

## **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**

### ***Risk Factors Affecting Relapse of Licit and Illicit Drug Use in Adolescents Assisted by the Institute of Alcoholism and Drug Dependence (IAFA)***

Tatiana Blanco Álvarez

Silvia Jiménez Morales

Texas Tech University, Estados Unidos de América

Universidad de Costa Rica, Costa Rica

#### **Resumen**

El objetivo de la presente investigación fue determinar los factores de riesgo asociados con las recaídas en el consumo de drogas en adolescentes que han recibido tratamiento en el IAFA. Metodología: Estudio cuantitativo, con alcance correlacional y transversal. Instrumentos: Entrevista de Recaídas para Usuarios de Conductas Adictivas, Inventario de Situaciones Precipitantes de Recaídas, Escala de Control Atencional, Inventario de Habilidades de Afrontamiento, Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés, Escala Multidimensional de Apoyo Social Recibido, Escala de Dificultades en la Regulación Emocional, y Cuestionario Breve de Confianza Situacional. Muestra: 107 adolescentes que reciben atención ambulatoria en el Centro de Menores del Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia. 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.

*Palabras clave:* Recaídas, adicciones, factores de riesgo, afrontamiento, adolescentes,

#### **Abstract**

This study aims to determine the risk factors associated with drug use relapses in adolescents who have received treatment at IAFA. Methodology: Quantitative study with a correlational and cross-sectional scope. Instruments: Interviews of relapsed addictive behavior users, Inventory of situations that precipitate relapse, Attention control scale, Inventory of coping skills, Scale on depression, anxiety and stress, Multidimensional scale of social support received, Scale on emotional regulation difficulties, and Brief situational confidence questionnaire. Sample: 107 adolescents receiving outpatient care at the Juvenile Center of the Institute on Alcoholism and Drug Dependence (IAFA). Conclusions: intrapersonal variables such as emotional regulation (goal-directed behavior), attentional control (focused attention), negative emotional states, and seeking positive sensations are risk factors that determine drug consumption relapse.

Keywords: relapse, substance abuse, risk factors, coping, adolescents

---

Tatiana María Blanco Álvarez, Texas Tech University, Estados Unidos de América; Silvia Jiménez Morales, Universidad de Costa Rica, Costa Rica.

La correspondencia en relación con este artículo se dirige a Tatiana María Blanco Álvarez, Texas Tech University, Lubbock, Texas; dirección electrónica: [tatiana-maria.blanco@ttu.edu](mailto:tatiana-maria.blanco@ttu.edu)



Luego de que las personas reciben un tratamiento por problemas de abuso de drogas, es común que recaigan en viejos patrones de consumo, por lo que es importante reconocer las señales de alerta de una reincidencia (Marlatt & Gordon, 1985). Dicha importancia radica en el hecho de que el porcentaje de recaídas en personas bajo tratamiento por adicciones, desde hace algún tiempo, es similar al de otras enfermedades crónicas como la diabetes tipo I, la hipertensión y el asma, así lo señalan McLellan, Lewis, O'Brian & Kleber (2000).

Por recaída se entiende a la consecuencia que experimenta una persona al exponerse ante una situación de riesgo sin ser capaz de responder con las estrategias adecuadas de afrontamiento para garantizar el mantenimiento de su abstinencia (Marlatt & Gordon, 1985). Según lo investigado por Marlatt, los aspectos característicos de ese patrón conductual incluyen un excesivo involucramiento por parte de la persona, una compulsión a continuar el consumo, una escasa habilidad para controlarlo y una persistencia a consumir, a pesar de las consecuencias negativas que significa para el individuo o quienes lo rodean.

En relación con las recaídas, la autoeficacia corresponde a la estimación o la confianza percibida por la persona, sobre su capacidad para enfrentarse a situaciones en las cuales es posible consumir alcohol u otras drogas, utilizando las habilidades que posee. Por tanto, si el sujeto emplea una respuesta de afrontamiento efectiva, aumentará su nivel de autoeficacia y se reduce 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 (Marlatt & Witkiewitz, 2005).

