

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



MODELO EXPLICATIVO DEL RIESGO DE RECAÍDA EN ADULTOS EN  
TRATAMIENTO POR ALCOHOL Y DROGAS ILÍCITAS

Por

MCE. JULIA LIZETH VILLARREAL MATA

Como requisito parcial para obtener el grado de  
DOCTOR EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

OCTUBRE, 2021

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



MODELO EXPLICATIVO DEL RIESGO DE RECAÍDA EN ADULTOS EN  
TRATAMIENTO POR ALCOHOL Y DROGAS ILÍCITAS

Por

MCE. JULIA LIZETH VILLARREAL MATA

Director de Tesis

DRA. EDNA IDALIA PAULINA NAVARRO OLIVA

Como requisito parcial para obtener el grado de  
DOCTOR EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

OCTUBRE, 2021

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



MODELO EXPLICATIVO DEL RIESGO DE RECAÍDA EN ADULTOS EN  
TRATAMIENTO POR ALCOHOL Y DROGAS ILÍCITAS

Por

MCE. JULIA LIZETH VILLARREAL MATA

Asesor Estadístico

JEYLE ORTIZ RODRÍGUEZ, PhD

Como requisito parcial para obtener el grado de  
DOCTOR EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

OCTUBRE, 2021

MODELO EXPLICATIVO DEL RIESGO DE RECAÍDA EN ADULTOS EN  
TRATAMIENTO POR ALCOHOL Y DROGAS ILÍCITAS

Aprobación de Tesis

---

Dra. Edna Idalia Paulina Navarro Oliva  
Director de Tesis

---

Dra. Edna Idalia Paulina Navarro Oliva  
Presidente

---

Dr. Francisco Rafael Guzmán Facundo  
Secretario

---

Dra. María Magdalena Alonso Castillo  
1er. Vocal

---

Dra. Karla Selene López García  
2do. Vocal

---



Dr. Edgar Bresó Esteve  
3er. Vocal

---

Dra. María Magdalena Alonso Castillo  
Subdirector de Posgrado e Investigación

## **Agradecimientos**

A la Universidad Autónoma de Nuevo León por la beca otorgada para realizar mis estudios de Doctorado en Ciencias de Enfermería.

Al Dr. Med. Gerardo E. Muñoz Maldonado, Director del Sistema de Estudios de Posgrado de la Universidad Autónoma de Nuevo León por la oportunidad, el apoyo y las facilidades otorgadas para concluir el Doctorado en Ciencias de Enfermería, gracias por confiar en su equipo de trabajo y potenciar la superación profesional.

A la Dra. María Guadalupe Moreno Monsiváis, Directora de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León por el ejemplo, oportunidad y facilidades otorgadas para realizar el Doctorado en Ciencias de Enfermería.

A la Dra. María Magdalena Alonso Castillo, Subdirectora de Posgrado e Investigación por el apoyo y las facilidades otorgadas para continuar mis estudios de posgrado; así como por sus valiosas aportaciones y recomendaciones.

A la Dra. Raquel Alicia Benavides Torres, gracias por la oportunidad para realizar el Doctorado, gracias por creer en mí.

A mi Directora de Tesis la Dra. Edna Idalia Paulina Navarro Oliva gracias por la comprensión, paciencia y dedicación en el presente trabajo de investigación.

Al Dr. Edgar Bresó Esteve, por recibirme durante mi residencia de estudios en España, por compartir su conocimiento y gran experiencia en investigación.

A los doctores Francisco Rafael Guzmán Facundo, Karla Selene López García, Marco Vinicio Gómez Meza y Jeyle Ortíz Rodríguez por sus valiosas aportaciones y recomendaciones a la presente investigación.

Al Dr. Med. Edelmiro Pérez Rodríguez por brindarme el apoyo y la oportunidad para crecer profesionalmente, mi agradecimiento por siempre.

Al personal directivo, docente y administrativo de la Facultad de Enfermería de Universidad Autónoma de Nuevo León, por colaborar y facilitar los recursos necesarios para concluir mis estudios de posgrado.

## **Dedicatoria**

A Dios, toda la Gloria y todo el Honor, gracias porque siempre estás conmigo, gracias porque antes te escuché nombrar, pero ahora mis ojos te ven. Gracias por las personas que han superado las adicciones, otórganos la fuerza para ir al rescate de más, porque nada es imposible para ti (*Lucas 1:37*).

A Mamá por seguir tomándome de la mano a pesar de los años; por tu cuidado y eterno amor, gracias por empujarme y alentarme, no sólo a ser mejor enfermera, sino a ser mejor mujer, te amo sin fin, Dios te bendiga eternamente hermosa mía.

A mis hijos, Santiago y David, ustedes ponen en marcha esa maquinaria que llevo en el lado izquierdo del pecho, corazón le dicen, gracias por permitirme ser su mamá, gracias por animarme hacer la tarea y darme de cenar cuando yo no les di.

A mis hermanos Ramón y Francis, el crecer a la sombra de una persona con adicciones forjó nuestro carácter, Dios le dio a mamá la sabiduría para guiarnos y para ser personas de bien, cuidemos que la historia no se repita, gracias eternas, los amo.

A mis cuñados Héctor y Mary, gracias por amarnos y cuidarnos, gracias eternas.

Al Dr. Med. Luis Humberto Sordia Hernández, gracias por compartir sus conocimientos y por la motivación para seguir y ser mejor, mi agradecimiento eterno.

A Martín, gracias por ser compañero de estancia y por convertirte en un amigo, gracias por brindarme apoyo y seguridad cuando me sentí muy sola.

A mis amigos Daniela, Daniel, Nereyda, Urania y Vero, gracias por adoptarme en su grupo, gracias por cobijarme, por las comidas, las risas y también los llantos.

Al personal del Hospital Universitario: Anaís, Benita, Betty, Jorge, Lalo, Lili, Maribel, Remy, Valeria, Wendy; gracias por tolerarme y abrazarme cuando lo necesité.

A los líderes y personas internas en los centros de rehabilitación; ustedes son el motivo de este esfuerzo, no se rindan, no cedan, para Dios todo es posible y Dios da múltiples oportunidades, sí se puede dejar ese mundo hostil de las adicciones.

*That's all.*

## Tabla de Contenido

Contenido	Página
Capítulo I	
Introducción	1
Marco Teórico	10
Modelo de Adaptación de Roy	10
Teoría de Rango Medio Sobre el Riesgo de Recaída en Adultos en Tratamiento por Consumo de Alcohol, Marihuana y Metanfetaminas	15
Estudios Relacionados	41
Definición de Términos	69
Objetivo General	71
Objetivos Específicos	71
Hipótesis	71
Capítulo II	
Metodología	73
Diseño de Estudio	73
Población, Muestreo y Muestra	73
Instrumentos de Medición	74
Proceso de Recolección de Datos	82
Consideraciones Éticas	83
Análisis de Datos	87
Capítulo III	
Resultados	89
Confiabilidad de los Instrumentos	89
Estadística Descriptiva	94
Estadística Inferencial	126

## Tabla de Contenido

Contenido	Página
Capítulo IV	
Discusión	147
Conclusiones	164
Limitaciones	166
Recomendaciones	167
Referencias	170
Apéndices	206
A. Cédula de Datos Sociodemográficos (CDSO)	207
B. Cuestionario de Craving por Alcohol (Alcohol Craving Questionnaire [ACQ-NOW])	208
C. Cuestionario de Craving por Marihuana (Marijuana Craving Questionnaire [MCQ])	210
D. Cuestionario de Craving por Anfetaminas (Desire for Speed Questionnaire [DSQ])	212
E. Escala de Emoción Expresada (LEE)	214
F. Escala de Estrés Percibido (EEP)	216
G. Cuestionario de Espiritualidad	217
H. Inventario de Cociente Emocional (EQ-I: Short)	218
I. Cuestionario de Variables Predictoras de Abandono y Adhesión al Tratamiento (VPA-30)	220
J. Consentimiento Informado	224
K. Autorizaciones de los Centros de Rehabilitación para el Tratamiento de Adicciones	227

## Lista de Tablas

Tabla	Página
1. Consistencia Interna del Cuestionario de Craving por Alcohol	89
2. Consistencia Interna del Cuestionario de Craving por Marihuana	90
3. Consistencia Interna del Cuestionario de Craving por Anfetaminas	91
4. Consistencia Interna de la Escala de Emoción Expresada Percibida	92
5. Consistencia Interna de la Escala de Estrés Percibido	92
6. Consistencia Interna del Cuestionario de Espiritualidad	93
7. Consistencia Interna del Inventario de Cociente Emocional	93
8. Consistencia Interna del Cuestionario de Variables Predictoras de Abandono y Adhesión al Tratamiento	94
9. Características Sociodemográficas de los Participantes del Estudio	95
10. Características del Internamiento	96
11. Características del Internamiento por Sexo	97
12. Datos Descriptivos del Cuestionario de Craving por Alcohol	99
13. Datos Descriptivos del Cuestionario de Craving por Marihuana	102
14. Datos Descriptivos del Cuestionario de Craving por Anfetamina	107
15. Datos Descriptivos de la Escala de Emoción Expresada (figura de influencia familiar)	110
16. Datos Descriptivos de la Escala de Emoción Expresada por Sexo	111
17. Datos Descriptivos de la Escala de Emoción Expresada	111
18. Datos Descriptivos de la Escala de Estrés Percibido	114
19. Datos Descriptivos del Cuestionario de Espiritualidad	115
20. Datos Descriptivos del Inventario de Coeficiente Emocional	117
21. Datos Descriptivos del Cuestionario de Variables Predictoras de Abandono y Adhesión al Tratamiento	122

## Lista de Tablas

Tabla	Página
22. Prueba de Normalidad de Kolmogorov-Smirnov con Corrección de Lilliefors	126
23. Prueba de Chi Cuadrada de Pearson por Tipo de Sustancia Consumida por Riesgo de Recaída	127
24. Prueba de Chi Cuadrada de Pearson por Tipo de Sustancia de Ingreso por Riesgo de Recaída	127
25. Contraste de Tendencia Central de la Puntuación de los Índices de las Variables del Estudio por Sexo a través de la Prueba U de Mann-Whitney	128
26. Prueba Kruskal-Wallis para Índices de las Variables de Estudio por Estado Civil	129
27. Prueba Kruskal-Wallis para Índices de las Variables de Estudio por Nivel de Estudios	131
28. Prueba Kruskal-Wallis para Índices de las Variables de Estudio por Religión	133
29. Coeficiente de Correlación de Spearman para las Variables del Estudio	136
30. Regresión Lineal Múltiple para el Efecto de las Variables del Estudio sobre la Inteligencia Emocional Percibida	137
31. Regresión Lineal Simple para el Efecto de la Inteligencia Emocional Percibida Sobre el Riesgo de Recaída	141
32. Regresión Lineal Múltiple para el Efecto de las Variables del Estudio Sobre el Riesgo de Recaída	142

## Lista de Figuras

Figura	Página
1. Sistemas Humanos de Acuerdo con el Modelo de Adaptación de Roy (2008)	15
2. Primera Preposición Derivada	34
3. Segunda Preposición Derivada	35
4. Tercera Preposición Derivada	36
5. Relación entre los Conceptos y Preposiciones	37
6. Estructura Conceptual-Teórica-Empírica	40
7. Efecto de las Variables del Estudio Sobre la Inteligencia Emocional Percibida	140
8. Efecto de la Inteligencia Emocional Percibida Sobre el Riesgo de Recaída	141
9. Efecto de las Variables del Estudio Sobre el Riesgo de Recaída Mediadas por la Inteligencia Emocional Percibida	146

## RESUMEN

Julia Lizeth Villarreal Mata  
Universidad Autónoma de Nuevo León  
Facultad de Enfermería

Fecha de Graduación: Octubre 2021

**Título del Estudio:** MODELO EXPLICATIVO DEL RIESGO DE RECAÍDA EN ADULTOS EN TRATAMIENTO POR ALCOHOL Y DROGAS ILÍCITAS

**Número de Páginas:** 248

Candidato para Obtener el Grado de Doctor en Ciencias de Enfermería

**LGAC:** Prevención de Adicciones: Drogas Lícitas e Ilícitas

**Propósito y Método del Estudio:** El propósito fue analizar el efecto que ejerce el craving por consumo de alcohol, marihuana y metanfetaminas, la emoción expresada percibida, el estrés percibido y la espiritualidad sobre el riesgo de recaída mediado por la inteligencia emocional percibida en adultos en tratamiento, a través de la derivación y comprobación de proposiciones del Modelo de Adaptación de Roy (MAR). El diseño fue descriptivo, predictivo y de comprobación de modelo. La población se conformó por 274 adultos hombres y mujeres en diferentes Centros de Rehabilitación contra las Adicciones (CRCA). Dentro de las características de la muestra la mayoría fueron hombres (86.9%) con media de edad de 26.9 ( $DE = 8.40$ ), solteros (55.1%), con secundaria (51.5%) y de religión católica (45.3%); poli consumidores (69.3%), con dos internamientos ( $\bar{X} = 1.94$ ,  $DE = 1.78$ ) y dos recaídas en promedio ( $\bar{X} = 1.43$ ,  $DE = 2.03$ ), en tratamiento forzado (87%). Se utilizó una Cédula de Datos Sociodemográficos, el Cuestionario de Craving por Alcohol ([ACQ-Now],  $\alpha = 0.91$ ), el Cuestionario de Craving por Marihuana ([MCQ],  $\alpha = 0.90$ ), el Cuestionario de Craving por Metanfetaminas ([DSQ],  $\alpha = 0.97$ ), la Escala de Emoción Expresada Percibida ([LEE],  $\alpha = 0.83$ ), la Escala de Estrés Percibido ([EEP],  $\alpha = 0.83$ ), el Cuestionario de Espiritualidad ( $\alpha = 0.95$ ), el Inventario de Cociente Emocional versión corta ([EQ-I: Short],  $\alpha = 0.83$ ) y el Cuestionario de Variables Predictoras de Abandono y Adhesión al Tratamiento (VPA),  $\alpha = 0.84$ ). Se realizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors y se optó el uso de pruebas no paramétricas. Las pruebas estadísticas inferenciales usadas fueron el Coeficiente de Correlación de Spearman, Modelos de Regresión Lineal Múltiple y análisis de mediación de efectos directos e indirectos con técnica de bootstrapping.

**Contribuciones y Conclusiones:** Se derivaron tres proposiciones del Modelo de Adaptación de Roy utilizando los procedimientos propuestos por Walker y Avant (2011) y construcción de un esquema C-T-E (Fawcett, 1999), posteriormente se recolectaron datos para validar las tres proposiciones, las cuales, de acuerdo con los resultados, se validaron parcialmente. En respuesta a la primera proposición que declara que el estímulo focal (craving por consumo de alcohol, marihuana y metanfetaminas) y los estímulos contextuales (emoción expresada percibida, estrés percibido y espiritualidad) influyen en el proceso de afrontamiento (inteligencia emocional percibida), se

encontraron correlaciones negativas y significativas del craving por alcohol ( $\beta = -.169$ ,  $p < .001$ ) y el estrés percibido ( $\beta = -.340$ ,  $p < .001$ ); y positiva y significativa con la espiritualidad ( $\beta = .140$ ,  $p < .001$ ) con la inteligencia emocional percibida. Respecto a la segunda proposición que marca que la adecuación del subsistema *cognator* (inteligencia emocional) afecta las respuestas de adaptación en este caso el nivel comprometido (riesgo de recaída), los resultados muestran que existe un efecto de la inteligencia emocional percibida sobre el riesgo de recaída ( $\beta = -.376$ ,  $p < .001$ ).

Para la tercera proposición que menciona que la combinación de los estímulos focal (craving por consumo de alcohol, marihuana o metanfetaminas) y contextuales (emoción expresada percibida, estrés percibido y espiritualidad) influyen en nivel de adaptación comprometido, se encontró que solo el craving por alcohol mostró un efecto significativo sobre el riesgo de recaída, sin embargo, al aplicar el procedimiento *Backward* (método hacia atrás) pierde dicho efecto. En lo concerniente al objetivo específico uno describir del riesgo de recaída por tipo de sustancia, se encontró que un mayor porcentaje de adultos que han consumido metanfetaminas (70.6%) presentan mayor riesgo de recaída ( $\chi^2 = 8.039$ ,  $p < .05$ ). En lo referente al objetivo dos, describir el craving por consumo de alcohol, marihuana y metanfetaminas, la emoción expresada percibida, el estrés percibido, la espiritualidad y la inteligencia emocional percibida en adultos en tratamiento por sexo sólo se encontraron diferencias significativas para el craving por alcohol ( $\bar{X} = 78.46$ ,  $DE = 21.09$ ,  $p < .001$ ).

Se encontró que las mujeres presentaron medias más altas en el índice de craving que los hombres en el riesgo de recaída ( $\bar{X} = 51.38$ ,  $DE = 8.977$ ,  $p < .001$ ), donde las mujeres mostraron puntajes más altos en medias y medianas de riesgo de recaída; por nivel de estudios se mostraron diferencias significativas para el craving por metanfetaminas ( $\bar{X} = 90.45$ ,  $DE = 26.451$ ,  $p < .05$ ), e inteligencia emocional ( $\bar{X} = 67.16$ ,  $DE = 11.959$ ,  $p < .001$ ) con medias y medianas altas para el nivel licenciatura, en lo que respecta al estado civil solo se encontró significancia en la emoción expresada percibida para las personas viudas ( $\bar{X} = 61.67$ ,  $DE = 01$ ,  $p < .05$ ), y no hubo diferencias por el tipo de religión. En cuanto al objetivo tres se encontró que el riesgo de recaída se correlaciona positiva y significativamente con el número de recaídas ( $r_s = .250$ ,  $p < .001$ ) y craving por alcohol ( $r_s = .218$ ,  $p < .001$ ), además de una correlación negativa con la inteligencia emocional percibida ( $r_s = -.457$ ,  $p < .001$ ).

Para responder al objetivo general se resalta que solamente el craving por alcohol ( $\beta = -.0728$ ,  $p < .001$ ), el estrés percibido ( $\beta = -.1547$ ,  $p < .001$ ) y la espiritualidad ( $\beta = .0599$ ,  $p < .001$ ), al ser mediados por la inteligencia emocional percibida mantienen un efecto sobre el riesgo de recaída de los adultos en tratamiento. Se concluye que se logró comprobar dos de las proposiciones del Modelo de Adaptación de Roy, por lo cual se recomienda continuar utilizando el modelo para la explicación de problemas crónicos, como la adicción a las drogas. Es importante incluir la variable de inteligencia emocional percibida en el tratamiento del adulto con problemas de adicción al alcohol, marihuana y metanfetaminas con la finalidad de observar su efecto como variable mediadora de otras variables que influyen en la recaída del adulto en tratamiento.

**FIRMA DEL DIRECTOR DE TESIS:** \_\_\_\_\_

## **Capítulo I**

### **Introducción**

Los trastornos por consumo de alcohol y drogas ilícitas son graves problemas de salud pública, al considerar las consecuencias generadas a la salud física, mental, social y espiritual de la población consumidora. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018) la carga de morbilidad atribuible al consumo de alcohol es del 5.9% y para el consumo de drogas ilícitas corresponde al 1.5%. Se estima, que a nivel mundial aproximadamente 275 millones de personas, es decir, alrededor del 5.6% de la población mundial entre 15 y 64 años ha consumido drogas alguna vez en la vida. Es importante resaltar, que, de estos consumidores, aproximadamente 35 millones padecen trastornos provocados por el consumo, que podrían requerir tratamiento (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito [UNODC, por sus siglas en inglés], 2019).

En el 2016 la droga ilícita de mayor consumo en el mundo fue la marihuana, la cual es considerada como la droga de inicio para el consumo de otras sustancias, se estima que 192 millones de personas la han consumido al menos una vez en el último año, y se resalta que el número de consumidores de marihuana se incrementó en un 16% (UNODC, 2018). Otra de las drogas que mayormente se consume son las metanfetaminas; se menciona que 34.2 millones de personas, es decir, el 0.7% de la población de 15 a 64 años, usaron anfetaminas en el último año a nivel mundial (UNODC, 2018).

En México, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente [INPRFM], Instituto Nacional de Salud Pública [INSP], & Secretaría de Salud [SSA], 2017) la ingesta excesiva de alcohol en el último mes se incrementó del 13.9% en el año 2011 al 22.1% en el 2016. En lo que respecta a la población adulta el 71% ha consumido alcohol alguna vez en la vida, el 49.1% en el último año y el 35.9% en el último mes. Es importante mencionar, que de las personas entre 12 a 65 años reportadas como

consumidoras de alcohol en el último año, sólo aproximadamente el 3% ha solicitado tratamiento (INPRFM, INSP & SSA, 2017).

Sin embargo, al considerar a las personas que presentan dependencia al alcohol, la cifra de personas que solicitan tratamiento aumenta al 13.9%, se destaca que las mujeres son quienes menos lo solicitan (8.1%). En relación con el consumo de drogas ilícitas, el 10.3% de la población ha consumido alguna vez en la vida, el 2.9% en el último año y el 1.5% en el último mes. Existen diferencias por sexo en la prevalencia alguna vez en la vida para el consumo de marihuana y estimulantes tipo anfetamínico en personas de 12 a 65 años, se observa que el 8.6% ha consumido marihuana (14% hombres y 3.7% mujeres) y el 0.9% estimulantes de tipo anfetamínico (1.4% hombres y 0.4% mujeres).

