



UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA
SALUD**

ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA HUMANA

TITULO:

**“FACTORES DE RIESGO PRECIPITANTES A LA REINCIDENCIA
DE CONSUMO DE DROGAS EN RESIDENTES DEL CENTRO
DE REHABILITACIÓN CASA HOGAR NUEVO
AMANECER SAN JERÓNIMO
CUSCO- 2017”**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA HUMANA**

AUTOR:

ENRIQUEZ CORONADO WILLY

CUSCO – PERÚ

2018

Dedico esta tesis a mis padres, por darme palabras de aliento para seguir en el camino pre profesional y profesional.

Willy Enriquez Coronado

A mis maestros y asesores quienes incondicionalmente me prestaron sus conocimientos, a ellos que continuaron depositando su esfuerzo.

A la dirección de la casa Hogar Nuevo Amanecer, San Jerónimo Cusco que contribuyó con la elaboración del presente estudio.

Willy Enriquez Coronado

RESUMEN

La presente investigación tiene como finalidad, identificar los factores precipitantes de la reincidencia (recaída) de consumo de drogas en residentes del centro de rehabilitación Casa Hogar Nuevo Amanecer San Jerónimo Cusco-2017. La investigación comprende un enfoque cuantitativo de estudio básico, no experimental de tipo descriptivo y transeccional; en el que se recopiló información en un solo periodo temporal.

Para ello se utilizó la encuesta socio cultural donde se evaluó la edad y grado de estudios de la muestra y el test de Inventario de Situaciones Precipitantes de Recaída (RPI) y los datos de los participantes fueron brindados por el centro de rehabilitación Casa Hogar Nuevo Amanecer-Cusco.

Se estableció que, los factores precipitantes de la reincidencia de consumo de drogas en residentes del centro de rehabilitación Casa Hogar Nuevo Amanecer-Cusco son: Estados afectivos negativos, vigilancia cognitiva, bajar la guardia frente a estados afectivos positivos y estímulos previamente relacionados con el consumo. También se estableció que; el 81.3% de residentes son jóvenes, 18.8% son adultos; el 34.4% tienen educación secundaria, el 65.6% tienen estudios superiores.

La reincidencia, es un asunto multifactorial, y por ello se examinó algunas áreas de la vida, como en lo personal, familiar, social y laboral, habiéndose propuesto el siguiente problema de investigación: ¿Cuáles son los factores precipitantes a la reincidencia de consumo de drogas en residentes del centro de rehabilitación casa hogar Nuevo Amanecer San Jerónimo Cusco- 2017?

Para ello se trabajó con una muestra de 32 residentes varones de la casa Hogar Nuevo Amanecer San Jerónimo Cusco, quienes fueron evaluados con el test: Inventario de Situaciones Precipitantes de Recaída (RPI) Los resultados obtenidos demostraron que el 3.1% de los pacientes están expuestos a situaciones de riesgo bajo, el 46.9% están expuestos a situaciones de riesgo medio y 50% están expuestos a situaciones de riesgo alto que precipitan a la reincidencia de consumo.

El 6.3% de los evaluados están expuestos a situaciones de riesgo bajo, 43.8 están expuestos a situaciones de riesgo medio y un 50% están expuestos a situación de riesgo “alto” a causa estados afectivos negativos.

El 3.1% de los internos no están expuestos a situaciones de riesgo, 25% están expuestos a situaciones de riesgo bajo, el 34% están expuestos a situaciones de riesgo medio y el 37.5% están expuestos a situaciones de riesgo “alto” por estados de vigilia cognitiva.

El 3.1% de los residentes están expuestos a situaciones de riesgo bajo, el 37.5% están expuesto a situaciones de riesgo medio y el 59.4% están expuestos a situaciones de riesgo “alto” por estados afectivos positivos.

El 28.1% evaluados están expuestos a situaciones de riesgo bajo, el 34.4% están expuestos a situaciones de riesgo medio 37.5% están expuestos a situaciones de riesgo “alto” por estar expuestos a estímulos previamente relacionados con las drogas.

La investigación llega a la conclusión que si existen factores precipitantes a la reincidencia de consumo de drogas en la población estudiada.

PALABRAS CLAVES: Factores de riesgo precipitantes a la reincidencia de consumo de drogas.

ABSTRACT

The purpose of this research is to identify the precipitating factors to the recidivism (relapse) of drug consumption in residents of the Casa Hogar Nuevo Amanecer San Jerónimo Cusco-2017 rehabilitation center. The research comprises a quantitative approach of basic, non-experimental study of descriptive and transectional type; in which information was collected in a single temporary period.

For this, the socio-cultural survey was used, where the age and degree of studies of the sample were evaluated, as well as the Precipitation Precipitation Situation Inventory (RPI) test and the data of the participants were provided by the Casa Hogar Nuevo Amanecer rehabilitation center.
-Cusco

It was established that the precipitating factors of recidivism of drug consumption in residents of the Casa Hogar Nuevo Amanecer-Cusco rehabilitation center are: negative affective states, cognitive vigilance, lower guard against positive affective states and stimuli previously related to consumption. It was also established that; 81.3% of residents are young, 18.8% are adults; 34.4% have secondary education, 65.6% have higher education.

Recidivism is a multifactorial issue, and therefore some areas of life were examined, such as personal, family, social and work, the following research problem has been proposed: What are the precipitating factors to the recidivism of consumption of drugs in residents of the rehabilitation center home home Nuevo Amanecer San Jerónimo Cusco- 2017?

To this end, we worked with a sample of 32 male residents of Hogar Nuevo Amanecer San Jerónimo Cusco, who were evaluated with the test: Inventory of Precipitating Relapse Situations

(RPI) The results obtained showed that 3.1% of patients are exposed In situations of low risk, 46.9% are exposed to situations of medium risk and 50% are exposed to situations of high risk that precipitate the recidivism of consumption.

6.3% of those evaluated are exposed to situations of low risk, 43.8 are exposed to situations of medium risk and 50% are exposed to a situation of "high" risk due to negative affective states.

3.1% of inmates are not exposed to risk situations, 25% are exposed to situations of low risk, 34% are exposed to situations of medium risk and 37.5% are exposed to situations of "high" risk by states of cognitive wakefulness

3.1% of residents are exposed to situations of low risk, 37.5% are exposed to situations of medium risk and 59.4% are exposed to situations of "high" risk for positive affective states.

The 28.1% evaluated are exposed to situations of low risk, 34.4% are exposed to situations of medium risk 37.5% are exposed to situations of "high" risk for being exposed to stimuli previously related to drugs.

The research concludes that there are precipitating factors to the recidivism of drug use in the population studied.

KEY WORDS: Precipitating risk factors to the recidivism of drug consumption.

INTRODUCCIÓN

La presente investigación destaca la importancia de la salud psicológica de los residentes de la Casa Hogar Nuevo Amanecer- Cusco. Por ello los factores precipitantes a la reincidencia de consumo de sustancias psicoactivas, es un tema importante que aportara en la rehabilitación de los residentes, de igual forma la adicción considerada una enfermedad progresiva que si no se aborda a tiempo y no se implementan estrategias que le hagan frente, trae consecuencias fatales para quien la padece, cabe mencionar que la familia del individuo también es afectada por estas circunstancias.

Por tales consideraciones se hace necesario realizar esta investigación y dar a conocer a la comunidad científica sobre los resultados obtenidos, particularmente de las personas en rehabilitación interesados en ampliar y profundizar el conocimiento acerca de la realidad del objeto de estudio.

El contenido de la investigación está organizado en cinco capítulos fundamentales que se detallan a continuación:

Capítulo I: Planteamiento del problema de investigación, donde se realiza el enunciado del problema evidenciando los factores precipitantes a la reincidencia de consumo de drogas en residentes del centro de rehabilitación Casa Hogar Nuevo Amanecer San Jerónimo Cusco, de lo que se desprende los problemas de investigación, los objetivos, las hipótesis y la justificación que motivan la presente investigación.

Capítulo II: Presenta el marco teórico donde se consideran los antecedentes del estudio, explica las bases teóricas y científicas a partir de las fuentes bibliográficas que nos permiten dar sustento a las variables y por último los términos básicos.

Capítulo III: Presenta la hipótesis y las variables. Se realiza la formulación de la hipótesis se definen las variables, la operacionalización de las mismas.

Capítulo IV: Metodología, donde se consideran el diseño y método de investigación utilizados como tipo, nivel y diseño de estudio, la determinación de la población, muestreo, técnicas de recolección de datos a través de instrumentos de medición, técnicas de análisis de datos utilizando datos estadísticos como Excel, tabulación manual de datos

Capítulo V: Con este capítulo, finaliza la tesis con la presentación de los resultados, discusión de los resultados, conclusiones, recomendaciones y/o sugerencias, presentación de referencias bibliográficas y anexos que son documentos que corroboran la investigación realizada.

ÍNDICE

RESUMEN	III
ABSTRACT	V
INTRODUCCIÓN.....	VII
ÍNDICE.....	IX
ÍNDICE DE TABLAS.....	XII
ÍNDICE DE GRÁFICOS	XIV
CAPITULO I.....	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	1
1.1. Descripción de la realidad problemática.....	1
1.2. Formulación del problema	4
1.2.1. Problema general.....	4
1.2.2. Problemas específicos	4
1.3. Objetivos de la investigación	5
1.3.1. Objetivo general	5
1.3.2. Objetivos específicos.....	5
1.4. Justificación de la investigación	6
1.4.1. Importancia de la investigación.....	7
1.5. Limitaciones del estudio	9
CAPITULO II.....	10
MARCO TEÓRICO	10
2.1. Antecedentes de la investigación	10
2.1.1. Antecedentes extranjeros.....	10
2.1.2. Antecedentes Nacionales.....	13
2.1.3. Antecedentes locales.....	15
2.2. Bases teóricas	16
2.2.1. Factor de riesgo	16
2.2.2. Factores precipitantes	19
2.2.3. Reincidencia (Recaída).....	19
2.2.4. Estado afectivo positivo y negativo.....	24

2.2.5. Vigilancia cognitiva	25
Factores que influyen en la disfunción cognitiva	27
Consecuencias del uso de drogas en las funciones cognitivas.....	28
Las emociones positivas.....	
2.2.6. Estímulos relacionados con el consumo.....	31
2.2.7. Factores de riesgo asociados con reincidencia	33
2.2.8. Determinantes Intrapersonales	34
2.2.8.1. Autoeficacia.....	34
2.2.8.2. Confianza situacional.	35
2.2.8.3. Expectativas de resultados.....	36
2.2.8.4. Motivación.....	36
2.2.8.5. Habilidades de afrontamiento.....	37
2.2.8.6. Estados afectivos.	38
2.2.8.7. Depresión, Ansiedad y Estrés.....	39
2.2.8.8. Regulación emocional.	40
2.2.8.9. Craving (Ansias).....	42
2.2.8.10. Control Atencional.	43
2.2.9. Determinantes Interpersonales	43
2.2.9.1. La familia.....	43
2.2.9.2. Estructura familiar.	44
2.2.9.3. Estilos de vida.....	45
2.2.9.4. Migración.....	46
2.2.9.5. Presión social.....	46
2.2.9.6. Lo cultural como una perspectiva de la adicción	47
2.2.10. Definición de Adicción.....	49
2.3. Definición de términos básicos	50
CAPITULO III	53
HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN	53
3.1 . Formulación de hipótesis	53
3.2 . Variables	54
3.2.1. Operacionalización de variables.....	54

CAPITULO IV	55
METODOLOGÍA.....	55
4.1 . Diseño metodológico	55
4.2. Diseño muestral.....	56
4.2.1. Población y muestra.....	56
4.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	57
4.3.1. Técnicas.....	57
4.3.2. Instrumentos	58
4.4. Técnicas del procesamiento de la información	60
4.5. Técnicas estadísticas utilizadas en el análisis de la información	60
4.6. Aspectos éticos.....	60
CAPITULO V	63
RESULTADOS, ANALISIS Y DISCUSION.....	63
5.1. Presentación De Resultados.....	63
5.2. Discusión.....	77
CONCLUSIONES.....	80
RECOMENDACIONES	82
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	1
ANEXO	6

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Nivel de riesgo Precipitantes de Recaída.....	64
Tabla 2 Estados afectivos negativos.	66
Tabla 3 Vigilancia cognitiva.	68
Tabla 4 Estados afectivos positivos.	70
Tabla 5 Estímulos previamente relacionados con el consumo.....	72
Tabla 6 Factores precipitantes a la reincidencia de consumo de drogas.....	74

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Nivel de riesgo Precipitantes de Recaída.....	64
Gráfico 2 Estados afectivos negativos.	66
Gráfico 3 Vigilancia cognitiva.	68
Gráfico 4 Estados afectivos positivos.	70
Gráfico 5 Estímulos previamente relacionados con el consumo.....	72
Gráfico 6 Factores precipitantes a la reincidencia de consumo de drogas.....	74

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la realidad problemática

El consumo de sustancias adictivas es una enfermedad crónica, que se manifiesta por la búsqueda del tóxico, uso compulsivo y frecuentes recaídas, y está relacionada con una predisposición biológica, por los efectos prolongados de su acción sobre el cerebro y por graves afectaciones en el entorno social del consumidor. Estudios realizados en países desarrollados evidencian el notable incremento de su consumo a nivel mundial (OEA, 2014 p.9).

La Organización Mundial de la Salud ha presentado un informe en el que se resumen los conocimientos científicos más recientes sobre el papel que desempeña el cerebro en la dependencia de sustancias, según el informe, la dependencia de sustancias es multifactorial: está determinada por factores biológicos, en los cuales los caracteres hereditarios pueden desempeñar un papel importante, y por factores psicosociales, culturales y ambientales. Se sabe desde hace

tiempo que el cerebro contiene docenas de diferentes tipos de receptores y de mensajeros químicos (neurotransmisores). (OMS .2012.p10.)

Así mismo se resume la información más reciente sobre el modo en que las sustancias psicoactivas mimetizan los efectos de los neurotransmisores endógenos naturales e interfieren en el funcionamiento cerebral normal alterando el almacenamiento, la liberación y la eliminación de los neurotransmisores. En la obra del Director General de la OMS, se examinan las últimas novedades resultantes de las investigaciones neurocientíficas sobre el deseo compulsivo, la utilización compulsiva, la tolerancia y el concepto de dependencia. Se muestra que las distintas sustancias psicoactivas actúan de diferentes maneras en el cerebro, si bien existen semejanzas en el modo en que afectan a importantes regiones cerebrales relacionadas con la motivación y las emociones. , (Lee. 2015 p51)

Las drogas se definen como: “sustancia o preparado medicamentoso de efecto estimulante, depresor y alucinógeno”. Sustancias que alteran su cuerpo en su funcionamiento desviando la forma natural de éste y llevándolo donde sabiamente la naturaleza no lo puso. Existe drogas legales e ilegales, ambas dañan el cuerpo, pero se diferencian en su daño por dosis, mientras las legales hacen daño en dosis más grandes, las ilegales lo hacen en dosis más reducidas. Las drogas en general causan daños al organismo, al deterioro integral del ser humano llevándolo a situaciones deplorables pues estas personas son reducidas a gente inútil y abandonada de sí misma cuya recuperación es un costo de transacción alto para la población, el consumo de drogas se ha maximizado de una manera impresionante, sin embargo, algo aún más preocupante que esto, es que sus consumidores potenciales son ahora también los adolescentes (RAE 2014). Siempre existió conocimiento de que las drogas no solo eran consumidas por personas mayores

de edad, pero el crecimiento excesivo de consumidores adolescentes menores es cada vez más preocupante (MINSA, 2009.p.8.).

Actualmente, muchas personas consideran que el consumo de estas drogas supone un problema social estrictamente grave, debido a que la mayor parte de consumidores en la actualidad son jóvenes y los que posiblemente sean los más propensos a tener un problema con el consumo de drogas.

Un estudio sobre los factores de riesgo que favorecen la recaída en adictos nos conduce a que, por lo general, las investigaciones que se han llevado a cabo, han adolecido de la profundidad en la tendencia del crecimiento de recaídas; así este problema se hace aún más complejo, cuando al analizar investigaciones realizadas sobre la adicción en el país, se puede valorar, que estudios acerca del mismo no han sido profundamente investigadas como son factores sociales, culturales, familiares, personales, entre otros.

Conocer sobre los factores precipitantes internos o externos que propician la recaída en los adictos, constituye una investigación de enorme significación práctica, ya que posibilita orientar el tratamiento para la adquisición de habilidades y recursos para afrontarlos.

Un informe reveló que el Perú es el séptimo país consumidor de drogas en América Latina y advirtió sobre los efectos nocivos que estas drogas generan en los más jóvenes, registrándose 75 mil alcohólicos de entre 14 y 25 años según datos de CEDRO. Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) cada peruano consume en promedio 8.1 litros de alcohol al año, lo que posiciona a nuestro país en el sexto lugar del ranking sobre ingesta de bebidas alcohólicas en América Latina. (OMS, 2014.p.11)

En el departamento de Cusco, la provincia más afectada es Cusco, en esta ciudad el consumo de drogas registra un alto índice; según los resultados del instituto nacional de estadística e informática INEI demuestran que son elevados los niveles de mortalidad por ingesta de drogas dentro de ellas el alcohol ya que el 23% de la población cusqueña consume alcohol, entre ellos adolescentes de 12 a 17 años de edad el 2.6%, de 18 a 29 años 21.0%, adultos de 30 a 64 años 32,4% y de 65 años a más 24.2%. Lo que revela que son circunstancias culturales, ancestrales y folklóricas en algunos grupos en particular lo que motiva el incremento del consumo de bebidas alcohólicas en sus festividades costumbristas. (INEI, 2017.p.18)

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿Cuáles son los factores precipitantes de reincidencia de consumo de drogas en residentes del centro de rehabilitación casa hogar Nuevo Amanecer San Jerónimo Cusco- 2017?

1.2.2. Problemas específicos

- 1) ¿Cuál es el nivel de la situación de riesgo precipitante de recaída en los residentes del centro de rehabilitación Casa Hogar Nuevo Amanecer San Jerónimo Cusco- 2017?
- 2) ¿Cuáles son los niveles de riesgo de los estados afectivos negativos que precipitan a la reincidencia de consumo de drogas en residentes del centro de rehabilitación Casa Hogar Nuevo Amanecer San Jerónimo Cusco- 2017?
- 3) ¿Cuáles son los niveles de riesgo de los estados de vigilancia cognitiva precipitan a la reincidencia de consumo de drogas en residentes del centro de rehabilitación Casa Hogar Nuevo Amanecer San Jerónimo Cusco- 2017?

- 4) ¿Cuáles son los niveles de riesgo de los estados afectivos positivos que precipitan a la reincidencia de consumo de drogas en residentes del centro de rehabilitación Casa Hogar Nuevo Amanecer San Jerónimo Cusco- 2017?
- 5) ¿Qué nivel de riesgo en los estímulos previamente relacionados con el consumo de drogas precipitan a la reincidencia en los residentes del centro de rehabilitación Casa Hogar Nuevo Amanecer San Jerónimo Cusco- 2017?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

Identificar los factores precipitantes a la reincidencia de consumo de drogas en residentes del centro de rehabilitación Casa Hogar Nuevo Amanecer San Jerónimo Cusco- 2017.

1.3.2. Objetivos específicos

- 1) Identificar el nivel de riesgo precipitante de recaída en los residentes del centro de rehabilitación Casa Hogar Nuevo Amanecer San Jerónimo Cusco- 2017.
- 2) Asignar el nivel de riesgo afectivos negativos que precipitan a la reincidencia de consumo de drogas en residentes del centro de rehabilitación Casa Hogar Nuevo Amanecer San Jerónimo Cusco- 2017.
- 3) Determinar el nivel de riesgo de la vigilancia cognitiva precipitan a la reincidencia de consumo de drogas en residentes del centro de rehabilitación Casa Hogar Nuevo Amanecer San Jerónimo.