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

Además, 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 y la motivación para involucrarse de nuevo dentro la conducta problemática. Donovan & Marlatt (2005) las identifican como motivación al cambio y motivación al uso. Señalan también que habrá cierta ambivalencia entre las dos, por lo que las intervenciones deben enfocarse en resolver estos deseos opuestos, lo cual permite que los individuos exploren su propia significancia y sus decisiones.

## Método

El estudio realizado fue de tipo correlacional, puesto que su finalidad consistió en identificar la relación entre diferentes variables de riesgo y de protección que influyen para que se produzcan y eviten recaídas en jóvenes, que fueron atendidos por problemas de adicciones por parte del Centro Atención Integral Para Menores de Edad del IAFA. Lo anterior se realizó por medio de la aplicación de varias escalas a los jóvenes. Es de corte transversal porque solo se realizó una medición en la muestra.

Los datos se recabaron durante el año 2014, luego de contactar a los participantes. Ellos fueron citados uno por uno en el Centro de Menores, en una oficina que fue asignada para la realización del

estudio. Allí, a cada participante se le entregaba el folleto con los instrumentos. Se le explicaban las instrucciones y se le solicitaba que los completara de la manera más honesta posible.

### **Participantes**

El estudio se llevó a cabo en el Centro de Atención Integral Para Menores de Edad durante el 2014. Los participantes en la investigación fueron jóvenes que se encontraban en ese momento en tratamiento, o que hubiesen estado bajo tratamiento en el IAFA previamente. Dicha participación estuvo sujeta al consentimiento firmado de los padres, así como el asentimiento de los jóvenes. Los participantes fueron contactados por vía telefónica directamente a sus hogares, haciendo uso de la lista de pacientes egresados del Centro, y también se evaluó a aquellos adolescentes que se encontraban en tratamiento en el Centro durante el periodo de ejecución de la investigación.

La selección fue por conveniencia, porque se llamó a todos los adolescentes de la lista y participaron aquellos que dieron su asentimiento para asistir al Centro una tarde y así poder aplicar las escalas. Los criterios de inclusión fueron haber sido atendidos por problemas de consumo de drogas, haber tenido una o más recaídas luego de su egreso del Centro, que supieran leer y escribir y que contaran con el consentimiento de sus padres para participar.

La muestra de estudio estuvo conformada por 101 adolescentes, 68 hombres y 33 mujeres; así mismo, se llevó a cabo una prueba piloto de los instrumentos con 37 adolescentes (23 hombres y 14 mujeres) siguiendo los mismos criterios de selección que la muestra de estudio. El rango de edad de los participantes comprende entre los 12 años con 5 meses, hasta 17 años y 9 meses. El promedio fue de 16 años,  $DE=1.26$ . El 65% de la muestra provenía de San José. En cuanto al último año de educación formal aprobado, la media fue sexto grado. Debe destacarse que esto indica un bajo nivel de escolaridad, según la edad.

### **Instrumentos**

1. Entrevista de Recaídas para Usuarios de Conductas Adictivas ERSA: Este instrumento de 40 ítems identifica situaciones asociadas con recaídas, la entrevista fue creada por García, Oropeza y Vázquez en el 2009, con base en la Taxonomía de Disparadores de Recaída (TDR) de Marlatt (1985). Esta última contribuye a determinar los disparadores o situaciones de alto riesgo que ocurren inmediatamente antes de la recaída y que puede provocar o inducir el consumo a drogas. Se utilizó la versión modificada ERSA-R de Jiménez (2015) en donde se adaptaron los ítems y se cambió el formato de respuesta a tipo Likert. Para este instrumento se agregó un apartado sobre antecedentes de consumo y constó de 48 ítems.
2. Inventario de Situaciones Precipitantes de Recaídas RPI (por sus siglas en inglés): Este cuestionario permite identificar situaciones interpersonales y emocionales que son percibidas por la persona como de alto riesgo o amenazantes para su abstinencia. Se utilizará la adaptación de Alonso y García (2002). El formato de respuesta del inventario es tipo Likert y el análisis factorial muestra cuatro factores principales: estados emocionales negativos, vigilancia cognitiva reducida, reuniones, ocio, emociones positivas, y estímulos previamente relacionados con la bebida.