Es importante destacar que el 0.6% de la población a nivel nacional presenta dependencia al consumo de drogas ilícitas de los cuales solo el 20.3% ha solicitado tratamiento en el último año; el 32.4% a través de un centro de rehabilitación, el 24.8% en tratamiento por desintoxicación y el 13.2% llevaron tratamiento psiquiátrico o residencial (INPRFM, INSP, & SSA, 2017). En los últimos años las estrategias nacionales, las iniciativas de prevención y los programas de tratamiento o atención son dirigidos a los jóvenes; reduciendo la atención a los adultos que requieren tratamiento por consumo de alcohol o drogas, colocándolos en riesgo de aumentar o recaer en el consumo, la dependencia y presentar consecuencias o incluso la muerte; por lo cual se considera de gran importancia abordar a esta población (Internacional Center for Alcohol Policies [ICAP], 2009; Kassel et al., 2003; Pedrero, 2013).

El consumo dependiente de drogas suele considerarse como un trastorno crónico en el cual se puede presentar recaídas de forma continua, donde es necesario llevar tratamiento con la finalidad de proporcionar estrategias que apoyen el manejo del consumo compulsivo de la droga y la reducción de la búsqueda de sustancias, por lo que

se demandan intervenciones multidisciplinarias y supervisión constante (Instituto Nacional del Abuso de Drogas [NIDA por sus siglas en inglés], 2019a).

Es importante resaltar, que la recaída en el consumo se da cuando una persona retorna a la conducta dependiente que había intentado cambiar mediante diferentes acciones o tratamientos, recuperando o no los niveles de consumo anteriores al tratamiento (Marlatt & George, 1984). En este sentido, es importante distinguir la recaída (considerada como el consumo continuo después del tratamiento) de la caída temporal o consumo único después del tratamiento (el primer consumo después de un tiempo de abstinencia). La diferencia entre la primera caída y la recaída puede evidenciar un período en que se manifiestan diversos factores que influyen o colocan al adulto que ha buscado tratamiento en riesgo de recaer en el consumo de alcohol y drogas (Regadera, 2016).

El riesgo de experimentar una recaída en el consumo de drogas es más probable que ocurra durante las primeras semanas de tratamiento y la probabilidad de apegarse aumentará después de los tres meses de permanecer en tratamiento (Kadam et al., 2017; Muñoz, 2009; NIDA, 2020a, 2020b). De acuerdo con la literatura disponible hasta el momento, se menciona que existen diversos factores que pueden generar un riesgo de recaída, entre ellos se encuentran los factores socioeconómicos, los relacionados con el tratamiento y los relacionados con el paciente (Becoña, 2002; Ferrer et al., 2013; Grau-López et al., 2012; Laespada et al., 2004; Navarro, 2003; Peñafiel, 2009).

Dentro de los factores sociodemográficos se encuentran, edad de la persona, edad de inicio al consumo, sexo, grado o nivel de estudios, actividad laboral, estado civil y religión, se menciona que los pacientes varones jóvenes tienen mayor probabilidad de recaer a largo plazo, sin embargo, existe escasa información en personas adultas en tratamiento (Buelga et al., 2006; ICAP, 2009; Leite et al., 2019; Pedrero, 2013; Pujol et al., 2014; Tarzan-Kiyaga, & Benítez-Grey, 2017).

Los factores relacionados con el tratamiento son de acuerdo con el tipo de tratamiento que se utiliza (farmacológico, psicoterapéutico o combinado), el ámbito donde se realiza dicho tratamiento y la relación de los pacientes con los terapeutas (Becoña et al., 2008; Fischer et al., 2002; Rubio et al., 2009; Vanderplasschen et al., 2013). En general, se menciona que existe mayor probabilidad de cumplir con el tratamiento y mantenerse en abstinencia en los programas residenciales frente a los ambulatorios (Esarte, 2017; Vanderplasschen et al., 2013).

Dentro de los factores que se relacionan con el paciente, se destaca la enfermedad psicopatológica, la sustancia por la que ingresó a tratamiento, el número de sustancias consumidas (poli consumo), los años de consumo y dependencia, la existencia de recaídas anteriores, antecedentes criminales y el conocimiento que se tiene acerca del alcohol y drogas (Al Abeiat et al., 2016; Becoña, 2002; Grau-López et al., 2012; Maremmanni et al., 2011). En cuanto al tipo de droga, se declara que el alcohol es considerado como la droga consumida con mayor riesgo de recaída, posiblemente por la legalidad y el fácil acceso (Grau-López et al., 2012).

Otro de los factores relacionados con el paciente son el craving por el consumo (Cortés & Pascual, 2005; Bowen et al., 2013; Marlatt & Donovan, 2007; Ottonello et al., 2019; Regadera, 2016); el presentar baja autoestima, auto concepto negativo, carencia de habilidades sociales, baja inteligencia emocional, baja espiritualidad, pobre autocontrol, agresividad, hiperactividad, dificultad para relacionarse y la actitud ante el tratamiento (Mohammadzadeh et al., 2018; Santos et al., 2000; Secades & Fernández, 2000); es importante destacar que en la presente investigación sólo se abordarán el craving, la emoción expresada percibida, el estrés percibido y la espiritualidad al considerarse como los factores personales más relacionados con la recaída de los pacientes con adicción. Así mismo, se incluirá el estudio de la inteligencia emocional percibida como proceso de afrontamiento ante dichos factores.

El craving se ha descrito como un síntoma de dependencia manifestado por pensamientos y comportamientos obsesivos-compulsivos, así como por el deseo intenso y las ganas compulsivas e irrefrenables de consumir (Cox & Klinger, 2002; Hillemacher et al., 2006; Kavanagh et al., 2006; Robinson, & Berridge, 1993). De acuerdo con la literatura sobre esta variable, se muestra que no es concluyente y que el craving es diferente de acuerdo con la sustancia a la que se presenta adicción, por tal motivo se desglosan a continuación.

Se encontró que en ciertas investigaciones el craving por consumo de alcohol no se presenta o se experimenta un deseo intenso por consumir (Glöckner-Rist et al., 2013; Oslin et al., 2009), mientras que otros autores mencionan que el craving es un factor determinante en la recaída en el consumo de alcohol (Higley et al., 2011; Schneekloth et al., 2012; Stohs et al., 2019; Witkiewitz & Bowen, 2010). El craving por alcohol es un factor que conduce finalmente al ciclo consumo-abstinencia-recaída, ya que el consumo prolongado de alcohol lleva al adulto a una neuroadaptación del sistema nervioso a la sustancia.

Durante la abstinencia, estos mecanismos cerebrales que se han adaptado al alcohol, se encuentran alterados, debido a que la sustancia que fue experimentada como placentera o apoyó en la disminución del estrés, activa la memoria de recompensa produciendo el craving, que lleva al adulto al riesgo de recaída en el consumo (Chesa et al., 2004). Aunado a lo anterior, los estímulos medioambientales, así como cambios en el estado emocional pueden reactivar reacciones neuroquímicas que, a través de experiencias previas, han estado programadas para activar diversos mecanismos o sistemas cerebrales, conduciendo a la experiencia del craving, que al manifestarse, provoca reacciones asociadas a otros estímulos o factores relacionados con el alcohol (Anton, 1999; Chesa et al., 2004).

En cuanto al craving por consumo de marihuana se identifica como síntoma de dependencia a la marihuana (Budney et al., 2004; Copersino et al., 2006; Foster et al., 2015; Haney, 2005; Serre et al., 2018). Se presenta en diferentes niveles en las personas dependientes que buscan tratamiento, diversos estudios reportan que los consumidores pueden experimentar desde un leve hasta un severo deseo por consumir (Haney et al., 2004; McRae et al., 2007; Budney et al., 2008), además se menciona que el craving ha contribuido en el riesgo de recaída (Álvarez & Morales, 2015; Budney et al., 2008; Heinz et al., 2017; Horcajadas, 2011; Lowman et al., 2000). Sin embargo, al igual que en el alcohol existen discrepancias con respecto al craving por marihuana (Heishman et al., 2001; Machielsen et al., 2012; Witkiewitz & Marlatt, 2004).

A pesar de que existe evidencia de la manifestación del craving en distintos tipos de drogas, hasta el momento no se cuenta con la suficiente evidencia de esta variable en los usuarios de metanfetamina (Wang et al., 2013; Wang & Chen, 2015). En algunos estudios se encontró una alta probabilidad de recaída después de los tratamientos psicosociales y farmacológicos en personas usuarias de metanfetaminas (Elkashef et al., 2008; Rawson et al., 2004; Wang & Chen, 2015) y que disminuye durante la abstinencia, sin embargo, aumenta a los tres meses después de dicho período (Wang et al., 2013). Por lo cual se considera importante continuar con el estudio de esta variable en adultos en tratamiento por dependencia a metanfetaminas (Courtney & Ray, 2014; Dean et al., 2013; Galloway & Singleton, 2009; Hartz et al., 2001; NIDA, 2019b, 2020c; Robledo, 2008).

Otro de los factores personales que intervienen en el riesgo de recaída es el estrés percibido, ya que es conocido que el consumo de drogas se ha posicionado como una de las estrategias utilizadas para afrontar eventos estresantes (Briand & Blendy, 2010; Enoch, 2011; Pedrero et al., 2011) como el presentar enfermedades, problemas familiares, legales o laborales, divorcios o la muerte de algún ser querido, entre otros (Arevalo et al., 2008; Askari et al., 2011; Constantinou et al., 2010; Gold et al., 2020;

Valentino & Aston-Jones, 2010). Aunado a lo anterior, algunos autores mencionan que el manejo deficiente de las emociones o la baja inteligencia emocional produce una menor tolerancia al estrés en personas con dependencia a las drogas (Johnson & Blanchard, 2016; Mohagheghi et al., 2015; Ungless et al., 2010), esta dificultad en el afrontamiento emocional del estrés genera un mayor riesgo de recaer en el consumo de drogas (Becoña & Cortés, 2011; Gorski, 2000; Hassanbeigi et al., 2013; Kopera et al., 2015).

Continuando con los factores relacionados con el paciente, la espiritualidad es un factor que se ha relacionado con el apego al tratamiento por consumo de drogas, ya que la evidencia empírica sugiere que, a mayores creencias o prácticas espirituales, menor será el riesgo de recaída en el consumo de alcohol y drogas ilícitas (Haber et al., 2011; Jankowski et al., 2013; Lyons et al., 2011; Miller & Bogenschutz, 2007). La espiritualidad, ha sido definida como la creencia de que existe una implicación sagrada en la vida humana (Sauer-Zavala et al., 2014) y es considerada como un componente intrínseco de la salud (Sussman et al., 2013).

Sin embargo, existen controversias en el estudio de la espiritualidad ya que algunos autores sugieren que la adicción altera y aleja al individuo con adicciones del crecimiento espiritual, mientras que en programas como Alcohólicos Anónimos es una variable que ha demostrado tener influencia en la recuperación de la persona con adicción (Díaz-Heredia et al., 2012; Forcehimes & Tonigan, 2009; Kelly et al., 2011; Rodríguez-Puente et al., 2019; Robinson et al., 2011; Treloar et al., 2014).

Finalmente, otro de los factores personales considerados como importantes en el riesgo de recaída es la emoción expresada percibida, es importante destacar que esta variable se ve afectada por los juicios que la familia emite hacia la persona que presenta el consumo de drogas a través de posibles problemas de comunicación o prácticas parentales inadecuadas, así como por comentarios hacia la aprobación o desaprobación del consumo de drogas (Clark et al., 2011). Por lo tanto, la emoción expresada percibida

refleja la calidad de la relación entre el paciente y su familia; y puede interferir en el riesgo de recaída en el consumo de alcohol o drogas ilícitas (Atadokht et al., 2015; Pourmand et al., 2005; Watts, 2007).

En el ámbito de las adicciones, la regulación de las emociones tiene un papel fundamental y se ha identificado a la inteligencia emocional percibida como un proceso que ayuda en el afrontamiento de los diversos factores que afectan en el riesgo de recaída en las adicciones (Ciarrochi et al., 2006; Fernández et al., 2009; Graña et al., 2009; Jakubczyk et al., 2018; Johnson & Blanchard, 2016; Kopera et al., 2015; Schutte et al., 2011). Sin embargo, existe poca evidencia empírica de la relación entre la inteligencia emocional percibida y el riesgo de recaída en el consumo de alcohol y drogas en adultos (Aradilla-Herrero, 2013; Jakubczyk et al., 2018; Martínez, 2016).

Es importante añadir a lo anterior que la evidencia empírica de enfermería relacionada a las adicciones y tratamiento también es escasa, ya que dentro de la formación como profesional el abordaje de las adicciones es mínimo (García-Cardona, & Ramírez-Elías, 2010); por lo regular los profesionales de enfermería son el primer contacto para las personas que tienen problemas potenciales o tempranos con el alcohol y las drogas (Rassool, 2011). Lo anterior es importante, ya que solo una minoría de consumidores buscan clínicas especializadas en el tratamiento de la adicción; sin embargo, la mayoría de la población tendrá contacto con los servicios de atención primaria y secundaria, servicios sociales y sistemas de justicia; donde es probable que el profesional de enfermería, en diferentes especialidades y entornos, brinde atención a las personas que abusan del alcohol y las drogas, aunque el consumo no sea el objeto de la búsqueda de la atención (Rassool, 2011).

El profesional de enfermería funge como una parte integral del equipo multidisciplinario que trata a las personas con problemas de adicción; entre su hacer clínico, destaca el cuidado farmacológico, atención sintomática, establecimiento de límites, psicoeducación a través del análisis de antecedentes y consecuencias de la

adicción, apoyo para el autocontrol y afrontamiento; además de la educación a las familias y la búsqueda de referencias para la atención continua en la comunidad (Imkome, 2018). En su hacer comunitario, puede dar seguimiento a la atención de la familia y persona con problemas de adicción, así como fortalecer la promoción de la salud, prevención y detección oportuna del uso y abuso de sustancias mediante estrategias y programas de intervención a corto o a largo plazo (Owens et al., 2005; Rassool, 2011).

De acuerdo a lo anteriormente expuesto, el profesional de enfermería se encuentra en una posición única para mejorar las estrategias de prevención, tratamiento y rehabilitación de las adicciones, sin embargo, se observa la necesidad de continuar con el estudio de estas variables de forma conjunta en personas que reciben tratamiento para la adicción al alcohol o drogas ilícitas, por tal motivo se realizó una Teoría de Rango Medio (TRM), con la finalidad de conocer el efecto de las variables mencionadas anteriormente, con el fin de contar con nuevo conocimiento que sea base para realizar acciones que contribuyan a la prevención de recaídas y por ende al éxito del tratamiento.

Una perspectiva teórica que resulta útil para guiar y apoyar la presente propuesta, así como a la comprensión y explicación del fenómeno de estudio en cuanto a la relación de los conceptos planteados es el Modelo de Adaptación de Roy ([MAR], Roy, 2008). Este modelo teórico pretende explicar las respuestas humanas (sean adaptativas o inefectivas) como productos del proceso de afrontamiento de los estímulos (internos y externos) ya sean focales o contextuales. Por lo anteriormente expuesto, el propósito del presente estudio fue analizar el efecto que ejerce el craving por consumo de alcohol, marihuana y metanfetaminas, la emoción expresada percibida, el estrés percibido y la espiritualidad sobre el riesgo de recaída mediado por la inteligencia emocional percibida en adultos en tratamiento por alcohol, marihuana y metanfetaminas.

## **Marco Teórico**

El fundamento teórico que guió la presente investigación fue el MAR (Roy, 2008). Se integraron los conceptos de craving, emoción expresada percibida, estrés percibido, espiritualidad, inteligencia emocional percibida, así como el riesgo de recaída en el consumo de alcohol y drogas ilícitas en adultos en tratamiento por adicciones. En este apartado se muestra en primer lugar el análisis del MAR, después la propuesta de TRM apoyada en el MAR y en la evidencia empírica que guió el presente estudio, posteriormente se muestran los vínculos entre los conceptos del MAR y la TRM se ilustran mediante un modelo de subestructuración, se describen los estudios relacionados y finalmente se declaran los objetivos e hipótesis.

### **Modelo de Adaptación de Roy**

La Teoría General de Sistemas (Bertalanffy, 1968) y la Teoría del Nivel de Adaptación (Helson, 1964) fungen como base para que Sor Callista Roy en 1963 planteará su Modelo de Adaptación; el cual considera a la persona como un sistema holístico en constante adaptación e interacción con el ambiente interno y externo; así como los estímulos a los que responde a través de diversos procesos de afrontamiento. El proceso de adaptación es considerado como el resultado de estar expuesto a diversos estímulos, en donde se consideran procesos que pueden ser innatos o por herencia genética, es decir, se presentan de forma automática y la persona no es consciente de ellos; o bien los adquiridos, los cuales se desarrollan mediante el aprendizaje o experiencias a vividas y se dividen en dos sub-sistemas, el regulador y el *cognator*.

El MAR es un modelo flexible, el cual postula que el sistema humano está en constante interacción con los estímulos, lo que da lugar a un procesamiento de éstos y por consecuencia se dan las respuestas de adaptación o salida del sistema. En este sentido, para Roy un estímulo es todo aquello que sea capaz de producir una respuesta en la persona y los categoriza como estímulos focales, contextuales y residuales; pueden ser externos o internos; el estímulo denominado focal es el que requiere un enfoque

inmediato, es decir, la persona centra una gran parte de su atención y energía para responder a él.

Así mismo, los factores contextuales, son aquellos que contribuyen al efecto del estímulo focal, se encuentran todas aquellas condiciones internas o del entorno de la persona, pero no le demandan su total o inmediata atención. Finalmente, se encuentran los estímulos residuales, que si bien, son factores cuyos efectos y definición no son claros, Roy enfatiza su inclusión, ya que, provoca efectos en las situaciones, y una vez que la persona los reconoce, pasan a ser un estímulo contextual o focal.

Por lo tanto, el proceso es dinámico ya que los estímulos requieren una condición cambiante para lograr la adaptación; la cual interviene en la habilidad para responder o hacer frente de forma positiva a las situaciones a las que se enfrenta el sistema humano. De tal manera que la adaptación funciona como sistema de amortiguación de los estímulos, por lo que es importante determinar y establecer el nivel de adaptación de la persona (Roy, 2008).

El nivel de adaptación se refiere a la condición del proceso vital y lo clasifica en tres niveles: integrado, compensatorio y comprometido. El nivel de adaptación integrado describe las estructuras y funciones de los procesos vitales que trabajan como un todo, para satisfacer las necesidades humanas. En el nivel compensatorio, el sistema regulador y *cognator* se activan como reacción cuando los procesos integrados son desafiados y sirven para buscar respuestas adaptativas, con la finalidad de restablecer la organización o equilibrio del sistema. Finalmente, el nivel de adaptación comprometido se manifiesta cuando las respuestas o mecanismos utilizados en el nivel integrado y compensatorio son inadecuados y dan por resultado un problema de adaptación. Por lo que el nivel de adaptación depende fundamentalmente de la estructuración del subsistema regulador y *cognator*, que constituyen los mecanismos de afrontamiento de la persona (Roy, 2008, p. 41).

Los procesos de afrontamiento se desarrollan a través de los modos de adaptación, con la finalidad de lograr un equilibrio entre el sistema humano y el medio ambiente; este afrontamiento puede ser el regulador, en el cual se involucran procesos neuronales, químicos y endocrinos; al recibir un estímulo a través de los sentidos, el organismo reacciona de forma automática e inconsciente, lo cual provoca distintas reacciones del cuerpo. El otro sistema inherente a la persona es el *cognator*, singularmente nombrado así por Roy, que actúa a través de canales cognitivo-emotivos como la percepción y el proceso de información, el aprendizaje, juicio y las emociones (Roy, 2008, p. 34).

De esta manera, los subsistemas interactúan para mantener procesos de vida integrados o comprometidos, los cuales, se manifiestan en la conducta, se traducen como la salida del sistema humano y toman la forma de respuestas adaptativas o respuestas ineficaces. Estas respuestas sirven como retroalimentación al sistema, en donde el sistema humano utiliza esta información para decidir si aumenta o disminuye los esfuerzos para enfrentar los estímulos (Roy, 2008, p. 34).

Ahora bien, la conducta comprende todas las acciones y reacciones internas o externas, como resultado de circunstancias específicas; estas respuestas pueden ayudar a que el individuo se adapte de forma efectiva y así continúe con la integridad del sistema humano; o en caso contrario, desarrolle conductas inefectivas para tal efecto. Así mismo, se pueden identificar procesos específicos inherentes al sistema de regulación y conocimiento, ya que no es posible observar directamente su funcionamiento. El modelo plantea que las conductas o respuestas se manifiestan a través de cuatro modos adaptativos: fisiológico, auto concepto, función de rol e interdependencia; mediante los cuales es posible observar la adaptación de los seres humanos (Roy 2008, p. 43).

De acuerdo con lo anterior, los modos adaptativos son las respuestas resultantes de los procesos de afrontamiento (Roy, 2008, p. 48), el modo fisiológico está relacionado con los procesos físicos y químicos que participan en la función y en las

actividades de los organismos vivos; abarca cinco necesidades en relación con la integridad fisiológica: oxigenación, nutrición, eliminación, actividad-reposo y protección. La necesidad básica es la integridad operativa y los procesos complejos, que se componen por los sentidos, el equilibrio de líquidos, electrolitos y ácido-base, además por funciones neurológicas y endocrinas, los cuales contribuyen a la adaptación. Por lo tanto, se puede decir que el modo de adaptación físico es la manera con que el sistema manifiesta su adaptación con relación a fuentes básicas operativas y capacidades físicas (Roy, 2008, p. 48).