- 4) Establecer el nivel de riesgo de los estados afectivos positivos que precipitan a la reincidencia de consumo de drogas en residentes del centro de rehabilitación Casa Hogar Nuevo Amanecer San Jerónimo.
- 5) Identificar el nivel de riesgo de los estímulos previamente relacionados con el consumo de drogas que precipitan a la reincidencia en los residentes del centro de rehabilitación Casa Hogar Nuevo Amanecer San Jerónimo.

1.4. Justificación de la investigación

Al realizar la revisión documental como parte de la indagación requerida para la elaboración de esta investigación, se encontró que la recaída es uno de las manifestaciones más presentes e iterativas dentro del proceso de recuperación del adicto y aun cuando la persona enferma pase por largos períodos de abstinencia y reciba diversos tratamientos para la adicción siempre permanece latente el riesgo de atravesar por una recaída o en el peor de los casos, el de instalarse nuevamente en el consumo de la droga, esto debido a la naturaleza de la misma enfermedad, que es un padecimiento de tipo crónico. Este fenómeno ha llamado la atención de muchos interesados en el estudio y en el tratamiento de las adicciones, por lo que existen diversos trabajos dirigidos a enriquecer la percepción que se tenía respecto a la recaída e incluso en la producción de conceptos y elementos que permiten retomarse para el diseño y operación de programas profesionales dirigidos a este tipo de eventos.

El problema de las recaídas en usuarios de drogas que han logrado su abstinencia se ha convertido en objeto de atención, no sólo en el tratamiento sino en el plano de la investigación.

La recuperación plena de los adictos que hacen tratamiento, sólo se logra en una proporción que muchos autores sitúan en no más del 20%. Son numerosos los casos de recaídas durante el tratamiento y aún luego de la conclusión del tratamiento, por lo cual constituye un tema fundamental de investigación: conociendo las causas, los factores de riesgo y protección, éstas podrían ser prevenibles, y por extensión, el resultado de la investigación aportara nuevos conocimientos para la modificación y enriquecimiento del programa de tratamiento de adicciones que se lleva actualmente en rehabilitación casa hogar Nuevo Amanecer san Jerónimo Cusco.

1.4.1. Importancia de la investigación

Al realizar la revisión documental como parte de la indagación requerida para la elaboración de esta investigación, se encontró que la recaída es una de las manifestaciones más presentes dentro del proceso de recuperación del adicto y aun cuando la persona enferma pase por largos períodos de abstinencia y reciba diversos tratamientos para la adicción siempre permanece latente el riesgo de atravesar por una recaída o en el peor de los casos, el de instalarse nuevamente en el consumo de la droga, esto debido a la naturaleza de la misma enfermedad, que es un padecimiento de tipo crónico. Este fenómeno ha llamado la atención de muchos interesados en el estudio y en el tratamiento de las adicciones, por lo que existen diversos trabajos dirigidos a enriquecer la percepción que se tenía respecto a la recaída e incluso en la producción de conceptos y elementos que permiten retomarse para el diseño y operación de programas profesionales dirigidos a este tipo de eventos.

La implicancia de este estudio a nivel teórico es elaborar conocimiento científico para el constructo psicológico: La variable reincidencia, es considerada relevante para explicar el comportamiento de los sujetos que consumen drogas. A nivel práctico, la utilidad de esta

investigación nos explica cómo se relacionan los estados afectivos negativos, vigilancia cognitiva, reuniones, emociones positivas, y estímulos previamente relacionados con el consumo están relacionados con el riesgo de recaída a fin de elaborar programas de intervención más acorde con el perfil del adicto a sustancias psicoactivas en nuestro país, dado que en ocasiones se aplican programas de tratamiento de otros países sin una adaptación que consideren las características propias del consumidor de drogas Peruano.

La motivación para realizar la investigación inicio del trabajo diario de varios meses con consumidores de drogas y adictos a sustancias psicoactivas en dicha institución que atiende la problemática de las adicciones, en la práctica clínica los profesionales identificamos que el riesgo de recaída es el principal obstáculo que el adicto tiene que enfrentar, la experiencia profesional plantea la necesidad de conocer los factores que tienen los adictos ante situaciones de riesgo y esto permitirá disminuir el riesgo de reincidencia, dado que según los reportes e investigaciones a nivel nacional e internacional existe una alta tasa de reincidencia porque la adicción es una enfermedad crónica (Navarro,et.al., 2012.p.63).

La recuperación plena de los adictos que hacen tratamiento, sólo se logra en una proporción que muchos autores sitúan en no más del 20%. Son numerosos los casos de recaídas durante el tratamiento y aún luego de la conclusión del tratamiento, por lo cual constituye un tema fundamental de investigación: conociendo las causas, los factores de riesgo y protección, éstas podrían ser prevenibles, y por extensión, el resultado de la investigación aportará nuevos conocimientos a la sociedad para la modificación y enriquecimiento del programas de tratamiento de adicciones en centros de rehabilitación a nivel local y también nacional, que en la

actualidad se llevará a cabo en centro rehabilitación casa hogar Nuevo Amanecer San Jerónimo Cusco.

1.5. Limitaciones del estudio

En el estudio se tuvo la siguiente limitación:

- Se utilizaron algunos horarios de los que normalmente están programados para actividades propias del centro de rehabilitación.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

2.1.1. Antecedentes extranjeros

Cummings G., Marlatt .& Ponce . (2013). En su estudio “*Situaciones de alto riesgo en las conductas adictivas en la clínica de salud mental de Zaragoza*”.

Se analizaron los determinantes intrapersonales e interpersonales de pacientes con adicción al alcohol, nicotina, heroína, juego patológico y obesidad. Se obtuvo en determinantes intrapersonales: los estados emocionales negativos 35%, estados físicos negativos 3%, estados emocionales positivos 4%, poner a prueba el control personal 5% y deseos y tentaciones 9%. Asimismo, en los determinantes interpersonales se obtuvo el siguiente porcentaje: conflictos interpersonales 16%, presión social 20% y estados emocionales positivos 8%.

Jiménez & Becoña (2007) investigaron *“Diferentes aspectos del fenómeno de recaída en ex fumadores en l comunidad terapéutica de granada España”*.

Los autores observaron una secuencia básica de los acontecimientos cognitivos, conductuales y situacionales que aparecen en el proceso de recaída. Se obtuvieron factores situacionales como consumo de alcohol, presencia de otros fumadores y falta de apoyo social. Entre los factores fisiológicos estuvieron los estados físicos negativos y entre los factores psicológicos, los estados emocionales negativos, la baja autoeficacia y la falta de estrategias de afrontamiento.

Blanco T. & Jiménez S. (2015). *“Factores de riesgo que influyen en la recaída de consumo de drogas lícitas e ilícitas en adolescentes atendidos en el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. Colegio Profesional de Psicólogos de Costa Rica”*.

Conclusiones: las variables intrapersonales como regulación emocional (conductas dirigidas a metas), control atencional (atención focalizada), estados emocionales negativos y búsqueda de sensaciones positivas son factores de riesgo determinantes en las recaídas de consumo de drogas. Los componentes emocionales, familiares y sociales son factores relacionados con las recaídas en adicciones que requieren ser explorados mediante un abordaje terapéutico que explore los factores de riesgo distales según cada sujeto

La variable control atencional parece poseer un papel de relevancia dentro de los factores de riesgo intrapersonales de las recaídas, según los análisis fue el único factor que mostró diferencias entre el grupo que presentaba solo una recaída y el grupo de dos o más recaídas. Se encontró una diferencia significativa de menor atención focalizada para el grupo de sujetos que reportaron dos o más recaídas. El control atencional, específicamente la atención focalizada se

vio afectada por igual en el grupo hombres y en el grupo de mujeres, ambos grupos con recaídas en adicciones mostraron dificultades en atención focalizada. Las variables intrapersonales como regulación emocional (conductas dirigidas a metas), control atencional (atención focalizada), estados emocionales negativos, búsqueda de sensaciones positivas son factores de riesgo determinantes en las recaídas. Se comprueba que a medida que la persona maneje exitosamente habilidades para afrontar situaciones precipitantes o peligrosas, presentará menos factores de riesgo para recaer en el consumo. Se halló asociación entre el apoyo social percibido (proveniente de la familia y de otras personas significativas) y habilidades de afrontamiento, lo anterior confirma que el apoyo social es un factor protector en los adolescentes para afrontar eficazmente situaciones de riesgo y mantenerse en abstinencia.

Valles (2016) “Relación que existe entre la autoeficacia general y el riesgo de recaídas en adictos a drogas en tratamiento residencial en Comunidades Terapéuticas”. La muestra estuvo conformada por 129 adictos a sustancias psicoactivas de ambos sexos (27 mujeres y 102 varones) cuyas edades oscilaban entre los 14 y 67 años. Los instrumentos utilizados fueron la Escala de Autoeficacia General (EAG) y el Cuestionario de Riesgo de Recaídas AWARE 3.0. Los resultados mostraron una correlación altamente significativa de tipo inversa ($r = -0,396$), de nivel moderado bajo, entre los puntajes totales de Autoeficacia General y Riesgo de Recaída ($p < 0.05$). Así mismo, se encontró que predomina el nivel promedio en cuanto a autoeficacia general (54,3%) y riesgo de recaída (54,3%). Finalmente, halló que el riesgo de recaída se relaciona significativamente con las variables sociodemográficas: estado civil, ocupación y grado de instrucción, pero, por el contrario, no se relacionó con el sexo de los participantes.

Jiménez s. (2015). *Factores de riesgo presentes en recaídas con el consumo de drogas lícitas e ilícitas en adolescentes atendidos en el instituto sobre alcoholismo y farmacodependencia*

Conclusiones: Dentro de los hallazgos relacionados a factores y situaciones precipitantes de recaídas en el consumo resultaron de mayor relevancia para la muestra los aspectos clasificados como intrapersonales, tales como la baja autoeficacia y las dificultades en regulación emocional y en el control atencional. Además los resultados identificaron que entre las habilidades de afrontamiento más utilizadas por los adolescentes se encuentran las siguientes estrategias: pensamientos positivos sobre los beneficios de la abstinencia y pensamientos negativos respecto a las consecuencias del consumo, siendo principalmente habilidades clasificadas a nivel cognitivo

2.1.2. Antecedentes Nacionales

Rodríguez (2012) en su estudio titulado *“Relación entre afrontamiento y soporte social en adictos, bajo el modelo Comunidad Terapéutica dentro de un hospital psiquiátrico de Lima”*.

Se utilizó el Cuestionario de Estimación de Afrontamiento (COPE) y el Inventario de Entrevista de Soporte Social de Arizona (IESSA). Se encontraron correlaciones significativas directas e inversas entre casi todas las estrategias de afrontamiento e índices de soporte social. El estilo de afrontamiento enfocado en la emoción fue el estilo más utilizado y el estilo evitativo fue el menos utilizado. Las estrategias de mayor uso fueron reinterpretación positiva y acudir a la religión; la de menor uso fue negación. Además, se obtuvieron diferencias significativas en afrontamiento y soporte social de acuerdo a las variables estado civil, reingreso a la Comunidad Terapéutica y comorbilidad psiquiátrica.

Cieza & Meléndez (2013) *“Afrontamiento y el soporte social en adictos internados en una Comunidad Terapéutica”*.

Se utilizó el Cuestionario de Estimación de Afrontamiento (COPE) desarrollado por Carver et al. y el Inventario de Soporte Social desarrollado por Flaherthy et al., no se encontró predominancia de un estilo de afrontamiento en particular.

Cueva y Guerrero (2016) *“Estrategias de afrontamiento en pacientes adictos a alcohol y cocaína en un hospital psiquiátrico”*.

Obtuvieron que el estrés por relaciones interpersonales es significativo, la estrategia más utilizada fue el pensamiento desiderativo definido como la incapacidad de aceptar y afrontar la realidad, realizando una conducta de escape. No se hallaron diferencias significativas entre afrontamiento y variables sociodemográficas como edad, grado de instrucción y nivel socioeconómico.

Criollo & Guerrero (2015) *“Estrategias de afrontamiento que utilizan los sujetos drogodependientes en proceso de tratamiento en Comunidad Terapéutica”*.

Los resultados indicaron que acudir a la religión fue la estrategia más utilizada y que las estrategias de afrontamiento son importantes en el tratamiento de las adicciones. La muestra tuvo edades entre 19 a 70 años. Los instrumentos aplicados fueron el URICA y COPE-28

2.1.3. Antecedentes locales

Concha (2017) “Habilidades sociales y tipos caracterológicos en los residentes drogodependientes de la comunidad terapéutica Nuevo Amanecer del distrito de San Jerónimo Cusco-2017”.

Se concluyó que no existe relación entre las habilidades sociales y los tipos caracterológicos de los residentes drogodependientes de la Comunidad Terapéutica Nuevo Amanecer del Distrito de San Jerónimo Provincia del Cusco-2017. Así mismo el bajo nivel de habilidades sociales (63.3%) es el más predominante en los residentes y el tipo caracterológico de personalidad sanguínea (26.7%) es el que más predomina en los pacientes de la Comunidad Terapéutica, y finalmente no se encontraron correlaciones significativas entre las variables. Los instrumentos aplicados fueron el EHS Escala de Habilidades Sociales y cuestionario caracterológico de Gastón Berger.

Quiñones (2017) “Trastornos de personalidad en pacientes internados por alcoholismo del Hospital de Salud Mental San Juan Pablo II distrito de Santiago Cusco-2017”

Concluye que los trastornos de personalidad de mayor prevalencia en los pacientes internados por alcoholismo son, referidos a los patrones clínicos de personalidad están el trastorno de personalidad narcisista, antisocial, pasivo agresivo, autoderrotista y que registra un porcentaje mayor. Por lo tanto, esto nos indica que los pacientes internados por alcoholismo del Hospital de salud mental San Juan Pablo II. Muestran comportamientos de grandiosidad, evitativos de ser controlados por los demás, resistentes al tratamiento, indecisos y eligen situaciones que los llevan al fracaso. Utilizo como instrumentos test de Millon II y test de Audit.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Factor de riesgo

Con el término “riesgo” se recoge el incremento de la probabilidad de un resultado o consecuencia negativa dentro de una población de individuos. Los “factores de riesgo”, por tanto, son todas aquellas circunstancias socioculturales y características individuales, que en conjunción, en un momento determinado, incrementan la vulnerabilidad y favorece a que pueda dar un consumo abusivo y problemático (González Menéndez y otros, 2004, p 56)

Otros autores, son más específicos en la conceptualización del término de factor de riesgo, y lo definen como “una característica interna y/o externa al individuo cuya presencia aumenta la probabilidad o la predisposición de que se produzca un determinado fenómeno (Clayton, 1992; Luengo, y otros, 1999). Estas características personales, familiares, sociales y culturales, permitirían predecir el desarrollo de la conducta de consumo de drogas y situarían a la persona en una posición de vulnerabilidad hacia este tipo de comportamiento. (Laespada, 2004; Peñafiel, 2009, p 36)

Los factores de riesgo se tienden a diferenciar en dos grupos, los factores de riesgo asociados y los factores de riesgo causales. Los factores asociados, son aquellos que reflejan cualquier tipo de asociación entre variables sin especificar ninguna dirección en la relación, en este sentido el factor de riesgo, sería un factor asociado que precede al resultado. Los factores de riesgo causales, son los factores de riesgo que pueden ser manipulados y al ser manipulados modifican el riesgo de la respuesta. En la mayoría de los casos los factores de riesgo no son causales (Kraemer, et, al 2001, p 96)

Los factores se determinan a partir de estudios estadísticos que buscan identificar la relación entre una enfermedad con un hecho y constituyen un elemento que define la conducta a seguir cuando se encuentran presentes, por lo que su principal importancia es que tienen un valor predictivo y por lo tanto constituyen información útil que permite desarrollar y poner en práctica las acciones preventivas pertinentes (ABC salud, 2010).

Clayton define “los factores de riesgo como; un atributo y/o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que incrementa la probabilidad del uso y/o abuso de drogas (inicio) o una transición en el nivel de implicación con las mismas” (Becoña, 1999).

Moneada (como se cita en Becoña, 1999) ha revisado los factores de riesgo más relevantes en el campo de las drogodependencias y los dividió en dos dimensiones tales como; factores de riesgo ambientales, relacionados con la macro estructura social, económica y cultural como; de privación social, desorganización comunitaria, disponibilidad de sustancias, la percepción social del riesgo, la movilidad de la población, las normas y leyes de la comunidad, 2) factores de riesgo individuales e interpersonales, que incluyen el microsistema inmediato a la persona, dentro de los factores de riesgo interpersonales incluyen; historia familiar de alcoholismo y uso de drogas, pautas educativas, actitudes y modelos por parte de los padres, conflictos familiares, grupos de iguales que consumen drogas, y dentro los factores de riesgo individuales incluyen; la agresividad, búsqueda de sensaciones, problemas de conducta, actitudes hacia la droga, fracaso escolar (escolaridad) y los valores (ausencia de práctica religiosa). (Moneada.2005.p.64)

Los factores de riesgo son aquellas características o variables que, si están presentes, elevan la probabilidad de que una persona desarrolle una patología (Pandina, 2002), pudiendo encontrarse en diversos ámbitos de la persona. En relación a la adicción estos factores, bajo determinadas

condiciones ambientales desfavorecidas, pueden facilitar para un determinado grupo de personas el inicio, la continuidad o el agravamiento de la drogodependencia. Hay estudios que indican que determinados factores se podrían asociar más al inicio en el consumo, mientras que otros provocan el aumento del consumo una vez iniciado este. En un trabajo de Stronski, Ireland, Michand, Naning y Resnick (2000) pudo constatarse la teoría de Jessor del problema de conducta, la cual sugiere que los problemas de conducta con otros y con un grupo de factores que puede denominarse “síndrome de conducta de riesgo”. Sugieren que diferentes niveles de uso de drogas pueden estar relacionados con diferentes perfiles de vulnerabilidad psicosocial. No pueden acotarse en su totalidad las relaciones causales entre variables en el inicio del consumo de drogas, de modo que no puede recaer todo el peso etiológico sobre determinadas variables para considerarlas absolutamente necesarias y suficientes para explicar lo que sucede en la génesis de la adicción. El estudio del riesgo para el consumo de drogas nos lleva a reconocer que las causas del inicio o el abuso una vez que se ha experimentado con ellas, depende de una variedad de factores que a su vez van cambiando como consecuencia de las características específicas de cada población (Calafat, 1999 p.32).

Los factores de riesgo podrían definirse como “un atributo y/o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que incrementa la probabilidad del uso y/o abuso de drogas (inicio o una transición en el nivel de implicación con las mismas, mantenimiento)” Para el autor existen varios principios generales a tener en cuenta cuando hablamos de factores de riesgo. (Clayton, 1992.p.81).

No siempre están presentes determinados factores de riesgo. Cuando estos factores están presentes aumenta la probabilidad de que la persona expuesta a los mismos pase al uso o abuso

de drogas, en comparación a situaciones en las que la persona no se expone a este tipo de factores, la sola presencia de un factor de riesgo no determina que el sujeto consuma drogas, de modo que su ausencia tampoco es garantía de que la persona no las use. El hecho de que alguien consuma drogas es resultado de la confluencia de multitud de factores, el número de factores de riesgo presentes se relaciona directamente con la probabilidad del abuso de drogas, la mayoría de factores de riesgo y protección tienen varias dimensiones que se pueden medir de forma independiente, y cada una de ellas influye de forma independiente y global en el abuso de drogas.

2.2.2. Factores precipitantes

Condición previa o circunstancia inmediata a la situación de consumo de drogas con directa relación sobre el hecho. Los factores o circunstancias que rodean los actos de drogadicción, antes o durante e incluso posteriormente a los hechos considerados como elementos precipitantes son determinantes intrapersonales y determinantes interpersonales.