3. Escala de Control Atencional ACS (por sus siglas en inglés): Esta escala brinda una medida sobre la capacidad general en el control de la atención. Se divide en dos subescalas: atención focalizada o facilidad de concentración y cambio atencional entre tareas. Los autores originales son Derribery y Reed (2002).
4. Inventario de Habilidades de Afrontamiento CBI (por sus siglas en inglés): Es un instrumento que consta de 36 ítems tipo Likert, que evalúa respuestas, actitudes y estrategias de afrontamiento que el dependiente del alcohol emplea para no consumir cuando experimenta deseos hacia la bebida. Se utilizó la adaptación española de García y Alonso (2002). La estructura consta de los siguientes cuatro factores: pensamiento positivo, pensamiento negativo, distracción y evitación, que explican el 44,39% de la varianza total.
5. Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés DASS-21 (por sus siglas en inglés): Esta prueba evalúa la afectividad negativa, a través de tres escalas: depresión, ansiedad y estrés o tensión. Cada escala está compuesta por 21 ítems que aluden a un síntoma, a los cuales se responde con base en una escala de 3 puntos (0= No se aplica en nada a mí. 1= Se aplica un poco a mí o algunas veces. 2= Se aplica considerablemente a mí o en bastantes ocasiones. 3= Se aplica mucho a mí o en la mayoría del tiempo). Se utilizó la versión abreviada de Antúnez y Vinet (2012), para la cual realizaron la validación con una muestra de 448 estudiantes chilenos. La validez de constructo se verificó mediante análisis factorial exploratorio, el cual evidenció una estructura de tres factores. Se explicó el 49,99 % de la varianza total.
6. Escala Multidimensional de Apoyo Social Recibido: Esta escala recaba información sobre el apoyo social percibido por los individuos en el área familiar, de amigos y otros significativos. El cuestionario está compuesto por 12 ítems y las tres subescalas que lo conforman son familia, amigos y otros significativos. Se usó la adaptación de Landeta & Calvete (2012) con algunas modificaciones.
7. Escala de Dificultades en la Regulación Emocional DERS (por sus siglas en inglés): Anteriormente, se ha estudiado la presencia de déficits de regulación emocional en trastornos de abuso de alcohol. Esta escala evalúa los diferentes aspectos del proceso de la regulación emocional en los que pueden existir dificultades: no aceptación de respuestas, dificultades para implementar conductas dirigidas a metas, dificultades en el control de impulsos, falta de conciencia emocional, acceso limitado a estrategias de regulación emocional y falta de claridad emocional.
8. Cuestionario Breve de Confianza Situacional BSCQ (por sus siglas en inglés): El instrumento presenta una variedad de situaciones problemáticas relacionadas con el abuso del alcohol. \_Ha sido acortado en posteriores revisiones a 42 situaciones que pueden ser clasificadas siguiendo una categoría de determinantes de recaídas similar a la propuesta por Marlatt. Su objetivo es medir la autoeficacia de los individuos en relación con su percepción para controlar el consumo en diferentes situaciones de riesgo. En la versión utilizada se presentan ocho diferentes situaciones de riesgo para el consumo, en una escala de respuesta de 0 a 100 %.

## Análisis

Los datos fueron analizados por medio del programa estadístico SPSS en su versión 22. Para el óptimo análisis de los datos recolectados, se realizó un análisis de regresión lineal, donde es necesario destacar que uno de los supuestos básicos para este tipo de análisis es que el tamaño de la muestra sea elevado. Cea D'Ancona (2002) señala que el tamaño de la muestra incide directamente en la reducción del error de estimación y, por lo tanto, en la significancia de los resultados en el análisis. De esta forma, explica que para la regresión lineal existen ratios mínimos de observaciones precisas por cada variable independiente, los cuales van de 5 a 20 sujetos por variable predictora. Así mismo, se llevaron a cabo pruebas T, pruebas de intercorrelaciones de Pearson y estadísticos descriptivos de las variables evaluadas.