El modo de adaptación de auto concepto se centra, en particular, en los aspectos psicológicos y espirituales del sistema humano; en este modo, el valor que percibe acerca de su una persona se ha identificado como la integridad física y espiritual, o como la necesidad de saber quién es uno mismo para poder existir bajo un sentido de unidad, significado y propósito en el universo. El auto concepto lo define como el conjunto de creencias y sentimientos que se tiene de sí mismo en un momento determinado; se forma por percepciones internas y percepciones de otros (Roy, 2008, p. 49). Este modo, a su vez se compone por el yo físico, que engloba las sensaciones (capacidad de sentir físicamente los estímulos externos al cuerpo), la imagen corporal (percepción de sí mismo) y el yo de la persona, formado por la constancia, los valores o expectativas, la moral, la ética y la espiritualidad del ser (auto-ideal, auto-consistencia y el ser ético-moral espiritual) (Roy, 2008 p. 107).

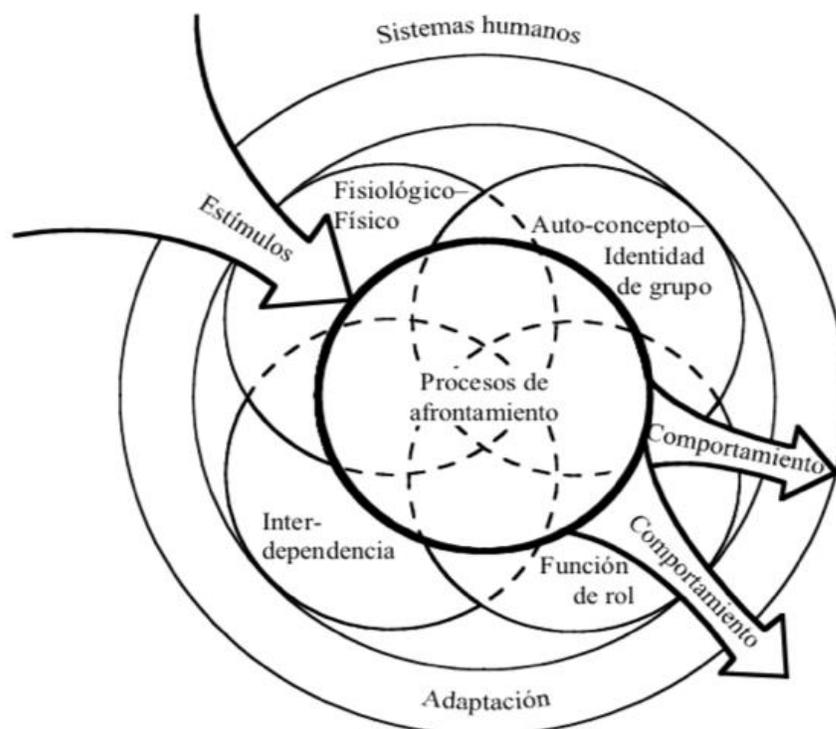
El último de los modos planteados por Roy es el modo de adaptación de interdependencia, el cual se centra en las relaciones cercanas de las personas (ya sea como individuo o como parte de un grupo) y en su finalidad, estructura y desarrollo. Las relaciones interdependientes afectan el deseo y capacidad de dar a los demás y de recibir, así como de aceptar u ofrecer diversos aspectos, tales como amor, respeto, valores, educación, conocimientos, habilidad, compromisos, bienes materiales, tiempo y talento (Roy, 2008, p 111).

Dos relaciones específicas forman el núcleo de este modo; la primera relación es con los otros individuos significativos, que son las personas más próximas al individuo y la segunda es la relación de la persona con los sistemas de apoyo. Así mismo, Roy identifica las dos áreas principales de los comportamientos frente a la interdependencia, tal es el comportamiento receptivo y el comportamiento contributivo; en donde ambos se refieren al hecho de recibir y ofrecer amor, respeto y valores durante el transcurso de una relación de interdependencia.

Ahora bien, Roy menciona que el comportamiento representa la salida de los sistemas humanos y toma la forma de respuestas adaptativas y respuestas ineficaces. Las respuestas adaptativas favorecen la integridad de la persona en términos de supervivencia, crecimiento, reproducción y dominio; además, están en función de los estímulos y del nivel de adaptación del organismo. Estas respuestas permiten que las personas decidan si aumentan o disminuyen esfuerzos para hacer frente a los estímulos focales y contextuales; es decir las respuestas adaptativas promueven las metas de la adaptación y promueven la integridad del sistema humano, mientras que las respuestas ineficaces, son las que no contribuyen a la integridad ni a las metas para la adaptación y amenazan la supervivencia del sistema humano, el crecimiento o la transformación de la persona y del ambiente.

Finalmente, se muestra la representación gráfica del MAR (figura 1), en donde el círculo central representa a los sub-sistemas de afrontamiento (regulador y *cognator*), los cuales no se pueden observar, sin embargo procesan los estímulos internos o externos (flecha que entra en los círculos) y producen comportamientos o respuestas (flechas dirigidas hacia el exterior), también pueden observarse los comportamientos (clasificados como los cuatro modos de adaptación) y representados por cuatro círculos entrelazados, lo cual se interpreta como la relación que tienen entre sí y qué un modo puede afectar a otro; por último, el círculo mayor representa la adaptación, en donde la

flecha de comportamiento de menor tamaño indica una respuesta adaptativa y la flecha que sale representa un comportamiento inefectivo.



*Figura 1.* Sistemas Humanos de Acuerdo con el Modelo de Adaptación de Roy (2008).

### **Teoría de Rango Medio Sobre el Riesgo de Recaída en Adultos en Tratamiento por Consumo de Alcohol, Marihuana y Metanfetaminas (TRRACAM)**

El proceso de sub estructuración teórica se puede realizar a través del contenido en donde se seleccionan los constructos de la teoría madre, en este caso, el MAR para después ser redefinidos de acuerdo con los conceptos relacionados al fenómeno de estudio; y posteriormente se especifica la relación entre los conceptos, es decir, las proposiciones (Walker & Avant, 2011). Este proceso se lleva a cabo en cinco pasos, los cuales serán descritos a continuación.

El primer paso es familiarizarse con el fenómeno de interés y la evaluación de la capacidad para explicar dicho fenómeno, en este sentido, se realizó una búsqueda de literatura a través de diversas bases de datos electrónicas (EBSCO Academic Search

Complete, CINAHL, MEDLINE/PubMed, Springer, Web of Science, Thomson-Reuters, Elsevier, Dialnet, SciELO y Google Académico), revistas impresas y libros; para identificar las relaciones entre las variables del estudio (craving por consumo de alcohol, marihuana y metanfetaminas, la emoción expresada percibida, el estrés percibido, la espiritualidad y la inteligencia emocional percibida) sobre el riesgo de recaída en adultos en tratamiento por consumo de alcohol y drogas ilícitas.

Las palabras clave utilizadas para la búsqueda de la literatura fueron las siguientes: inteligencia emocional, emociones, inteligencia social, alcohol, drogas, drogas ilícitas, abuso de drogas, drogodependencia, marihuana, cannabis, metanfetamina, cristal, anfetamina, tratamiento, recaída, rehabilitación. Se realizaron distintas combinaciones de las palabras claves antes descritas con la finalidad de contar con diversos planes de búsqueda en los idiomas de inglés y español.

El segundo paso, es la búsqueda de nuevas perspectivas para abordar el fenómeno de estudio, es decir, el riesgo de recaída ha sido abordado desde las perspectivas psicológicas y médicas (Douaihy et al., 2013; Esarte, 2017; Rassool, 2011; Sánchez-Hervás et al., 2004), por lo cual, resulta interesante que éste fenómeno sea abordado desde la perspectiva del profesional de enfermería, ya que éste busca que el cuidado y la atención proporcionada a la persona, familia o comunidad sea otorgado de manera holística y con fundamentación empírica.

En el tercer paso, se selecciona un modelo o teoría, en el presente estudio se seleccionó el MAR, ya que este modelo de enfermería logra integrar y explicar de forma lógica las variables del estudio. El cuarto paso consiste en desarrollar nuevas propuestas sobre la temática de estudio, con base a la estructura de las proposiciones de otros campos del conocimiento y del propio campo. Se redefinieron de conceptos con base a las características de contenido de las proposiciones del MAR, así como también se utilizó la literatura científica para el soporte de estas. Finalmente, el quinto paso hace referencia a la redefinición de los constructos del modelo o teoría madre

(subestructuración de conceptos) a partir de la revisión de la literatura, en donde son utilizados los conceptos del fenómeno de estudio y así crear las nuevas definiciones.

### **Subestructuración de conceptos.**

#### ***Estímulos para el riesgo de recaída.***

Los estímulos para el riesgo de recaída es el concepto sub estructurado del constructo de estímulos propuesto por Roy (2008). Un estímulo es todo aquello que sea capaz de producir una respuesta en el adulto en tratamiento para el consumo de alcohol y drogas ilícitas, en este sentido, el craving por el consumo de alcohol, marihuana o metanfetaminas se considera como el estímulo focal, que puede influir en el riesgo de recaída. Los estímulos contextuales son los que favorecen, agravan o contribuyen al efecto del estímulo focal, y pueden ser condiciones internas o externas a la persona (emoción expresada percibida, estrés percibido y espiritualidad), pero no demandan su total o inmediata atención.

#### ***Craving.***

El craving es un intenso deseo hacia al consumo de alcohol o drogas, es decir la compulsión irresistible de experimentar la sustancia, lo cual se considera como una de las principales características de la dependencia (Blasco et al., 2008; Cox & Klinger, 2002; Ottonello et al., 2019). El intenso deseo hacia el consumo ocupa una gran parte de su atención, razón por la que se considera un estímulo focal que puede influir en el riesgo de recaída. El craving se manifiesta cuando los pensamientos se focalizan sobre los efectos reforzantes del consumo y justifican la conducta adictiva; según la neurociencia, el craving puede actuar como estímulo focal, ya que regula la atención y se centra en los efectos placenteros del consumo y el sentimiento de recompensa, sin prestar cuidado a los efectos negativos (Boggio et al., 2008; Lingford-Hughes, 2005; Stohs et al., 2019).

Se menciona que esta atención, al ser automática sobre los efectos reforzantes puede llevar a un riesgo de recaída. Sin embargo, si la persona al manifestar signos de

craving por consumo de drogas utiliza mecanismos de afrontamiento como la inteligencia emocional puede ser capaz de gestionar sus emociones y utilizar la información sobre todos los efectos positivos y negativos de su posible consumo y así tomar decisiones respecto al consumo o abstinencia (Blasco et al., 2008; Stohs et al., 2019).

Además, el papel del craving ha recibido mayor atención en la literatura de investigación debido a que es un criterio de diagnóstico para trastornos relacionados con sustancias en el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013). Sin embargo, hasta el momento existe escasa información sobre la magnitud o efectos del craving y como puede variar de acuerdo con los diferentes tipos de sustancias; diversos autores han identificado factores de riesgo emocionales específicos por sustancias como el alcohol, marihuana y opioides, además otorgan evidencia de que dichos factores emocionales pueden ser útiles en la adaptación de intervenciones para el manejo del craving por tipo de sustancias y la prevención de recaídas (De Sousa et al., 2010; Fatseas et al., 2015; Serre et al., 2018).

Aunado a lo anterior se destaca que el papel del sistema modulador en la recompensa cerebral y regulación emocional es diferente y puede variar de acuerdo con la sustancia consumida, las formas en que se utiliza, así como los patrones de uso. Cabe resaltar que la importancia de diferenciar el craving por sustancias, radica en parte en los mecanismos de acción por sustancia, como los efectos tóxicos directos (inmediatos o acumulativos), la intoxicación u efectos psicoactivos y la dependencia o adicción; mecanismos que junto con diversos factores del consumidor pueden llevarlo o no a la recaída (Horcajadas, 2011; NIDA 2018a, 2020a; OMS, 2004; Serre et al., 2018; Robledo, 2008; Torres & Fiestas, 2012).

### ***Emoción Expresada Percibida.***

La emoción expresada hace referencia a las familias que manifiestan altas expresiones de emociones hacia un miembro de la familia con algún tipo de enfermedad

crónica; estas expresiones muestran hostilidad, sobre implicación y crítica (Brown et al., 1972). El concepto de emoción expresada fue desarrollado para describir el ambiente emocional y actitud de los cuidadores hacia el familiar enfermo, incorporando los aspectos clave de las relaciones interpersonales negativas (Kuipers, 1992).

La emoción expresada es un constructo útil para designar algunos aspectos de la conducta emocional que dentro de un núcleo familiar se manifiestan hacia alguno de sus miembros; se define como el constructo que refleja las relaciones entre una persona generalmente afectada por algún trastorno y sus familiares. Por lo cual, se refiere tanto a las conductas de los familiares con el enfermo como a las emociones que manifiestan hacia él (Brown & Rutter, 1966). Se declara que las influencias enfermo-familia son bidireccionales, es decir, influyen tanto las actitudes y acciones de los familiares sobre los enfermos, como la enfermedad de los pacientes y sus formas de actuar sobre la familia (Atadokht et al., 2015; Miklowitz, 2004). La emoción expresada se convierte en un estímulo contextual cuando la persona percibe críticas, hostilidad y emociones negativas por parte de su familia, lo que podría ocasionar la recaída en el consumo de sustancias (Clark et al., 2011; Gonzalez-Blanch et al., 2015).

De acuerdo con lo anterior, la emoción expresada percibida indica aspectos de la conducta emocional que dentro de la familia se manifiestan hacia sus miembros enfermos, concretamente, hace referencia a la comunicación de los familiares del enfermo con éste. El constructo consta de cuatro componentes: la intrusión o criticismo, que hace referencia a la intrusión o comentarios críticos realizados por el familiar acerca del comportamiento del individuo; seguido de la hostilidad, componente, que implica una actitud o evaluación negativa generalizada o un rechazo manifiesto del sujeto como persona.

Otro de los componentes es la sobre implicación emocional, dentro de la emoción expresada refleja una respuesta emocional exagerada y desproporcionada del familiar, manifestada por intentos de ejercer un control excesivo sobre la conducta del

paciente, desesperanza, auto sacrificio, sobreprotección y manifestación emocional intensa y un cuarto componente es el calor humano o tolerancia, que se compone de manifestaciones de empatía, comprensión, afecto e interés hacia la persona; así como de comentarios positivos, que consisten en expresiones de aprobación, valoración o aprecio del paciente, o de su conducta (Muela & Godoy, 2001).

Es importante mencionar que el nivel de emoción expresada de la familia se obtiene solamente a partir de los componentes ya mencionados y que han mostrado el mayor valor predictivo en relación a la recaída (Atadokht et al., 2015; Muela & Godoy, 2001); por lo tanto, del mismo modo que la familia se ve afectada por la presencia de un trastorno adictivo en uno de sus miembros, a su vez la familia influye en éste; se ha señalado que para muchos individuos la interacción con la familia provocó una dinámica para el uso de sustancias.

Por lo cual, las interacciones con miembros de la familia pueden ayudar en el apego al tratamiento, sin embargo, también podrían agravar la situación del adulto con problemas de consumo y fomentar el riesgo de recaída (Mittal et al., 2015; Sánchez-Hervás, 2001). En otras palabras, una familia que presenta una alta emoción expresada es considerada como un estresor crónico para la persona con adicciones; ya que la emoción expresada percibida se ha mostrado como un predictor del curso de la patología en pacientes con drogodependencias (Wearden et al., 2000). De esta manera las personas que viven en un ambiente de alta emoción expresada percibida tienen mayor riesgo de recaída (Atadokht et al., 2015; Mittal et al., 2015; Van Humbeeck et al., 2002).

### ***Estrés Percibido.***

El término estrés es un término complejo y son muchas las descripciones utilizadas para definirlo, incluso existe controversia en la definición conceptual, las dimensiones involucradas y los métodos para examinarlo (Moretti & Medrano, 2014). Si bien existe suficiente literatura para el estudio del estrés, Karatza et al. (2014) sugieren tres abordajes básicos en el estudio del estrés, en primer lugar, un abordaje ambiental

delimitando las condiciones externas que provocan estrés (estresores); en segundo una aproximación psicológica centrada en el estudio de la percepción de estrés y su impacto sobre las emociones negativas y finalmente, una aproximación biológica enfocada al estudio de marcadores fisiológicos del estrés, como el cortisol y amilasa.

Aunque los tres abordajes ayudan a conceptualizar al estrés como un estado donde la homeostasis del organismo es alterada, producto de una percepción real o percibida (Chrousos, 2009), persisten diferencias notables en los elementos que componen el constructo de estrés. Tomando en cuenta lo anterior, Karatza et al. (2014) cuestionan la idea de que un estresor provoque experiencias distintas en cada persona y comienzan a indagar los factores personales, las experiencias vitales, las creencias e incluso los factores genéticos involucrados en los procesos cognitivos que afectan la forma en que una persona percibe y responde a un estresor.

El estrés es producto de un evento externo y de la evaluación cognitiva de la persona, por lo que, el estrés puede entenderse como una relación particular entre la persona y un estímulo contextual o medio ambiente, que es evaluado de modo amenazante que además se considera desbordante respecto a los recursos con los que cuenta y pone en riesgo su bienestar; en otras palabras, el estrés es producto de la percepción que el individuo hace de una situación; esta evaluación es un proceso mental universal mediante el cual una persona valora constantemente lo que ocurre, lo relaciona con su bienestar y con los recursos disponibles para responder a la situación; por lo que, no es el agente estresor lo que define el estrés, sino la evaluación que realiza el individuo de la situación estresante (Lazarus & Folkman, 1986).

Con relación a lo anterior, Lazarus y Folkman (1986) distinguen tres tipos de evaluación; la evaluación primaria se produce en cada transacción o relación entre el individuo y una demanda (interna o externa), es el modo en que se define al acontecimiento activador del estrés y puede ser de cuatro tipos: percepción de amenaza, de daño o pérdida, de desafío y de beneficio. La evaluación secundaria se refiere a la

valoración de los propios recursos para afrontar situaciones, es decir el valor que una persona da a los medios con los que cuenta para hacer frente a un evento evaluado de forma primaria; por lo que el estrés dependerá de cómo la persona valora sus recursos de afrontamiento.

En la evaluación secundaria la persona toma conciencia de las discrepancias que existen entre sus estrategias, habilidades y capacidades de afrontamiento; cuanto mayor sea la discrepancia, mayor será el malestar y la ansiedad, pero cuando las personas consideran que son capaces de manejar la situación con éxito, se reduce el estrés (Brannon et al., 2014). Por último, la reevaluación implica la retroalimentación o feedback que se desarrolla durante la interacción del individuo con las demandas externas o internas y hacen que se produzcan correcciones sobre valoraciones previas durante el proceso mismo de afrontamiento (Sandín, 1995).

Ahora bien, es importante mencionar que el estrés, en sí mismo, no es destructivo; el estrés se genera cuando una persona responde a un nivel inapropiado de presión dando por resultado un estado ideal cuando responde de manera apropiada a la presión y a exigencias; sin embargo, cuando la demanda es mayor o menor al nivel de presión adecuado para cada persona, el equilibrio comienza a alterarse, y es entonces cuando se experimenta el estrés (Levenstein et al., 1993).

Con base a lo anterior, hay que destacar que el estrés percibido considera las respuestas cognitivas y emocionales que experimenta la persona frente a una situación estresante (Cohen et al., 1983; Levenstein et al., 1993); por lo cual para el presente estudio, el estrés percibido será considerado como un estímulo contextual, el cual es definido como una característica del ambiente (estímulo) y la estimulación nociva que recibe una persona (Cannon, 1939; Holmes & Rahe, 1967), que ha sido fuertemente vinculada al consumo de alcohol y drogas ilícitas (Gómez-Fraguela et al., 2006; Kopera et al., 2015) o como precipitante de la recaída (Hassanbeigi et al., 2013; Pilowsky et al., 2013; Sinha, 2007)

### ***Espiritualidad.***

La espiritualidad ha sido relacionada en la literatura de salud y enfermería como un elemento que contribuye al bienestar mental y físico de las personas (Coyle, 2002; Reed, 1991; Sánchez, 2004). De igual manera, se puede considerar la espiritualidad como un estímulo dentro del contexto de la persona, que influye o actúa como factor protector contra el consumo y la recaída de alcohol y drogas (Alaei et al., 2017; Galanter, 2007; Vondras et al., 2007; Wong et al., 2006). Es importante señalar que la espiritualidad ha sido abordada en su estudio desde dos perspectivas, la primera se enfoca en la religión, la religiosidad, las prácticas y los compromisos religiosos; mientras que la segunda aproximación construye la espiritualidad dentro de una perspectiva que tiene una visión de Dios más amplia, incluyendo los valores y los principios que dan sentido y propósito a la vida (Delaney, 2005).