2.2.3. Reincidencia (Recaída)

La reincidencia (recaída) se define como el proceso de retroceso a los patrones de comportamiento y pensamiento típicos de la adicción activa, que ya se habían superado, y que finalmente llevan de vuelta al uso, retrocediendo hasta llegar de vuelta al estado de enfermedad adictiva que existía antes de comenzar la recuperación (Hernández, 2013p.15).

Para poder hablar de recaída una persona debe haber estado previamente en recuperación, o abstinencia y con cambios de conducta, por un período significativo de 6 meses. Por el simple hecho de no haber usado por un tiempo, el volver a usar, no necesariamente es una recaída.

Podría tratarse de episodios de consumo alternos, dentro de un período de adicción activa y esto se puede evaluar por medio de una entrevista y observación psicológica.

A pesar de que una recaída puede ser peligrosa y se traduce finalmente en sufrimiento y pérdida de tiempo y energía, a veces las recaídas también son períodos de aprendizaje, para una persona que desea recuperarse. A pesar de estar conscientes de su problema y de tener buena disposición para la recuperación, un adicto puede recaer, sino maneja bien las situaciones de riesgo o descuida su proceso de cambios. Luego de una recaída es más probable que el adicto este más claro en qué cosas ha estado haciendo mal. Aun así, no es necesario recaer para poder aprender o avanzar en la recuperación (Alvarado, 1996p.32).

Los conceptos de recaídas y terapia de prevención de recaídas, son trabajados por Marlatt y Gordon desde el año de 1985, al plantear el Modelo Teórico de Prevención de Recaídas, las cuales se definen como la consecuencia que experimenta una persona al exponerse ante una situación de riesgo sin ser capaz de responder con las estrategias de afrontamiento adecuadas para garantizar el mantenimiento de su abstinencia (Gordon, 1985.p.54).

Acuña, señala que una persona con problemas de conductas adictivas posee una inclinación a recaer luego de haber conseguido mantenerse en períodos de abstinencia”, lo anterior debido a que según lo investigado por Marlatt, los aspectos característicos de ese patrón conductual incluyen un excesivo involucramiento por parte de la persona, una compulsión a continuarlo, una escasa habilidad para controlarlo y una persistencia, a pesar de las consecuencias negativas que presenta para el individuo o quienes lo rodean. (Acuña 2009.p.60),

En la actualidad, entre las investigaciones dedicadas al estudio de las adicciones, además del modelo propuesto por Marlatt, se mantiene vigente el Modelo Transteórico del Cambio desarrollado por Prochaska & DiClemente desde 1982, en donde se reconoce al fenómeno de la recaída dentro del proceso global de recuperación de los trastornos adictivos. Este modelo explica el proceso del cambio a través de 6 diferentes fases, donde la prevención de recaídas estaría enfocada en la etapa de acción y mantenimiento, ya que es cuando la persona está comprometida en su tratamiento y ha implementado exitosamente el cambio de detener el consumo de drogas. Es importante destacar que, a partir de este modelo, la recaída se presenta cuando las estrategias de cambio utilizadas fracasan en estabilizar al individuo en los estadios de acción o mantenimiento, esto implica el regreso hacia estadios previos. El cambio se comprende como un proceso que atraviesa varias fases de recuperación y de recaída hasta que se llega a una abstinencia a medio y largo plazo (Larriva et.al, 2008).

En lo que respecta a adolescentes, desde el modelo transteórico se señala que debido a la etapa del ciclo vital, los jóvenes se encuentran en proceso de independizarse y les puede resultar complejo el someterse a un tratamiento terapéutico estructurado. De igual manera, los autores destacan que el modelo permite considerar las diferencias individuales de los jóvenes y los factores de riesgo hacia el regreso al consumo, con especial atención a aquellos aspectos de índole social y ambiental. (Whirter, et.al.2002.p63).

“Numerosos estudios han buscado determinar el origen y la trayectoria del uso de drogas, cuándo es que inicia este problema, cómo va progresando y la presencia de recaídas y sus determinantes durante el proceso” (Fernández 2005).

Se han logrado identificar varios elementos que diferencian a las personas que usan drogas de aquellas que no consumen, los factores asociados con un potencial mayor para el desarrollo de estas conductas se definen como factores de riesgo, mientras los que se asocian con la disminución de la probabilidad de esta conducta se denominan factores de protección (Maturana, 2011,p.13).

Según el Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (Institución del Gobierno de Chile) los factores de riesgo son los que implican vulnerabilidad o la posibilidad de que la persona se vuelva a ver afectada por el consumo de drogas, además que sea más susceptible a otra debido a determinadas circunstancias. Se da particular atención a los recursos personales, estos representan los elementos a favor o en contra que posee el adicto como son: bajos niveles de autoestima, dificultad para expresar sentimientos, poco autocontrol y dificultad para asumir responsabilidades, son considerados factores de riesgo en el consumo de sustancias. Por el contrario, una buena autopercepción, óptimo control emocional conductual y una adecuada tolerancia a la frustración son factores de protección. (CONACE.2004.p.45.)

Lo anterior coincide con el estudio de Anicama, Mayorga & Henostroza , donde se revela que el componente principal para las recaídas son los factores intrapersonales, convirtiéndose en los primordiales indicadores y predictores de recaídas para un 76.12% de los casos de la muestra estudiada. La muestra fue conformada por 67 sujetos adictos a sustancias psicoactivas que recibieron tratamiento en los diferentes centros de rehabilitación de Lima Metropolitana, las variables predominantes relacionadas con el regreso al consumo fueron atribuido en 80.60% al estado físico negativo, mientras que en 50.75% de los casos a estado emocional negativo. En

cuanto a casos de determinantes interpersonales, la principal causa de recaída fue el conflicto interpersonal o la inadecuada relación con las personas. (Anicama.et.al. 2001.p.67)

Korovsky, Rial & Olave, investigaron las herramientas o recursos eficaces en las personas que han dejado de consumir drogas durante cierto tiempo, además se identificaron creencias, mitos, síntomas y signos individuales, familiares y contextuales que pueden propiciar el regreso al consumo. De esta manera se establece la posibilidad de actuar antes de que se produzca una recaída para evitarla o, en su defecto, después de la misma para aprender de ella y evitar futuras reincidencias. (Korovsky.et.al. 2003.p.44)

A partir del estudio anterior, se determina la existencia de algunos signos tanto a nivel personal como familiar observables previos a la recaída, Korovsky señalan cierta disfunción o dificultad interna para pensar claramente y manejar emociones, regresar a la negación o evitación del problema, comportamiento defensivo acompañado de reacciones exageradas, creencia de no tener control sobre su vida, depresión, pérdida del control del comportamiento, sentimiento de lástima hacia sí mismo y menor autoconfianza. (Korovsky.et.al. 2003.p.44)

Mediante investigaciones sobre conducta adictiva en personas adolescentes, se ha concluido que existen factores de riesgo para el consumo, los cuales se basan principalmente en determinantes propios del individuo, no obstante, también son importantes los factores interpersonales:

El aumento masivo del consumo de sustancias en los jóvenes ha sido relacionado básicamente con factores intraindividuales, entre ellos las características de la fase evolutiva, personalidad, habilidades sociales; factores socioeconómicos, entre los que destacan la marginalidad y

pobreza, y el factor de aumento de la oferta de drogas en sectores urbano-marginales. También se ha señalado la familia como factor desencadenante de problemas comunicacionales con los jóvenes, facilitando el consumo de diversas drogas en nuestra sociedad. (Maturana, 2011.p.24).

2.2.4. Estado afectivo positivo y negativo

El concepto de afecto se refiere a los sentimientos y emociones que experimenta y expresa la persona en su vida diaria y que generalmente son el resultado de la percepción sobre la obtención o no de los objetivos deseados en su vida y en su relación con los demás. El afecto tiene dos dimensiones que han sido caracterizadas como 6 descriptivamente bipolares, pero afectivamente unipolares, así el polo alto de cada dimensión representa un estado de afecto alto ya sea positivo o negativo, mientras el polo bajo refleja la ausencia relativa de la implicación afectiva (Watson,et al., 1988 p.34).

El afecto positivo representa la dimensión de emocionalidad positiva, energía, afiliación y dominio de un individuo. Las personas con afecto positivo alto experimentan amistad, unión, felicidad, bienestar, afirmación y confianza, en contraste las personas con bajo afecto positivo tienden a manifestar desinterés, aburrimiento. En relación con el afecto negativo, éste se refiere a la dimensión de la emocionalidad negativa ante estímulos negativos y los individuos experimentan más neuroticismo y depresión, la presencia de alto afecto negativo implica una variedad de estados de ánimo que incluyen la ira, la culpa, el temor, ansiedad, tristeza y el nerviosismo mientras el bajo afecto negativo presenta emociones de calma y serenidad (Tellegen, 2007.p45.)

Estas dos dimensiones son conceptualizadas como estados afectivos o bien como disposiciones personales de emoción más o menos estables y representan un rasgo de personalidad estable en el tiempo. El afecto puede ser un rasgo cuando generalmente la persona tiene afecto o emociones positivas y negativas y puede ser afecto como estado cuando este corresponde a las emociones positivas o negativas ocurrido en la última semana (Tellegen, 2007.p42).

Simon y Nath señalan que existen diferencias del afecto en función del género y de cultura. En este sentido los hombres expresan más emociones positivas como calma y entusiasmo y las mujeres expresan más emociones negativas como ansiedad y tristeza. Sin embargo, indican que más bien las mujeres tienden a expresar y hablar de sus sentimientos con otras personas abiertamente, en tanto los hombres optan por no hablar de ellos. Ambos pueden afrontar el afecto negativo mediante el consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias (Simon y Nath). Sin embargo, se ha señalado que el uso de alcohol es utilizado muchas veces para incrementar los estados emocionales positivos o para disminuir el afecto negativo (Cortaza et al. 2007-p 67).

2.2.5. Vigilancia cognitiva

Concepto de vigilancia cognitivas La palabra cognición, proviene del origen latino “cognitio” que significa conocimiento o acción de conocer, es decir se refiere al proceso por el que las personas adquieren conocimientos. La psicología cognitiva también la define como los procesos mediante los cuales una entrada sensorial es transformada, reducida, elaborada, almacenada, recuperada y utilizada por el individuo Por lo tanto las funciones cognitivas sirven fundamentalmente para procesar la información entrante y así favorecer la comprensión y la adaptación al medio. Pérez (2005), menciona que las principales funciones cognitivas son:

memoria, orientación, pensamiento abstracto, lenguaje, capacidad de juicio y razonamiento, cálculo, habilidad constructiva, visoespacial y aprendizaje (Rivas, 2008. P 53).

La investigación realizada en el Hospital Psiquiátrico Humberto Ugalde Camacho, Centro de reposo y adicciones “CRA”, dirigida a la evaluación del funcionamiento cognitivo de los pacientes adictos se centra específicamente en la valoración de las siguientes áreas cognitivas, examinadas por la evaluación neuropsicológica breve en español: orientación, atención y activación, memoria, lenguaje, funciones visoespaciales y visoperceptuales y funciones ejecutivas; con la finalidad de detectar las consecuencias que tiene el consumo de sustancias en las capacidades cognitivas, sin embargo no es posible determinar específicamente las áreas afectadas puesto que según Luria menciona que “Hay que entender la función no como la actividad de un Área local del cerebro, sino como un sistema funcional, de tal modo que una zona del cerebro puede estar implicada en el desarrollo de diferentes funciones” (Portellano, 2005. P 89).

Este mismo autor indica que existen tres unidades funcionales, mediante las cuales el sistema nervioso regula su actividad, teniendo ubicación en el encéfalo y son las responsables de los distintos niveles de especificidad de la conducta. Afirmando que una lesión leve de la primera unidad funcional causaría una alteración en el funcionamiento cognitivo, en los procesos de atención, vigilia o memoria, o provocaría un estado de coma en daños severos. Lesiones en la segunda unidad funcional, localizada en la parte posterior del córtex, generaría trastornos sensoriales, perceptivos o cognitivos. Así mismo un síndrome disejecutivo y dificultad en el control de la atención sostenida sería producto de un daño en la tercera unidad funcional, por lo

tanto, no existen causas específicas que generen alteraciones directas en una función cognitiva en particular (Portellano, 2005. P 89).

Factores que influyen en la disfunción cognitiva

Vargas, (2009) señala que existen ciertos aspectos que pueden influir al momento de determinar una alteración cognoscitiva, entre los principales se encuentran:

Factores psicológicos. Los cuales engloban los estados emocionales como ansiedad, depresión, tristeza, ira; así como las creencias religiosas, estereotipos, actitud hacia el terapeuta y la motivación del sujeto.

Factores fisiológicos. Que incluye tanto la condición física como: enfermedades, dolor, ritmos circadianos, nutrición, ejercicio, fatiga, relajación; y el consumo de determinadas sustancias: café, alcohol, medicamentos.

En el caso de las adicciones,” estudios con amplia evidencia sostienen que la dependencia de drogas se asocia con un deterioro en el funcionamiento cognitivo, principalmente en las siguientes áreas: atención, memoria, funciones ejecutivas, concentración, fluidez verbal, procesamiento de la información, etc”. (Pedrero, et al. 2013).

Coullaut, García, aseguran que el tiempo y tipo de consumo de drogas son determinantes en el deterioro cerebral y en la disfunción de la esfera cognitiva; pues sostienen que la estabilidad o reversibilidad del daño dependen de la gravedad de la adicción y de una temprana edad de inicio de ingesta; sin embargo autores como García, et al, 2011 indican que no es posible determinar si las alteraciones neuropsicológicas son una consecuencia directa del consumo, si está relacionada

con factores de vulnerabilidad previos o se trata de una combinación de ambos, por lo que es fundamental continuar indagando (Coullaut, et al, 2011p78.)

Consecuencias del uso de drogas en las funciones cognitivas

El deterioro cognitivo interfiere de forma importante en el aprendizaje y la capacidad de cambio del sujeto, por ello, se relaciona con peores resultados del tratamiento a corto, medio y largo plazo. Específicamente, se ha encontrado que el tratamiento se asocia a una baja adhesión, mal cumplimiento de normas y pautas, menos probabilidades de culminar un programa de rehabilitación, recaída temprana, menor capacidad de *insight*, y menor nivel de abstinencia tras el tratamiento (Pedrero, et al, 2011.p 54.).

También se ha comprobado que las sustancias psicoactivas afectan significativamente la salud mental del individuo y concretamente su funcionamiento cognitivo, sin embargo, se conoce que las consecuencias son diferentes de acuerdo a la sustancia ingerida.

De manera general se puede decir que los psicoestimulantes y el alcohol alteran el comportamiento impulsivo e inflexibilidad cognitiva; el alcohol y el MDMA o éxtasis interfiere en el procesamiento espacial, velocidad perceptiva y atención selectiva; el cannabis y la metanfetamina con déficits en memoria prospectiva; y el cannabis y el MDMA con velocidad de procesamiento y planificación. (Pedrero, et al, 2011).

Otros estudios revelan que los sujetos con un alto consumo de alcohol y cannabis, reflejan un mayor déficit en la memoria de trabajo en comparación a la memoria inmediata. De igual manera se ven afectadas las funciones ejecutivas, presentando una menor inhibición a las respuestas automáticas y poseen una atención disminuida. Por el contrario los individuos consumidores de

cannabis presentan un deterioro en la memoria inmediata, atención, procesamiento de la información y memoria. (Coullaut, et al, 2011)

Las Emociones positivas

La descompensación emocional es un gran factor de riesgo de cara al consumo abusivo de sustancias adictivas. El consumo regular de estas sustancias puede ayudarles a modificar los estados de ánimo negativos que pueden surgir debido a los cambios propios en la diferente etapa evolutiva por las que atraviesa el sujeto (Ruiz Aranda, et al.2009 p76).

Las emociones son mecanismos de defensa que nos permiten reaccionar con rapidez ante situaciones inesperadas, y a comunicarnos en forma no verbal. Las emociones funcionan de manera innata y automática, son impulsos para actuar; es decir, cada emoción prepara al organismo para una clase distinta de respuesta. Con la ira; por ejemplo, el ritmo cardíaco se eleva y el aumento de hormonas como la adrenalina genera un ritmo de energía lo suficientemente fuerte para originar una acción vigorosa; a su vez, hay una respuesta para el miedo, la felicidad, el amor.

La raíz de la palabra “emoción” proviene del verbo en latín *motere*, que significa “mover”, además del prefijo que implica “alejarse”, lo que indica que en toda emoción hay una tendencia a actuar. Las emociones son sentimientos y sus pensamientos característicos, son estados psicológicos y biológicos, son una variedad de tendencias a actuar. En esencia, todas las emociones son impulsos para actuar, planes instantáneos para enfrentarnos a la vida que la evolución nos ha inculcado Goleman, Martin y Boeck al ocuparse de la pregunta en relación a la producción de los órdenes afectivos, hacen referencia a algunos aspectos procesales de la

inteligencia emocional. Consideran, haciendo una síntesis de las corrientes principales sobre el tema, que una emoción se produce de la siguiente forma: a) Informaciones sensoriales llegan a los centros emocionales del cerebro; b) Se produce una respuesta neurofisiológica; c) El neocórtex interpreta la información. (Goleman, et al. 2006 p.97).

Sobre esta base estructural de funcionamiento de la emoción, se considera en términos más o menos estructurales que “Emoción es un estado complejo del organismo caracterizado por una excitación o perturbación que predispone a una respuesta organizada.

Las emociones se generan como respuesta a un acontecimiento externo o interno” (Bisquerra,). Hay tres componentes en una emoción: neurofisiológico, conductual y cognitivo (Mestre, Palmero y Guil. Lo neurofisiológico se visibiliza en respuestas como taquicardia, sudoración, vasoconstricción, hipertensión, tono muscular, rubor, sequedad en la boca, cambios en los neurotransmisores, secreciones hormonales y respiración, entre otros. Estas respuestas son fenómenos involuntarios, ingobernables por lo general para el sujeto. Sin embargo es posible minimizarlas o llegar a desarrollar un control pero por medio de técnicas apropiadas y específicas, como por ejemplo la relajación, la meditación, o el análisis de un psicólogo. (Mestre, et al. 2004 p.134).

En lo conductual, la observación del comportamiento de un individuo ayuda a poder descifrar qué tipo de emociones se están experimentando. Las expresiones faciales, el lenguaje no verbal, el tono de voz, volumen, ritmo o movimientos del cuerpo. En este sentido, son sintomáticas y contribuyen a la determinación sobre el estado emocional. El componente cognitivo o vivencia subjetiva es lo que suele denominar sentimiento. El ser humano siente miedo, angustia, rabia y muchas otras tantas emociones. Para diferenciar entre el componente neurofisiológico y el

cognitivo a veces se emplea el término emoción, en sentido restrictivo, para referirse a una descripción del estado corporal (es decir, el estado emocional) y se reserva el término sentimiento para aludir a la sensación consciente . El componente cognitivo permite que se califique un estado emocional y se le dé un nombre (Mestre, et al. 2004 p.137).

El etiquetado de las emociones está limitado por el dominio del lenguaje. Dado que la introspección a veces es el único método para llegar al conocimiento de las emociones de los demás, las limitaciones del lenguaje imponen serias restricciones a este conocimiento, pero al mismo tiempo dificulta la toma de conciencia de las propias emociones. Esta carencia genera la sensación de incertidumbre y desconcierto en las personas, lo cual a veces puede desencadenar efectos negativos. De esto se deriva el concepto y la importancia de una educación emocional, dirigida entre otros elementos a un mejor conocimiento de las propias emociones y del dominio del vocabulario emocional (Martin 2004 p. 23).

“Como expresan con la información que se puede obtener de las emociones y sus funcionamientos, se puede capitalizar su manejo o regulación posibilitando así, al menos potencialmente, una mayor capacidad de adaptación a contextos intra e interpersonales” Mestre, Palmero y Guil (2004).