## Resultados

Con respecto a la sustancia problema por la cual reciben o recibieron tratamiento, la marihuana se encontró en primer lugar, puesto que el 61.4% de los adolescentes entrevistados consideraron que esta es la sustancia por la que fue requerido tratamiento; en segundo lugar, con un 22.8%, situaron la cocaína. El tiempo promedio durante el cual se ha consumido la sustancia por la que están en tratamiento (la cual puede ser alguna de las listadas en la Tabla 1) es de 32 meses, con una desviación estándar alta de 20 meses. El puntaje mínimo fue de 6 meses y el máximo, 96 meses de consumo. El promedio de tiempo que se mantuvieron sin consumir antes de la última recaída es de 3 meses y medio.

En cuanto al uso de diferentes sustancias, se indagó cuáles habían consumido con cierta regularidad o habitualmente, sin importar cuál era la droga favorita ni la principal sustancia que percibían como problemática. Para el resultado en este punto, es de suma relevancia subrayar que el 100% de los adolescentes reportaron el consumo de marihuana. Los resultados totales se muestran en la siguiente tabla:

Tabla 1  
*Patrón de consumo. ¿Cuáles drogas ha consumido usted?*

Sustancia	Sí	No	Porcentaje
Marihuana	<b>101</b>	0	100%
Alcohol	<b>88</b>	13	87.1%
Tabaco	<b>84</b>	17	83.2%
Cocaína	<b>58</b>	42	57.5%
Inhalables	<b>30</b>	71	29.7%
Pastillas psicotrópicas	<b>29</b>	72	28.7%
Bazuko	<b>29</b>	72	28.7%
Hongos	<b>20</b>	81	19.8%
Ketamina	<b>10</b>	91	9.9%
Otros	<b>8</b>	93	7.92%

*Nota:* Bazuko= cigarrillos donde se reemplaza el tabaco con la marihuana y se combina con cocaína o con crack Otros=reina de la noche, ácidos, LSD.

N= 101

Sobre el momento de la recaída, el 48.5% de los adolescentes recayó durante un fin de semana y el 46.1% entre semana. Lo anterior no constituye un factor relevante. Respecto a la hora de la recaída, principalmente se da durante las tardes (41.6%) y las noches (31.7%), una razón posible para que así sea es que durante las mañanas los jóvenes se encuentran en sus casas, sin amigos de consumo y con familiares cerca. Además, se reportó que, en promedio, la última vez de consumo, o sea la recaída más próxima, fue tres meses antes de la evaluación y el promedio del tiempo sin consumir antes de la última recaída fue también tres meses y medio.

Con respecto a los motivos por los cuales dejaron de consumir durante su último período de abstinencia, el 50% de los sujetos entrevistados respondieron que fue por razones voluntarias. La principal motivación se trataba del deseo de no volver a consumir de nuevo y el 30% lo hizo por su familia, ya sea que se vieron forzados por sus familiares o para evitarles preocupaciones o disgustos; en último lugar, el motivo correspondió a la abstinencia de un 20% por tener una medida legal en su contra.

En cuanto a los resultados de las escalas aplicadas, en la Tabla 2 se puede observar que a menor control atencional, mayor cantidad de factores de riesgo percibidos de recaídas, mayor ansiedad, depresión, estrés y además mayores dificultades en la regulación emocional. Además, se observa una relación positiva donde a mayor confianza situacional, mayores habilidades de afrontamiento.