En relación con las adicciones Martínez (2009) afirma que el punto fundamental en la recuperación y rehabilitación de la persona dependiente de sustancias es la capacidad de perdonarse a sí mismo y a los demás, además de recuperar la capacidad de reflexionar por sí mismo con sentido crítico; que le permite el despliegue de la dimensión espiritual para la salvación o recuperación. La espiritualidad se entiende como la experiencia interna del ser humano que se evidencia a través de cuatro dimensiones; en primer lugar, la autoconciencia que es la conexión con el yo interno, la forma de pensar y sentimientos, en segundo lugar, prácticas espirituales (meditar, orar, cuidar la naturaleza) son acciones que ponen en manifiesto la espiritualidad.

Seguidas de las creencias espirituales, es decir, la importancia de la espiritualidad en la vida y, por último, las necesidades espirituales, que implican seguir un propósito en la vida basado en el perdón, amor y vínculos con otros (Díaz, 2012; Parsian & Dunning, 2009). Con base a estas dimensiones, se establece que la espiritualidad favorece que la persona pueda cambiar su comportamiento y adopte nuevas conductas alternativas al consumo de drogas, así como también, puede ayudar a

modificar estrategias de afrontamiento relacionadas a la recaída en la adicción (Alaei et al., 2017; Borrás et al., 2010; Galanter et al., 2013; Krentzman et al., 2017).

Además, la espiritualidad es un factor moderador del comportamiento y un mecanismo de prevención, así como un predictor y factor de recuperación en las adicciones (Burke et al., 2014; Haugan et al., 2013; Rodríguez-Puente et al., 2019). Cabe subrayar que la espiritualidad constituye el fundamento más estable de la dinámica humana y al ser obstruida el individuo recurre a las sustancias adictivas o drogas, adentrándose en un estado de vulnerabilidad y fragilidad, expuesto a conductas dañinas que irán consolidando deterioros que repercutirán negativamente en su vida y en quien lo rodea; por lo que, se ha estudiado que el impedimento y negación de esta dimensión espiritual hace más proclive al individuo al uso, abuso y recaída en el uso de sustancias (Schoenthaler et al., 2015).

### ***Procesos de afrontamiento***

De acuerdo con lo expuesto por Sor Callista Roy (2008), el sistema humano es un sistema holístico, que al estar en interacción constante con el medio ambiente interno y externo se adapta; por lo cual la adaptación puede ser un proceso, o bien, un resultado. En cuanto a la adaptación como proceso, el MAR distingue los de origen innato (heredado genéticamente) y el adquirido (aprendido); los procesos de afrontamiento se clasifican en sistema regulador y *cognator*. Para el presente estudio la inteligencia emocional percibida será considerada como el *cognator*, es decir, un proceso de afrontamiento que puede ser aprendido.

### ***Inteligencia Emocional Percibida.***

Por lo que se refiere a la adaptación, conviene subrayar que para que una persona logre adaptarse emplea diversos métodos, denominados procesos de afrontamiento. De acuerdo con el MAR el sub sistema *cognator* incluye cuatro canales cognitivos y emotivos, en los cuales la inteligencia emocional percibida puede fungir como mecanismo de afrontamiento, al ser un conjunto de capacidades, habilidades o

conocimientos emocionales puede ayudar al adulto a responder eficazmente a los estímulos focales o contextuales a los que se enfrenta, con la finalidad de prevenir la recaída.

Para definir y cuantificar la inteligencia emocional existen diferentes conceptos; la Enciclopedia de Psicología Aplicada (Spielberger, 2004) sugirió que en la actualidad hay tres grandes modelos conceptuales para la inteligencia emocional: el Modelo de Mayer y Salovey (1997), que define este constructo como la capacidad de percibir, comprender, gestionar, utilizar y regular las emociones para facilitar el pensamiento; el Modelo de Goleman (1998) que considera a esta construcción como una amplia gama de competencias y habilidades que impulsan el rendimiento empresarial (Boyatzis, 2006; Boyatzis et al., 2000) y el Modelo de Bar-On (2000), que describe una sección transversal de las competencias emocionales y sociales interrelacionadas con habilidades y facilitadores del comportamiento inteligente, medido por su propio informe, este último modelo fue el utilizado para el presente estudio.

Bar-On (1997) define la inteligencia emocional percibida como un conjunto de conocimientos y habilidades, referente al ámbito emocional y social que influyen en nuestra capacidad general para afrontar efectivamente las demandas de nuestro medio. Dicha habilidad se basa en la capacidad del individuo de ser consciente, comprender, controlar, regular y expresar sus emociones de manera efectiva. El modelo de Bar-On, se fundamenta en las competencias, las cuales intentan explicar como un individuo se relaciona con las personas que le rodean y con su medio ambiente. Por tanto, la inteligencia emocional es considerada un conjunto de elementos emocionales, personales y sociales que influyen en la habilidad general para adaptarse de manera activa a las presiones y demandas del ambiente.

El modelo de Bar-On (1997) está compuesto por cinco elementos: en primer lugar, el componente intrapersonal, que se refiere a la comprensión de sí mismo, asertividad, auto concepto, autorrealización e independencia, es decir la habilidad de ser

consciente, de comprender y relacionarse con otros. El segundo componente es el interpersonal, que al incluir la empatía, relaciones interpersonales y responsabilidad social implica la habilidad para regular emociones fuertes y controlar los impulsos.

El tercer componente es la adaptabilidad o ajuste que hace referencia a la solución de problemas, es decir la capacidad para identificar y definir los problemas y generar e implementar soluciones efectivas, incluyendo además la flexibilidad para ajustar o regular las emociones, así como para evaluar lo que se experimenta y lo que en realidad existe. El cuarto componente corresponde al estado de ánimo, que está constituido por la habilidad para adaptarse a los cambios y resolver problemas de naturaleza personal y social; finalmente el componente del manejo de estrés, que involucra la habilidad de tener una visión positiva y optimista.

En cuanto a la inteligencia emocional percibida en la problemática de las drogodependencias, la literatura muestra evidencia del abordaje desde una perspectiva preventiva, pero existe poca evidencia enfocada hacia el tratamiento, rehabilitación y recaídas y que además aborde la adicción a sustancias desde una perspectiva emocional. Diversos autores han probado la influencia de la inteligencia emocional en este ámbito al considerar que esta habilidad está dañada en las personas que consumen alcohol o drogas ilícitas (Fatahi et al., 2015; Fernández-Serrano et al., 2012; Limonero et al., 2004). Aunado a lo anterior, Trinidad y Johnson (2002) proporcionaron evidencia de que la percepción acerca de un suceso vital puede provocar un desorden emocional en la vida de una persona y por consiguiente llevarla al consumo de alguna sustancia.

La inteligencia emocional percibida podría explicar el por qué hay personas más resistentes a los estímulos por su habilidad de percibir, comprender y regular tanto sus propias emociones como la de las demás personas; la inteligencia emocional percibida es conocida como el meta conocimiento que las personas tienen sobre sus habilidades emocionales (Fernández-Berrocal et al., 2012; García, 2016; Mikolajczak et al., 2008;

Salovey et al., 2002) y ha mostrado ser un buen predictor del funcionamiento personal y social de los seres humanos (Augusto-Landa et al., 2011; Bar-On, 2006).

### ***Niveles de adaptación***

El nivel de adaptación integrado describe las estructuras y funciones de los procesos vitales. El nivel compensatorio, se activa como reacción cuando el nivel integrado es desafiado y sirve para buscar respuestas adaptativas, con la finalidad de restablecer la organización o equilibrio del sistema y el nivel comprometido se manifiesta cuando las respuestas utilizadas en el nivel integrado y compensatorio son inadecuadas.

Para el presente estudio el nivel comprometido fue el riesgo de recaída en el consumo de alcohol y drogas ilícitas; así como el abandono del tratamiento antes del tiempo planeado al ingreso y por motivos del paciente, ajenos a la alta terapéutica. La recaída puede manifestarse previamente con la caída al reiniciar el consumo de alcohol o drogas, lo que favorece el retorno al comportamiento adictivo o al estilo de vida anterior, después de un período inicial de abstinencia y de cambio de estilo de vida (Bowen et al., 2013; Ferrer et al., 2013; Graña et al., 2009; Marlatt & George, 1984).

### ***Riesgo de recaída.***

El riesgo de recaída se encuentra latente como parte del proceso de tratamiento del adulto con adicción, regularmente durante la fase de abstinencia por la que pasa el adulto cuando solicita o se encuentra tomando alguno de los distintos tipos de tratamientos para abordar la problemática del abuso de sustancias. De acuerdo el Instituto Nacional del Abuso de Drogas (NIDA, 2019a, 2020a) existen distintos tipos de tratamientos para el manejo de la dependencia al alcohol y drogas, entre ellos se encuentran: el conductual, farmacológico, dispositivos para tratar síntomas de abstinencia, evaluación de problemas de salud mental y seguimiento a largo plazo para evitar la recaída. Subraya además que no existe un tratamiento universal y que existen principios que deben considerarse, como abordar la adicción como enfermedad tratable;

que no existe tratamiento único para todos; la necesidad de acceso rápido al tratamiento que abarque las necesidades de la persona (no solo el consumo de sustancias).

Se menciona que el tratamiento farmacológico y psicológico son los más comunes y que los planes de tratamiento se deben evaluar con frecuencia y modificarse de acuerdo a las necesidades del paciente, además de abordar otros posibles trastornos mentales; como últimos puntos, enfatiza que la desintoxicación solo es la primera etapa y que no es necesario que el tratamiento sea voluntario para que funcione, destaca el fomento a la educación para reducir el riesgo de contagio enfermedades (virus de inmunodeficiencia humana-sida, hepatitis B y C, tuberculosis, entre otras).

Con base a lo anterior, el tratamiento para la dependencia al alcohol y drogas es multidisciplinar e incluye en primer lugar la desintoxicación de las sustancias causantes de la dependencia y posteriormente, la deshabituación o rehabilitación (McLellan & Marsden, 2003; NIDA 2019a). Como ya se mencionó el tratamiento farmacológico, es usado en para desintoxicar al paciente y se lleva acabo de forma ambulatoria o en la comunidad cuando la persona es capaz de apegarse al tratamiento y abstenerse de consumir la sustancia. Sin embargo, es más probable que la desintoxicación inicie en el centro de internamiento hospitalario o residencial, bajo la vigilancia del personal sanitario. Si bien y a pesar de que en la desintoxicación se minimiza la aparición del síndrome de abstinencia, no garantiza el apego al tratamiento y por ende puede producirse la recaída (NIDA, 2019a, 2020a, 2020b; UNODC, 2019).

Se puede mencionar que en cualquier tratamiento e incluso después de un período de abstinencia el riesgo de recaída se encuentra latente. El tratamiento del adulto es el tiempo de permanencia de este, hasta el final del tratamiento, lo que predice resultados satisfactorios, esto es, a mayor cumplimiento, mayores resultados positivos; no obstante, los factores relacionados con el riesgo de recaída tienen que ver con las características individuales y situacionales, además de los tipos y parámetros del tratamiento. Es decir, el riesgo de abandonar el tratamiento y recaer en el consumo es el

resultado de una interacción entre determinados factores del paciente y factores del tratamiento; es importante mencionar que, según el tipo de tratamiento, un mismo factor puede ejercer distintos efectos en el paciente (De Andrés, 2017; Marlatt & George, 1984; Villa & Hermida, 2000).

Como ya se mencionó, cuando un paciente decide iniciar un tratamiento, la fase inicial es la desintoxicación, posteriormente los pacientes pueden tomar medicamentos para reestablecer la función normal del cerebro y reducir el craving; existen medicamentos para tratar la adicción a los opioides (heroína, analgésicos recetados) y al alcohol y están en desarrollo otros fármacos para tratar la adicción a los estimulantes (cocaína, metanfetamina) y al cannabis (marihuana), ya que las personas que consumen más de una droga necesitan tratamiento para todas las sustancias que consumen (NIDA, 2019a).

Después de que se trata la dependencia física, se continúa con la estabilización o rehabilitación, es decir, el proceso mediante el cual el paciente recupera y adquiere la capacidad de realizar actividades sin consumir drogas. En la etapa de rehabilitación o de prevención de recaídas se atiende a las personas que han concluido la desintoxicación y que no presentan síntomas de abstinencia; con el objetivo de cambiar el comportamiento para obtener la rehabilitación psicosocial del paciente mediante el control del deseo de consumir sustancias (Marlatt & Donovan, 2007; McLellan & Marsden, 2003).

En la rehabilitación se ha demostrado la eficacia del tratamiento psicológico para identificar el riesgo o evitar la recaída (Becoña et al., 2008; NIDA 2019a), sin embargo, en dicho proceso la mayoría de los pacientes también necesitan tratamiento farmacológico (Kreek et al., 2002; Tucker et al., 1991). La rehabilitación puede implementarse en la comunidad o de forma ambulatoria, en los dos casos se brinda atención psicoterapéutica, de asesoramiento y acompañamiento con base a las necesidades de cada persona. Este tipo de método está basado en la decisión inicial del

paciente y continúa con el enfoque en los problemas personales, los recursos emocionales, apoyos sociales y factores de estrés existentes.

Con base a esto se establecen metas de tratamiento que se supervisan y verifican para llegar al cumplimiento de forma periódica. En esta etapa se utilizan técnicas cognitivo conductual y motivacionales centradas en los factores antes mencionados y el tratamiento consta de una a tres sesiones semanales, seguido de un programa de varios meses; con el objetivo de ayudar y guiar a la comprensión y reconocimiento acerca de las consecuencias del consumo de sustancias y así evitar la recaída (McLellan & Marsden, 2003; Nizama-Valladolid et al., 2019).

Otra opción es la rehabilitación mediante los programas residenciales que pueden ser a corto plazo en donde se incluye la desintoxicación como primera etapa y suelen durar entre 30 y 90 días; los programas a largo plazo suelen durar de seis meses a un año y comúnmente se desarrollan en las llamadas comunidades terapéuticas, en donde el paciente convive con otras personas con problemas similares en cuanto al consumo de alcohol y drogas en recuperación. La característica de estas comunidades reside en que se forman grupos para la prevención de recaídas, enfatizando el desarrollo de la capacidad para enfrentar la vida cotidiana y laboral, además de la reinserción a la comunidad y el apoyo posterior al tratamiento o rehabilitación (Nizama-Valladolid et al., 2019; NOM-028-SSA2-2009; SSA, 2015).

Después del tratamiento algunos programas ofrecen un período de tratamiento menos intensivo, denominado pos tratamiento, con el objetivo de dar seguimiento a las personas que terminaron la rehabilitación y formar grupos de autoayuda, ofreciendo servicios de apoyo y de orientación en la comunidad. Sin embargo, hasta el momento no se ha evaluado formalmente la eficacia de esa clase de servicios, si bien en general se reconoce su valor y se intenta promoverlos.

Naturalmente, un entorno familiar y comunitario propicio también contribuirá a la recuperación de las personas que han recibido tratamiento por abuso de drogas; por lo

que también existen modelos de tratamiento integral que abarcan los distintos tipos de tratamiento para lograr una abstinencia duradera, sin embargo, y a pesar de los distintos abordajes, existe evidencia del alto índice de abandono de los tratamientos y recaídas en las adicciones de alcohol y drogas (NIDA 2020a; UNODC, 2019).

En cuanto a la salida o abandono de tratamiento, Des Jarlais et al. (1982) categorizaron la salida de un programa de tratamiento de drogodependencias en: la expulsión, es decir, cuando el paciente sale por infringir las reglas del programa; el abandono prematuro, que se da cuando el paciente deja voluntariamente el tratamiento, sin terminar o estar dado de alta; y el alta terapéutica, que se produce por decisión del equipo multidisciplinario y deciden que el paciente ha alcanzado los objetivos propuestos.

Es importante mencionar que el abandonar el tratamiento es la principal causa de fracaso terapéutico en el consumo de sustancias y una forma común es dejar, concluir o interrumpir el tratamiento antes del tiempo programado (Berger & Smith, 1978; Calvo et al., 2018; De Andrés, 2017). En consecuencia, la mayoría de los abandonos tienen mal pronóstico, principalmente si se producen al inicio del tratamiento; es decir, la mayoría de los pacientes recaen después de abandonar el tratamiento (Baekelend & Lundwall, 1975; Calvo et al., 2018; De Andrés, 2017; De Leon, 1991; Fernández, 2011; Valero et al., 2013; Villa & Benavente, 2000; Villa & Hermida, 2000).

La recaída es considerada parte del proceso de tratamiento, debido al carácter crónico de la adicción; ya que algunas personas vuelven a consumir alcohol o drogas después de varios intentos por dejarlas e incluso después de haber recibido distintos tratamientos. Actualmente los tratamientos están diseñados enfocados en prevenir la recaída, sin embargo, los índices de recaída en el consumo de drogas son similares a los índices de otras enfermedades crónicas, por tanto, si una persona abandona el tratamiento, es probable que sufra una recaída (NIDA, 2019a, 2020a).

La recaída se da cuando una persona ha recibido tratamiento contra la adicción al alcohol o drogas ilícitas y después de un período de remisión, vuelve a consumir y percibe que dicho consumo o caída denigra todo el esfuerzo que ha realizado para lograr la abstinencia o recuperación (Curry et al., 1987). En esta etapa pueden surgir emociones de culpa, vergüenza y desesperanza, debido a la discrepancia entre la identidad de abstinencia y el contraste con la conducta de caída en el consumo (Bowen et al., 2013; Marlatt & George, 1984); además si en esta etapa, la persona le atribuye causas internas, constantes y estresantes, las probabilidades de desarrollar una recaída aumentan. Sin embargo, si la persona piensa que la caída se debe a causas externas, inestables y controlables, la probabilidad de desarrollar una recaída disminuye (Marlatt & George, 1984; Weiner, 1985).

Es importante distinguir el riesgo de la recaída, de la caída (desliz, lapso o recidiva) y de la recaída; en donde el riesgo de recaída se da cuando la persona percibe ciertas situaciones de riesgo como amenazantes y que incrementan la posibilidad del consumo (Marlatt & George, 1984); la caída es el primer consumo después de un período de abstinencia, se presenta como obstáculo y retroceso en el tratamiento. En cambio, la recaída es el uso continuado de la sustancia después de esta caída.

Por lo anterior, si la persona logra identificar el riesgo de recaída, antes de la caída como un evento aislado y transitorio, puede manejar sus emociones, aprender y continuar con el tratamiento y por consiguiente la progresión a la recaída es menos probable ya que los determinantes de las caídas y recaídas son los enfoques de entrenamiento para preparar a los individuos en las situaciones de alto riesgo de recaída en el consumo (Calvo et al., 2018; Lawst, 1995; Marlatt & Donovan, 2007; Bowen et al., 2013; Regadera, 2016; Walton et al., 1994).

La recaída es el proceso que lleva de nuevo al consumo de la sustancia con la misma intensidad que en los niveles anteriores al tratamiento o al consumo diario, se entiende también como el retorno a la conducta dependiente que se había intentado

cambiar, recuperando o no los niveles de la línea base anterior al tratamiento (Bohórquez et al., 2019; Marlatt & George, 1984). Por lo anterior es prioritario identificar las situaciones de riesgo y ayudar en el desarrollo de habilidades para que la persona con adicciones elija un afrontamiento positivo que le ayude a gestionar estímulos que generan la necesidad de consumir (Bohórquez et al., 2019; Calvo et al., 2018; Carroll & Onken, 2005; Goeb et al., 2000; Grau-López et al., 2012; Rubio et al., 2009).

### **Subestructuración de proposiciones**

La derivación de proposiciones es de utilidad cuando una o más declaraciones acerca de un fenómeno no son bien comprendidas, por lo que es una herramienta especialmente relevante para conocer de qué manera se relacionan dos o más conceptos, o para derivar un conjunto de ideas que, posteriormente, pueden integrarse como un modelo teórico. En este sentido se pretendió explicar cómo cinco conceptos (craving por consumo de alcohol, marihuana y metanfetamina, emoción expresada percibida, estrés percibido, espiritualidad e inteligencia emocional percibida) se relacionan para explicar el riesgo de recaída en el consumo de alcohol y drogas ilícitas (marihuana y metanfetaminas) de adultos en tratamiento.

El proceso de derivación se lleva a cabo en dos planos: el plano del contenido y el estructural. La derivación del contenido consiste en la selección de términos o conceptos a ser incluidos en el nuevo enunciado, acompañados de su nueva definición. Por su parte, la derivación estructural implica especificar el tipo de relación entre los términos o conceptos respetando los postulados del modelo o teoría seleccionada (Walker & Avant, 2011), sin embargo, para la presente investigación, solo se utilizó la derivación de contenido.

Las proposiciones del MAR que guiaron la presente propuesta son las siguientes: La primer proposición menciona que, las características de los estímulos influyen en la adecuación de los procesos de afrontamiento (Roy, 2008), en el presente estudio se

analizó como el craving que manifiesta el adulto en tratamiento por consumo de alcohol, marihuana y metanfetamina, así como la emoción expresada percibida, el estrés percibido y la espiritualidad influyen en la inteligencia emocional percibida.

Por lo anterior, la proposición derivada indica “el craving por consumo de alcohol, marihuana y metanfetamina, la emoción expresada percibida, el estrés percibido y la espiritualidad influyen en la inteligencia emocional percibida del adulto en tratamiento por consumo de alcohol, marihuana o metanfetaminas” (figura 2).