2.2.6. Estímulos relacionados con el consumo

Marlatt y Gordon explican la ocurrencia del primer consumo en el sujeto a través de varias variables cognitivas como la autoeficacia, es decir la valoración de la capacidad de resolver un problema o situación de alto riesgo, así como las expectativas de resultado al analizar las consecuencias de la conducta. (Marlatt) define una situación de alto riesgo como cualquier

situación que representa una amenaza para la sensación de control del individuo y aumenta el riesgo de recaída. El modelo explica como la ausencia de habilidades de afrontamiento y/o la inhibición de estas respuestas por la ansiedad, además de la falta de categorización de la situación como de alto riesgo, el déficit de motivación hacia la abstinencia o la tentación de uso de la sustancia, dificultan la adecuada respuesta de afrontamiento ante una situación de riesgo. En presencia de cualquiera de estas circunstancias, la posibilidad de que una situación de alto riesgo progrese hasta una recaída aumenta de manera significativa (Graña, 1994 p.67).

El proceso de recaída empieza a desencadenarse y en algunos casos se observa un desliz cuando el sujeto tiene aún la capacidad de intentar controlar su conducta adictiva, la diferencia para pasar de un desliz a una recaída radica en la percepción y atribución de su caída inicial. Marlatt y Gordon proponen el constructo denominado “Efecto de la violación de la abstinencia (EVA)”, este fenómeno consiste en un estilo atribucional que parece mediatizar la respuesta afectiva negativa tras un nuevo consumo que se caracteriza por una sensación de desamparo, disminución de la autoeficacia y una tendencia a rendirse pasivamente ante la situación de volver a reiniciar su consumo. Si el (EVA) es muy intenso aumenta la probabilidad de completar el proceso de recaída (Graña, 1994 p.69).

Marlat y Gordon refieren que el individuo anticipa los efectos positivos inmediatos de consumir la sustancia, una anticipación fundamentada en experiencias anteriores, mientras ignora o desatiende a las consecuencias negativas involucradas a largo plazo. Estas expectativas de las consecuencias positivas son un determinante principal del consumo de sustancias psicoactivas. El modelo propone que el craving ocurre en presencia de estímulos externos, que actúan como estímulos condicionados que lo provocan y plantea que el craving puede operar de manera

enmascarada y permite que ocurran las llamadas “decisiones aparentemente irrelevantes” que acercan al sujeto a una recaída. (Marlatt 1994 p.75)

2.2.7. Factores de riesgo asociados con reincidencia

Partiendo de que la investigación pretendió determinar cuáles son las causas de las reincidencias en los residentes de la casa hogar Nuevo Amanecer San Jeronimo – Cusco, se revisaron los principales factores de riesgo que han sido estudiados como predictores para estas situaciones.

El modelo de Marlatt fue muy influyente en el campo de la adicción desde sus inicios, ya que contribuyó significativamente en el ámbito clínico, así como en la prevención de recaídas, motivo por el cual fue financiada una investigación a gran escala para probar la fiabilidad y validez del sistema taxonómico para clasificar los episodios de recaída. A partir de los hallazgos y los resultados respecto a cuestiones metodológicas sobre fiabilidad, validez predictiva, y validez de constructo, Donovan en el año de 1996 sugiere una importante reconceptualización de la taxonomía (Witkiewitz, 2011 p.76).

Siguiendo estas recomendaciones, Marlatt & Witkiewitz (2004) reconceptualizaron la taxonomía de las recaídas a un modelo cognitivo-conductual dinámico. De esta manera se incorporaron factores de riesgo distales que incluían antecedentes y características pre-tratamiento (por ejemplo, dependencia al alcohol y expectativas de resultados), además de factores de riesgo proximales tales como situaciones de estrés y afecto negativo (Witkiewitz, 2011 p.77).

Como referente teórico primordial, el presente estudio parte del actual modelo de prevención de recaídas, el cual es considerado como un modelo dinámico. Este modelo reconceptualiza el proceso de la recaída, analizándolo como un sistema complejo de muchas dimensiones y variables interrelacionadas. Es decir, tanto factores predisponentes que aumentan la vulnerabilidad de la persona a la recaída, como precipitantes inmediatos, estados físicos y afectivos, procesos cognitivos y habilidades de afrontamiento. A partir de lo anterior, los autores clasifican las variables en factores intrapersonales y factores interpersonales, los cuales se describen a continuación (Marlatt et al, 2005 p.93).

2.2.8. Determinantes Intrapersonales

2.2.8.1. Autoeficacia

La autoeficacia ha sido una de las variables cognitivas más estudiadas en el ámbito de las conductas adictivas. El concepto comienza a desarrollarse a través de la Teoría del Aprendizaje Social de (Bandura) y el concepto de expectativas de autoeficacia percibida, la cual se define como “la convicción de que uno puede llevar a cabo exitosamente la conducta necesaria para producir los resultados”.

En relación con las recaídas, la autoeficacia corresponde a la estimación percibida de la persona o confianza sobre su capacidad para enfrentarse a situaciones en las cuales es posible consumir alcohol u otras drogas, utilizando las habilidades que posee. Así mismo, si el sujeto emplea una respuesta de afrontamiento efectiva, aumentará su nivel de autoeficacia, reduciendo la probabilidad de recaer; en cambio, si emite una respuesta que no resultó efectiva, disminuirá su eficacia y sus expectativas positivas relacionadas, lo que podría generar que regrese al consumo (Witkiewitz, 2005 p.57).

Se han realizado diversos estudios donde se determina la existencia de una relación entre autoeficacia y recaídas, mediante los resultados de tratamientos a dependencia; se concluye que aquellos pacientes que presentan niveles altos de autoeficacia parecen mostrar una mayor protección frente a la recaída. Los pacientes que manifiestan su intención de mantener una abstinencia total parecen tener menos probabilidades de recaída que los que no se plantean una abstinencia absoluta. (Sánchez et al 2012 p. 74).

La autoeficacia de afrontamiento es la que refleja la confianza del individuo en ser capaz de afrontar con éxito las distintas situaciones que le incitan a volver a su antiguo patrón de consumo es decir, indicaría la capacidad de ese individuo para mantener la abstinencia, independientemente de las situaciones en que se encuentre. Por el contrario, la autoeficacia de recuperación entraría en juego cuando la persona ha sufrido un desliz o una recaída, reflejaría su capacidad para sobreponerse y evitar volver a su antiguo patrón de consumo. (Donovan 2005 p.45)

2.2.8.2. Confianza situacional.

Este concepto va muy relacionado con el de autoeficacia y se refiere a la confianza de la persona en ciertas situaciones donde podría tener más probabilidades de consumir. En el contexto de la recaída, el examinar la confianza situacional se utiliza para medir el nivel de autoeficacia con relación a la percepción del usuario sobre su habilidad para enfrentar efectivamente las que fueron sus situaciones de consumo. (Martínez, 2011 p.76).

2.2.8.3. Expectativas de resultados.

Este término, también introducido por Bandura, es otra variable cognitiva y hace referencia a la anticipación o estimación de las consecuencias asociadas a una conducta determinada. De acuerdo con lo anterior los resultados que la gente anticipa dependerán de los juicios que hace sobre sus capacidades para afrontar exitosamente una determinada situación (autoeficacia). Aquellas personas que se consideran muy eficaces esperarán resultados favorables, mientras que las que albergan dudas sobre sí mismas esperarán un rendimiento mediocre y unos resultados negativos (Sánchez et al. 2012 p.13).

Marlatt señala además que los efectos esperados del individuo sobre consumir la droga, no necesariamente irán a concordar con los reales después del consumo. Podría esperar sentirse relajado, contento y desinhibido después de consumir alguna sustancia específica, sin embargo, la experiencia real puede resultar en el aumento de la tensión, tristeza y retraimiento. Para efectos post-tratamiento, el mantener expectativas positivas sobre la droga, dificultaría mantenerse sobrio, si se poseen expectativas negativas (por ejemplo el saber que experimentaría luego el síndrome de abstinencia y consecuencias dañinas) ayudaría a mejorar los resultados después del tratamiento. (Marlatt 2005 p.65).

2.2.8.4. Motivación.

La motivación asociada con el proceso de recaídas se puede comprender de dos maneras: la motivación positiva en búsqueda del cambio y hacia mantener un comportamiento adecuado, y la motivación para involucrarse de nuevo dentro la conducta problemática. Donovan las identifican como motivación al cambio y motivación al uso, señalando también que habrá cierta

ambivalencia entre las dos, por lo que las intervenciones deben enfocarse en resolver estos deseos opuestos permitiendo que los individuos exploren su propia significancia y decisiones de sus conductas (Donovan 2005.p.38)

Además, en relación con el Modelo Transteórico del Cambio señalado anteriormente, es relevante destacar que la motivación no es una cualidad estática, sino más bien un recurso psicológico dinámico, el cual puede ir incrementando desde la etapa de contemplación, a medida que la persona toma conciencia de su comportamiento problema (DeLarriva 2008 p.31).

2.2.8.5. Habilidades de afrontamiento

En las habilidades de afrontamiento se incluyen tanto las cognitivas como conductuales. En el modelo propuesto desde 1985 por Marlatt y Gordon, se explica que ante una situación de riesgo la persona puede mostrar una respuesta de afrontamiento adecuada, lo cual disminuiría significativamente su probabilidad de recaída. Si la persona no es capaz de enfrentarse a ese escenario, ya sea porque no aprendió las estrategias adecuadas para superarlo, no saber prever la situación de riesgo, o el miedo y ansiedad no le permiten ejecutar una conducta adecuada, percibirá que no es capaz de controlar su conducta de consumo. (Marlatt 2005 p.46)

En cambio, si se afronta satisfactoriamente la situación de riesgo, el individuo percibe una sensación de control, que además tiene relación con la expectativa positiva de estar en capacidad de resolver adecuadamente la próxima situación conflictiva que se le presente. Por lo tanto poseer y poner en práctica habilidades de afrontamiento apropiadas, produce también un importante aumento de la percepción de autoeficacia (Marlatt , 2005 p.47).

2.2.8.6. Estados afectivos.

Los estados afectivos pueden ser positivos o negativos. De acuerdo con la teoría de Baker (citado en Marlatt y Gordon,) los estados afectivos negativos son uno de los principales motivos para las recaídas en el consumo de drogas. El uso excesivo de sustancias podría estar motivado por la regulación afectiva, de tal manera que las sustancias aportan refuerzo negativo cuando alivian los estados afectivos. (Baker 2007. P.58)

De acuerdo con Astudillos se señala que los principales estados de ánimo negativos por los cuales atraviesan las personas adolescentes antes de una recaída fueron la pasividad emocional, la ira, la frustración, la incredulidad e irritabilidad, confusión de identidad y de rol. En cuanto a estados de ánimo positivo se identificaron el deseo de celebrar, relaciones sentimentales y nerviosismo (Astudillos 2012 p.23).

2.2.8.7. Depresión, Ansiedad y Estrés.

La depresión, la ansiedad y el estrés son factores que intervienen en la drogadicción, diversas investigaciones reportan comorbilidad entre psicopatología emocional y el consumo de sustancias. En su artículo presentan un marco conceptual para comprender cómo las vulnerabilidades emocionales transdiagnosticadas son clave para la comorbilidad entre trastornos emocionales y fumar tabaco, específicamente se refieren a la anhedonia (placer o interés disminuido es respuesta a recompensas), sensibilidad a la ansiedad (miedo a las sensaciones relacionadas con la ansiedad), y capacidad para tolerar estados de angustia. El elemento central de este modelo es que estas vulnerabilidades emocionales “amplifican directamente la expectativa y la experiencia real de tres efectos moduladores agudos en fumadores, los cuales transmiten riesgo de progresar a través de la trayectoria de fumado (es decir, la experimentación, la progresión, el mantenimiento, la imposibilidad de hacer un intento de abandono del hábito la recaída después del cese, y la recurrencia)”. (Leventhal, 2014 p.47).

“También se refiere a estos determinantes intrapersonales: Adentrándonos en el contexto de la persona, un aspecto clave de la recaída es la vivencia de niveles elevados de estrés emocional y desregulación” afectiva Sanz (2011).

Durante estas fases son típicos:

- Las sensaciones de desbordamiento.
- La reducción de la conciencia.
- La desinhibición conductual y afectiva.
- La resolución de la crisis.

- En cuanto a los primeros signos de reincidencia (recaída) los más frecuentes son:
- Temor.
- Ansiedad, tensión, nerviosismo.
- Problemas de sueño.
- Irritabilidad.
- Depresión.
- Aislamiento social.
- Problemas de concentración.

Por último, es importante señalar que el factor de ansiedad se relaciona con el constructo de Craving, Sánchez-Hervás y Llorente del Pozo, observan que varios estudios logran identificar como un determinante predictor de recaídas, los niveles elevados de activación fisiológica propios de la ansiedad en relación con el deseo de consumir (Sánchez et al 2012 p43).

2.2.8.8. Regulación emocional.

La regulación emocional es la habilidad para modular las emociones, el concepto se define como “toda estrategia dirigida a mantener, aumentar o suprimir un estado afectivo en curso” Así mismo Thompson señala que el proceso de regulación emocional implica el monitoreo, la evaluación, supervisión y modificación de las reacciones emocionales con el fin de llevar a cabo las propias metas u objetivos. (Thompson, 1994, p. 27).

La dificultad o disfunción en la regulación emocional se ha denominado desregulación emocional, dentro de las definiciones ampliamente aprobadas se encuentra la de Linehan en 1993 citada por Tejeda, en la cual se expone que dichas disfunciones en la regulación emocional

implican dificultades para: 1. Identificar experiencias emocionales específicas, 2. Modular la activación fisiológica asociada, 3. Tolerar el malestar y 4. Confiar en las respuestas emocionales como interpretaciones válidas de experiencias vitales. Por tanto, la desregulación emocional condiciona a una persona a la auto invalidación y en consecuencia la desorienta en relación con la manera de actuar y sentir en general. (Tejeda et al. 2012),

En la actualidad ha sido ampliamente estudiado este concepto y se determina que las emociones y la disfunción en su regulación interviene en distintos ámbitos, incluyendo su asociación con el desarrollo de trastornos relacionados por el abuso de sustancias. Berking y Wupperman (2012) realizan una extensa revisión teórica sobre regulación emocional relacionada con adicciones a drogas, en donde destacan los siguientes hallazgos: 1. Los déficits en habilidades de regulación emocional son predictores de recaídas durante y después de terapia cognitivo-conductual por dependencia (Berking, 2012), 2. Los individuos dependientes de la cocaína presentan mayores dificultades en su regulación emocional que los no consumidores, durante los primeros meses de abstinencia se reportan dificultades en la comprensión y manejo de las emociones, posteriormente en abstinencia continua mostraron dificultades solamente en control de impulsos (Fox et al. 2007), 3. Uno de los factores clínicos más destacados en el alcohol y el consumo de drogas es la dificultad para hacer frente a los afectos negativos (Baker, 2004), 4. El uso indebido de sustancias es ampliamente conceptualizado como un esfuerzo para regular o evitar las emociones negativas. La inducción de afecto negativo predice el incremento de urgencia por beber (Sinha et al, 2009).

Por lo tanto, según los resultados de estudios acerca de este concepto, se reafirma que hay una asociación entre dificultades en regulación emocional y trastornos por abuso de sustancias, lo

cual sugiere que la disfunción para regular emociones puede aumentar el riesgo a recaídas de una persona en proceso de recuperación.

2.2.8.9. Craving (Ansias).

El “craving” se define como un intenso deseo hacia al consumo, ganas compulsivas o compulsión irrefrenable de experimentar una sustancia. En materia de adicciones es una de las principales características de la dependencia y de gran importancia en las recaídas al abuso de drogas y alcohol (Blasco, Martínez, Carrasco & Attas, 2008). Según el estudio sobre craving, la persona experimenta un proceso denominado focalización atencional selectiva automática, los pensamientos se enfocan sobre los efectos reforzantes del consumo y justificación hacia la conducta. Blasco considera que si durante el episodio de craving la persona es capaz de mantener en su conciencia la información disponible de su memoria a largo plazo sobre todos los efectos positivos y negativos de su posible consumo, será posible que logre racionalizar la toma de decisiones, respecto a su consumo o no. (Blasco et al. 2008)

El craving puede reflejar diferentes aspectos del consumo, como reforzamiento, dependencia, tolerancia y abstinencia aguda o crónica, y puede depender tanto de cogniciones como del comportamiento observable, ser desencadenado por la presencia de estímulos relacionados con el alcohol, estímulos interoceptivos o estados internos, y situaciones previamente asociadas con el consumo. Puede ser influido por la disponibilidad real o percibida de la sustancia. Puede ocurrir bajo circunstancias en las que el individuo no ha consumido desde hace mucho tiempo y por lo tanto depender de mecanismos distales de memoria más que de factores biológicos/neuro farmacológicos próximos relacionados con el consumo reciente y la abstinencia. Los mecanismos del procesamiento de la información como la atención selectiva, la deseabilidad

social y los sesgos optimistas relacionados con el riesgo podrían modular el craving. Los investigadores han sugerido que el craving podría incluso existir sin conciencia o bajo procesos controlados. (Graña y Rubio 2002 p. 69)

2.2.8.10. Control Atencional.

El estudio sobre la atención ha ido evolucionando durante las últimas décadas, la literatura ofrece diversas definiciones, cuando se habla específicamente del concepto control atencional se hace referencia a dirigir la atención hacia objetivos mientras se inhiben respuestas inapropiadas y exige cierto esfuerzo lograr mantener ese control (Blasco et al., 2008). Además, los autores señalan que el atender selectivamente un estímulo, siendo el objetivo centrarse para ejecutar una respuesta concreta se denomina atención focalizada. En ese sentido, a través de investigaciones realizadas sobre este tema y en relación con adicciones a drogas, ha sido demostrado que los procesos cognitivos específicos que se ven alterados en las personas consumidoras son la atención, la memoria y las funciones ejecutivas Sanchez R. et al., 2009; Lorea et al., 2010; Woiciket al., (citados en Rojas, 2014).

2.2.9. Determinantes Interpersonales

2.2.9.1. La familia.

La misma forma de negación usada por la persona adicta se puede utilizar por sus seres queridos que no se dan cuenta que existe un problema serio. Familiares de la persona adicta a menudo sufren de una condición conocida como “codependencia.” En muchos casos los pensamientos y las sensaciones de esposas, hijos y hermanos son controlados por el comportamiento y las emociones del adicto y esto causa la destrucción de la unidad familiar. Los

miembros de la familia pueden sentirse responsables por el problema, ya que puede darles esperanza equivocada que ellos pueden “curar” a su ser querido.

La codependencia se revela en muchas formas. La adicción puede hacer que la familia oculte el problema, quizás no permitiendo a visitantes en el hogar o prohibiendo discusiones sobre la enfermedad entre miembros de la familia. Cuando la persona adicta está intoxicada, los familiares pueden intentar proteger a su ser querido diciéndole al jefe de la persona adicta que el adicto no puede ir a trabajar ese día porque está enfermo cuando en realidad está intoxicado. Otro problema relacionado a la codependencia se presenta cuando un miembro de la familia intenta controlar el comportamiento del adicto, ocupando su tiempo libre, de tal modo atentando impedir que él o ella beban alcohol o usen drogas.

2.2.9.2. Estructura familiar.

En el Perú se reconoce los siguientes tipos de familia: familia de padres separados, familia de madre o padre soltero/a, familia monoparental, familia extensa y familias homo parentales. Según los Archivos de Medicina Familiar de la Asociación Latinoamericana de profesores de medicina familiar, refieren que la estructura familiar es un “conjunto de personas que bajo los conceptos de distribución y orden integran al grupo familiar” y clasifican a la familia según su estructura en: familia nuclear, familia extensa, monoparental y reconstruida o reconstituida. Entre otros tipos de familia se encuentran: familia de homosexuales u homoparentales, familias de padres separados y familia de padres solteros (Medicina Familiar 2017 p.10)

Funcionalidad familiar.

según Salvador Minuchin, menciona que la función familiar se trata de un conjunto invisible de demandas funcionales, que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia; los problemas aparecen cuando: existe conflicto de pertenencia a los subsistemas (problemas conyugales, parental o filial), disfunción de las fronteras (cuando el subsistema de padres eleva al subsistema de hijos o a su mismo nivel), trastornos en la relación de familia con el entorno (fronteras) y reacción inadecuada, exagerada o insuficiente. Las familias según el comportamiento o funcionamiento se clasifican en familias funcionales, familias desligadas y familias caóticas. (Minuchin, en 1977 p.47)

2.2.9.3. Estilos de vida

La OMS, define al estilo de vida como “las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud; esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local que depende a su vez de las políticas adoptadas” (38). El estilo de vida son comportamientos que mejoran o crean riesgos para la salud, este comportamiento humano es considerado dentro de la teoría del proceso salud-enfermedad de Lalonde y Laframboise junto con la biología humana, el ambiente y la organización de los servicios de salud. (OMS, 2012 p.16).