Tabla 2

*Intercorrelaciones de Pearson entre las puntuaciones de las escalas aplicadas*

Medidas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. ERSA-R	-	.600**	-.362**	.306**	.436**	.571**	.457**	.018	.460**	-.084
2. RPI		-	.288*	.110	.519*	.574**	.523**	-.180	.401**	-.399**
3. ACS			-	.122	-.499**	-.364**	-.412**	.112	-.413**	.123
4. CBI				-	-.039	.104	.018	.259**	.165	.301**
5. Depresión					-	.637**	.648**	-.295**	.619**	-.308**
6. Ansiedad						-	.760**	-.170	.558**	-.267**
7. Estrés							-	-.167	.581**	-.237*
8. Apoyo S.								-	-.039	.271**
9. DERS-E									-	-.245*
10. BSCQ										-

*Nota.* ERSA= Entrevista de Recaídas para Usuarios de Sustancias Adictivas, RPI= Inventario de Situaciones Precipitantes de Recaídas, ACS= Escala de Control Atencional, CBI= Inventario de Habilidades de Afrontamiento, Apoyo S.= Escala Multidimensional de Apoyo Social Recibido, DERS-E= Escala Dificultades en la Regulación Emocional, BSCQ= Cuestionario Breve de Confianza Situacional

\*p < .05, \*\*p < .01

## 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

Resulta meritorio destacar la relación existente entre la escala RPI y el cuestionario BSCQ ( $r=-.399$ ,  $p<.01$ ), la cual sugiere que a menor confianza situacional, que es la confianza de la persona en sí misma en ciertas situaciones donde podría tener más probabilidades de consumir, mayor cantidad de precipitantes de recaídas, resultados coherentes con el modelo propuesto por Donovan y Marlatt (2005). También, en relación negativa, el cuestionario BSCQ correlaciona con el DERS-E ( $r= -.245$ ,  $p<.05$ ). Lo anterior puede indicar que a mayor dificultad en regulación emocional, los sujetos perciben menor confianza situacional.

Respecto a regulación emocional, el puntaje más alto es el de dificultades para implementar conductas dirigidas a metas. En este caso, se puede entender como conductas para mantenerse en abstinencia, porque se observa una relación directa entre este factor de regulación emocional y dos factores de situaciones precipitantes de recaídas, estados emocionales negativos y estímulos previamente relacionados con el consumo. Además, se puede observar a través de los instrumentos RPI y el ERSA-R que los sujetos reportan puntajes altos en estados emocionales negativos previos a la recaída.

También, es importante señalar la correlación positiva entre la escala multidimensional de apoyo social percibido con el inventario de habilidades de afrontamiento CBI ( $r=.259$ ,  $p<.05$ ) y con el cuestionario de confianza situacional BSCQ ( $r=.271$ ,  $p<.05$ ). Lo anterior sugiere que el apoyo social percibido, específicamente el familiar, constituye un factor protector para que los adolescentes no recaigan.

Se llevaron a cabo análisis de pruebas *t* para muestras independientes con el fin de determinar si había diferencias en los puntajes entre aquellas personas, que reportaron haber tenido una sola recaída o más de dos recaídas, luego de haber sido dados de alta del Centro. Los resultados que se exponen en la Tabla 3.

**Tabla 3**  
*Pruebas t de medias independientes de las medidas de escalas según cantidad de recaídas*

	Grupo 1 recaída			Grupo 2 o más recaídas			gl	t	d
	n	Media	DE	n	Media	DE			
CBI	44	87.27	21.33	57	86.52	21.50	99	1.74	.04
ERSA-R	42	76.11	15.74	54	79.76	20.75	94	-.977	-.04
RPI	44	57.93	15.15	57	54.53	15.74	99	1.11	.22
DASS	44	20.09	12.66	57	21.26	13.33	99	-.448	-.09
DERS	44	61.14	16.92	57	62.33	17.48	99	-.346	-.07
APOYO S.	44	45.68	10.59	57	46.40	8.55	99	-.379	-.07
BSCQ	44	43.08	18.35	57	45.52	17.86	99	-.673	-.13
ACS	44	51.55	8.28	57	46.42	10.52	98	2.74**	.54
Cambio A.	44	19.36	4.39	57	18.33	4.14	99	1.208	.24
Atención F.	44	32.18	5.54	57	28.09	8.14	98	3.00**	.59