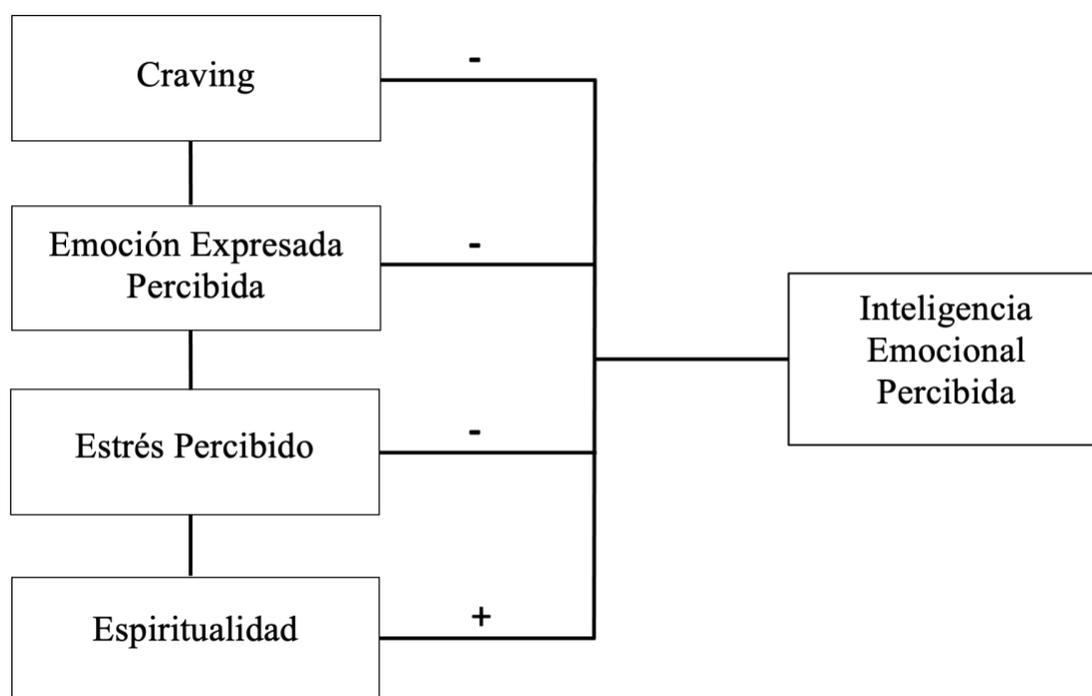
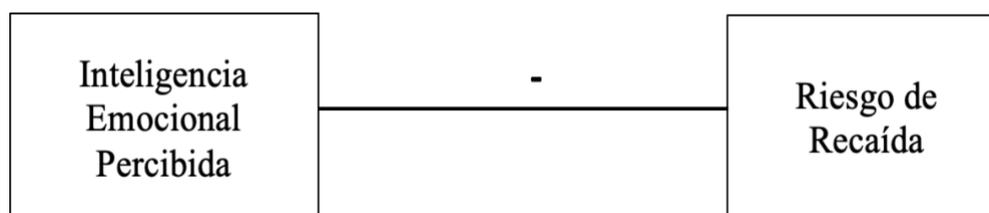


Figura 2. Primera Proposición Derivada

La segunda proposición menciona que la adecuación de los subsistemas regulador y *cognator* afecta las respuestas de adaptación (Roy, 2008). De acuerdo con lo anterior, diversos autores mencionan la posibilidad de que la inteligencia emocional percibida afecta o influye en el riesgo de recaída en el consumo de alcohol y drogas ilícitas en adultos en tratamiento (Fernández-Serrano et al., 2012; Koperá et al., 2015; Limonero et al., 2004). Por lo tanto, la proposición derivada señala que “la inteligencia emocional percibida afecta el nivel comprometido o riesgo de recaída en el consumo de

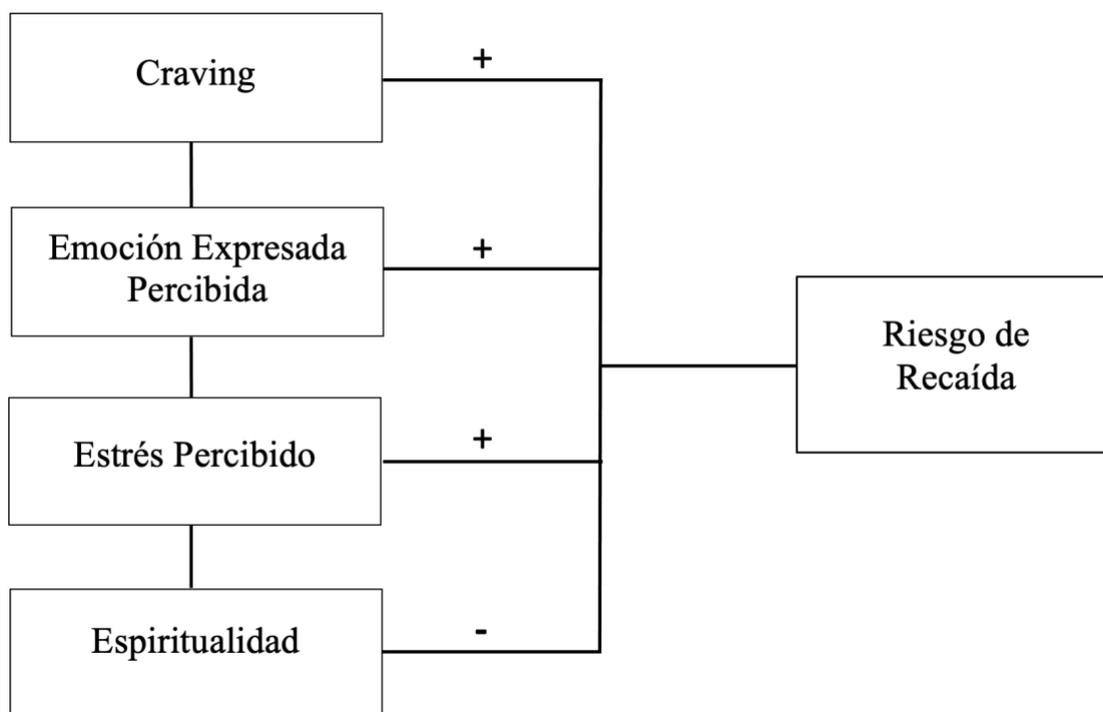
alcohol y drogas ilícitas en adultos en tratamiento por consumo de alcohol, marihuana o metanfetaminas” (figura 3).



*Figura 3.* Segunda Proposición Derivada

La tercera proposición menciona que la combinación de los estímulos focal, contextual y residual influyen en nivel de adaptación (Roy, 2008); lo anterior sirve para respaldar la literatura encontrada, donde por separado se menciona que el craving que experimenta el adulto en tratamiento, la emoción expresada que ejerce la familia, el estrés percibido y el nivel de espiritualidad, influyen en el riesgo de recaída en el consumo de alcohol, marihuana o metanfetaminas en el adulto en tratamiento (Borras et al., 2010; Burke et al., 2014; Haugan et al., 2013; Martínez, 2009).

Por lo cual, la tercera proposición (figura 4) derivada para el presente estudio menciona que “la combinación del craving por consumo de alcohol, marihuana o metanfetaminas, la emoción expresada percibida, el estrés percibido y la espiritualidad influyen en el riesgo de recaída en el consumo de alcohol y drogas ilícitas en el adulto en tratamiento por consumo de alcohol, marihuana o metanfetaminas”.

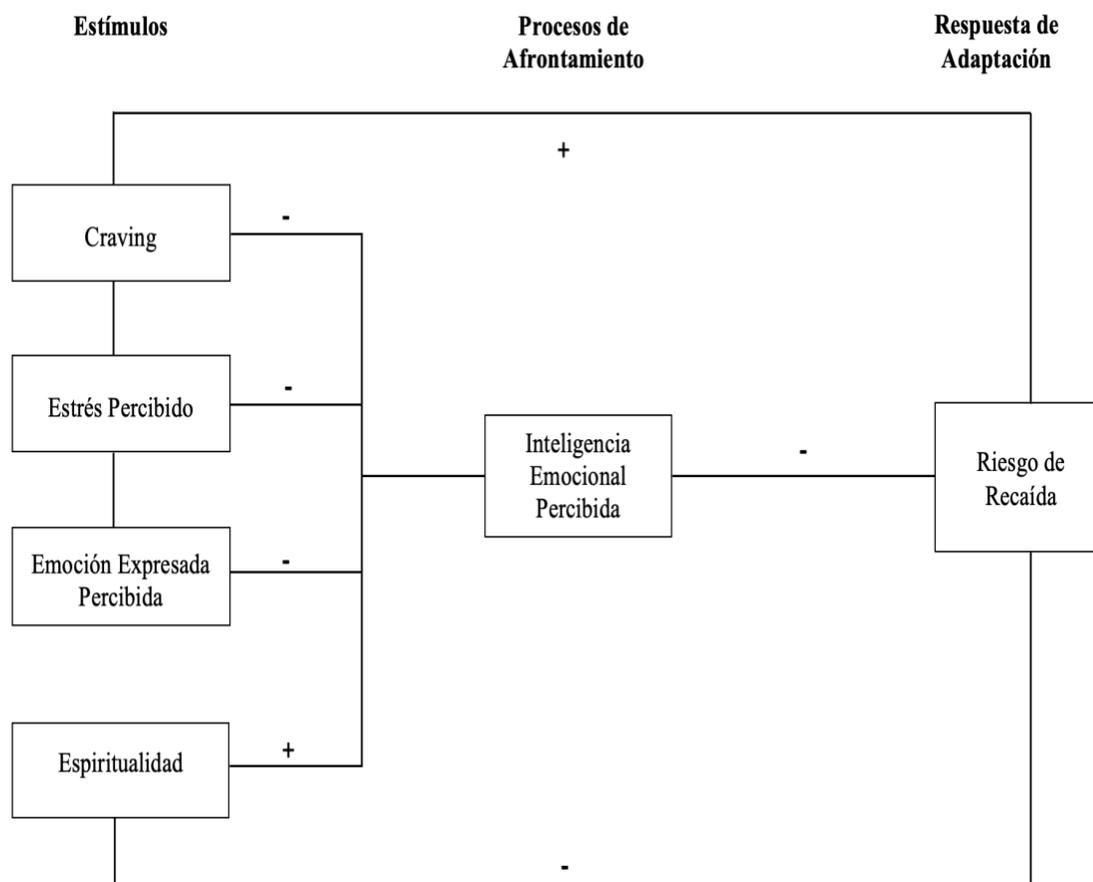


*Figura 4. Tercera Proposición Derivada*

De acuerdo a lo antes expuesto en la figura 5 se muestra el posible modelo a comprobar, en el cual se trata de mostrar la dirección hipotética de las relaciones entre los conceptos y de las proposiciones derivadas mencionadas anteriormente con el fin de realizar inferencias sobre las relaciones de los conceptos y así generalizar las conclusiones; similar a las denominadas síntesis literaria de proposiciones y síntesis de teoría, lo cual apoya la premisa de que en la construcción teórica es necesario recurrir a diferentes técnicas (Walker & Avant, 2011). La figura 5 es resultado de la derivación de las tres proposiciones y de la síntesis de la evidencia científica, aunado a lo anterior y al tratamiento estadístico realizado se logró comprobar la TRM propuesta para adultos en tratamiento contra las adicciones de alcohol y drogas ilícitas.

Las TRM pueden ser derivadas de uno o varios conceptos y proposiciones de un modelo conceptual, este tipo de teoría puede ser probada empíricamente a través de un estudio de investigación en la población a la cual va dirigida, otorgando la oportunidad que mediante los resultados observados la teoría sea considerada como apropiada o

inapropiada. Por lo tanto, para realizar una TRM es necesario llevar a cabo la técnica de formalización teórica o formalización C-T-E (Conceptual-Teórico-Empírica).



*Figura 5.* Relación entre los Conceptos y Proposiciones.

De acuerdo con Fawcett (1999) la técnica consiste en cinco pasos: 1) Identificación de los conceptos, 2) Clasificación de los conceptos de la teoría de rango medio, 3) Identificación y clasificación de las proposiciones, 4) Organización jerárquica de las proposiciones y 5) Construcción del diagrama C-T-E. Para el desarrollo del presente estudio y con base al primer paso antes mencionado, se utilizarán los conceptos del MAR, específicamente los estímulos (focales y contextuales), proceso de afrontamiento y el nivel de adaptación comprometido.

En cuanto a la clasificación de los conceptos de la TRM, es importante mencionar que los estímulos son una parte fundamental en el modelo de adaptación y estos representan todo aquello que podría otorgar una respuesta (Roy, 2008); con base a esto y para fines de la presente investigación el estímulo focal es el craving por consumo de alcohol, marihuana y metanfetaminas, que se entiende como el deseo intenso y compulsivo por consumir alcohol o drogas ilícitas (Cox & Klinger, 2002; Robinson & Berridge, 1993). Para la medición del craving por alcohol se utilizó el Cuestionario de Craving por Alcohol (Alcohol Craving Questionnaire [ACQ-Now], Singleton et al., 1995); para el estudio del craving por marihuana se utilizó el Cuestionario de Craving por Marihuana (Marijuana Craving Questionnaire [MCQ], Heishman et al., 2001) y para el craving por metanfetaminas el Cuestionario de Craving por Metanfetaminas (Desire for Speed Questionnaire [DSQ], James et al., 2004).

Como estímulos contextuales, la emoción expresada percibida, es cuando la familia muestra hostilidad, crítica, sobre implicación o comentarios hacia el miembro de la familia con adicciones, lo que influye en el riesgo de recaer en consumo de alcohol y drogas ilícitas. Si bien la emoción expresada percibida ha sido ampliamente estudiada en patologías mentales como la esquizofrenia, existe poca evidencia de su influencia en el drogodependiente, se midió mediante la Escala de Emoción Expresada (Expressed Emotion Level Scale [LEE], Cole & Kazarian, 1988).

Entre los estímulos contextuales considerados para la presente investigación se encuentra el estrés que percibe la persona que se encuentra en tratamiento, este se da según la percepción que el adulto tiene de alguna situación en particular; si tal interpretación es exagerada en el aspecto negativo, puede llevarlo a dejar el tratamiento y corre el riesgo de recaer en el consumo (Gómez-Fraguela et al., 2006; Hassanbeigi et al., 2013; Sinha, 2007); la Escala de Estrés Percibido (EEP) de Cohen et al. (1983), se utilizó para la medición de dicha variable.

Otro estímulo para considerar es el nivel de espiritualidad que se obtuvo mediante el uso de Cuestionario de Espiritualidad (Parsian & Dunning, 2009) ya que se considera un estímulo que influye y puede llevar al individuo a la evitación o no del uso de alcohol y drogas ilícitas como solución o modo de afrontar los problemas (Becoña, 2002; Burke et al., 2014; Castaño et al., 2004; Gómez-Fraguela et al., 2006).

Como proceso de afrontamiento o *cognator* la inteligencia emocional percibida fue medida con el Inventario de Inteligencia Emocional (EQ-I versión corta) de Bar-On (2002); existe poca evidencia empírica de la inteligencia emocional percibida relacionada con las recaídas en las adicciones al alcohol y drogas ilícitas, sin embargo es importante mencionar que la correcta gestión o regulación de las emociones puede influir en la forma en que el adulto afronta los problemas o situaciones de estrés, por lo que puede decirse que un alto nivel de inteligencia emocional puede ayudar al individuo a evitar la recurrencia o el consumo de alcohol y drogas ilícitas (Brackett et al., 2004; Estévez et al., 2017; Fernández et al., 2012; Graña et al., 2009; Johnson & Blanchard, 2016; Kopera et al., 2015; Novak & Clayton, 2001; Tsavou & Petkari, 2020; Wood et al., 2009).

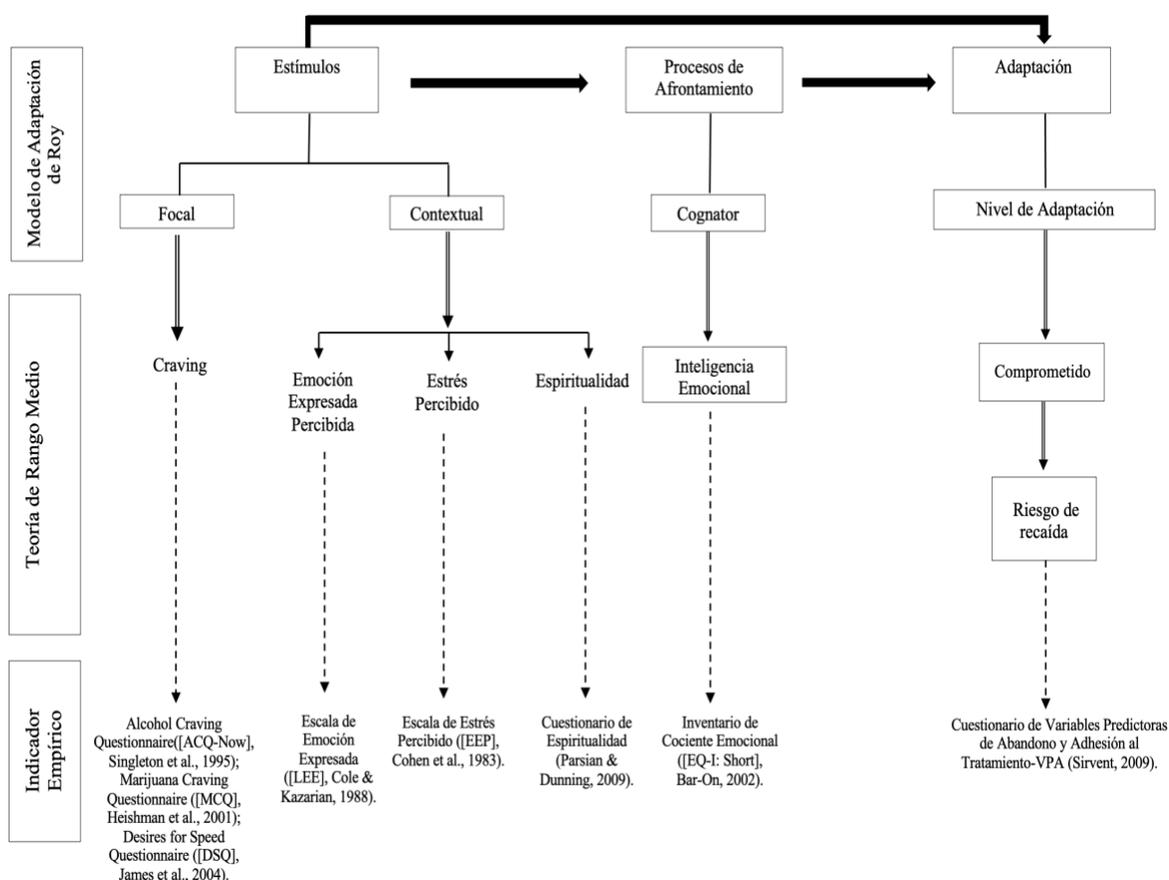
Por último, la respuesta del adulto ante los estímulos focal y contextuales dadas a través del afrontamiento darán por resultado el riesgo de recaída en el consumo de alcohol y drogas ilícitas; con base a lo anterior y tomando en cuenta que las respuestas del sistema humano son comportamientos que pueden ser de naturaleza adaptativa o inefectiva, para el presente estudio se consideró como nivel comprometido el riesgo de recaída y se midió con el Cuestionario de Variables Predictoras de Abandono y Adhesión al Tratamiento ([VPA-30], Sirvent, 2009).

Siguiendo con la formalización teórica y de acuerdo con el paso número tres el cual se refiere a la identificación y clasificación de las proposiciones, las cuales fueron abordadas anteriormente para su derivación; la clasificación las proposiciones utilizadas del MAR son de tipo relacional, ya que indican el vínculo entre dos o más conceptos. El

cuarto paso muestra la organización jerárquica de las proposiciones, de lo general a lo concreto; en este sentido las proposiciones del MAR utilizadas son de tipo abstracto porque pueden ser utilizadas en diferentes fenómenos.

Las proposiciones derivadas y utilizadas en la TRM se consideran medianamente abstractas ya que son enfocadas a un fenómeno en específico como es el consumo de alcohol y drogas ilícitas de adultos en tratamiento; finalmente las proposiciones entre las variables operacionalizadas (hipótesis) son consideradas concretas al relacionar los indicadores empíricos (Fawcett, 1999). El quinto paso se menciona la construcción del diagrama C-T-E (Estructura conceptual-teórica-empírica) el cual se muestra en la figura 6.

Figura 6. Estructura Conceptual-Teórica-Empírica



## Estudios Relacionados

A continuación se presentan los estudios relacionados que sustentan la presente investigación.

### *Craving.*

Fatseas et al. (2015), examinaron las asociaciones de señales personales y relacionadas con sustancias con el craving, además de investigar los mecanismos a través de los cuales las señales y el craving pueden aumentar el riesgo de uso de sustancias en 132 pacientes ambulatorios de 18 a 65 en una clínica para el tratamiento de adicción a sustancias (alcohol, tabaco, cannabis y opiáceos) en Burdeos, Aquitania, Francia. Obtuvieron la información de las señales personales y específicas de craving por sustancias de los pacientes mediante la aplicación de tecnologías móviles (evaluación momentánea ecológica [EMA] o entrevista electrónica) durante un período de 2 semanas. En cuanto a los resultados el 31% fueron mujeres, la media de edad fue de  $\bar{X} = 36.04$  ( $DE = 10.78$ ); la media para la intensidad del craving fue  $\bar{X} = 3.41$  ( $DE = 2.07$ ).