El modelo social de Stanton Peele sobre las adicciones, refiere que las adicciones se generan debido al estilo de vida, que ésta “se produce por el modo como la persona interpreta la experiencia, el modo de enfrentarse al mundo y el modo que tiene de verse a sí mismo, determinando por las experiencias pasadas, la personalidad y el entorno social”. Las conductas

negativas y drogas pueden convertirse en adictivas como la comida basura y el consumo de alcohol, “se convierten en especie de muletillas que utilizan algunas personas para afrontar mejor su vida ante situaciones de estrés, ansiedad, sufrimiento, inestabilidad (Peele 1995 p.34).

2.2.9.4. Migración

Consiste en un desplazamiento de una persona producido por un cambio de residencia hacia un país o región diferente para radicarse de forma temporal o definitiva, considerando como residencia un aspecto privado de una persona, excluyendo los desplazamientos temporales o cotidianos debido a trabajo o profesión. Existen varios tipos de migración como: migración de retorno o repatriación, migración estacional, migración externa, inmigración, migración interna y emigración

2.2.9.5. Presión social.

La presión social puede ejercerse de manera directa, cuando es una persona o un grupo a través del contacto directo y generalmente es la persuasión verbal la que presiona al individuo a consumir, u ofreciéndole la sustancia. También se puede presentar presión social indirecta, cuando la persona vuelve al consumo en respuesta a otra persona o grupo que está usando la sustancia y sirven de facilitadores. Aunado a lo anterior, al analizarse los conflictos interpersonales como determinantes de la recaída, se ha observado que aquellos que causan frustración o enfado son más relevantes para la tasa de recaídas que aquellos que generan otros estados emocionales negativos (Marlatt, 2005 p.57).

2.2.9.6. Lo cultural como una perspectiva de la adicción

Ante el problema que las múltiples y diferentes adicciones plantean a la sociedad moderna, sobre lo cual existe una gran variedad de lecturas, destaco la falta de literatura sobre el contexto cultural -en el sentido antropológico del término- en el cual la adicción se inscribe. En efecto, son pocos los autores que han contextualizado el problema de las adicciones (comúnmente conocidas como toxicomanías y drogodependencias). A pesar de que algunos autores como Oriol) y han subrayado el carácter arbitrario y social de la droga como problema, es decir, por qué a algunos productos se les cataloga como droga y a otros no, el problema de las adicciones sigue siendo entendido como un problema fundamentalmente individual. A ello Francisco Garrido responde de la siguiente manera: Romaní & Márquez . (1989 pp34.35)

Más allá del individuo aislado de su contexto, algunos autores han intentado cercar a la familia del adicto, intentado explicar cómo dicha problemática se inscribe dentro del contexto familiar. Dentro de esta misma perspectiva, que podríamos llamar social, también están incluidos aquellos estudios que hablan del entorno social, especialmente el de los amigos y de la influencia que éstos ejercen. (Arias et al. 1990 p.16)

Poco se ha dicho sobre el contexto cultural -y social- más amplio. Dentro de esta perspectiva culturalista del fenómeno adictivo, podemos distinguir dos corrientes, que de alguna manera se solapan. Una, que hace referencia a los propios valores que la sociedad promociona. Destacamos, dentro de esta perspectiva, el libro de Anne Wilson Schaefer (1987) *When society becomes an addict* (Cuando la sociedad deviene una adicta). Esta autora no solamente incide en las adicciones como un problema común en nuestra cultura (moderna) sino que va más allá afirmando que el sistema en el cual estamos inmersos es adictivo: «un sistema adictivo es un

sistema que llama hacia los comportamientos adictivos» Schaefer. Hanna Arendt nos describe perfectamente este ciclo adictivo cultural de la sociedad moderna protagonizado por el hombre laborante. La modernidad ha convertido el trabajo-consumición en la actividad principal, asimilándola al proceso vital cuya característica principal es su continuidad. El proceso laboral cimentado sobre la consumición se asemeja al metabolismo biológico. La perpetuidad del proceso laboral está garantizada por el retorno perpetuo de las necesidades de consumir. En otras palabras, es un continuo llenar y vaciar lo que domina al ser moderno, apareciendo como un ser esclavo, recluido en la domesticidad laboral y consumista. Este proceso es devorador, en el sentido de reemplazar, cada vez más deprisa, todo aquello que está en el mundo. Vivimos inmersos en «una sociedad de consumidores» (Arendt 1961:), consecuencia de la emancipación de la actividad laboral de su esfera privada y doméstica. La vida moderna gira entorno al trabajo y la consumición, dos estadios de un mismo proceso basado en las 'necesidades' nunca satisfechas. En este sentido, estamos inmersos, por así decirlo, en una cultura de la adicción. (Schaefer et al. 1987 p.25).

La otra perspectiva, concierne los valores que la propia sociedad vehicula hacia el propio proceso de adicción. En este sentido, destacamos el artículo de Ammon Suissa "Rituels sauvages" (Rituales salvajes) para quien el fenómeno adictivo -toxicomanía- no solamente «se inscribe fundamentalmente en la cultura» Suissa, sino que además la cultura podría ser uno de los factores que favorece la adicción: «Uno de los factores culturales que contribuye justamente al aumento de la tasa de alcoholismo podría ser, paradójicamente, la concepción misma del alcoholismo como una enfermedad» En esta misma línea Stanton Peele muestra cómo el contexto cultural -valores y creencias- puede condicionar el consumo de alcohol, ya sea

favoreciendo su adicción o disuadiéndola, como es el caso de la cultura judía. (Suissa et al 1997 p 83).

Este artículo pretende ahondar en nuestro contexto cultural moderno, poniendo de relieve algunos de los condicionantes más importantes, intentando avanzar hacia los orígenes de este problema de las adicciones. Las consecuencias que de ello puedan derivar conciernen no solo la 'rehabilitación' sino la prevención. Así, si la adicción ha devenido un problema fundamentalmente estructural, para atajarlo harían falta estrategias que conciernan un cambio cultural y social, en definitiva, un cambio en el estilo de vida moderno, pues la realidad de la droga no puede ser otra que la realidad de su cultura (Garrido 1999 p.65).

2.2.10. Definición de Adicción

CEDRO define la adicción como una enfermedad “caracterizada por la búsqueda y el consumo compulsivo de drogas, a pesar de sus consecuencias nocivas. Se considera una enfermedad del cerebro dado que las drogas modifican este órgano, principalmente su estructura y funcionamiento bioquímico (CEDRO 2015 p.13).

La OPS refiere que la adicción tiene ahora un término más técnico denominado dependencia de sustancias o síndrome de dependencia, caracterizado por la pérdida del control y la voluntad que tiene el usuario sobre el uso de la droga. El consumidor de sustancias realiza este comportamiento por beneficios a corto plazo, manteniendo la adicción a pesar de las consecuencias adversas a largo plazo que pudieron haber impedido continuar con el uso de las sustancias. La (OPS 2005 p. 37)

En los últimos años, se incluyen distintas conductas bajo la denominación genérica de adicciones o conductas adictivas, inicialmente se aplicaba al consumo de sustancias psicoactivas que tenían la potencialidad de producir dependencia, pero desde hace varios años la evidencia científica observó que también existían conductas adictivas sin el uso de drogas, que generaban dependencia y el resto de las características que tiene una adicción como son la tolerancia, el síndrome de abstinencia y la pérdida de autocontrol, los cuales representan los criterios de dependencia a sustancias psicoactivas. La adicción a drogas legales (alcohol y tabaco) e ilegales (marihuana, cocaína, pasta básica de cocaína, etc.) se ha extendido en nuestra sociedad de modo amplio en las últimas décadas y tienen efectos negativos a corto, mediano y largo plazo (Becoña & Cortés, 2011 p.47).

2.3. Definición de términos básicos

- a) **Factores de riesgo.** - Son todas aquellas circunstancias socioculturales y características individuales, que en conjunción, en un momento determinado, incrementan la vulnerabilidad y favorece a que pueda dar un consumo abusivo y problemático (González Menéndez y otros, 2004)
- b) **Reincidencia.** - Proceso de retroceso a los patrones de comportamiento y pensamiento típicos de la adicción activa, que ya se habían superado, y que finalmente llevan de vuelta al uso, retrocediendo hasta llegar de vuelta al estado de enfermedad adictiva que existía antes de comenzar la recuperación (Hernades 2012).
- c) **Residentes.** - Es aquella persona que reside en un determinado espacio territorio durante un tiempo determinado para así recibir tratamiento en el problema que presente la persona afectada (ABC salud).

- d) **Estados afectivos negativo.** - representa la dimensión de emocionalidad negativa ante estímulos negativos y los individuos experimentan más neuroticismo y depresión, la presencia de alto afecto negativo implica una variedad de estados de ánimo que incluyen la ira, la culpa, el temor, ansiedad, tristeza y el nerviosismo mientras el bajo afecto negativo presenta emociones de calma y serenidad (Clarck y Tellegen, 2004)
- e) **Vigilancia cognitiva.** - La psicología cognitiva define como los procesos mediante los cuales una entrada sensorial es transformada, reducida, elaborada, almacenada, recuperada y utilizada por el individuo (Rivas, 2008). Por lo tanto, las funciones cognitivas sirven fundamentalmente para procesar la información entrante y así favorecer la comprensión y la adaptación al medio. Pérez (2005)
- f) **Emociones positivas.** -Las emociones positivas son sentimientos y sus pensamientos característicos, son estados psicológicos y biológicos, son una variedad de tendencias a actuar. En esencia, todas las emociones son impulsos para actuar, planes instantáneos para enfrentarnos a la vida que la evolución nos ha inculcado (Goleman, 2006).
- g) **Estímulos relacionados con el consumo.** - El modelo propone que ocurre en presencia de estímulos externos, que actúan como estímulos condicionados que lo provocan y plantea que el craving puede operar de manera enmascarada y permite que ocurran las llamadas “decisiones aparentemente irrelevantes” que acercan al sujeto a una recaída.
- h) **Centro de rehabilitación.** - Es una institución dedicada al tratamiento y rehabilitación de personas de personas con algún problema de adicción (MINSa 2014).
- i) **Consumo de drogas.** - Es la acción de consumir alguna Sustancia natural, de origen vegetal o animal, o sintética, que se utiliza con la intención de actuar sobre el sistema nervioso con el fin de potenciar el desarrollo físico o intelectual, de alterar el estado de ánimo o de

experimentar nuevas sensaciones, y cuyo consumo reiterado puede crear dependencia o puede tener efectos secundarios indeseados. (ABC salud 2017).

j) **Drogas.-** Es toda sustancia que introducida en el organismo por cualquier vía de administración, produce de algún modo una alteración del natural funcionamiento del sistema nervioso central del individuo y además es susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas, (OMS 2015).

CAPITULO III

HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 . Formulación de hipótesis

Las investigaciones de tipo descriptivo, no necesariamente llevan hipótesis, sin embargo, pueden estas ser propuestas durante el proceso de investigación. (Hernández S. 2016). Bajo esta consideración consultada mediante la fuente primaria antes indicada y según las características del presente estudio no se propuso hipótesis alguna.

3.2. Variables

3.2.1. Operacionalización de variables

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Factores	Indicadores	Escala de Valores
Factores de riesgo	Factor de riesgo son todas aquellas circunstancias socioculturales y características individuales, que en conjunción, en un momento determinado, incrementan la vulnerabilidad y favorece a que pueda dar un consumo abusivo y problemático (González Menéndez y otros, 2004)	Inventario de situaciones precipitantes de recaída (RPI).	Estados afectivos negativos.	<ul style="list-style-type: none"> • Depresión. • Problemas personales y sociales. • Temor. • Resentimiento. • Enfado. • frustración y abandono. 	Muy peligrosa Bastante peligrosa Poco peligrosa Nada peligrosa
		Evaluar los factores que influyen en la recaída en el consumo de sustancias psicoactivas.		Vigilancia cognitiva.	
		Evalúa cuatro factores: estados afectivos negativos, vigilancia cognitiva, emociones positivas, estímulos previamente relacionados con la sustancia psicoactiva	Reuniones ocio emociones positivas.	<ul style="list-style-type: none"> • Vacaciones. • Estados de ánimo. • Reuniones. • Días festivos. 	
		Suárez M, García R. 2012.	Estímulos previamente relacionados con el consumo.	<ul style="list-style-type: none"> • Frecuentar lugares donde expenden y consumen drogas. • Recuerdos pasados de consumo de drogas 	

CAPITULO IV

METODOLOGÍA

4.1 . Diseño metodológico

El presente estudio tiene un enfoque cuantitativo porque utilizó la recolección y análisis de datos para contestar preguntas de investigación y así como la medición numérica de la variable; es no experimental porque no se manipuló las variables y se observó los fenómenos en su ambiente natural para posteriormente analizarlos; de tipo descriptivo en cuanto se identificó los niveles de riesgo precipitantes de los factores de riesgo precipitantes a la residencia de consumo de drogas de los residentes; asimismo de corte transeccional porque la recolección de datos, se realizó en un solo periodo de tiempo (Hernández S. 2014).

4.2. Diseño muestral

4.2.1. Población y muestra

La población y muestra para la presente investigación está constituida por 32 residentes varones de la casa Hogar Nuevo Amanecer San Jerónimo Cusco, la muestra es de tipo no probabilístico porque la elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características de la investigación o de quien hace la muestra (Hernández S. 2014).

Así mismo los elementos o unidades que conforma la población presenta diferentes rangos de edades con un promedio de 33 años y de diferentes niveles de instrucción como primaria secundaria y de nivel superior.

Cuadro 1 Edad de los residentes de la Casa Hogar Nuevo Amanecer.

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Porcentaje válido</i>	<i>Porcentaje acumulado</i>
Adolescentes De 14 a 18	6	18,8	18,8	18,8
Jóvenes De 19 a 30	20	62,5	62,5	81,3
Adultos De 31 a 60	6	18,8	18,8	100,0
Total	32	100,0	100,0	

Cuadro 2 Nivel de instrucción de los residentes de la Casa Hogar Nuevo Amanecer.

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Porcentaje válido</i>	<i>Porcentaje acumulado</i>
Secundaria	11	34,4	34,4	34,4
Superior	21	65,6	65,6	100,0
Total	32	100,0	100,0	

Cuadro 3 tipo de dependencia

<i>tipo de dependencia</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Porcentaje válido</i>	<i>Porcentaje acumulado</i>
alcohol	12	37.5	37.5	37.5
Marihuana	9	28.1	28.1	28.1
Pasta base de cocaína	11	34,4	34,4	34,4
Total	32	100,0	100,0	

4.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

4.3.1. Técnicas

En el presente estudio se hizo uso de las siguientes técnicas:

- Entrevista psicológica estructurada, utilizada para recopilar datos de filiación y explicar al encuestado el protocolo y desarrollo de la prueba psicométrica utilizada.
- Observación psicológica dirigida, utilizada para recabar información de los encuestados tales como expresión corporal, facial, conductual y otros.

4.3.2. Instrumentos

A) Inventario de situaciones precipitantes de recaída (RPI)

Ficha técnica

Nombre : Situations related to relapse (RPI).

Autor : Litman G, Stapleton J, Oppenheim A, Peleg M.

Procedencia : British Journal of Addiction.

Año : 1991

Adaptación: Psicólogo clínico Milton J. Rojas Valero. Magister en drogodependencia por la Universidad Peruana Cayetano Heredia UPCH Lima. Adaptación Peruana del Inventario de Situaciones Precipitantes de Recaída (RPI) en dependientes de drogas. Psicología.

Lugar : Perú

Año : 2013

Duración : de 15 a 20 min.

Aplicación : autoadministrable, individual o grupal.

Finalidad : Evaluar los factores que influyen en la recaída en el consumo de sustancias psicoactivas. Evalúa cuatro factores: estados afectivos negativos, vigilancia cognitiva, emociones positivas, estímulos previamente relacionados con la sustancia psicoactiva.

Descripción :

Se trata de un instrumento auto administrado de 25 ítems, que se puntúan con una escala tipo Likert de 4 grados (muy peligrosa = 3), bastante peligrosa = 2), poco peligrosa = 1) y nada peligrosa = 0). Está compuesto por un listado de situaciones internas o externas, que se distribuyen en cuatro factores:

- Factor 1: Estados afectivos negativos (4, 7, 8, 9, 10, 15, 16, 17, 20, 22, 23, 24)
- Factor 2: Vigilancia cognitiva (3, 6, 19, 25)
- Factor 3: Reuniones, ocio, emociones positivas (5, 11, 12, 18, 21)
- Factor 4: Estímulos previamente relacionados con el consumo (1, 2, 13, 14)

Las situaciones percibidas como más peligrosas para una recaída son estímulos internos: emociones y pensamiento.

Fiabilidad:

La medida de consistencia interna mostró una alfa de Cronbach = 0.881.

Validez:

Los coeficientes de correlación de Pearson obtenidos en la prueba de validez convergente fueron: con estados afectivos negativos ($r = 0.75$), Vigilia cognitiva ($r = 0.73$), reunión, ocio, emociones positivas ($r = 0.56$) y estímulos previamente relacionados con el consumo ($r = 0.56$). con un p valor de ($p < 0.005$) altamente significativo.

4.4. Técnicas del procesamiento de la información

Para el proceso, tabulación y la base de datos se utilizó el programa Microsoft Excel (2010), mediante el cual se elaboran las tablas de frecuencias en porcentaje y los gráficos estadísticos correspondientes. Para el análisis estadístico se usó el paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS).

A continuación, se describirá las herramientas informáticas utilizadas:

- **IBM SPSS.** - Es un programa estadístico informático que al momento de llenar su base de datos nos permitió identificar los factores precipitantes a la reincidencia en consumo de drogas.
- **Excel.** - es un programa informático que nos permite realizar las tareas como vaciado de datos de las pruebas tomadas y obtener los resultados confiables para posteriormente procesarlos con hojas de cálculo del programa.

4.5. Técnicas estadísticas utilizadas en el análisis de la información

Para el presente estudio se utilizó la estadística descriptiva como; Sumatoria frecuencias, promedios, media aritmética y porcentajes. Para el proceso, tabulación y la base de datos se utilizó el programa SPSS, mediante el cual se elaboran las tablas de frecuencias en porcentaje y los gráficos estadísticos correspondientes.

4.6. Aspectos éticos

Respetan la dignidad del ser humano y se comprometen a preservar y proteger sus derechos. Buscan aumentar el conocimiento del comportamiento humano y la comprensión que poseen los

individuos sobre ellos mismos y sobre otros, con miras a contribuir al bienestar de la humanidad. Cuidan la privacidad e integridad de aquellos que requieren sus servicios y de los que aceptan participar en la investigación psicológica.

Título III Normas Legales Y Morales

Art. 19.- Como investigador, el psicólogo se mantiene informado de la reglamentación existente sobre la conducción de investigaciones con sujetos humanos y animales.

Título IV Confidencialidad

Art. 20.- El psicólogo está obligado a salvaguardar la información acerca de un individuo o grupo, que fuere obtenida en el curso de su práctica, enseñanza o investigación.