*Nota.* ERSA= Entrevista de Recaídas para Usuarios de Sustancias Adictivas, RPI= Inventario de Situaciones Precipitantes de Recaídas, ACS= Escala de Control Atencional, CBI= Inventario de Habilidades de Afrontamiento, Apoyo S.= Escala Multidimensional de Apoyo Social Recibido, DERS-E= Escala Dificultades en la Regulación Emocional, BSCQ= Cuestionario Breve de Confianza Situacional  
 \* $p < .05$ , \*\* $p < .01$ , \*\*\* $p < .001$

De acuerdo con los resultados expuestos en la Tabla 3, los participantes con una sola recaída exhibieron una mayor puntuación en la medida de control atencional, al compararse con el grupo que ha experimentado más de una recaída. Al realizarse la comparación entre las subescalas, se determina que las diferencias significativas se dan específicamente en la atención focalizada donde los participantes con sola una recaída puntuaron más alto  $t(98) = 3.00$ ,  $p = .003$ ,  $d = .54$ , mientras que en la subescala de cambio atencional no se hallaron diferencias entre los grupos.

Así mismo, se llevaron a cabo pruebas  $t$  con el fin de determinar si había diferencias en los puntajes entre hombres y mujeres participantes, y tal como se refleja en la Tabla 4 no se encontraron diferencias respecto a control atencional al compararse los grupos.

Tabla 4

*Pruebas t de medias independientes de las medidas de escalas según género*

	Hombres			Mujeres			gl	t	d
	n	Media	DE	n	Media	DE			
CBI	68	84.09	19.67	33	92.54	23.70	99	-1.89	-.39
ERSA-R	64	74.33	17.63	32	85.84	18.72	94	-2.96**	-.63
RPI	68	53.07	13.87	33	62.06	16.49	99	-8.99**	-.53
Depresión	68	6.91	5.09	33	9.06	4.99	99	-2.15*	-.42
Ansiedad	68	5.07	4.44	33	7.21	5.32	54	-2.12	-.43
Estrés	68	6.74	4.63	33	8.67	4.25	99	-1.93*	-.43
DERS	68	59.49	15.73	33	66.61	19.17	99	-7.12	-.41
APOYO S.	68	45.99	8.81	33	46.30	10.79	99	-1.58	-.03
ACS	68	48.60	9.59	33	48.76	10.67	99	-0.73	-.02
BSCQ	68	43.77	16.33	33	45.88	21.32	51	-.501	-.11

*Nota.* ERSa= Entrevista de Recaídas para Usuarios de Sustancias Adictivas, RPI= Inventario de Situaciones Precipitantes de Recaídas, ACS= Escala de Control Atencional, CBI= Inventario de Habilidades de Afrontamiento, Apoyo S.= Escala Multidimensional de Apoyo Social Recibido, DERS-E= Escala Dificultades en la Regulación Emocional, BSCQ= Cuestionario Breve de Confianza Situacional

\* $p < .05$ , \*\* $p < .01$ , \*\*\* $p < .001$

Los resultados en la Tabla 4 sugieren que para las mujeres, la búsqueda de sensaciones positivas y el experimentar estados físicos negativos son factores de mayor riesgo para recaer en comparación a los hombres, situación que no se asocia al tipo de droga consumida. Así mismo, deben tenerse en cuenta como mayores precipitantes de recaídas en mujeres los estados emocionales negativos y experimentar emociones positivas.

## Discusión

Respecto al análisis efectuado para buscar diferencias entre el grupo de una recaída, con el que presentó dos o más, únicamente se encontraron diferencias significativas en control atencional, específicamente se destaca que la atención focalizada es significativamente menor para el grupo con dos o más recaídas. Lo anterior concuerda con el estudio de Blasco et al. (2008), que menciona que en el momento



en el que se pierde el control sería cuando se hace una focalización atencional selectiva automática sobre los efectos reforzantes de la droga. En este sentido, se plantea la necesidad de implementar estrategias encaminadas a incrementar la capacidad del paciente sobre el control atencional dentro de los propios programas de Prevención de Recaídas.