Encontraron que a medida que avanzaba el día había disminución en la intensidad del craving ( $\gamma = -0.069$ ,  $SE = 0.011$ ,  $t = -6.079$ ,  $p < .001$ ), la frecuencia de uso de sustancias ( $\gamma = -0.020$ ,  $SE = 0.009$ ,  $t = -2.272$ ,  $p < .05$ ) y el número de señales específicas por sustancia ( $\gamma = -0.031$ ,  $SE = 0.011$ ,  $t = -2.842$ ,  $p < .05$ ). La intensidad del craving se asoció con el número de señales específicas por sustancias evaluadas simultáneamente ( $\gamma = 0.244$ ,  $DE = 0.055$ ,  $t = 4.418$ ,  $p < .001$ ). Así mismo, el craving se asoció con el uso concurrente de sustancias ( $\gamma = 0.368$ ,  $DE = 0.052$ ,  $t = 7.134$ ,  $p < .001$ ), y continuó como predictor del uso de sustancias hasta por 4 horas más tarde ( $\gamma = 0.174$ ,  $DE = 0.043$ ,  $t = 4.076$ ,  $p < .001$ ). El craving dejó de predecir el uso de drogas después de 8 horas ( $\gamma = 0.082$ ,  $DE = 0.047$ ,  $t = 1.748$ ,  $p < .05$ ).

Martínez, Graña y Trujillo (2011), estudiaron la evolución y relevancia en el tratamiento de la percepción de la calidad de vida, el índice de gravedad de ajuste

psicológico y craving en 65 pacientes en tratamiento por alcohol en un centro de drogodependencias en Granada, España. Encontraron que la media edad fue de  $\bar{X} = 43.26$ , el 70.8 % eran hombres y el 29.2 % mujeres. Los pacientes tenían una media de  $\bar{X} = 11.83$  años de evolución en la adicción y 29 días de abstinencia al momento del estudio. Encontraron que el 36.4 % de los participantes abandonó el tratamiento, la media de tiempo de abandono es a los 5.13 meses y el 21.5 % abandona el tratamiento en tres primeros meses, el 18.2% se dio de alta voluntaria y el 45.5 % consiguió la alta terapéutica.

Se encontró una correlación positiva y significativa entre el craving y el número de consumos ( $r = 0.343$ ;  $p < .05$ ); así como se menciona que el craving predice el número de consumos a lo largo de los tres primeros meses ( $\beta = 0.353$ ;  $p < .005$ ). Se reportó que a los tres meses el craving reportado es mayor en el grupo de pacientes que habían consumido en alguna ocasión ( $t = 3.684$ ;  $p < .001$ ).

Schneekloth et al. (2012), evaluaron la intensidad del craving al ingreso y al alta de 314 personas dependientes del alcohol en tratamiento residencial como factor predictivo de recaída en Minesota EUA. Los participantes completaron tres semanas en el programa de tratamiento de la adicción y un mes con residencia en el lugar. Reportan que la media de edad fue de  $\bar{X} = 47.8$  ( $DE = 13.9$ ), el 69% fueron de sexo masculino, se reportó una media en años de educación de  $\bar{X} = 15.36$  ( $DE = 2.7$ ) y una media de edad de inicio de consumo de  $\bar{X} = 20.5$  ( $DE = 7.9$ ), así como para los días de consumo de alcohol por semana antes de la admisión fue de  $\bar{X} = 6.0$  ( $DE = 1.6$ ) y para el número de tratamientos previos fue de  $\bar{X} = 1.5$  ( $DE = 1.3$ ).

Encontraron que al ingreso, las mujeres muestran una asociación significativa con altos puntajes de la escala de craving de alcohol de Penn PACS ( $\bar{X} = 14$  vs hombres  $\bar{X} = 10$ ,  $p < .005$ ). La edad se correlacionó negativamente con PACS (admisión PACS  $\rho = -.24$ ,  $p < .001$ ; al alta PACS  $\rho = -.21$ ,  $p < .001$ ). La presencia de comorbilidad psiquiátrica se asoció con un PACS más alto tanto en la admisión como

en el alta ( $\bar{X} = 12$  vs  $\bar{X} = 10$ ,  $p < .05$ ; alta,  $\bar{X} = 4$  vs  $\bar{X} = 3$ ,  $p < .05$ ); en cuanto al uso de drogas se asoció con un puntaje PACS más alto al alta ( $\bar{X} = 4$  vs  $\bar{X} = 3$ ,  $p < .05$ ).

En los resultados del modelo multivariable de recaída muestran que la edad ( $HR = .98$ ,  $p < .05$ ) y el número de tratamientos previos ( $HR = 1.30$ ,  $p < .05$ ) están asociados con mayores tasas de recaída. Enfatizan que mayor puntaje de PACS al alta se asoció significativamente con la recaída ( $HR = 1.06$ ,  $p < .05$ ), es decir que las tasas de recaída aumentaron a medida que aumentaron las puntuaciones de craving.

Stohs et al. (2019), replicaron la asociación previamente reportada de craving en 190 pacientes dependientes del alcohol con recaída en 3, 6, 9 y 12 meses después del tratamiento en Minnesota, EUA. Se encontró que el 65% eran hombres y la media de edad fue de 45.1 años. Para el craving se encontró que la media reportada en la admisión fue de  $\bar{X} = 14.1$  ( $DE = 8.1$ ) en el alta fue de  $\bar{X} = 6.4$  ( $DE = 5.2$ ); las puntuaciones de craving a los 3 meses fueron más altas ( $\bar{X} = 7.0$ ,  $DE = 7.1$ ). Los puntajes elevados de craving se asociaron con un mayor riesgo de recaída en los primeros 3 meses ( $HR = 1.058$ ,  $p < .05$ ) y 12 meses del alta ( $HR = 1.048$ ,  $p < .05$ ).

De Sousa et al. (2010) realizaron un estudio para evaluar cómo las emociones se relacionan con el craving durante un programa de abstinencia y desintoxicación en 71 pacientes; además de evaluar si las competencias emocionales cambian durante el tratamiento y si la inteligencia emocional está relacionada con el craving. Estudiaron un grupo clínico de 41 pacientes con dependencia del alcohol (GDA) y un grupo de control de 30 personas que no abusan del alcohol (GC); los participantes fueron reclutados durante enero y diciembre del 2006 en un programa de rehabilitación en un departamento de psiquiatría en Bruselas. Del grupo clínico reportan que el 51.2% fueron hombres, media edad  $\bar{X} = 50.6$  años ( $DE = 9.4$ ), media de años de adicción de  $\bar{X} = 22$  ( $DE = 15.71$ ); para el grupo control reportan que un 43.3% fueron hombres, media de edad  $\bar{X} = 49.5$  ( $DE = 9.2$ ) los cuales fueron reclutados entre familiares del personal.

El nivel educativo por el número total de años de estudio fue equivalente en los dos grupos (GDA  $\bar{X} = 13.44$ ,  $DE = 2.96$  y GC  $\bar{X} = 14.87$ ,  $DE = 3.81$ ) así como la edad y el sexo. El grupo DA fue evaluado en dos tiempos, al inicio (T1) y al final, después de 14 a 18 días (T2), mientras que el grupo C solo se evaluó en un momento. En los resultados mencionan que el craving disminuyó significativamente ( $d = 3.59$ ,  $p < .001$ ) desde el inicio ( $\bar{X} = 17.02$ ,  $DE = 6.14$ ) hasta el final de la abstinencia ( $\bar{X} = 8.49$ ,  $DE = 8.23$ ) en pacientes alcohólicos; para el grupo control el craving fue aún más bajo. ( $\bar{X} = 0.37$ ,  $DE = 0.82$ ) en comparación con el grupo con dependencia al alcohol.

En cuanto a la inteligencia emocional (IE) se encontraron diferencias significativas ( $d = -0.60$ ,  $p < .05$ ) entre los participantes dependientes en ambos momentos (T1  $\bar{X} = 4.30$ ,  $DE = 0.56$  y T2  $\bar{X} = 4.45$ ,  $DE = 0.53$ ) en comparación con los controles ( $\bar{X} = 4.70$ ,  $DE = 0.86$ ).

Ottonello et al. (2019) realizaron un estudio para comprender cómo la dificultad en la regulación emocional puede relacionarse con las creencias metacognitivas durante la abstinencia temprana en pacientes con dependencia del alcohol que buscan tratamiento durante la rehabilitación hospitalaria; así como analizar las diferencias en la regulación de emociones entre individuos con y sin período de abstinencia temprana (un mes después del alta) y el craving. La muestra estuvo compuesta por 65 pacientes mayores de 18 años, que participaron en un programa de rehabilitación de 28 días por adicción al alcohol en Génova, Italia. Los pacientes permanecieron internados durante un promedio de 28 días; los investigadores administraron los instrumentos a los pacientes al ingreso entre los días 7 y 10 del tratamiento de rehabilitación y abstinencia de alcohol (T0) y nuevamente 3 días antes del alta (T1).

El tratamiento incluyó intervenciones médicas, de enfermería y psicológicas, se trataban los síntomas de abstinencia con medicamentos, para mantener la abstinencia terapia grupal, además de ayudar a identificar y modificar las creencias disfuncionales sobre el consumo de alcohol para desarrollar habilidades de afrontamiento para prevenir

la recaída. Al alta, los participantes se dividieron en dos grupos: bajo (puntaje  $\leq 15$  de la escala de craving de alcohol de Penn [PACS]) y alto (puntaje PACS  $> 15$ ). Un mes después del alta, los pacientes acudieron a una sesión y entrevista de seguimiento posterior a la rehabilitación, para conocer su estado clínico y mantenimiento de la abstinencia, además se realizó una prueba de alcohol con alcoholímetro. En los resultados reportan que la mayoría de los participantes eran hombres (70.7%) desempleados (70.7%), con nivel de educación bajo (53.8%), con media de edad de  $\bar{X} = 51.03$  ( $DE = 8.71$  años); reportan también que el 80% de la muestra eran dependientes del alcohol, el resto usuarios de poli sustancias y al menos el 65% contaba admisiones previas.

Reportan que existe diferencias significativas ( $z = 4.39$ ,  $d = 0.54$ ,  $p < .0001$ ) en cuanto a la dificultad en la regulación emocional al ingreso ( $\bar{X} = 88$ ) y al alta ( $\bar{X} = 72$ ); en cuanto al craving se encontró que un mes después del alta un 55% presentaron un nivel de craving bajo y un 44% un nivel de craving alto, también reportan que el 46% de los participantes recayeron en el consumo. En la correlación entre la dificultad en la regulación emocional y el craving ( $p > .05$ ), reportan que el apartado de “claridad emocional” fue significativo ( $p < .05$ ) para el grupo con craving alto. Concluyen que el deterioro de la habilidad “claridad emocional” parece representar un factor importante en la recaída.

Wang et al. (2013) realizaron un estudio para analizar el efecto de la abstinencia en la toma de decisiones, el craving y el estado emocional en 183 hombres con problemas por consumo de metanfetaminas en Pekin, China. Los individuos estuvieron internos en un centro de rehabilitación y en abstinencia durante 6 días ( $n = 37$ ), 14 días ( $n = 33$ ), 1 mes ( $n = 31$ ), 3 meses ( $n = 30$ ), 6 meses ( $n = 26$ ) o 1 año ( $n = 30$ ). Reportan una media de edad de  $\bar{X} = 29.95$ ,  $DE = 1.63$  de los grupos consumo, con escolaridad promedio de 8 años y una duración del consumo de más de 20 meses. Respecto al craving inicial de los participantes disminuyó con la abstinencia

( $F = 5,135 = 4.06, p < .005$ ). En las pruebas posteriores los hombres con uno, tres, seis meses y un año tenían un nivel menor de craving que el grupo de 6 días (1 mes, 3 meses y 6 meses =  $p < .05$ ; 1 año =  $p < .01$ ). Los grupos de seis meses y un año tuvieron menos craving que el grupo de 14 días (6 meses =  $p < .05$ ; 1 año =  $p < .01$ ). Sin embargo, cuando indujeron el craving por señales este aumentó a medida que aumentaba la duración de la abstinencia ( $F = 5,133 = 2.62, p < .05$ ). Los autores concluyen que la toma de decisiones, el craving y los síntomas psiquiátricos disminuyen con una mayor duración de la abstinencia, pero el craving inducido por señales no disminuye y aumenta a los tres meses de abstinencia, por lo que sugieren que el riesgo de recaída en las personas con drogodependencia no disminuye con la abstinencia.

### ***Emoción Expresada Percibida.***

Kadam et al. (2017) realizaron un estudio con el objetivo de comparar los factores sociodemográficos y correlacionar la recaída en la dependencia del alcohol y la dependencia de opioides en 30 pacientes dependientes del alcohol (grupo A) y 30 (grupo B) con dependencia a opioides en tratamiento por recaída en Mumbai, India. La media de edad fue de  $\bar{X} = 41.06$  años ( $DE = 7.98$ ) (dependencia del alcohol) y  $\bar{X} = 37.8$  años ( $DE = 12.16$ ) (dependencia de los opioides); el 13.33% de los pacientes dependientes del alcohol eran solteros, en comparación con el grupo de opioides 43.3% ( $p < .05$ ). Entre los factores asociados con la recaída, los pacientes con dependencia a opioides obtuvieron una puntuación significativamente mayor en ansiedad ( $p < .005, t = 3.97$ ), la crítica percibida ( $p < .0001, t = 4.7$ ), además, la crítica percibida ( $p < .005$ ) y el craving ( $p < .01$ ) se asociaron significativamente con un efecto negativo en el grupo de alcohol; el estado emocional contribuyó a una recaída precipitante en el 76% al 80% de los pacientes en ambos grupos.

La disparidad en los factores sociodemográficos se observó en ambos grupos, el grupo de opioides es más propenso a ser soltero, desempleado, con nivel socioeconómico más bajo y con antecedentes penales. El afecto negativo se correlacionó

positivamente con el craving y las críticas percibidas de la familia y se correlacionó negativamente con la autoeficacia en ambos grupos.

Githae (2016) examinó la relación de la emoción expresada (EE) con la recaída de 186 pacientes hospitalizados en 10 diferentes centros de rehabilitación para el tratamiento del alcoholismo y sus familiares en Nairobi, Kenia. Los pacientes tenían que haber vivido con un pariente cercano, o un equivalente miembro de la familia, preocupado por su adicción con más de 35 horas de contacto por semana. En cuanto a los resultados el 57.5% tenían entre 26 y 40 años, el 79% poseía una calificación educativa superior, el 95% eran hombres y 55.4% eran solteros.

Se preguntó a los participantes cuántas veces habían estado internados en un centro de rehabilitación en el último año y reportan que el 13.4% había recaído una vez en el primer año, el 17.7% había recaído dos veces, el 4.8% había recaído tres veces y el 3.2% había recaído más de tres veces durante el primer año después del tratamiento, dando un total de 39.2 % de casos de personas con dependencia al alcohol hospitalizados, los cuales habían recaído y fueron re-internados en los centros de rehabilitación dentro del año posterior al primer tratamiento.

Encontraron una relación fuerte y positiva entre sobre implicación emocional (EOI) de la familia y la recaída del paciente en recuperación ( $r = .520, p < .01$ ); por lo que sugieren que EOI es un factor clave en el riesgo de recaída en el alcoholismo. También las variaciones en la recaída se explican adecuadamente por las expresiones de EOI de la familia ( $R^2 = .340, p < 0.001$ ).

González-Blanch et al. (2015), realizaron un estudio en pacientes en Melbourne y Barwon Health en Geelong, Victoria, Australia. Examinaron la relación temporal de la EE y el uso de cannabis, en 63 cuidadores de jóvenes con primer episodio de psicosis (FEP); se evaluaron al inicio y a los 7 meses de seguimiento. El análisis lo hicieron mediante el ensayo del Episodio II que comparó un tratamiento combinado de

prevención de recaídas familiar e individual (RPT) más el tratamiento habitual (TAU) dentro de dos servicios especializados.

Se evaluó un total de 63 cuidadores para EE (un cuidador por participante con FEP), 28 (44%) se clasificaron como EE altos, 22 (34%) se clasificaron como críticas altas y 22 (35%) como sobre implicación emocional (EOI) alta. En cuanto a la edad, la media fue de  $\bar{X} = 20.2$ ,  $SE = 3.3$ ,  $t = 0.73$ ; el 60.7% fueron hombres, la media de años de educación fue de  $\bar{X} = 12.0$ ,  $SE = 2.1$ ;  $t = 0.47$ . El uso del cannabis estuvo presente en el 64.3% de los pacientes con familias con EE alta y en 40% con familias con EE baja ( $\chi^2 = 3.67$ ,  $p < .05$ ).

Como resultado, las críticas de los cuidadores predijeron significativamente la severidad del consumo de cannabis que se correlacionó positivamente con las críticas al inicio ( $r_s = .29$ ,  $p < .05$ ) y a los 7 meses de seguimiento ( $r_s = .36$ ,  $p < .05$ ); además, la asociación siguió significativa después de controlar la gravedad de los síntomas y el funcionamiento social ( $\beta = 0.15$ ,  $p < .05$ ). Los autores concluyen que las personas con adicciones en familias con alta crítica aumentaron el uso del cannabis con el tiempo; por lo que un entorno familiar con alta crítica puede convertirse en un factor de riesgo clave para empeorar el uso de cannabis.

Reddy y Jagannathan (2017), realizaron un estudio piloto para comprender los predictores del comportamiento de afrontamiento y la emoción expresada percibida en 60 personas de 20 a 50 años con dependencia del alcohol y sin ningún trastorno psicótico en un hospital de atención terciaria en Ranchi Jharkhand, India. En los resultados reportan que la media de edad fue de  $\bar{X} = 32.1$ , en cuanto a los años de educación la media fue de  $\bar{X} = 11.3$ , la media para el número de recaídas fue de  $\bar{X} = 2.1$  y el 68.3% mencionó ser casado.

Se encontró que el nivel medio de la puntuación de emoción expresada fue de  $\bar{X} = 106.15$  ( $DE = 12.71$ ), además se encontró una relación positiva y significativa entre la edad de inicio de consumo de alcohol y el nivel de emoción expresada percibida

( $r = .292, p < .05$ ); sin embargo la edad ( $r = -.021, p > 0.5$ ), la educación ( $r = .100, p > 0.05$ ) y el número de recaídas ( $r = -.010, p > .05$ ) no fueron significativas. En el modelo de regresión el puntaje del nivel total de emociones expresadas fue significativo ( $p < .05$ ) y explicó alrededor del 8% de la varianza ( $R^2 = 0.76$ ) y la edad en la primera ingesta fue el único predictor del nivel de emoción expresada ( $\beta = -0.303; p < .01$ ).

Atadokht et al. (2015) realizaron un estudio para analizar el papel de la emoción expresada por la familia y el apoyo social percibido en la predicción de la recaída de la adicción en 80 hombres que fueron referidos a centros para el tratamiento de adicciones en Ardabil, Irán, en el período de octubre del 2013 hasta enero del 2014. En los resultados mostraron una relación positiva y significativa ( $r = .26, p < .01$ ) entre el total de la emoción expresada por la familia y la frecuencia de recaída, la regresión múltiple mostró que el apoyo social percibido y la emoción expresada explicaron significativamente el 21% de la varianza total de la frecuencia de recaída.

También se menciona que entre las variables que tienen la capacidad de predecir la frecuencia de recaída se encuentran el total de la emoción expresada percibida ( $\beta = -7.83, p < .05$ ), la respuesta emocional ( $\beta = 2.87, p < .05$ ) y la intervención emocional ( $\beta = 1.34, p < .05$ ), por lo tanto, se declara que el aumento de la emoción expresada por la familia en los componentes mencionados aumentó la frecuencia de recaída.

Mittal et al. (2015) hicieron un estudio para evaluar la relación entre emoción expresada y la recaída en el consumo de alcohol, así como el mantenimiento de la abstinencia en 60 participantes de 18 a 64 años, un grupo de 30 casos, en donde los participantes eran dependientes al alcohol, con antecedentes de recaída del consumo en los 3 a 12 meses posteriores al intento de abstinencia; se incluyeron los pacientes que consultaban o se ingresaban por adicción en el departamento de psiquiatría en un hospital en Mangalore, Karnataka, India y el grupo control se compuso de 30

participantes que mantuvieron la abstinencia del consumo de alcohol durante un período superior a 12 meses.

Reportan los dos grupos tenían familias nucleares (77%; 63% respectivamente), cerca del 44% de los participantes era de clase socioeconómicas media, el 47% del grupo de casos tenía rango de edad de 31- 40 años y el 47% los controles tenían de 41 a 50 años; en promedio el 36.7% de los casos y el 43.3% de los controles habían cursado la secundaria. En el estado civil del grupo de casos el 46% casados, el 43% solteros, mientras que del grupo control el 77% eran casados y el 80% de los casos y el 50% de los controles tenían antecedentes familiares de trastornos por consumo de alcohol.

En el grupo de casos el 73% había recaído dentro de los primeros 3 a 6 meses de abstinencia y en el grupo control el período de abstinencia fue de 1 año a más de 25 con una media de abstinencia de 7.7 años. En los resultados el grupo control mencionó que la recaída se debió en un 37% al craving, 33% a la exposición a señales y 23% atribuyó su recaída a dificultades interpersonales. Se observaron diferencias significativas ( $p < .001$ ) entre la emoción expresada percibida y la recaída del consumo de alcohol grupo casos  $\bar{X} = 34.87$  ( $DE = 2.85$ ) y grupo control  $\bar{X} = 14.60$  ( $DE = 2.80$ ), no se encontró diferencia significativa ( $p > .05$ ) entre la participación emocional y la recaída grupo casos  $\bar{X} = 25.37$  ( $DE = 4.27$ ) y grupo control  $\bar{X} = 26.33$  ( $DE = 2.88$ ).