Art. 79.- Al diseñar una investigación, el profesional asume la responsabilidad de realizar una evaluación cuidadosa de su aceptabilidad ética. En la medida en que esta evaluación sugiera un compromiso con algunos de los principios éticos, el investigador tiene obligación de buscar consejo ético y de salvaguardar los derechos humanos de los participantes.

Art. 61.- El psicólogo es responsable del control de las pruebas psicológicas (tests) y otros procedimientos utilizados con fines de instrucción, cuando su valor pueda ser dañado por revelarse al público general sus contenidos específicos o los principios subyacentes.

Art. 65.- Un manual sobre un test, un libro técnico u otro informe adecuado sobre sí mismo, describe el método de construcción y estandarizado del test y sintetiza los estudios de validación. En el manual se especificará las poblaciones para los que ha sido formulado el test y los propósitos en que puede ser útil. También se fijan claramente las limitaciones así como su

posible validez, cuando las investigaciones escasean o son incompletas. En particular, el manual previene acerca de las posibles interpretaciones sin respaldo suficiente, e indica el nivel de los conocimientos requeridos para una interpretación correcta del test y sus resultados.

Art. 84.- Una investigación éticamente aceptable comienza con el establecimiento de un acuerdo claro y justo entre el investigador y el participante. Se especificarán con claridad las responsabilidades de cada uno. El investigador tiene la obligación de honrar todas las promesas y compromisos en el acuerdo.

Art. 85.- Después de recoger los datos, el investigador proporciona al participante información sobre la naturaleza del estudio, a fin de aclarar cualquier malentendido que pueda haber surgido. En los casos en que los valores científicos o humanos justifican retener información, el investigador adquiere una especial responsabilidad de evitar consecuencias perjudiciales para el participante.

Art. 87.- La información obtenida sobre los participantes de una investigación durante el curso de la misma es confidencial, a menos que haya habido un acuerdo contrario previo. Cuando exista la posibilidad de que terceros tengan acceso a dicha información, esta posibilidad, así como las medidas para proteger la confidencialidad, deben ser explicadas a los participantes como parte del proceso para obtener el consentimiento de estos últimos.

CAPITULO V

RESULTADOS, ANALISIS Y DISCUSION

5.1. Presentación De Resultados.

En el siguiente capítulo se presentan los resultados de la investigación de acuerdo a los objetivos específicos y objetivo general propuestos; estos resultados se presentan en tablas y gráficos según corresponde.

Objetivo específico 1.

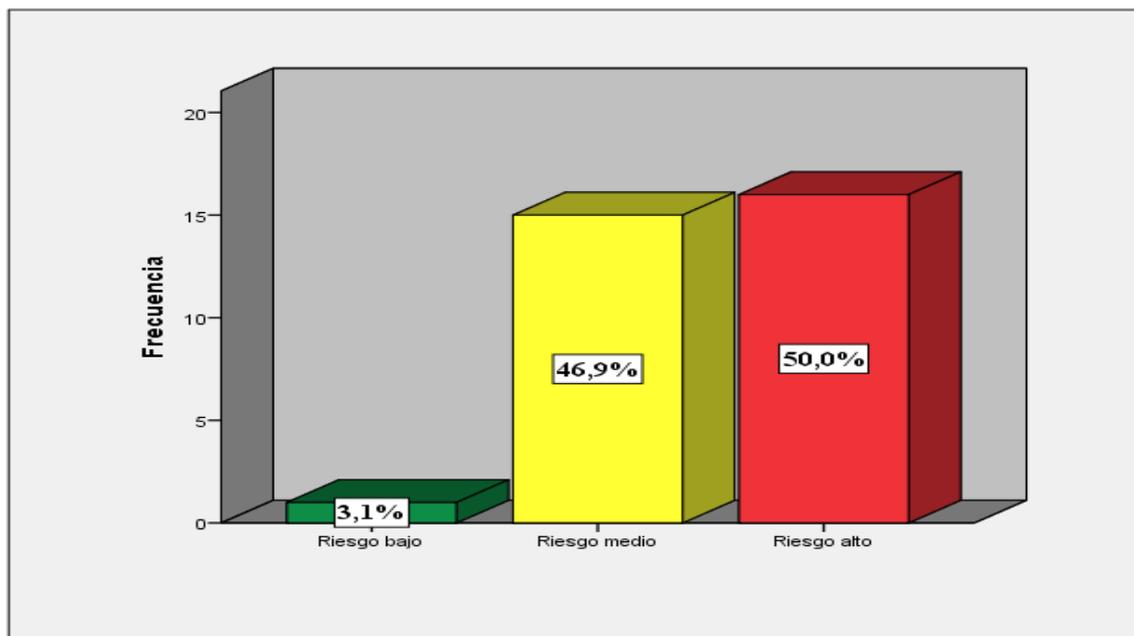
Identificar el nivel de riesgo precipitante a la recaída en los residentes del centro de rehabilitación Casa Hogar Nuevo Amanecer San Jerónimo Cusco.

Tabla 1 Nivel de riesgo Precipitantes de Recaída.

<i>Riesgo</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Porcentaje válido</i>	<i>Porcentaje acumulado</i>
Bajo	1	3,1	3,1	3,1
Medio	15	46,9	46,9	50,0
Alto	16	50,0	50,0	100,0
Total	32	100,0	100,0	

Fuente: Base de datos SPSS. Inventario de Situaciones Precipitantes de Recaída (RIP).

Gráfico 1 Nivel de riesgo Precipitantes de Recaída.



Fuente: Base de datos SPSS. Inventario de Situaciones Precipitantes de Recaída (RIP).

Análisis descriptivo.

La tabla 1 y gráfico 1 presenta el nivel de riesgo que precipita a la recaída en los residentes del centro de rehabilitación Casa Hogar Nuevo Amanecer San Jerónimo-Cusco; en función a la frecuencia y porcentaje obtenido. Del total de evaluados; 1 paciente equivalente al 3.1% de los residentes está expuesto a un nivel de riesgo bajo, 15 evaluados que equivale el 46.9% de los evaluados están expuestos a nivel de riesgo medio, y 16 residentes que equivale el 50% de los evaluados están expuestos a nivel de riesgo alto. Lo cual nos indica que, el mayor porcentaje “50%” de los evaluados están expuestos a nivel de riesgo “alto” que precipita a la recaída de consumo de drogas, cabe resaltar que el porcentaje equivale a la mitad de participantes. De igual forma un poco menos de la mitad “46.9%” de de los evaluados están expuestos a nivel de riesgo “medio”,

Análisis inferencial.

En cuanto al objetivo específico 1, sobre el nivel de riesgo que precipita a la recaída en los residentes del centro de rehabilitación Casa Hogar Nuevo Amanecer San Jerónimo-Cusco nos indica que el mayor porcentaje (50%) de los evaluados están expuestos a nivel de riesgo alto, esto se debe a que una persona con problemas de conductas adictivas posee una inclinación a recaer luego de haber conseguido mantenerse en períodos de abstinencia”, lo anterior debido a que según lo investigado por Marlatt, los aspectos característicos de ese patrón conductual incluyen un excesivo involucramiento por parte de la persona, una escasa habilidad para controlarlo y una persistencia, a pesar de las consecuencias negativas que presenta para el individuo o quienes lo rodean (Acuña. 2009).

Objetivo específico 2.

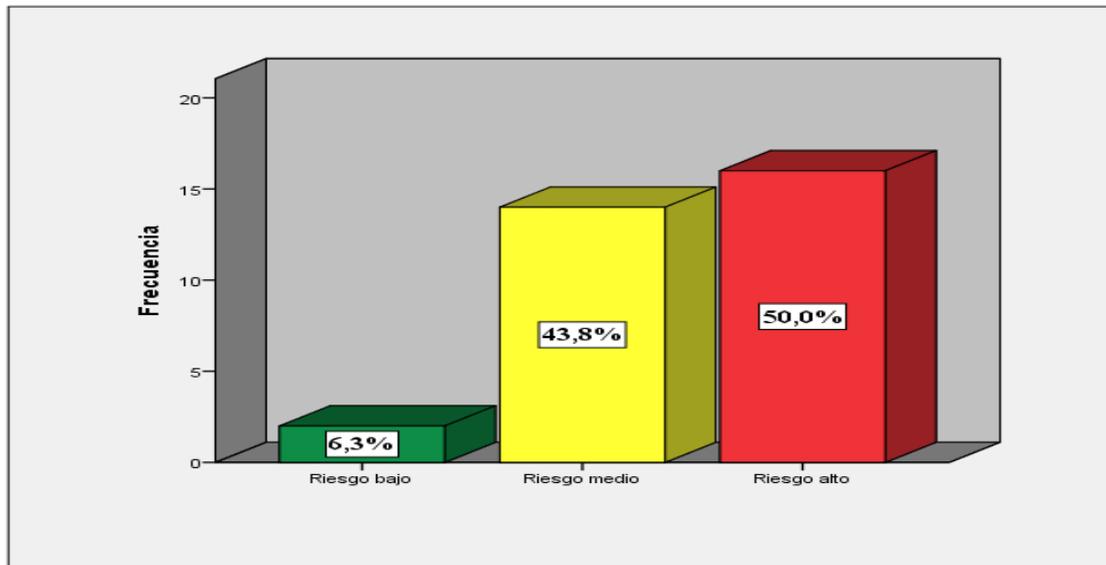
Asignar el Nivel de riesgo de los estados afectivo negativo que precipitan a la reincidencia de consumo de drogas en residentes del centro de rehabilitación Casa Hogar Nuevo Amanecer San Jerónimo Cusco.

Tabla 2 Estados afectivos negativos.

Riesgo	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Bajo	2	6,3	6,3	6,3
Medio	14	43,8	43,8	50,0
Alto	16	50,0	50,0	100,0
Total	32	100,0	100,0	

Fuente: Base de datos SPSS. Inventario de Situaciones Precipitantes de Recaída (RIP).

Gráfico 2 Estados afectivos negativos.



Fuente: Base de datos SPSS. Inventario de Situaciones Precipitantes de Recaída (RIP).

Análisis descriptivo.

La tabla 2 y gráfico 2 presenta los Niveles de riesgo estados afectivos negativos que precipita a la recaída en los residentes del centro de rehabilitación Casa Hogar Nuevo Amanecer San Jerónimo-Cusco; en función a la frecuencia y porcentaje obtenido. Donde el total de evaluados; 2 residentes que equivale el 6.3% de los evaluados están expuestos a nivel de riesgo bajo, 14 pacientes que equivale el 43.8% de los evaluados están expuestos a nivel de riesgo medio, y 16 residentes que equivale el 50% de los evaluados están expuestos a nivel de riesgo alto.

Análisis inferencial.

En cuanto al objetivo específico 2, respecto a los estados afectivos negativos la mitad de participantes (50%) están expuestos a nivel de riesgo “alto” a causa estados afectivos negativos esto se debe a que no consideran peligroso; sentirse tenso, deprimido, irritable, frustrado, cansado, desolado. Simon y Nath (2004) señalan que existen diferencias del afecto en función del género y de cultura. En este sentido los hombres expresan más emociones positivas como calma y entusiasmo y las mujeres expresan más emociones negativas como ansiedad y tristeza. Sin embargo indican que más bien las mujeres tienden a expresar y hablar de sus sentimientos con otras personas abiertamente, en tanto los hombres optan por no hablar de ellos. Ambos pueden afrontar el afecto negativo mediante el consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias. Sin embargo se ha señalado que el uso de las drogas son utilizadas muchas veces para disminuir los estados afectivos negativos.

Objetivo específico 3.

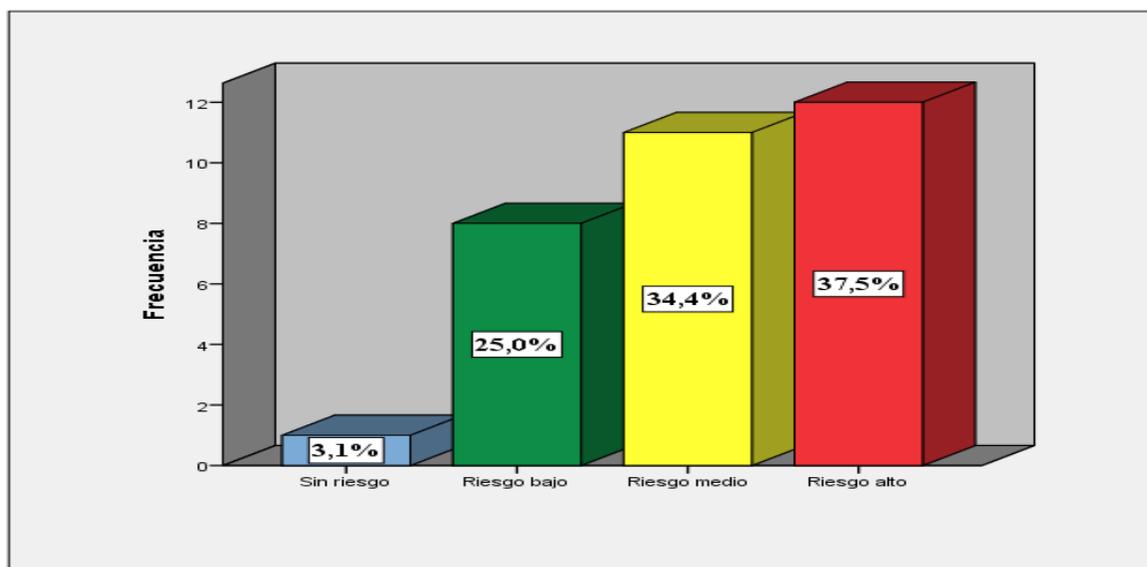
Determinar el Nivel de riesgo de los estados de vigilancia cognitiva que precipitan a la reincidencia de consumo de drogas en residentes del centro de rehabilitación Casa Hogar Nuevo Amanecer San Jerónimo Cusco.

Tabla 3 Vigilancia cognitiva.

Riesgo	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Sin riesgo	1	3,1	3,1	3,1
Bajo	8	25,0	25,0	28,1
Medio	11	34,4	34,4	62,5
Alto	12	37,5	37,5	100,0
Total	32	100,0	100,0	

Fuente: Base de datos SPSS. Inventario de Situaciones Precipitantes de Recaída (RIP).

Gráfico 3 Vigilancia cognitiva.



Fuente: Base de datos SPSS. Inventario de Situaciones Precipitantes de Recaída (RIP).

Análisis descriptivo.

La tabla 3 y gráfico 3 presenta los niveles de riesgo de estados de vigilia cognitiva que precipita a la recaída en los residentes del centro de rehabilitación Casa Hogar Nuevo Amanecer San Jerónimo-Cusco; en función a la frecuencia y porcentaje obtenido. Donde 1 paciente equivalente al 3.1% de los evaluados no está expuesto a niveles de riesgo, 8 residentes que equivale el 25% de los evaluados están expuestos a niveles de riesgo bajo, 11 residentes que equivale el 34.4% de los evaluados están expuestos a niveles de riesgo medio, y 12 pacientes que equivale el 37.5% de los evaluados están expuestos a niveles de riesgo alto.

Análisis inferencial.

En cuanto al objetivo específico 3, respecto a los estados de vigilancia cognitiva nos indica que, el mayor porcentaje (37.5%) de los evaluados están expuestos a niveles de riesgo “alto” tales como; pensar que a nadie le interesa su situación, pensar en consumir poco y creer que no le hará daño, creer que no está realmente atrapado por las drogas y consumir. Esto se debe a que una persona con una lesión leve de la primera unidad funcional causada por el consumo de drogas le causaría una alteración en el funcionamiento cognitivo, en los procesos de atención, vigilia o memoria, o provocaría un estado de coma en daños severos. Lesiones en la segunda unidad funcional, localizada en la parte posterior del córtex, generaría trastornos sensoriales, perceptivos o cognitivos. Así mismo un síndrome disejecutivo y dificultad en el control de la atención sostenida sería producto de un daño en la tercera unidad funcional (Portellano, 2005).

Objetivo específico 4.

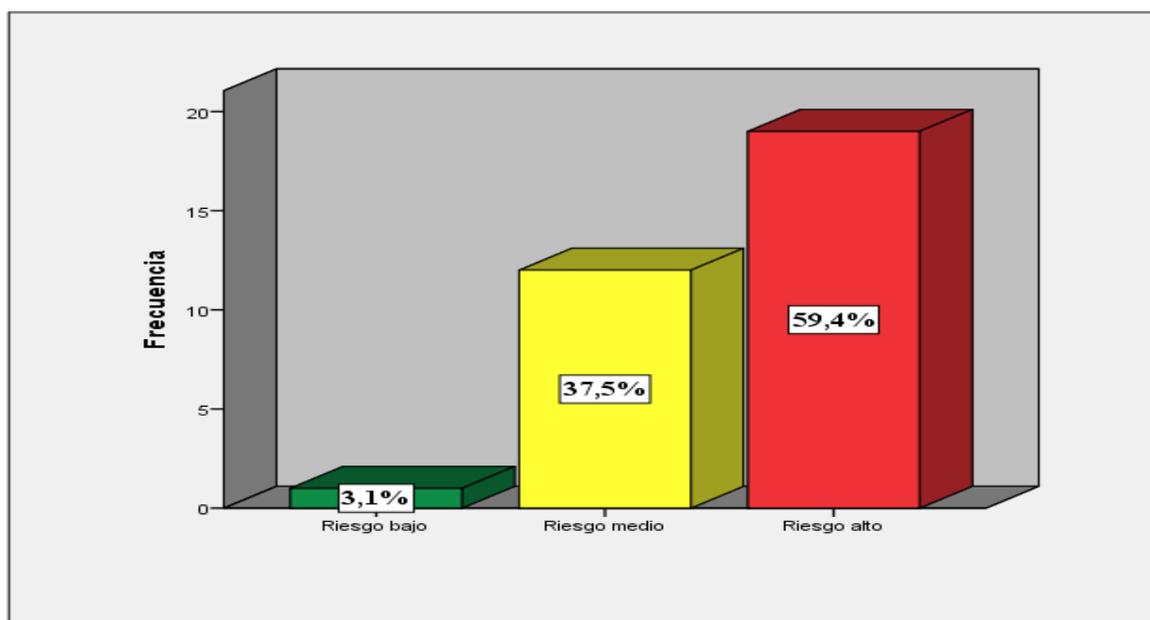
Establecer el Nivel de riesgo de los estados afectivos positivos que precipitan a la reincidencia de consumo de drogas en residentes del centro de rehabilitación Casa Hogar Nuevo Amanecer San Jerónimo Cusco.

Tabla 4 Estados afectivos positivos.

Riesgo	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Bajo	1	3,1	3,1	3,1
Medio	12	37,5	37,5	40,6
Alto	19	59,4	59,4	100,0
Total	32	100,0	100,0	

Fuente: Base de datos SPSS. Inventario de Situaciones Precipitantes de Recaída (RIP).

Gráfico 4 Estados afectivos positivos.



Fuente: Base de datos SPSS. Inventario de Situaciones Precipitantes de Recaída (RIP).

Análisis descriptivo.

La tabla 4 y gráfico 4 presenta los niveles de riesgo de los estados afectivos positivos que precipita a la recaída en los residentes del centro de rehabilitación Casa Hogar Nuevo Amanecer San Jerónimo-Cusco; en función a la frecuencia y porcentaje obtenido. Del total de evaluados; 1 paciente equivalente al 3.1% de los pacientes están expuestos a niveles de riesgo bajo, 12 residentes que equivale el 37.5% de los evaluados están expuestos a niveles de riesgo medio, y 19 internados que equivale el 59.4% de los evaluados están expuestos a niveles de riesgo alto. Lo cual nos indica que, el mayor porcentaje “59.4%” de los evaluados están expuestos a niveles de riesgo “alto”.

Análisis inferencial.