Cuando se analizaron las diferencias según género, se observó que a nivel afectivo el grupo de las mujeres presentó mayores puntajes en depresión y en estrés, además de un efecto marginalmente significativo en mayor ansiedad. También, este grupo reportó mayores puntajes en búsqueda de sensaciones positivas y en estados físicos negativos en comparación con los hombres. Esta última diferencia da pie a la posibilidad de investigar si se presenta de la misma forma el síndrome de abstinencia en las mujeres que en los hombres, y si podría afectar el proceso hormonal el realizar una evaluación de este tipo, porque según estudios realizados, los estados físicos negativos, incluyendo la preocupación por la imagen corporal, el control del peso y el afrontamiento del estrés, afectan más a las mujeres para el inicio y mantenimiento del tabaquismo femenino, por ejemplo (Delgado, Bautista, Espada, Torregosa & García, 2005). Así mismo, en situaciones precipitantes de recaídas, se encontró en el presente estudio que las mujeres perciben los estados emocionales negativos y experimentar emociones positivas, como mayores situaciones de riesgo para recaer que los hombres.

Se examina como un resultado notable que el 100% de los sujetos entrevistados tienen en común en sus respuestas el consumo de marihuana. Es importante considerar el policonsumo de las sustancias, porque mediante los resultados de la muestra final se evidenciaron, además del consumo de marihuana en todos los jóvenes, porcentajes altos en consumo de alcohol, tabaco y cocaína. Los resultados anteriores concuerdan con un estudio nacional, donde se determinó que la marihuana y la cocaína mezclada con tabaco, son las drogas ilegales mayormente utilizadas por los costarricenses (Murillo, 2013). Esto podría sugerir la existencia de una asociación entre el policonsumo de sustancias y las recaídas.

Se concluyó que a través de este estudio se logró identificar que las habilidades de afrontamiento ante situaciones de riesgo de recaídas mayormente empleadas son a nivel cognitivo: los pensamientos positivos sobre las ventajas de mantenerse en abstinencia y los pensamientos negativos referentes a las consecuencias del consumo. Lo anterior muestra la importancia del aprendizaje obtenido al finalizar un programa de intervención, tal como es el caso de estos jóvenes que habían recibido atención en el Centro previamente a la realización de la investigación; según los resultados de Martínez y Pedroza (2011), los individuos que presentan un mayor número de habilidades de afrontamiento así como mayor autoeficacia en situaciones de riesgo cuentan con mayor probabilidad de mantenerse en abstinencia.

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

Es de suma importancia tener en cuenta que la principal sustancia de consumo de las personas evaluadas es la marihuana, porque la totalidad de la muestra reportó consumirla o haberla consumido, lo cual muestra la relevancia de discutir más a fondo el tema de las implicaciones de la legalización de las drogas y de esta en particular, así como de empezar a trabajar de manera más activa bajo una visión de prevención del riesgo y siempre brindando a la sociedad información científica con el fin de educar sobre los efectos reales del consumo y lograr así una adecuada prevención no solo de recaídas, sino también de inicio de la conducta a edades cada vez más tempranas. Para esto, es importante llevar a cabo estudios que aborden más a fondo la problemática del consumo de marihuana en población adolescente y las implicaciones psicológicas, físicas y sociales.

### Reconocimiento

Las autoras agradecen en demasía la colaboración de el Lic. Esteban Montenegro Montenegro, doctorando de Texas Tech University, por todo su apoyo durante el proceso de investigación, en especial en la fase de análisis de los datos.