### ***Estrés Percibido.***

Al Abeiat et al. (2016) realizaron un estudio para examinar la interrelación entre la recaída del alcohol, la autoeficacia, el apoyo social percibido y el estrés percibido en 111 jordanos mayores de 18 años con dependencia al alcohol del Centro Nacional para la Rehabilitación de Adictos en Jordania. Incluyeron los pacientes que tuvieron al menos un episodio de recaída y que pasaron el período de desintoxicación. Encontraron que la edad de los pacientes fue de 19 a 64 años con media de 33.3 ( $DE = 9$ ), todos los pacientes eran hombres (100%), la mayoría solteros (58.6%), con educación inferior a la

secundaria (29.7%). Encontraron que la duración de la adicción varió de 1 a 48 años con una media de 10 años ( $DE = 9.8$ ).

En cuanto al número de recaídas, se encontró una media de 3 recaídas ( $DE = 3.1$ ), el período de la última admisión varió de 1 a 112 días con una media de 23 días ( $DE = 17.1$ ) días y solo el 17.1% tenía antecedentes de familiares con dependencia del alcohol. Se encontraron correlaciones positivas y significativas con la cantidad de consumo de alcohol por tiempo y el nivel de estrés ( $r = .28, p < .05$ ), entre el número de recaídas y el estrés ( $r = .19, p < .05$ ) y entre la recaída y la edad ( $r = .47, p < .001$ ). En el análisis de regresión múltiple encontraron que el estrés ( $\beta = 0.246, p < .05$ ) fue un predictor significativo del riesgo de recaída.

Wang y Chen (2015) investigaron los niveles de estrés, emociones negativas, resiliencia y dependencia del alcohol en 1,145 residentes rurales en China, para conocer si las emociones negativas median la relación entre el estrés y la dependencia del alcohol; si la resiliencia modera la relación entre el estrés y las emociones negativas y si la resiliencia sirve como mediación de las emociones negativas al estrés-consumo de alcohol. Encontraron que el 50.7% eran hombres, con media de edad de  $\bar{X} = 35.9$  ( $DE = 7.7$ ), 89.5% casados, 71.5% con educación media.

La edad de inicio de consumo de alcohol fue de 19 años, y en el análisis correlacional bivariado indican que las emociones negativas se asociaron positiva y significativamente con la dependencia al alcohol ( $r = .08, p < .01$ ). El efecto directo del estrés sobre la dependencia del alcohol no fue significativo. En cuanto al análisis de moderación, reportan una interacción significativa entre el estrés y la capacidad de recuperación en la predicción de emociones negativas ( $\beta = -.065, p < .05$ ).

Pilowsky et al. (2013), estudiaron las asociaciones entre los eventos estresantes y las recaídas en 1,707 personas mayores de 18 años en remisión por dependencia del alcohol de Estados Unidos, con el objetivo de saber si los eventos estresantes del año

anterior al inicio del estudio estaban asociados a la recaída durante un período de seguimiento de 3 años.

En los resultados de Modelos de Regresión Logística Múltiple reportan que 65 personas (3.41%) recayeron. Los recidivantes incluyeron el 68.7% hombres y 31.3% mujeres, sin embargo, no se encontraron datos significativos de la variable estrés, aunque, se encontró que las personas que pasaron por un divorcio o separación tuvieron más del doble de riesgo de recaída ( $OR = 2.32$ ;  $IC\ 95\% = 1.01-5.34$ ;  $p < .05$ ) en comparación con aquellos que no experimentaron ese tipo de evento estresante.

Tarter, y Ray, (2012), examinaron el craving por el alcohol y la reacción al estrés como predictores de la recaída, también examinaron los genotipos OPRM1 y CRH-BP como moderadores de los efectos directos del craving y la reacción emocional en los resultados del consumo de alcohol. Los autores reportan como muestra 41 participantes, contactados para un seguimiento en línea a los 6 y 12 meses después de una evaluación en un laboratorio de Estados Unidos; los participantes no buscaban tratamiento y tenían entre 18 y 65 años, con patrón de consumo peligroso; se excluyeron los pacientes con tratamiento, con trastornos mentales y con uso de drogas.

En las características demográficas mencionan que observaron diferencias entre los que completaron el seguimiento y los que no; los que completaron el seguimiento, tuvieron menos problemas relacionados con el alcohol al inicio del estudio ( $p < .001$ ), tuvieron menor consumo en los 6 meses previos a la evaluación inicial; las mujeres fueron quienes más completaron el seguimiento ( $p > .05$ ), sin embargo, no hubo diferencia en edad, educación u origen étnico (valores  $p > .10$ ). La reacción al estrés se midió a través del estado de ánimo negativo, la tensión y el ansia de alcohol; estas variables se usaron para predecir el consumo de alcohol y los problemas relacionados con el alcohol. Hubo un efecto principal del tiempo en estos modelos, lo que indica una disminución en los problemas de bebida (puntaje del Inventario de las Consecuencias de Beber [DrInC-2R]) a lo largo del tiempo ( $\beta = -4.97$ ,  $p < .01$ ). El craving inducido por el

estrés no predijo el consumo de alcohol ( $\beta = 0.01, p > .05$ ); tampoco hubo efecto de la tensión inducida por el estrés sobre el consumo de alcohol ( $\beta = -0.05, p > .05$ ) o problemas de alcohol a lo largo del tiempo ( $\beta = 1.26, p > .05$ ).

Obeid et al. (2020) realizaron un estudio para evaluar la relación entre factores individuales (alexitimia, autoestima, consumo de alcohol, inteligencia emocional, estrés y agotamiento) y la ansiedad en 789 adultos libaneses de 18 a 85 años, entre noviembre de 2017 y marzo de 2018. La media de edad de los participantes fue de  $\bar{X} = 30.30$  ( $DE = 12.52$ ), el 55% eran hombres, el 62% tenía nivel universitario de educación y el 63% eran solteros. Encontraron que en la primera regresión lineal que el desorden del consumo de alcohol ( $\beta = 0.29, t(643) = 5.97, p < .001$ ) y el estrés percibido ( $\beta = 0.15, t(643) = 3.61, p < .01$ ) se asociaron significativamente, es decir, el grupo de personas con, mayor nivel de estrés percibido y mayor agotamiento emocional presentaron mayores niveles de ansiedad.

### ***Espiritualidad.***

Piderman et al. (2007) investigaron tres variables espirituales (bienestar espiritual, frecuencia de prácticas religiosas privadas y afrontamiento religioso positivo) en personas con dependencia del alcohol durante el tratamiento, incluyeron también, la afiliación con Alcohólicos Anónimos (AA) y la autoeficacia de la abstinencia (es decir, la confidencialidad que se tiene con respecto a la abstinencia restante). Participaron 122 participantes dependientes del alcohol, mayores de 18 años, que habían sido admitidos en un programa de tratamiento de adicción ambulatorio de tres semanas, en Mayo Clinic en Rochester, Minnesota; de los cuales 85 personas completaron el procedimiento de admisión.

De estos, nueve personas abandonaron el tratamiento temprano; dando por resultado una muestra de 74 personas (38 mujeres y 36 hombres). Las edades fueron de 19 a 80 años, con media de edad de 44 años, el 50% estaban casados. Al ingreso, el 56% informaron beber de 5 a 7 días a la semana, y el 40.3% bebía diariamente; 49% había

recibido tratamiento previo para la dependencia del alcohol; el 42% había experimentado consecuencias legales por consumo de alcohol y el 7% estaba en tratamiento debido a una orden de la corte. Reportan que los puntajes de las variables relacionadas con la espiritualidad son mayores al alta, que los puntajes de admisión, con diferencias significativas entre la frecuencia de prácticas religiosas al ingreso ( $\bar{X} = 2.8$ ,  $DE = 1.6$ ) y al alta ( $\bar{X} = 3.4$ ,  $DE = 1.5$ ) ( $z = < .001$ ); bienestar espiritual al ingreso ( $\bar{X} = 83.5$ ,  $DE = 17.8$ ) y puntajes al alta ( $\bar{X} = 89.4$ ,  $DE = 18.2$ ) ( $z = < .001$ ).

Las correlaciones más fuertes fueron entre puntajes de bienestar espiritual y autoeficacia de abstinencia de alcohol al ingreso ( $r = 0.56$  [0.38, 0.70],  $p < .001$ ); al alta ( $r = 0.53$  [0.35, 0.68],  $p < .001$ ). También reportan una correlación moderada entre la frecuencia de las prácticas religiosas privadas y la afiliación con AA al ingreso ( $r = 0.33$  [0.11, 0.52],  $p < .005$ ), pero se debilitó al alta ( $r = 0.28$  [0.05, 0.48],  $p > .05$ ).

Galanter et al., (2013), investigaron la espiritualidad entre los miembros de Narcóticos Anónimos (NA) y cómo influye en el comportamiento relacionado con la salud. La Oficina de Servicio Mundial de Narcóticos Anónimos (NAWSO), ubicada en Chatsworth, California, fue solicitada por los investigadores para seleccionar las reuniones de NA; se realizaron 10 reuniones en 3 estados, California, Florida y Pensilvania; se aplicó una encuesta en la que participaron 527 miembros de NA; de los cuales 48% eran de California, 30% de Pensilvania y 22% de Florida.

Encontraron que la media edad de los encuestados fue de  $\bar{X} = 39.01$  ( $DE = 13.01$ ) y reportaron consumir drogas por última vez  $\bar{X} = 6.12$  ( $DE = 8.55$ ) años antes; el 72% eran hombres y el 75% tenían empleo. El 65% de los participantes se designaron a sí mismos como espiritual, pero no religioso, el 28% como espiritual y religioso, el 4% ni religioso, ni espiritual y el 3% como religioso, pero no espiritual; el 84% informó haber experimentado un despertar espiritual, de los que informaron un despertar espiritual, el 89% informó que facilitó la abstinencia; solo el 25% informó asistir al menos una vez al mes, el 40% con menos frecuencia y el 35% de ninguna manera.

En el análisis de Regresión Lineal Múltiple reportan la participación en NA como predictores de puntuaciones de craving, con pesos y probabilidades para la duración de la abstinencia ( $\beta = -0.141, p < .05$ ), afiliación de miembros de NA ( $\beta = -0.151, p < .005$ ), despertar espiritual ( $\beta = -0.190, p < .001$ ), y sirvió como promotor ( $\beta = -0.140, p < .05$ ); estas variables predijeron el 29% de la varianza en las puntuaciones de craving.

Medlock et al. (2017), realizaron un estudio para analizar si el afrontamiento religioso está relacionado con una menor severidad en los síntomas por abuso de sustancias, además de examinar la asociación entre el afrontamiento religioso con la autoeficacia de la abstinencia (confianza en la capacidad de lograr y mantener la abstinencia) y la participación en la ayuda mutua de 12 pasos. Los pacientes se reclutaron en un hospital psiquiátrico privado, entre agosto de 2014 y junio de 2015; tenían al menos 18 años y cumplían con la necesidad médica de desintoxicación.

Los autores reportan una muestra de 331 participantes (69% hombres), con media edad de  $\bar{X} = 38.0$  años ( $DE = 14.4$ ), solteros (47.4%) y el 51.4% estaban desempleados; entre los diagnósticos primarios más comunes estaba el trastorno por consumo de alcohol (61%) y el trastorno por consumo de opioides (36%). En cuanto a la espiritualidad, los participantes reportan que era bastante importante en su vida ( $\bar{X} = 3.10, DE = 1.55$ ) y en su tratamiento ( $\bar{X} = 3.12, DE = 1.56$ ); el 50.5% informaron creer en Dios y la importancia de la religión en la vida se calificó como ligeramente importante ( $\bar{X} = 2.41, DE = 1.52$ ).

En el análisis de correlación el afrontamiento religioso positivo o negativo ( $p > .05$ ) no mostró asociación significativa con el número de sustancias utilizadas durante los 30 días anteriores. En la Regresión Lineal Multivariante, el afrontamiento religioso negativo se asoció con una menor confianza en la capacidad de alcanzar la abstinencia ( $\beta = -0.06, SE_B = -0.12, t = -1.98, p < .05$ ); un mayor afrontamiento religioso

positivo se asoció con mayor participación de ayuda mutua en 12 pasos ( $\beta = 0.03$ ,  $SE_B = 0.01$ ,  $t = 3.98$ ,  $p < .001$ ).

Del grupo que informó que no tenía importancia la religión o la espiritualidad en sus vidas ( $n = 41$ ), se reportan niveles insignificantes de afrontamiento religioso (media positiva de afrontamiento religioso  $\bar{X} = 7.27$  ( $DE = 0.67$ ); media negativa de afrontamiento religioso  $\bar{X} = 7.63$  ( $DE = 1.65$ ). El afrontamiento religioso positivo se asoció con la participación previa en programas de ayuda mutua de 12 pasos; un mayor afrontamiento religioso negativo se asoció con menor abstinencia y un craving mayor.

Acheampong et al. (2016), investigaron el efecto de la religión/espiritualidad en presencia de otros comportamientos de riesgo en el uso opioides recetados y el uso simultáneo de poli sustancias (SPU). La muestra fue de 632 participantes del Instituto Nacional sobre Abuso de Drogas (NIDA); adultos de 18 a 50 años, del área metropolitana de St Louis, EUA. Mediante los Análisis Bivariados y de Regresión Logística Multivariada determinaron la asociación entre religión/espiritualidad, sexo y otras variables demográficas, y el uso simultáneo de poli sustancias.

En las características demográficas reportan diferencia entre los hombres que tienen SPU (59 %) y el grupo restante no presenta poli consumo (48%) ( $p < .05$ ); el 70% tenía secundaria ( $p = .233$ ), el 85 % era caucásico ( $p < .05$ ), el 55% estaba soltero ( $p < .001$ ) y el 30% reportó tener más de tres hijos ( $p = .29$ ). De los 349 hombres y 283 mujeres reclutados en este estudio, la mayoría (64%) informó que la religión/espiritualidad era muy importante, el 28% asistió a una iglesia, mezquita, templo, santuario, sinagoga a menudo, el 22% a veces en el último año y el 32% buscó el consejo de un sacerdote, ministro, rabino u otro miembro de la comunidad religiosa en el último año; el 24% tenía baja espiritualidad, el 49% media y el 27% alta espiritualidad.

Se encontró que los hombres con altos niveles de religión/espiritualidad ( $OR = 0.40$ ,  $IC\ 95\% = 0.20 - .78$ ) tenían un 60% menos de probabilidades de SPU en

comparación con los hombres con bajos niveles de religión/ espiritualidad ( $OR = 1.00$ ,  $IC\ 95\% = 0.36 - 1.18$ ). En las mujeres con niveles altos ( $OR = 0.31$ ,  $IC\ 95\% = 0.15 - 0.63$ ) y medios ( $OR = 0.36$ ,  $IC\ 95\% = 0.19 - 0.63$ ) de religión/ espiritualidad tenían entre 69 y 64% menos probabilidades de SPU en comparación con las mujeres con bajos niveles de religión/espiritualidad ( $OR=1.00$ ,  $IC\ 95\% =0.19 - 0.63$ ). La raza, el estado civil y la educación no fueron predictores significativos de SPU en hombres en el modelo ajustado.

Sin embargo, el Modelo Multivariado ajustado que predice el control de SPU para los factores demográficos y de comportamiento reveló que las mujeres con altos niveles de religión/espiritualidad tenían un 58% menos de probabilidades de uso de SPU en comparación con las mujeres con niveles bajos: además, aquellas que estaban solteras tenían mayores probabilidades de participar en SPU en comparación con las que estaban casadas ( $OR = 2.13$ ,  $IC\ 95\% = 1.08 - 4.20$ ). Concluyen que la religión/espiritualidad y el uso reducido de SPU es más profunda en mujeres que en hombres.

Schoenthaler et al. (2015), hicieron un estudio para determinar el papel de la espiritualidad y la recaída utilizando la gran cohorte del Estudio de Resultados del Tratamiento del Abuso de Drogas (DATOS) desarrollada por el Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (NIDA). Obtuvieron datos de recaída y espiritualidad en doce meses para 2,947 personas. Reportan que el 64.5% fueron hombres, de los cuales 46.8% eran afroamericanos, 40.5% caucásicos y solo el 10.5% eran hispanos; el 33% estaba casado o vivía en unión libre y la edad media fue de 33.6 años.

Los problemas por uso de drogas se dieron en primer lugar por el crack y cocaína (47.3%), seguido de heroína (25.8%) y el alcohol para el (9.9%). En cuanto al tratamiento, el 27.1% fueron pacientes hospitalizados a corto plazo, 25.7% fueron pacientes ambulatorios libres de drogas, el 22.7% residenciales y el 24.4% tenía tratamiento con metadona. En cuanto a la distribución de la recaída después de 12 meses posteriores al inicio del tratamiento, reportan que el 34% utilizaron marihuana, el 47%

alcohol, el 23% heroína, el 61% crack, el 38% cocaína, el 8% narcóticos opioides, el 7% depresores y el 69% benzodiacepinas.

En cuanto a la asociación entre las creencias religiosas y la remisión de drogas, de la muestra que respondió que la religión era muy importante, el 45.1% no consumió drogas en el último año, contrario al 75.5% que respondieron que no era importante, los cuales sí consumieron drogas en el último año ( $\chi^2 = 15.17, p > .05$ ) (asociación lineal = 10.650,  $p > .005$ ). En la asociación entre la frecuencia de asistencia a servicios religiosos y la remisión de drogas, encontraron que los que nunca asistían el 60.5% consumió drogas en el último año, mientras que el 55.9% lo que asistieron más de una vez a la semana, mantuvieron la abstinencia año ( $\chi^2 = 40.785, p < .005$ ) (asociación lineal = 30.453,  $p < .01$ ). Encontraron significancia en la asociación entre frecuencia de las prácticas religiosas y las estadísticas de remisión de drogas ( $\chi^2 = 11.33, p < .05$ ) (asociación lineal = 9.65,  $p < .005$ ).

Kerlin (2017) examinó los cambios en los síntomas de salud mental, apego humano y apego de Dios en mujeres que completaron un programa de tratamiento residencial espiritual para los trastornos por uso de sustancias. La muestra fue de 91 mujeres ingresadas entre los años 2014 y 2016 en un centro de rehabilitación cristiano en Estados Unidos, con atención en la desintoxicación y grupos de asesoramiento enfocados en el cristianismo. Las edades de las participantes fueron de 18 a 72 años. ( $\bar{X} = 36.52, DE = 11.48$ ), 32 eran solteras, en cuanto a la religión la mayoría mencionó ser cristiana. En cuanto a los días estancia, reportan que de las mujeres que completaron el programa, la estancia fue de 109 días ( $DE = 43.8$ ) con un rango de 72 a 235 días. Para el craving se reportó que hubo diferencia significativa ( $t = .000, p < .001$ ) entre las mujeres que entraron ( $\bar{X} = 62.38, DE = 10.24$ ) y salieron del tratamiento ( $\bar{X} = 46.45, DE = 9.40$ ).

***Inteligencia emocional percibida.***

Alaei et al. (2017) investigaron la relación entre la inteligencia espiritual, inteligencia emocional y la autoestima con el control del abuso de sustancias en hombres de Teherán, Irán. Los autores seleccionaron 4 centros de rehabilitación al azar y obtuvieron una muestra de 200 participantes de 20 a 50 años con historia de dos años de adicción. Reportan que el 59% de la muestra tenía edades de 20 a 30 años y el 27% de 31 a 40, el 46% había estudiado hasta la secundaria y el 75% eran solteros. Reportaron una media de inteligencia emocional del  $\bar{X} = 102.96$  ( $DE = 23.08$ ). Se encontró una relación significativa entre la inteligencia emocional y el autocontrol ( $r = .25, p < .001$ ). En el análisis de Regresión Multivariante la inteligencia emocional explicó el 0.06% ( $R^2 = 0.06, p < .001$ ) del abuso de sustancias.

Fox et al. (2011) realizaron una investigación para definir la inteligencia emocional en personas adictas a la cocaína, comparándolos con controles sanos. Los participantes tenían entre 18 y 50 años, se excluyeron aquellos que presentaban algún trastorno psiquiátrico actual, al igual que en el grupo control, además de tener dependencia a cualquier medicamento; las mujeres fueron excluidas del estudio si usaban algún método anticonceptivo o si eran pre o posmenopáusicas. Obtuvieron una muestra de 72 participantes, dependientes de la cocaína en busca de tratamiento (35 hombres y 37 mujeres); el grupo 2 o control se conformó por 52 personas sanas (26 hombres y 26 mujeres).

El grupo 1 fue admitido en la CNRU, un centro cerrado de investigación de tratamiento de pacientes hospitalizados sin acceso al alcohol o las drogas y acceso limitado a los visitantes y el grupo control fue admitido en el Centro de Investigación Clínica de Yale (YCCI). En los resultados, la media de edad del grupo 1 fue de  $\bar{X} = 36.5$  ( $DE = 6.2$ ) y para el grupo control  $\bar{X} = 33.9$  ( $DE = 9.7$ ). Se encontraron diferencias significativas ( $F_{1,123} = 14.20, p < .0001$ ) de la inteligencia emocional

reportada para los participantes dependientes a la cocaína ( $\bar{X} = 89.89$ ,  $DE = 15.81$ ) en comparación con los controles saludables ( $\bar{X} = 101.40$ ,  $DE = 18.07$ ).

