weller,%20Gladys.pdf?sequence=3>.

ANEXOS

Anexo 1: MATRIZ DE CONSISTENCIA

AUTOR: KAROLHAY ESTEFANNY ABRAMONTE VAÁSQUEZ

TÍTULO	PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS
<p>“MOTIVACIÓN AL CAMBIO Y RIESGO DE RECAÍDA EN PACIENTES DROGODEPENDIENTES DE CINCO COMUNIDADES TERAPÉUTICAS DE LIMA SUR”</p>	<p>Formulación del problema ¿Existe relación entre motivación al cambio y riesgo de recaída en pacientes drogodependientes de cinco comunidades terapéuticas de Lima Sur?</p>	<p>Objetivo general Determinar la relación entre motivación al cambio y riesgo de recaída en pacientes drogodependientes de cinco comunidades terapéuticas de Lima Sur.</p> <p>Objetivos específicos</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Describir los niveles en cada uno de los estadios motivacionales de la variable motivación al cambio en pacientes drogodependientes de cinco comunidades terapéuticas de Lima Sur. 2. Describir los niveles de riesgo de recaída en pacientes drogodependientes de cinco comunidades terapéuticas de Lima Sur. 3. Establecer la relación entre los estadios motivacionales de la variable motivación al cambio y el riesgo de recaída en pacientes drogodependientes de cinco comunidades terapéuticas de Lima Sur. 4. Establecer la diferencia que existe al comparar la motivación al cambio en pacientes drogodependientes de cinco comunidades terapéuticas de Lima Sur, según sexo, edad y tipo de droga adictiva. 5. Establecer la diferencia que existe al comparar el riesgo de recaída en pacientes drogodependientes de cinco comunidades terapéuticas de Lima Sur según el sexo, edad y tipo de droga adictiva. 	<p>Hipótesis general HG: Existe relación estadísticamente significativa entre la motivación al cambio y el riesgo de recaída en pacientes drogodependientes de cinco comunidades terapéuticas de Lima Sur.</p> <p>Hipótesis específicas H1: Existe relación entre los estadios de motivación al cambio y riesgo de recaída en pacientes drogodependientes de cinco comunidades terapéuticas de Lima Sur.</p> <p>H2: Existen diferencias significativas al comparar la motivación al cambio en pacientes drogodependientes de cinco comunidades terapéuticas de Lima Sr, según sexo, edad y tipo de droga adictiva.</p> <p>H3: Existen diferencias significativas al comparar el riesgo de recaída en pacientes drogodependientes de cinco comunidades terapéuticas de Lima Sur, según el sexo, edad y tipo de droga adictiva.</p>

VARIABLE		METODOLOGÍA	MUESTRA	INSTRUMENTOS
Variable	Dimensiones	Tipo de investigación		
Motivación al cambio	Precontemplación Contemplación Acción Mantenimiento	El tipo de investigación fue correlacional porque su finalidad es conocer la relación o grado de asociación que existe entre dos variables en un contexto en particular (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).	La población que participa en el presente estudio estuvo constituida por 204 pacientes drogodependientes, residentes de cinco comunidades terapéuticas de Lima Sur. Para el presente estudio la muestra estuvo conformada por 154 pacientes de las cinco comunidades terapéuticas que cumplirán con dichos criterios por lo tanto el muestreo fue no probabilístico.	Escala de evaluación del cambio de la universidad de Rhode Island (URICA) de Mc Connaughy, Prochaska y Velicer.
Variable	Dimensión	Diseño de investigación		
Riesgo de recaída	unidimensional	El diseño es no experimental porque se realiza sin la manipulación deliberada de variables y en los que solo se observan los fenómenos en su ambiente natural para después analizarlos (Hernández, Fernández y Baptista (2014)		El cuestionario de riesgo de recaída AWARE 3.0 de Gorski y Miller.

Anexo 2: Protocolo de la Escala de Motivación al cambio URICA

James O. Prochaska y Carlo Di Clemente (1984) desarrollaron la Escala de evaluación del cambio de la Universidad de Rhode Island (URICA), la cual consta de 32 ítems, tiene como propósito evaluar el grado de intensidad, disposición o actitud en relación al cambio, mide cuatro estadios de cambio; Pre contemplación, contemplación, acción y mantenimiento. El cuestionario tiene un formato Likert de 5 puntos. Adaptado por (Vallejos, Orbegoso y Capa, 2007).

Instrucciones: Lee las siguientes afirmaciones y en cada una encierre un número (de 1 al 5), con un círculo, para indicar cuan verdadero ha sido dicho enunciado para usted recientemente.

Por favor, encierre un solo número por cada enunciado.

Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente acuerdo
1	2	3	4	5

1. Que yo sepa, no tengo problemas que cambiar.	1	2	3	4	5
2. Creo que puedo estar preparado para mejorar de alguna manera.	1	2	3	4	5
3. Estoy haciendo algo con los problemas que me han estado preocupando.	1	2	3	4	5
4. Puede que valga la pena el que trabaje para solucionar mi problema.	1	2	3	4	5
5. No soy una persona que tenga problemas. No tiene ningún sentido que yo esté aquí.	1	2	3	4	5
6. Me preocupa la posibilidad de que dé un paso atrás con un problema que ya he cambiado, por eso estoy aquí en búsqueda de ayuda.	1	2	3	4	5
7. Por fin estoy haciendo algo para solucionar mi problema.	1	2	3	4	5
8. He estado pensando que tal vez quiera cambiar algo de mí mismo.	1	2	3	4	5
9. He trabajado con éxito en mi problema, pero no estoy seguro de que pueda mantener el esfuerzo yo solo.	1	2	3	4	5
10. A veces mi problema es dificultoso, pero estoy trabajando para resolverlo.	1	2	3	4	5
11. Para mí, el hecho de estar aquí es casi como perder el tiempo ya que el problema no tiene que ver conmigo.	1	2	3	4	5

Totalmente en desacuerdo 1	Bastante en desacuerdo 2	Ni de acuerdo ni en desacuerdo 3	Bastante de acuerdo 4		Totalmente acuerdo 5		
12. Espero que en este lugar me ayuden a comprenderme mejor a mí mismo.	1	2	3	4	5		
13. Supongo que tengo defectos, pero no hay nada que yo necesite realmente cambiar.	1	2	3	4	5		
14. Me estoy esforzando realmente mucho para cambiar.	1	2	3	4	5		
15. Tengo un problema y pienso realmente que debo afrontarlo.	1	2	3	4	5		
16. No me siento capaz de mantener lo que he cambiado en la forma que yo esperaba, y estoy aquí para prevenir una recaída en ese problema.	1	2	3	4	5		
17. Aunque no siempre consigo resolver con éxito mi problema, al menos lo estoy intentando.	1	2	3	4	5		
18. Pensaba que una vez hubiera resuelto mi problema me sentiría liberado, pero a veces aún me encuentro luchando con él.	1	2	3	4	5		
19. Me gustaría tener más ideas sobre cómo resolver mi problema.	1	2	3	4	5		
20. He empezado a hacer frente a mis problemas, pero me gustaría que se me ayudara.	1	2	3	4	5		
21. Quizás en este lugar me puedan ayudar.	1	2	3	4	5		
22. Puede que ahora necesite un empuje para ayudarme a mantener los cambios que ya he llevado a cabo.	1	2	3	4	5		
23. Puede que yo sea parte del problema, pero no creo que realmente sea así.	1	2	3	4	5		
24. Espero que aquí alguien me pueda dar un buen consejo.	1	2	3	4	5		
25. Cualquier persona puede hablar sobre el cambio; yo de hecho estoy haciendo algo para cambiar.	1	2	3	4	5		
26. Toda esta charla psicológica es aburrida. ¿Por qué no podrá la gente simplemente olvidar sus problemas?	1	2	3	4	5		
27. Estoy aquí para prevenir la posibilidad de recaer en mi problema.	1	2	3	4	5		
28. Es frustrante, pero siento que podría reaparecer el problema que pensaba haber resuelto.	1	2	3	4	5		
29. Tengo tantas preocupaciones como cualquier otra persona. ¿Por qué perder el tiempo pensando en ellas?	1	2	3	4	5		
30. Estoy trabajando activamente en mi problema.	1	2	3	4	5		
31. Asumiría mis defectos antes que intentar cambiarlos.	1	2	3	4	5		
32. Después de todo lo que he hecho para intentar cambiar mi problema, de vez en cuando vuelve a aparecer y me preocupa.	1	2	3	4	5		

Anexo 3. Protocolo del Cuestionario de Riesgo de Recaída AWARE 3.0

T. Gorki y M. Miller (1986) desarrollaron el Cuestionario de Riesgo de recaída AWARE 3.0, la cual consta de 28 ítems, tiene como propósito evaluar el nivel de riesgo de recaída en adicciones posee un paciente drogodependiente, en cuanto sea la puntuación, la persona reporta más señales de advertencia de una recaída.

Instrucciones: Lee las siguientes afirmaciones y en cada una encierre un número (de 1 al 7), con un círculo, para indicar cuan verdadero ha sido dicho enunciado para usted recientemente.

Por favor, encierre un solo número por cada enunciado.