### Referencias

- 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*, 2, 329-342. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=270934>.
- Antúnez, Z. & Vinet, E. (2012). Escalas de depresión, ansiedad y estrés (DASS – 21): Validación de la Versión Abreviada en Estudiantes Universitarios Chilenos. *Terapia Psicológica*, 30 (3), 49-55. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082012000300005>.
- Blasco, J., Martínez-Raga J., Carrasco, D. & Didia, J. (2008). Atención y craving o ganas compulsivas. Avances en su conceptualización y su implicación en la prevención de recaídas. *Revista ADICCIONES*, 20 (4), 365-376. Recuperado de <http://www.adicciones.es/files/blasco.pdf>.
- Cea D'Ancona, M. (2002). *Metodología cuantitativa: estrategias y técnicas de investigación social*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Delgado, B., Bautista, R., Cándido, I., Espada, J., Torregosa, M. y García, J. (2005). Diferencias de género en el consumo de alcohol y tabaco de estudiantes de educación secundaria obligatoria. *Salud y drogas*. 5 (2), 55-66. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/839/83905203.pdf>
- Derryberry, D. & Reed, M. (2002). Anxiety-related attentional biases and their regulation by attentional control. *Journal of abnormal psychology*, 111(2), 225. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12003445>.
- Donovan, D. & Marlatt, G. (2005). *Assessment of addictive behaviors* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- García, R. y Alonso M. (2003). Evaluación en programas de prevención de recaída: Adaptación española del Inventario de Habilidades de Afrontamiento (CBI) de Litman en dependientes del alcohol. *Revista Adicciones*, 14 (4), 455-463. Recuperado de <http://www.adicciones.es/files/Articulo%204.pdf>.

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

---

- IBM Corp. Released (2013). IBM SPSS Statistics for Windows, Version 22.0. Armonk, NY: IBM Corp.
- Marlatt, G. & Gordon, J. (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford Press.
- Marlatt, G. & Witkiewitz, K. (2005). *Relapse prevention for alcohol and Drug problems*. Recuperado de <http://www.guilford.com/excerpts/marlatt.pdf>
- Martínez, K. y Pedroza, F. (2011). Factores asociados al proceso de recaídas en adolescentes consumidores de alcohol. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2 (1), 215-224. Recuperado de [http://infad.eu/RevistaINFAD/2011/n1/volumen2/INFAD\\_010223\\_215-224.pdf](http://infad.eu/RevistaINFAD/2011/n1/volumen2/INFAD_010223_215-224.pdf).
- 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, 1689-1695. Recuperado de [http://medicine.yale.edu/sbirt/curriculum/modules/medicine/100728\\_Drug\\_dependence\\_article.pdf](http://medicine.yale.edu/sbirt/curriculum/modules/medicine/100728_Drug_dependence_article.pdf).
- Murillo, L. (2013). El policonsumo de las drogas ilícitas en los adolescentes de Hogares Crea de Barba de Heredia y Cartago. *Revista Enfermería Actual en Costa Rica*. 24, 1-13. Recuperado de <http://www.revistas.ucr.ac.cr/index.php/enfermeria/article/view/8416/7939>.
- Thompson, R. (1994). Emotion regulation: A theme in search of definition. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59 (2/3), 28-52. DOI: 10.1111/j.1540-5834.1994.tb01276.x.
- Verdejo, A., Lopez-Torrecillas, F., Orozco, C. y Pérez, M. (2002). Impacto de los deterioros neuropsicológicos asociados al consumo de sustancias sobre la práctica clínica con drogodependientes. *Revista Adicciones*, 14 (3), 1-26. Recuperado de <http://www.adicciones.es/files/Impacto%20de%20los%20deterioros.pdf>.

Recibido 01 de julio de 2015  
Revisión recibida 09 de septiembre de 2015  
Aceptado 07 de diciembre de 2015

**Reseña de las autoras**

**Tatiana María Blanco Álvarez** es máster con Máximos Honores en Psicología Forense por la Universidad de Iberoamérica. Actualmente, se encuentra cursando la Maestría de Ciencias Forenses en Texas Tech University, en Lubbock, Texas. Se graduó de Licenciada en Psicología, con Honores, por la Universidad de Costa Rica y Bachiller en Ciencias Criminológicas de la Universidad Estatal a Distancia de Costa Rica. Funge como Asistente de Investigación en el Instituto de Ciencias Forenses y en el Instituto de Medición, Metodología, Análisis y Políticas de Texas Tech University.

**Silvia Jiménez Morales** es Licenciada en Psicología, con Honores, por la Universidad de Costa Rica y Bachiller en Criminología por la Universidad Libre de Costa Rica. Fue, además, pasante en el Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia de Costa Rica.

Publicado en línea: 16 de diciembre de 2015