En cuanto al objetivo específico 2, respecto a los estados afectivos positivos, nos indica que, el mayor porcentaje (59.4%) de los evaluados no consideran peligroso bajar la guardia frente a su enfermedad “adicción a sustancia psicoactivas” en situaciones como; conocer gente, salir de vacaciones, estar en una reunión, en ocasiones especiales como navidad, cumpleaños, año nuevo y otros. Los estados efectivos positivos representan la dimensión de emocionalidad positiva, energía, afiliación y dominio de un individuo. Las personas con afecto positivo alto experimentan amistad, unión, felicidad, bienestar, afirmación, exceso de confianza y esto puede hacer que el adicto en recuperación llegue a involucrarse con personas donde consumen drogas o lugares donde vendan las drogas y hacer más propenso a que consuma nuevamente (Clarck & Tellegen, 2007)

Objetivo específico 5.

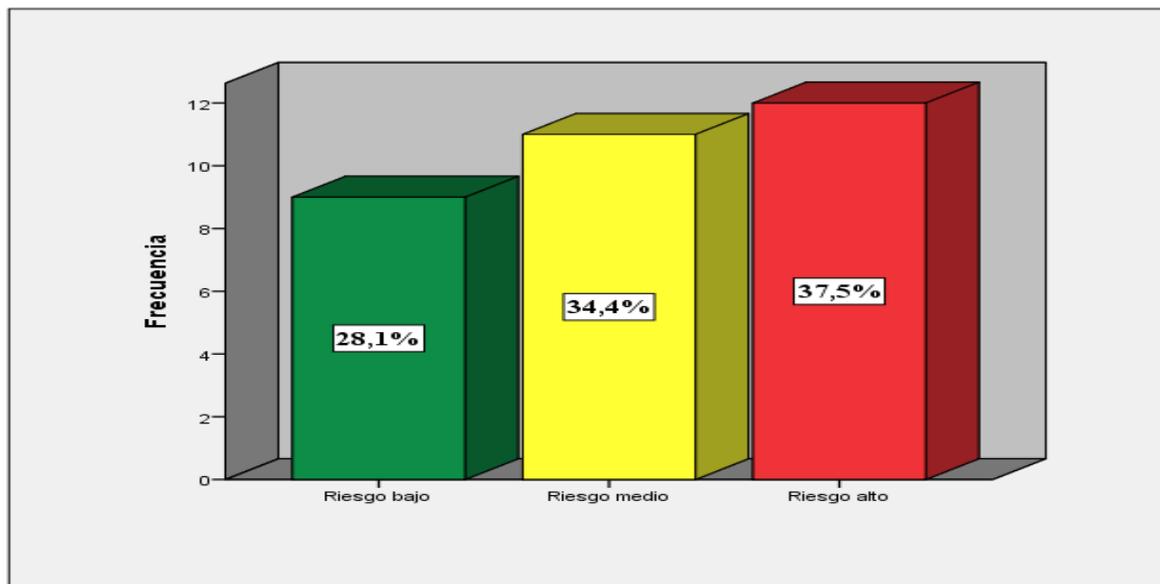
Identificar el Nivel de riesgo de los Estímulos previamente relacionados con las drogas que precipitan a la reincidencia de consumo de drogas en residentes del centro de rehabilitación Casa Hogar Nuevo Amanecer San Jerónimo Cusco.

Tabla 5 Estímulos previamente relacionados con el consumo.

Riesgo	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Bajo	9	28,1	28,1	28,1
Medio	11	34,4	34,4	62,5
Alto	12	37,5	37,5	100,0
Total	32	100,0	100,0	

Fuente: Base de datos SPSS. Inventario de Situaciones Precipitantes de Recaída (RIP).

Gráfico 5 Estímulos previamente relacionados con el consumo.



Fuente: Base de datos SPSS. Inventario de Situaciones Precipitantes de Recaída (RIP).

Análisis descriptivo.

La tabla 5 y gráfico 5 presenta los niveles de riesgo de los estímulos previamente asociados con las drogas que precipita a la recaída en los residentes del centro de rehabilitación Casa Hogar Nuevo Amanecer San Jerónimo-Cusco; en función a la frecuencia y porcentaje obtenido. Donde el total de 9 internos que equivale el 28.1% de los evaluados están expuestos a niveles de riesgo bajo, 11 residentes que equivale el 34.4% de los evaluados están expuestos a niveles de riesgo medio, y 12 pacientes que equivale el 37.5% de los evaluados están expuestos a niveles de riesgo alto. Lo cual nos indica que, el mayor porcentaje “37.5%” de los evaluados están expuestos a niveles de riesgo “alto”.

Análisis inferencial.

En cuanto al objetivo específico 5, respecto a los estímulos previamente relacionados con las drogas, los pacientes no consideran peligroso; pensar en los tiempos de consumo, tener dinero y frecuentar personas que están en consumo al igual que los lugares donde venden drogas. (Marlatt. 1993) define una situación de alto riesgo como cualquier situación que representa una amenaza para la sensación de control del individuo y aumenta el riesgo de recaída. El modelo explica como la ausencia de habilidades de afrontamiento y/o la inhibición de estas respuestas por la ansiedad, además de la falta de categorización de la situación como de alto riesgo, el déficit de motivación hacia la abstinencia o la tentación de uso de la sustancia, dificultan la adecuada respuesta de afrontamiento ante una situación de riesgo. En presencia de cualquiera de estas circunstancias, la posibilidad de que una situación de alto riesgo progrese hasta una recaída aumenta de manera significativa.

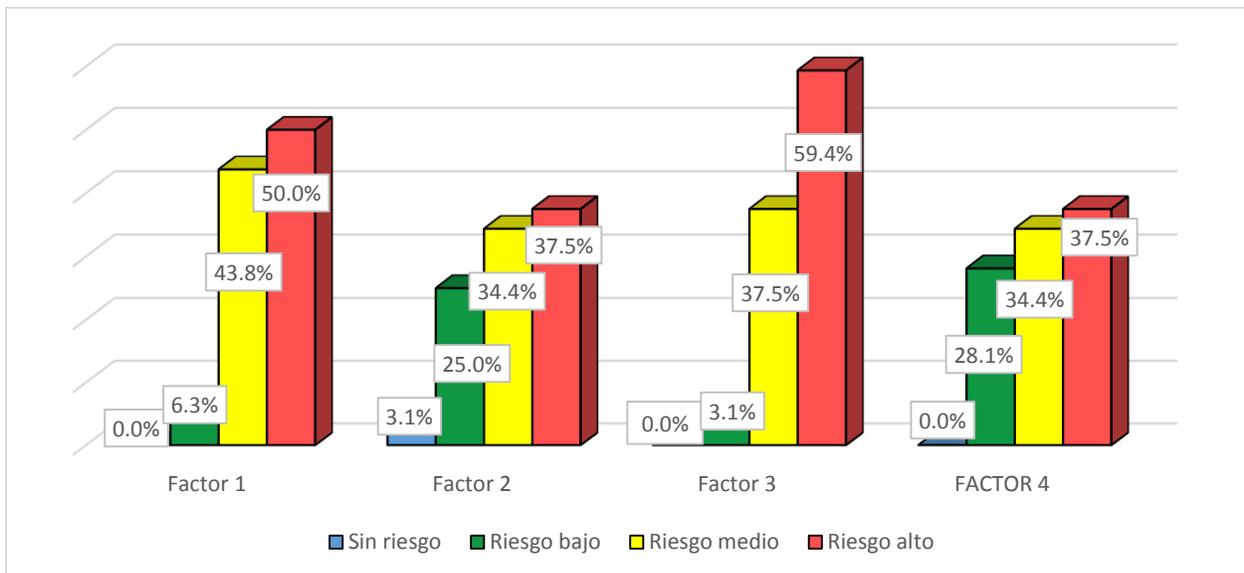
Objetivo general

Identificar los factores precipitantes a la reincidencia de consumo de drogas en residentes del centro de rehabilitación Casa Hogar Nuevo Amanecer San Jerónimo Cusco- 2017.

Tabla 6 Factores precipitantes a la reincidencia de consumo de drogas.

Nivel De Riesgo	Factor 1		Factor 2		Factor 3		Factor 4	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Sin Riesgo	0	0,0	1	3,1	0	0,0	0	0,0
Riesgo Bajo	2	6,3	8	25,0	1	3,1	9	28,1
Riesgo Medio	14	43,8	11	34,4	12	37,5	11	34,4
Riesgo Alto	16	50,0	12	37,5	19	59,4	12	37,5
Total	32	100,0	32	100,0	32	100,0	32	100,0

Gráfico 6 Factores precipitantes a la reincidencia de consumo de drogas.



Análisis descriptivo.

La tabla 6 y Gráfico 6 presenta los factores precipitantes a la reincidencia de consumo de drogas en residentes del centro de rehabilitación Casa Hogar Nuevo Amanecer San Jerónimo Cusco; en función a la frecuencia y porcentaje obtenido tenemos:

Factor 1 “estados afectivos negativos”, del total de evaluados; 2 residentes que equivale el 6.3% están expuestos a nivel de riesgo bajo, 14 pacientes que equivale el 43.8% están expuestos a nivel de riesgo medio, y 16 residentes que equivale el 50% están expuestos a nivel de riesgo alto. Lo cual nos indica que, el mayor porcentaje “50%” de los evaluados están expuestos a niveles de riesgo “alto”.

Factor 2 “estados de vigilia cognitiva”, del total de evaluados; 1 paciente equivalente al 3.1% no está expuesto a niveles de riesgo, 8 residentes que equivale el 25% están expuestos a niveles de riesgo bajo, 11 residentes que equivale el 34.4% están expuestos a niveles de riesgo medio, y 12 pacientes que equivale el 37.5% están expuestos a niveles de riesgo alto. Lo cual nos indica que, el mayor porcentaje “37.5%” de los evaluados están expuestos a niveles de riesgo “alto”.

Factor 3 “estados afectivos positivos”, del total de evaluados; 1 pacientes equivalente al 3.1% están expuestos a niveles de riesgo bajo, 12 residentes que equivale el 37.5% de los evaluados están expuestos a niveles de riesgo medio, y 19 internados que equivale el 59.4% están expuestos a niveles de riesgo alto. Lo cual nos indica que, el mayor porcentaje “59.4%” de los evaluados están expuestos a niveles de riesgo “alto”.

. Factor 4 “estar expuesto a estímulos previamente relacionados con las drogas”, del total de evaluados; 9 internos que equivale el 28.1% están expuestos a niveles de riesgo bajo, 11

residentes que equivale el 34.4% están expuestos a niveles de riesgo medio, y 12 pacientes que equivale el 37.5% están expuestos a niveles de riesgo alto. Lo cual nos indica que, el mayor porcentaje “37.5%” de los evaluados están expuestos a niveles de riesgo “alto”.

Análisis inferencial

Los resultados nos indican un predominio porcentual de nivel de riesgo “alto” en los 4 factores, a su vez esto nos permite inferir que los factores precipitantes a la reincidencia de consumo de drogas en residentes del centro de rehabilitación Casa Hogar Nuevo Amanecer San Jerónimo Cusco son; estados afectivos negativos tales como (depresión, problemas personales, problemas sociales, temor, resentimiento, enfado, frustración y abandono), estados de vigilia cognitiva (pensamientos negativos e ideas de consumo), estados afectivos positivos (vacaciones, alegría, reuniones y días festivos) y estar expuesto a estímulos previamente relacionados con las drogas (recuerdos pasados de consumo de drogas, frecuentar lugares donde expenden y consumen drogas).

5.2. Discusión

Los resultados de estudio muestran que el (50%) de los pacientes presentan un nivel alto de recaída esto probaría lo que sostiene Blanco. T. y Jiménez. S (2017). Realizó una investigación científica; de título: Factores de riesgo que influyen en la recaída de consumo de drogas lícitas e ilícitas en adolescentes atendidos en el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia, llegando a la siguiente conclusión: Sobre el nivel de recaída, el 48.5% de los adolescentes obtuvo un nivel alto recaída. Para comprender este hallazgo la teoría refiere que la adicción es una enfermedad crónica y el adicto en tratamiento requiere varios intentos para lograr su rehabilitación, porque la recaída es frecuente según diversos estudios (Cummings et al., 1980; Marlatt y Gordon, 1985; Prochaska et al., 2013; Saavedra, 1993; Fiestas y Ponce, 2012). Asimismo, la muestra analizada corresponde a sujetos que se encuentran internados en una Comunidad Terapéutica, estos residentes presentan un deterioro en su ámbito personal, familiar, social (Graña, 1994; Fiestas y Ponce, 2012) y una calidad de vida muy por debajo en comparación con las poblaciones normales (Anicama et al., 2001).

Por otro lado; Los resultados del estudio, se observa que el nivel promedio de recaída en respecto a los estados afectivos negativos es el predominante (50%). Estos resultados permiten inferir que la mitad de los residentes de la Casa Hogar Nuevo Amanecer, al estar expuesto a niveles de riesgo alto, sin embargo los estudios de Míguez y Becoña, 1997; Lizárraga, 2004 realizó una investigación científica; de título: Estilo de Afrontamiento Emocional y el riesgo de recaída, llegando a la conclusión de que más del 70% obtuvieron un puntaje mayor de recaída a causa de los estados afectivos negativos tienen esto se debe a que no consideran peligroso; pasar

por un lugar donde venden drogas, frecuentar a personas que consumen drogas, hablar de consumo, pensar en los tiempos de consumo,

En relación a los estados de vigilia cognitiva se encontró un 37.5% de los residentes están expuesto a niveles de riesgo alto, así mismo Coullaut 2011 en su investigación intitulada deterioro cerebral y en la disfunción de la vigilia cognitiva dio como resultado que el 65% muestra un alto deterioro, y esto aseguran que el tiempo y tipo de consumo de drogas son determinantes en el deterioro cerebral; pues sostienen que la estabilidad o reversibilidad del daño dependen de la gravedad de la adicción y de una temprana edad de inicio de ingesta

Asimismo, en cuanto al riesgo de recaída por estados afectivos positivos es de un 43 %, Valor ligeramente mayor al estudio de Míguez y Becoña, 1997; Lizárraga, 2004 realizó una investigación científica de título: Estilo de Afrontamiento Emocional y el riesgo de recaída, llegando a la conclusión de que más del 35% tiene posibilidades de recaer por las emociones positivas, la teoría sobre prevención de recaídas nos dice los adictos tienen una dificultad para manejar sus emociones. El afrontamiento dirigido a la emoción busca disminuir las reacciones emocionales que causa el estresor y se podría hipotetizar que este resultado se debe a que los sujetos evaluados se encuentran en pleno proceso de tratamiento en una Comunidad Terapéutica, tienen abstinencia a drogas y han modificado el uso del Afrontamiento Emocional, sin embargo, se requieren hacer más investigaciones para consolidar el hallazgo. Aquí es importante mencionar que la teoría nos refiere que no existe un estilo de afrontamiento mejor que otro, ya que lo más importante es la elección del estilo de afrontamiento según el tipo de situación estresante, por ejemplo, ante eventos que pueden modificarse sería mejor el estilo orientado a la tarea y ante situaciones que no se pueden cambiar se utilizaría el Estilo Emocional por ser más adaptativo (Lazarus y Folkman, 1986; Pedrero et al., 2008).

Respecto al resultado hallado en nuestra investigación que tiene como resultado que un 37.5% están expuesto a niveles de riesgo alto por estar expuesto a estímulos previamente relacionados con el consumo. En comparación a el trabajo de Jimenes.S. Que realizo una investigación titulada: factores de riesgo presentes en recaídas con el consumo de drogas lícitas e ilícitas en adolescentes atendidos en el instituto sobre alcoholismo y farmacodependencia. Llegando a la conclusión que el 45% determinó que el principal factor precipitante de recaídas reportado por los adolescentes fue la exposición a estímulos previamente relacionados con el consumo, valor ligeramente mayor a nuestro resultado. El modelo propone que el craving ocurre en presencia de estímulos externos, que actúan como estímulos condicionados que lo provocan y plantea que el craving puede operar de manera enmascarada y permite que ocurran las llamadas “decisiones aparentemente irrelevantes” que acercan al sujeto a una recaída (Marlatt y Gordon 2001)

CONCLUSIONES

El 50% de residentes están expuestos a nivel de riesgo “alto” de recaída. Estos resultados permiten inferir que la mitad de los residentes de la Casa Hogar Nuevo Amanecer, tienen altas probabilidades de recaer, esto se debe a que los aspectos característicos de ese patrón conductual incluyen un excesivo involucramiento por parte de la persona, una compulsión a continuarlo, una escasa habilidad para controlarlo y una persistencia, a pesar de las consecuencias negativas que presenta para el individuo o quienes lo rodean.

El 50% de residentes están expuestos a nivel de riesgo “alto” de recaída, a causa estados afectivos negativos. Ya que los individuos experimentan más neuroticismo y depresión, la presencia de alto afecto negativo implica una variedad de estados de ánimo que incluyen la ira, la culpa, el temor, ansiedad, tristeza y el nerviosismo.

El 37.5% de residentes están expuestos a nivel de riesgo “alto” de recaída, por estados de vigilia cognitiva, ya que la dependencia de drogas se asocia con un deterioro en el funcionamiento cognitivo, principalmente en las siguientes áreas: atención, memoria, funciones ejecutivas, concentración, fluidez verbal, procesamiento de la información.

El 59.4% de residentes están expuestos a nivel de riesgo “alto” de recaída, por estados afectivos positivos, ya que no consideran peligroso bajar la guardia frente a su enfermedad “adicción a sustancia psicoactivas” en situaciones como; conocer gente, salir de vacaciones, estar en una reunión, en ocasiones especiales como navidad, cumpleaños, año nuevo y otros.

El 37.5% de residentes están expuestos a nivel de riesgo “alto” de recaída, por estar expuesto a estímulos previamente relacionados con las drogas, ya que no consideran peligroso; pensar en

los tiempos de consumo, tener dinero y frecuentar personas que están en consumo al igual que los lugares donde venden drogas.

Finalmente se evidencia un predominio porcentual de nivel de riesgo “alto” en los 4 factores, Por lo tanto, los factores precipitantes a la reincidencia de consumo de drogas en residentes del centro de rehabilitación Casa Hogar Nuevo Amanecer-Cusco son; los estados afectivos negativos, vigilancia cognitiva, bajar la guardia frente a estados afectivos positivos y estímulos previamente relacionados con el consumo.

RECOMENDACIONES

Que el profesional de área de psicología de la Casa Hogar Nuevo Amanecer San Jerónimo Cusco, desarrolle programas de prevención de recaídas según el perfil del consumidor de drogas en la casa hogar Nuevo Amanecer, los resultados hallados en la presente investigación pueden colaborar en este propósito y estos programas deben estar basados en enfoques terapéuticos para confirmar su efectividad.

Proponer al presidente de la Casa Hogar Nuevo Amanecer San Jerónimo Cusco, realizar más investigaciones comparando el riesgo de recaída con otras variables como motivación al cambio, autoeficacia, soporte social y tipos de personalidad.

Recomendar a la escuelas profesional de psicología de la universidad Alas Peruanas de la ciudad de Cusco a desarrollar investigaciones sobre determinantes interpersonales en el consumo de drogas ya que es una variable muy significativa en la población adolescente con consumo problemático de drogas.

Proponer a la promotoria de la Casa Hogar Nuevo Amanecer San Jerónimo Cusco, realice las gestiones para que profesionales que trabajan en las Comunidades Terapéuticas de Cusco sean capacitados sobre los programas de prevención de recaídas considerando la variable afrontamiento y otras significativas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- APA. American Psychiatric Association. (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cuarta Edición (DSM-IV)*. Arlington, USA: American Psychiatric publishing.
- Arafa, M., Nazel, M., Ibrahim, N. & Attia, A. (2003). Predictors of psychological well-being of nurses in Alexandria, *International Journal of Nursing Practice*, Egipt. 9, pp 313-320.
- Arnetz, B. (2001). Psychosocial challenges facing physicians of today. *Social Science and Medicine*, 52, pp 203-213.
- Alonso, M. y García, R. (2002). Adaptación española del Inventario de Situaciones Precipitantes de Recaída (RPI) en dependientes del alcohol. *Revista internacional de psicología clínica y de salud*, ISSN 1132-9483, No. 2, pp. 329-342.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change.
- Blasco, J., Martínez-Raga J., Carrasco, D. y Didia, J. (2008) Atención y craving o ganas compulsivas. Avances en su conceptualización y su implicación en la prevención de recaídas. *Revista ADICCIONES*, 2008 Vol. 20, pp. 365-376.
- Casullo M.M (2002). *Evaluación del bienestar psicológico en Iberoamérica*. Buenos aires: Editorial Paidós
- CONACE (2004). Lineamientos Técnicos. *Tratamiento y rehabilitación de personas con consumo problemático de drogas*. Gobierno de Chile.
- Dolan S., Rohsenow D., Martin R. & Monti P. (2012). Urge-specific and lifestyle coping strategies of alcoholics: Relationships of specific strategies to treatment outcome. *Drug and Alcohol Dependence*. Vol. 128. pp. 8–14.