Nunca	Pocas veces	A veces	Relativamente a menudo	A menudo	Casi siempre	Siempre
1	2	3	4	5	6	7

1. Me siento nervioso o inseguro de mis recursos para mantenerme libre de drogas.	1	2	3	4	5	6	7
2. Tengo muchos problemas en mi vida que afectan mi estado emocional.	1	2	3	4	5	6	7
3. Tiendo a actuar impulsivamente	1	2	3	4	5	6	7
4. Soy reservado y me siento solo.	1	2	3	4	5	6	7
5. Me enfoco mucho en un(as) área(as) de mi vida.	1	2	3	4	5	6	7
6. Me siento triste, desanimado o deprimido	1	2	3	4	5	6	7
7. Me dedico hacerme ilusiones sobre el consumo.	1	2	3	4	5	6	7
8. Los planes que hago tienen éxito.	1	2	3	4	5	6	7
9. Tengo dificultad para concentrarme y prefiero imaginar cómo podrían ser las cosas.	1	2	3	4	5	6	7
10. Lo que suelo realizar no me sale bien.	1	2	3	4	5	6	7
11. Me siento confundido sobre volver a consumir.	1	2	3	4	5	6	7
12. Me irrito o molesto con mis amigos.	1	2	3	4	5	6	7
13. Me siento enojado o frustrado.	1	2	3	4	5	6	7
14. Tengo buenos hábitos alimenticios.	1	2	3	4	5	6	7
15. Me siento atrapado y estancado, sin salida.	1	2	3	4	5	6	7

Nunca 1	Pocas veces 2	A veces 3	Relativamente a menudo 4	A menudo 5	Casi siempre 6	Siempre 7	
16. Tengo dificultad para dormir.	1	2	3	4	5	6	7
17. Tengo largos periodos de tristeza intensa.	1	2	3	4	5	6	7
18. Me da igual, suceda lo que suceda.	1	2	3	4	5	6	7
19. Siento que las cosas están mal, que podría consumir drogas.	1	2	3	4	5	6	7
20. Soy capaz de pensar con claridad.	1	2	3	4	5	6	7
21. Siento lastima de mí mismo.	1	2	3	4	5	6	7
22. Pienso reiteradamente en consumir drogas.	1	2	3	4	5	6	7
23. Miento a otras personas.	1	2	3	4	5	6	7
24. Me siento seguro y lleno de esperanzas.	1	2	3	4	5	6	7
25. Me siento enojado con el mundo en general.	1	2	3	4	5	6	7
26. Estoy haciendo lo posible para mantenerme en abstinencia.	1	2	3	4	5	6	7
27. Me temo que estoy perdiendo la razón.	1	2	3	4	5	6	7
28. Estoy consumiendo o tengo deseos de consumir drogas sin control.	1	2	3	4	5	6	7

Anexo 4.
FICHA DE DATOS PERSONALES

I. Información general

- Edad: _____
- Sexo: Masculino () Femenino ()
- Grado de Instrucción: Primaria () Secundaria () Superior ()
- Estado civil: Soltero () Casado () Viudo () Divorciado () Separado () Conviviente ()
- Vive actualmente con: Solo () Padre(s) () Padres y hermanos () Hermanos () Pareja () Pareja e hijo(s) () Sólo Hijos () Otros Familiares y/o personas ()
- Ocupación: _____
- Droga de inicio: _____
- ¿Qué tipo de drogas legales o ilegales consume? (puede marcar más de una):
Alcohol () Tabaco () Marihuana () Cocaína () PBC ()
Mixtos (PBC + Marihuana) () Bombos o turco (cocaína + marihuana) ()
Inhalantes () Tranquilizantes () Alucinógenos (LSD, Ayahuasca, etc.) () Anfetaminas () Éxtasis ()
Ketamina () Heroína ()
Otras drogas, especifique: _____
- Droga(s) adictiva(s) problemas(s): _____
- Tiempo de consumo (señalar el tiempo de la adicción principal):
Menos de 2 años () 2 a 5 años () 6 a 10 años () 11 a 15 años () Más de 16 años ()
- Tratamientos previos por adicciones: SI () NO ()
- Intentos de dejar la droga problema: Nunca () 1 vez () 2 vez () Más de 3 veces ()
- Tiempo máximo de abstinencia: _____
- Antecedentes policiales: SI () NO ()
- Tiempo de internamiento en la Comunidad Terapéutica: 1 y 59 días () 2 a 4 meses ()
5 a 6 meses () 7 a 9 meses () 10 a 12 meses () Mas de 12 meses ()
- Nombre de la Comunidad Terapéutica: _____