- Cotton, P. & Hart, P. (2003). Occupational wellbeing and performance: a review of organisational health research. *Australian Psychologist*, 38 (2), pp 118-127.
- Díaz Llanes, G. (2001). El bienestar subjetivo. Actualidad y perspectivas. Cuba. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 17 (6), pp 572-579.
- García, V. Y González, I. (2000). El bienestar psicológico. Su relación con otras categorías sociales. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 16 (6), pp 586-592.
- Hernández Sanpieri, Roberto; Fernández Collado, Carlos; Baptista Lucio, María Del Pilar;. (2014). *Metodología de la Investigación 6º edición*. Mexico: Mc. Graw Hill education.
- Hermon, D. & Hazler, R. (1999). Adherence to a wellness model and perceptions of psychological well-being. *Journal of Counseling & Development*, 77, pp 339-343.
- Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (2009). *Consumo de Drogas en Costa Rica: Resultados de la Encuesta Nacional 2006*. San José, Costa Rica, IAFA
- Jiménez, M. Graña, M. y Rubio, G. (2002). Modelos teóricos de conceptualización del craving. *Revista Trastornos Adictivos* Vól. 04. Núm.04. p. 209-215. Elsevier, España.
- Korovsky, G, Rial, C y Olave, M (2003) El desafío de la prevención de recaídas en drogodependencias. Programa KEIRÓS. Montevideo, Uruguay.
Recuperado de: <http://www.castalia.org.uy/docs/libros/PrevProcesosColect/14Keiros.pdf>
- Leventhal, A., Zvolensky, J. (2014). Anxiety, Depression, and Cigarette Smoking: A Transdiagnostic Vulnerability Framework to Understanding Emotion–Smoking Comorbidity. *Psychological Bulletin* . Vol. 141, No. 1, pp. 176–212.
- Lopez, S., Rodríguez-Arias J.L. (2012) Factores de riesgo y protección en el consumo de drogas y la conducta antisocial en adolescentes y jóvenes españoles. *International Journal of Psychological Research*, 5(1), pp. 25-33.
- Marín, M., Robles R. (2012) Propiedades psicométricas de la escala "Dificultades en la Regulación Emocional" en español (DERS–E) para adolescentes mexicanos. *Salud Mental*. Vol.35 No.6.

- Marlatt, G. A., y Gordon, J. R. (Eds.). (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford Press.
- Marlatt, G.A. y Witkiewitz, K. (2005) Relapse prevention for alcohol and Drug problems. Recuperado de: <http://www.guilford.com/excerpts/marlatt.pdf>
- Martínez, K., Bárcenas A., Pacheco, A. (2012). En voz de la experiencia: Estrategias de enfrentamiento en adolescentes que concluyeron un programa de intervención breve en consumo de alcohol. *Salud Mental*. Vol. 35, No. 6.
- Martínez, K., Pedroza, F. (2011) Factores asociados al proceso de recaídas en adolescentes consumidores de alcohol. *International Journal of Developmental and Educational Psychology INFAD Revista de Psicología*. Vol.2, No.1. pp. 215-224.
- Maturana, A. (2011) Consumo de alcohol y drogas en adolescentes. *Revista médica Clínica Condes, Chile*. 2011; 22(1) pp. 98-109.
- McLellan, A., Lewis, D., O'Brien, C., Kleber, H. (2001) *Drug dependence, a chronic medical illness: implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation*. JAMA 284. pp. 1689-1695.
- McWhirter, P., Florenzano, R. y Soubllette, M. (2002) *El modelo transteórico y su aplicación al tratamiento de adolescentes con problemas de abuso de drogas*. *Adolescencia Latinoamericana*. Vol.2, No.3.
- Milton J. Rojas V., (2013). *Adaptación Peruana del Inventario de Situaciones Precipitantes de Recaída (RPI) en dependientes de drogas*. Psicología. Lima.
- Mora, A. (2005) *Factores protectores en la prevención de consumo de drogas en adolescentes en riesgo*. Tesis para optar al grado de licenciatura en Trabajo Social, Universidad de Costa Rica.
- Mora, L., Torres, L. (2007). *Programa educativo en enfermería para la construcción de estilos de vida saludable dirigido a adolescentes en tratamiento de drogodependencia*

internadas en el centro RENACER. Tesis para optar al grado de licenciatura en Enfermería, Universidad de Costa Rica.

Naciones Unidas, Oficina de las Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito. (2012). UNODC, Informe Mundial Sobre las Drogas.

Recuperado de: http://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR_2012_Spanish_web.pdf.

Naciones Unidas, Oficina de las Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito (UNODC). OEA/CICAD. (2009) Jóvenes y drogas en países sudamericanos: Un desafío para las políticas públicas. Recuperado de: <http://www.cicad.oas.org/oid/NEW/Statistics/siduc/InfoFinalEstudioComparativo.pdf>

Navarrete Brenes, X. (2008) *Práctica profesional en psicología de la salud en el área de salud de Concepción –San Diego-San Juan programa de intervención cognitivo conductual para la atención y prevención secundaria de conductas de riesgo*. Tesis para optar al grado de posgrado en Psicología, Universidad de Costa Rica.

Newman, A. (2010). Affect dysregulation and adolescent psychopathology in the family context. Department of Developmental Psychology, VU University Amsterdam. Ipskamp, Enschede. Recuperado de: <http://dare.uvu.vu.nl/bitstream/handle/1871/16315/dissertation.pdf;jsessionid=CC86DFA5E25342A7771A0CB29E558C45?sequence=9>.

Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (2009). *Informe Mundial Sobre Las Drogas 2009*, Resumen Ejecutivo. UNODC.

Prochaska J, DiClemente C. (1982). Transactional therapy: toward a more integrative model of change. *En: Psicoterapia: teoría, investigación y práctica* 1982; 19 pp.276-288.

Ramos, N., Enríquez, H. y Recondo, O. (2012). *Inteligencia emocional plena: Mindfulness y la gestión eficaz de las emociones*. Editorial Kairós S.A. España.

Ruiz, Y.M. (2008). *Destrezas socioemocionales, control de la atención y convivencia escolar: propiedades psicométricas y covariación entre diferentes medidas*. Trabajo de

Investigación Tutelada. Máster Universitario en Psicología de la Intervención Social.
Universidad de Granada.

Sánchez-Hervás E. y Llorente del Pozo, J. (2012) Recaídas en la adicción a cocaína: una revisión. *Revista Adicciones 2012*, Vol. 24 Núm. 3, pp. 269-280.

Sanz, E. (2011). Recaídas, estrés emocional, integración y empoderamiento. Recuperado de:
<http://blogsalmudmentaltenerife.blogspot.com/2011/06/recaidas-estres-emocional-integracion-y.html>.

Verdejo, A., Lopez-Torrecillas, F. Orozco, C., Perez, M. (2002). Impacto de los deterioros neuropsicológicos asociados al consumo de sustancias sobre la práctica clínica con drogodependientes. *Revista adicciones*, Vol. 14, No.3.

ANEXO

Matriz de Consistencia

Problemas	Objetivos	Hipótesis	Variables	Dimensiones	Indicadores	Metodología
<p>Problema general</p> <p>¿Cuáles son los factores precipitantes a la reincidencia de consumo de drogas en residentes del centro de rehabilitación casa hogar nuevo amanecer san jerónimo cusco- 2017?</p> <p>Problemas específicos</p> <p>¿Cuál es el nivel de la situación de riesgo precipitante de recaída en los residentes del centro de rehabilitación Casa Hogar Nuevo Amanecer San Jerónimo Cusco- 2017</p> <p>¿Cuáles son los niveles de riesgo de los estados afectivos negativos que precipitan a la reincidencia de consumo de drogas en residentes del centro de rehabilitación Casa Hogar Nuevo Amanecer San Jerónimo Cusco- 2017?</p> <p>¿Cuáles son los niveles de riesgo de los estados de vigilancia cognitiva precipitan a la reincidencia de consumo de drogas en residentes del centro de rehabilitación Casa Hogar Nuevo Amanecer San Jerónimo Cusco- 2017?</p> <p>¿Cuáles son los niveles de riesgo de los estados afectivos positivos que precipitan a la reincidencia de consumo de drogas en residentes del centro de rehabilitación Casa Hogar Nuevo Amanecer San Jerónimo Cusco- 2017?</p> <p>¿Qué nivel de riesgo en los estímulos previamente relacionados con el consumo de drogas precipitan a la reincidencia en los residentes del centro de rehabilitación Casa Hogar Nuevo Amanecer San Jerónimo Cusco- 2017?</p>	<p>Objetivo general</p> <p>Identificar los factores precipitantes a la reincidencia de consumo de drogas en residentes del centro de rehabilitación Casa Hogar Nuevo Amanecer San Jerónimo Cusco- 2017.</p> <p>Objetivos específicos</p> <p>Describir el nivel de riesgo precipitante de recaída en los residentes del centro de rehabilitación Casa Hogar Nuevo Amanecer San Jerónimo Cusco- 2017.</p> <p>Describir el nivel de riesgo afectivos negativos que precipitan a la reincidencia de consumo de drogas en residentes del centro de rehabilitación Casa Hogar Nuevo Amanecer San Jerónimo Cusco- 2017.</p> <p>Determinar el nivel de riesgo de la vigilancia cognitiva precipitan a la reincidencia de consumo de drogas en residentes del centro de rehabilitación Casa Hogar Nuevo Amanecer San Jerónimo.</p> <p>Conocer el nivel de riesgo de los estados afectivos positivos que precipitan a la reincidencia de consumo de drogas en residentes del centro de rehabilitación Casa Hogar Nuevo Amanecer San Jerónimo.</p> <p>Identificar el nivel de riesgo de los estímulos previamente relacionados con el consumo de drogas que precipitan a la reincidencia en los residentes del centro de rehabilitación Casa Hogar Nuevo Amanecer San Jerónimo.</p>	<p>Las investigaciones de tipo descriptivo, no necesariamente llevan hipótesis, sin embargo, pueden estas ser propuestas durante el proceso de investigación. (Hernández S. 2016). Bajo esta consideración consultada mediante la fuente primaria antes indicada y según las características del presente estudio no se propuso hipótesis alguna</p>	<p>Factores precipitantes a la reincidencia de consumo</p>	<p>Estados afectivos negativos.</p> <p>Vigilancia cognitiva.</p> <p>Reuniones ocio emociones positivas.</p> <p>Estímulos previamente relacionados con el consumo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Depresión. • Problemas personales y sociales. • Temor. • Resentimiento. • Enfado. • frustración y abandono. • Pensamientos negativos. • Ideas de consumo. • Vacaciones. • Estados de ánimo. • Reuniones. • Días festivos. • Frecuentar lugares donde expenden y consumen drogas. • Recuerdos pasados de consumo de drogas 	<ul style="list-style-type: none"> • tipo descriptivo. • enfoque cuantitativo. • diseño no experimental • Población casa hogar Nuevo Amanecer San Jerónimo Cusco • Muestra no Probabilística “32”pacientes. • Técnicas; observación, entrevista y aplicación del instrumento • Instrumentos; Inventario de situaciones precipitantes de recaída (RPI)

"Año del buen servicio al ciudadano"

Cusco 18 de Marzo del 2017

OFICIO N° 12- 2016 - FMHVCS - FILIAL - CUSCO.

SEÑOR.
JUAN CARLOS AGUILAR WALSTROHN
DIRECTOR DE LA AA.CASA HOGAR DE REHABILITACION FISICA. MENTAL Y
ESPIRITUAL "NUEVO AMANECER"
PRESENTE.

ASUNTO : SOLICITO BRINDAR FACILIDADES PARA REALIZAR
INVESTIGACION (TESIS).

Es grato dirigirme a usted: para expresarle mi cordial saludo y a la vez informarle que, el requisito para obtener el título profesional de Licenciado en Psicología Humana en nuestra casa de estudios es haber elaborado una tesis de investigación.

*Motivo por el cual el Sr. Bachiller en Psicología Humana: WILLY ENRIQUEZ CORONADO, procedió a la inscripción del proyecto de tesis intitulada **FACTORES PRESIPITANTES A LA REINCIDENCIA DE CONSUMO DE DROGAS DEL CENTRO DE REABILITACION CASA HOGAR NUEVO AMANACER SAN JERONIMO CUSCO 2017***

En ese sentido solicito respetuosamente a Ud., brindar facilidades que es el caso requiera para permitir que el bachiller precitado pueda aplicar las pruebas necesarias a fin de lograr y llegar a obtener resultados que beneficien a su institución como a la universidad.

Sin otro particular y en espera que la presente tenga la atención que merezca, hago propicia la oportunidad para expresar los sentimientos de mi especial consideración y estima personal.

ASOCIACIÓN CASA HOGAR DE REHABILITACIÓN FÍSICA, MENTAL
Y ESPIRITUAL "NUEVO AMANECER" CUSCO
RUC: 206001769660

JUAN CARLOS AGUILAR WALSTROHN
PRESIDENTE



UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS
FILIAL CUSCO

Ps. Americo Mejia Masias
COORDINADOR ACADÉMICO ESCUELA
PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA HUMANA

Inventario de Situaciones Precipitantes de la Recaída

Artículo Original

Litman G, Stapleton J, Oppenheim A, Peleg M (1983). Situations related to alcoholism relapse. British Journal of Addiction; 78 (4): 381-389.

Artículo de Adaptación

Psicólogo clínico Milton J. Rojas Valero. Master en drogodependencia por la Universidad Peruana Cayetano Heredia UPCH Lima.

Evalúa

Situaciones de riesgo.

Composición

25 ítems con respuesta tipo Likert de cuatro opciones.

Duración Cumplimentación

10-20 minutos.

Descripción

- Aplicación individual o colectiva.
- Su objetivo es la identificación de las situaciones potencialmente asociadas a la recaída.
- Está compuesto por un listado de situaciones internas o externas, que se distribuyen en cuatro factores:
 - Factor 1: Estados afectivos negativos (4, 7, 8, 9, 10, 15, 16, 17, 20, 22, 23, 24)
 - Factor 2: Vigilancia cognitiva (3, 6, 19, 25)
 - Factor 3: Reuniones, ocio, emociones positivas (5, 11, 12, 18, 21)
 - Factor 4: Estímulos previamente relacionados con el consumo (1, 2, 13, 14)

- Las situaciones percibidas como más peligrosas para una recaída son estímulos internos: emociones y pensamientos.

Corrección

- Las ítems son ponderados de 0 a 3 de la siguiente forma:
muy peligrosa (3), bastante peligrosa (2), poco peligrosa (1) y nada peligrosa (0).
- La puntuación total se obtiene de la suma de las puntuaciones adjudicadas a cada ítem.
- Cuanto mayor es la puntuación mayor es el número de situaciones de riesgo consideradas peligrosas.

Referencias Bibliográficas

- Suárez M, García R. Adaptación española del Inventario de Situaciones Precipitantes de Recaída (RPI) en dependientes del alcohol. *Psicología Conductual*, 2002; 10 (2): 329-342.
- Psicólogo clínico Milton J. Rojas Valero. Master en drogodependencia por la Universidad Peruana Cayetano Heredia UPCH Lima.

Inventario de Situaciones Precipitantes de la Recaída

A continuación, aparece una lista de situaciones que a algunas personas les producen ganas de jugar. Conteste a cada una de ellas en función de si usted considera que es una situación “Muy peligrosa”, “Bastante peligrosa”, “Poco peligrosa” o “Nada peligrosa” para volver a jugar. Si se le ha presentado alguna vez alguna de las situaciones que ha considerado como peligrosa, indique qué estrategia ha utilizado para afrontarla adecuadamente. Recuerde que no hay respuestas correctas o incorrectas.

1. Cuando paso por un lugar donde venden drogas

Muy peligrosa Bastante peligrosa Poco peligrosa Nada peligrosa

2. Cuando estoy con otras personas que están en consumo.

Muy peligrosa Bastante peligrosa Poco peligrosa Nada peligrosa

3. Cuando me siento solo y pienso que a nadie le importa lo que me ocurre.

Muy peligrosa Bastante peligrosa Poco peligrosa Nada peligrosa

4. Cuando me siento tenso.

Muy peligrosa Bastante peligrosa Poco peligrosa Nada peligrosa

5. Cuando tengo que conocer gente.

Muy peligrosa Bastante peligrosa Poco peligrosa Nada peligrosa

6. Cuando empiezo a pensar que solo un poquito no me causara daño.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muy peligrosa	Bastante peligrosa	Poco peligrosa	Nada peligrosa

7. Cuando me siento deprimido.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muy peligrosa	Bastante peligrosa	Poco peligrosa	Nada peligrosa

8. Cuando tengo problemas en el trabajo.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muy peligrosa	Bastante peligrosa	Poco peligrosa	Nada peligrosa

9. Cuando siento que me regañan injustamente.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muy peligrosa	Bastante peligrosa	Poco peligrosa	Nada peligrosa

10. Cuando tengo miedo.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muy peligrosa	Bastante peligrosa	Poco peligrosa	Nada peligrosa

11. Cuando estoy de vacaciones.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muy peligrosa	Bastante peligrosa	Poco peligrosa	Nada peligrosa

12. Cuando estoy muy contento.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muy peligrosa	Bastante peligrosa	Poco peligrosa	Nada peligrosa

13. Cuando tengo dinero disponible para gastar.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Muy peligrosa	Bastante peligrosa	Poco peligrosa	Nada peligrosa

14. Cuando recuerdo los buenos tiempos en los que consumía.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Muy peligrosa	Bastante peligrosa	Poco peligrosa	Nada peligrosa

15. Cuando hay peleas y riñas en casa.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Muy peligrosa	Bastante peligrosa	Poco peligrosa	Nada peligrosa

16. Cuando estoy lleno de resentimiento.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Muy peligrosa	Bastante peligrosa	Poco peligrosa	Nada peligrosa

17. Cuando estoy irritado o me siento frustrado.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Muy peligrosa	Bastante peligrosa	Poco peligrosa	Nada peligrosa

18. Cuando estoy en una reunión.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Muy peligrosa	Bastante peligrosa	Poco peligrosa	Nada peligrosa

19. Cuando empiezo a pensar que no estoy realmente atrapado por la droga.

Muy peligrosa Bastante peligrosa Poco peligrosa Nada peligrosa

20. Cuando pienso que me estoy poniendo muy enfadado.

Muy peligrosa Bastante peligrosa Poco peligrosa Nada peligrosa

21. Cuando hay ocasiones especiales como navidad, cumpleaños, fiestas, etc.

Muy peligrosa Bastante peligrosa Poco peligrosa Nada peligrosa

22. Cuando empiezo a sentirme frustrado y arto de la vida.

Muy peligrosa Bastante peligrosa Poco peligrosa Nada peligrosa

23. Cuando me siento cansado.

Muy peligrosa Bastante peligrosa Poco peligrosa Nada peligrosa

24. Cuando me siento disgustado por que otras personas me han abandonado.

Muy peligrosa Bastante peligrosa Poco peligrosa Nada peligrosa

25. Cuando ya e consumido alguna droga

Muy peligrosa

Bastante peligrosa

Poco peligrosa

Nada peligrosa