Romero-Ayuso et al. (2016), realizaron un análisis de las distintas destrezas de inteligencia emocional en pacientes con adicción a cocaína en período de abstinencia. Reportan una muestra compuesta por 50 participantes mayores de 18 años (un grupo de 25 participantes sin antecedentes de consumo de drogas y 25 con abstinencia de cocaína). El grupo dependiente reporta una edad media de  $\bar{X} = 27$  ( $DE = 6.04$ ) y el grupo control  $\bar{X} = 30$  ( $DE = 5.70$ ); el 68% del grupo dependiente fueron hombres y del grupo control 40% también fueron hombres.

El 32% del grupo dependiente reporta secundaria terminada, mientras que del grupo control fueron el 72%. Reportan que del grupo dependiente el 4% consume cannabis, el 72% alcohol, el 16% alcohol y cannabis, el 4% alcohol y anfetaminas. Encontraron que después de ajustar por edad, sexo y nivel educativo, los resultados de la prueba de Inteligencia Emocional Mayer- Salovey - Caruso (MSCEIT) muestran diferencias entre los dos grupos en la inteligencia emocional total, en el grupo control  $\bar{X} = 106.51$ , ( $DE = 6.93$ ); grupo dependiente  $\bar{X} = 84.81$ , ( $DE = 6.14$ ),  $F = 5.32$ ,  $p < .05$ . Para la IE estratégica reportan para el grupo control  $\bar{X} = 107.90$ , ( $DE = 4.22$ ), para el grupo dependiente  $\bar{X} = 91.24$ , ( $DE = 3.74$ ),  $F = 8.14$ ,  $p < .01$ ; en cuanto a la percepción de emociones el grupo control muestra  $\bar{X} = 102.23$ , ( $DE = 6.43$ ), mientras que el grupo dependiente  $\bar{X} = 96.43$ , ( $DE = 5.70$ ),  $F = 0.441$ ,  $p > .05$ .

Mohagheghi et al. (2015) investigaron la relación entre la inteligencia emocional y la dependencia del alcohol en personas dependientes de alcohol inscritas en programas ambulatorios de Clínicas Psiquiátricas del Hospital de la Universidad de Razi, Tabriz, al noroeste de Irán. La muestra consistió en dos grupos (20 hombres y 20 mujeres en cada grupo) y se excluyeron a las personas con algún tipo de trastorno psiquiátricos o con trastornos cerebrales. Para las características demográficas la edad promedio del grupo dependiente de alcohol fue de  $\bar{X} = 34.93$ ,  $DE = 9.83$  años y del grupo control fue de.

$\bar{X} = 31.28$ ,  $DE = 7.82$  años ( $p > 0.05$ ); el 70% del grupo control tenía diploma equivalente a secundaria, similar al grupo dependiente (87.5%); el 70 % del grupo control estaban casados, semejante al grupo dependiente (67%); el 67.5% del grupo control estaban empleados y así como el 55% del grupo dependiente.

En el tipo de hospitalización el 95% del grupo control fue ambulatorio y el 5% estaba hospitalizado, en cuanto al grupo dependiente el 87.5% fue ambulatorio y el 12.5% estaba hospitalizado. Reportan que, en los componentes o habilidades de la inteligencia emocional, en primer lugar, el grupo dependiente del alcohol y en segundo lugar, el grupo control tienen una diferencia significativa en el puntaje total de la prueba de inteligencia emocional ( $\bar{X} = 289$ ,  $DE = 28.47$ ;  $\bar{X} = 252$ ,  $DE = 28.90$ ) ( $t = 5.66$ ,  $p < .001$ ). Los autores mencionan que la única relación significativa fue entre la inteligencia emocional y la edad de inicio de consumo de alcohol con el estrés ( $r = -0.38$ ,  $p < .05$ ).

En cuanto a los componentes de la inteligencia emocional por sexo, solo se encontró significancia en cuanto autoconciencia emocional en hombres ( $\bar{X} = 19.05$ ,  $DE = 3.02$ ); mujeres ( $\bar{X} = 17.03$ ,  $DE = 3.14$ ),  $p < .005$ ; en el optimismo, hombres ( $\bar{X} = 17.93$ ,  $DE = 3.35$ ); mujeres ( $\bar{X} = 15.75$ ,  $DE = 3.66$ ),  $p < .05$  y en la flexibilidad, hombres ( $\bar{X} = 21.15$ ,  $DE = 3.21$ ); mujeres ( $\bar{X} = 18.9$ ,  $DE = 3.42$ ),  $p < .005$ . Concluyen que los pacientes con dependencia del alcohol carecen de varios componentes de la inteligencia emocional y que puede ser efectivo identificar y capacitar a las personas con puntajes más bajos de inteligencia emocional para prevenir problemas relacionados con el alcohol.

Sudraba et al. (2012), realizaron un proyecto piloto para analizar y describir los factores de personalidad del paciente con trastorno por uso de sustancias en relación con la inteligencia emocional, en la muestra incluyeron 241 pacientes del Centro de Psiquiatría y Trastornos de Adicción de Riga, en Lituania. El 63.9% eran hombres de 18 a 66 años ( $\bar{X} = 38.5$ ,  $DE = 10.7$ ) y el 36.1% eran mujeres de 18 a 62 años

( $\bar{X} = 37.8$ ,  $DE = 11.2$ ). Reportan que el 75.9% dependían del alcohol (66.1% hombres y 33.9% mujeres) y 24.1 % tenía adicción a drogas (56.9% hombres y 43.1% mujeres); de los cuales, el 85.2% eran dependientes a los opiáceos, 7.4% a las anfetaminas y 7.4% a sustancias psicoactivas.

En cuanto a la educación el 30% de los hombres y el 35.6% de las mujeres tenían secundaria; el 32.5 de los hombres y el 23% de las mujeres tenían empleo y el 22.7% de los hombres y el 31% de las mujeres estaban casados. Al comparar los indicadores de la escala de inteligencia emocional encontraron que las personas dependientes al alcohol tenían indicadores más altos en autorrealización ( $\bar{X} = 3.4$ ;  $DE = 0.7$ ;  $p < .01$ ), empatía ( $\bar{X} = 3.8$ ;  $DE = 0.6$ ;  $p < .01$ ), responsabilidad social ( $\bar{X} = 3.8$ ;  $DE = 0.6$ ;  $p < .001$ ), resolución de problemas ( $\bar{X} = 3.5$ ;  $DE = 0.6$ ;  $p < .001$ ), control de impulsos ( $\bar{X} = 3.0$ ;  $DE = 0.8$ ;  $p < .05$ ), interpersonal ( $\bar{X} = 3.7$ ;  $DE = 0.5$ ;  $p < .005$ ) y adaptabilidad ( $\bar{X} = 3.2$ ;  $DE = 0.4$ ;  $p < .01$ ).

En las diferencias entre las comparaciones de los indicadores de inteligencia emocional y el sexo, las mujeres tenían indicadores estadísticamente significativos y más altos en empatía ( $\bar{X} = 3.9$ ;  $DE = 0.6$ ;  $t = 2.968$ ;  $p < .005$ ) y responsabilidad social ( $\bar{X} = 3.9$ ;  $DE = 0.5$ ;  $t = 4.144$ ;  $p < .001$ ) y en los factores interpersonales ( $\bar{X} = 3.8$ ;  $DE = 0.5$ ;  $t = 2.863$ ;  $p < .005$ ) que los hombres. Reportaron también la media en la comparación entre hombres con dependencia al alcohol y hombres con dependencia a las drogas, en la autorrealización ( $\bar{X} = 3.4$ ;  $DE = 0.7$  y  $\bar{X} = 3.2$ ;  $DE = 0.5$ ;  $p < .01$ , respectivamente), empatía ( $\bar{X} = 3.7$ ;  $DE = 0.6$  y  $\bar{X} = 3.4$ ;  $DE = 0.6$ ;  $p < .005$ , respectivamente), responsabilidad social ( $\bar{X} = 3.7$ ;  $DE = 0.6$  y  $\bar{X} = 3.2$ ;  $DE = 0.5$ ;  $p < .001$ , respectivamente) y resolución de problemas ( $\bar{X} = 3.6$ ;  $DE = 0.6$  y  $\bar{X} = 3.2$ ;  $DE = 0.6$ ;  $p < .005$ , respectivamente).

Los indicadores del factor medio para hombres con adicción al alcohol en comparación con los usuarios de drogas fueron estadísticamente significativos y más altos en el factor interpersonal ( $\bar{X} = 3.7$ ;  $DE = 0.5$  y  $\bar{X} = 3.3$ ;  $DE = 0.4$ ;  $p < .005$ ,

respectivamente) y en el factor de adaptación ( $\bar{X} = 3.2$ ;  $DE = 0.4$  y  $\bar{X} = 3.0$ ;  $DE = 0.5$ ;  $p < .05$ , respectivamente). Para las mujeres con dependencia al alcohol y en comparación con las mujeres con dependencia a drogas, la comparación del indicador estadístico inteligencia emocional mostró diferencias estadísticamente significativas ( $p < .05$ ) en las evaluaciones de la capacidad de resolución de problemas, las cuales fueron más altas en mujeres con adicción al alcohol ( $\bar{X} = 3.5$ ;  $DE = 0.6$ ) que en mujeres con adicción a las drogas ( $\bar{X} = 3.1$ ;  $DE = 0.6$ ).

Parolin et al. (2017), evaluaron las características de adultos jóvenes con adicción a las drogas, en cuanto al funcionamiento emocional y la posible desregulación en las emociones, con respecto a alexitimia, búsqueda de sensaciones e inteligencia emocional. La muestra se compuso por 68 personas entre 18 - 24 años, de un centro terapéutico y de universidades en Italia; dividieron la muestra en un grupo clínico ( $n = 41$ ) y un grupo de control ( $n = 27$ ); el 54% eran hombres y con media de  $\bar{X} = 21$  años ( $DE = 2.1$ ); el 48.8% tenían padres con trastorno por uso de sustancias y el 54% de los participantes había tenido experiencias traumáticas como maltrato, abuso sexual y físico; del grupo control el 38% fueron hombres y 62% mujeres, con media de  $\bar{X} = 20$  ( $DE = 1.8$ ).

Reportan una diferencia significativa entre los dos grupos, es decir que una mayor tasa de jóvenes con trastorno por uso de sustancias mostró dificultades clínicamente significativas en la identificación de emociones ( $\chi^2 = 5.460$ ,  $p < .05$ ); también encontraron significancia en la dificultad para identificar emociones ( $z = -3.452$ ,  $p < .001$ ). Los participantes con bajas competencias emocionales se compararon en las dos muestras, siendo significativo el manejo de estrés ( $\chi^2 = 12.518$ ,  $p < .001$ ) y estado de ánimo general ( $\chi^2 = 16.418$ ,  $p < .001$ ), y en el cociente emocional general ( $\chi^2 = 16.712$ ,  $p < .001$ ) el grupo de clínico mostró frecuencias más altas de personas con problemas emocionales.

Por el contrario, se reportan competencias emocionales más bajas entre los pacientes hospitalizados en el intrapersonal ( $z = -3.144, p < .005$ ), interpersonal ( $z = -3.043, p < .005$ ), subescalas de manejo del estrés ( $z = -3.737, p < .001$ ) y estado de ánimo general ( $z = -3.466, p < .001$ ), junto con el cociente emocional total ( $z = -4.541, p < .001$ ).

***Riesgo de recaída.***

De Andrés (2017) hizo un estudio para analizar las diferencias en el nivel de adherencia al tratamiento según variables sociodemográficas, psicosociales, psicopatológicas, así como las relacionadas con el consumo, el tratamiento y la autoestima en pacientes con drogodependencia. Los participantes estuvieron en tratamiento ambulatorio, tenían más de 18 años y dependencia a una o más sustancias. En los datos sociodemográficos, el 61% eran hombres, con edad media de  $\bar{X} = 43.9$  años ( $DE = 10.43$ ); el 34.7% estaba desempleado y el 19.4% pendiente de un proceso judicial al ingreso; solo el 61.1% tenía apoyo familiar.

El 59.7% consumía alcohol seguido del 34.3% que consumió cocaína, el 14.4% cannabis, el 12.5% benzodiazepinas y el 11.1% heroína; se menciona que el 58.8% presentó policonsumo de sustancias. Se presentaron diferencias estadísticamente significativas en la comparación entre el grupo que presentó adherencia y el grupo sin adherencia, en donde reportan que la media del grupo con adherencia al tratamiento fue de  $\bar{X} = 45.1$  ( $DE = 9.62$ ) y la media de edad del grupo que no se apegó al tratamiento fue de  $\bar{X} = 41.2$  ( $DE = 11.70; p < .01$ ). El 59.2% presentó más adherencia al vivir con sus padres o hermanos, mientras que sólo el 40.8% de los que vivían con sus padres no se apegaron al tratamiento ( $p < .005$ ).

Roncero et al. (2012), realizaron una investigación para analizar la adherencia al tratamiento en personas con tratamiento de tipo ambulatorio para la adicción a las drogas. La población se compuso por 5,052 pacientes que acudieron a urgencias de psiquiatría de un hospital que fueron enviados a tratamiento ambulatorio y reportan una

muestra de 72 pacientes, de los cuales el 76.4% fueron hombres, con media de  $\bar{X} = 37.5$  años, el 39.2% tenían otro trastorno mental.

De los pacientes que se enviaron a tratamiento ambulatorio el 67% solicitaron consulta y en el 79% de dicho grupo, se estudió la adherencia al mes, tres, seis y doce meses mediante el registro de la asistencia o no a las consultas. El 34% de los pacientes no solicitaron consulta para tratamiento ambulatorio, el 14% solicitaron consulta, pero no acudieron y de los citados a consulta, reportan que el 47.2% tenían adicción al alcohol, 26.4% eran policonsumidores, el 15.3% tenían adicción a la cocaína, el 6.9% a las benzodiazepinas, el 2.8% al cannabis y el 1.4% a opiáceos. De los pacientes que acudieron a la primera consulta, 86.8% se mantuvieron en tratamiento durante el primer mes, de ellos el 56.2% tenían dependencia al alcohol, 15.1% a la cocaína, el 6.06% a los benzodiazepinas, el 3.03% de opiáceos.

El 52.6% se continuó con el tratamiento al año de la primera visita; el 13.1% abandonó el tratamiento en el primer mes, el 13.1% abandonó entre el primer y el tercer mes, el 13.1% abandonó entre el tercer y sexto mes, el 7.9% abandonó entre los seis y doce meses y 5.2% abandonó después de los doce meses; reportan que el 91.6% de los pacientes con dependencia al alcohol abandonaron tratamiento los seis primeros meses.

Valero et al. (2013), investigaron el perfil psicosocial de adultos que han recibido tratamiento contra las adicciones en un centro del Proyecto Hombre en Málaga; además de analizar los factores de protección, personales y familiares relacionados con el apego, alta o abandono del tratamiento. Participaron 96 adultos (83.3% hombres y 16.7% mujeres), con edades entre 18 y 56 años ( $\bar{X} = 31.3$ ,  $DE = 12.4$ ) con abuso de drogas; el 76% eran solteros, el 35.4% reporto vivir con sus padres.

Encontraron en la primera fase de tratamiento, que duraba un año, participaron un 57.3% de personas; en la segunda, que también duro un año, continuó solo el 47.7% y al final de esos dos años, si han desaparecido los problemas de adicciones, se da el alta terapéutica; en esta última etapa sí hay diferencia en los resultados, no se distribuye por

igual la proporción de altas terapéuticas (22.9%), los abandonos o expulsiones del programa (68.8%) y las recaídas o vueltas al programa una vez dado el alta (8.3%) ( $\chi^2 = 57.25, p < .001$ ).

Un 37.7% de las mujeres fueron dadas de alta; sin embargo, no hay diferencias significativas en los resultados en cuanto a sexo. Se encontraron diferencias significativas en cuando al número de abandonos y altas terapéuticas en relación con qué fase ocurren ( $\chi^2 = 17.992, p < .001$ ); el 83.6% de los abandonos ocurre durante la primera fase; el 48.8% ocurren en la segunda fase y el 43.9% llegan al alta. En cuanto al abandono del tratamiento, el tener conflicto con la madre resulta significativo ( $\chi^2 = 7.909, p < .05$ ), también con los hermanos ( $\chi^2 = 6.848, p < .05$ ), y con otros familiares ( $\chi^2 = 13.592, p < .001$ ). Los autores mencionan que algo significativo y no esperado fue que los participantes que casi no tenían contacto familiar tuvieron más altas terapéuticas (41.2%), por el contrario, el 82.2% de los que sí tenían relación estrecha con la familia mostraron más abandonos y recaídas ( $\chi^2 = 23.368, gl = 2, p < .0001$ ).

Calvo et al. (2018), buscaron analizar los factores que influyen en el riesgo de abandono o recaída en los programas de intervención en adultos con trastornos por uso de sustancias (TUS). Los 744 participantes acudieron a uno de los seis centros de atención y seguimiento a las drogodependencias (CAS) de la provincia de Girona, España; de los cuales se seleccionaron el grupo caso o abandono (GA) estuvo compuesto por 92 personas que abandonaron el tratamiento a los dos meses. El grupo control o mantenimiento (GM) fueron 158 pacientes que continuaban en tratamiento.

El 76.9% fueron hombres, con media de  $\bar{X} = 42.6$  años ( $DE = 11.3$ ); no se reportan diferencias por sexo (hombres  $\bar{X} = 43.8, DE = 12.5$ ) (mujeres  $\bar{X} = 42.9, DE = 9.5$ ) ( $t = 0.57, p < .05$ ). En cuanto al acceso al tratamiento, el 32.4% fue por cuenta propia, el 30.8% fueron derivados por servicios primarios de salud y el 51.4% acudieron acompañados por sus familiares. En lo que respecta a la comparación entre las variables

por grupos, reportan que no hubo significancia en la edad de los grupos, GM  $\bar{X} = 45.2$  ( $DE = 12.6$ ); GA  $\bar{X} = 40.9$  ( $DE = 10.8$ ); ( $\chi^2 = 2.7$ ,  $gl = 243$ ,  $p < .05$ ) al igual que en escolaridad primaria, GM  $\bar{X} = 60$  ( $DE = 42.9$ ); GA  $\bar{X} = 30$  ( $37.0$ ) ( $\chi^2 = 6.4$ ,  $gl = 2$ ,  $p < .01$ ).

La regresión logística binaria ajustada para determinar el abandono del tratamiento el acudir a las visitas sin compañía ( $OR = 3.133$ ,  $p < .01$ ) ser mujer ( $OR = 2.437$ ,  $p < .05$ ) y que la solicitud de tratamiento hubiese sido por cocaína ( $OR = 1.141$ ,  $p < .001$ ) incrementan el riesgo de abandono.

### **Síntesis de la Literatura**

De acuerdo con los estudios revisados, se encontró que se llevaron a cabo en personas en tratamiento contra la adicción al alcohol y drogas (anfetaminas, cocaína, heroína, marihuana y opiáceos); los cuales fueron realizados en Australia, Brasil, Bruselas, China, España, Estados Unidos, Francia, Italia, Irán, Jordania Kenia, Líbano, India. Se reporta que la muestra son en su mayoría hombres, solteros, de 18 a 65 años; todos tenían como mínimo la educación primaria terminada y la mayoría mencionó ser desempleado.

De acuerdo con la literatura encontrada, se mostró que el craving aumenta el riesgo de recaída (Fatseas et al., 2015; Langmantel et al., 2019; Schneekloth et al., 2012) sin embargo, Martínez et al. (2011) mencionan que el craving no influye en la recaída ni en la capacidad para predecir los consumos. Con relación al craving y la inteligencia emocional, se reporta que los pacientes dependientes con puntuaciones más altas de inteligencia emocional experimentaron un craving menor al final del tratamiento (De Sousa et al., 2010), similar a lo reportado por Ottonello et al. (2019), quienes concluyen que el craving es más alto en las personas con dificultad en la regulación emocional.

En relación con la emoción expresada por la familia, todos los estudios revisados coinciden en que dicha variable puede propiciar una recaída en el consumo de sustancias (Atadokht et al., 2015; Githae 2016; Kadam et al., 2017; Mittal et al., 2015).

Continuando con las variables que afectan el riesgo de recaída se encontraron

correlaciones significativas en la cantidad de consumo de alcohol, nivel de estrés y enfatizan que el estrés fue un predictor significativo del riesgo de recaída (Al Abeiat et al., 2016); es importante mencionar que a pesar de que algunos autores no abordan específicamente a la inteligencia emocional, reportan que el estrés conduce a la dependencia de sustancias y la capacidad de recuperación atenúa el impacto del estrés en las emociones negativas reduciendo el consumo, además que el estado de ánimo negativo contribuye al desarrollo de problemas en el consumo (Tartter & Ray, 2012; Wang & Chen, 2015).

Mohagheghi et al. (2015) concluyen que los pacientes con dependencia al alcohol carecen de varios componentes de la inteligencia emocional, entre ellos un menor nivel de tolerancia al estrés, aunque este hallazgo no fue significativo; contrario a lo reportado por Obeid et al. (2020) quienes dan evidencia de que el consumo de alcohol y estrés percibido se asociaron significativamente. Por último y contrario al resto de los artículos revisados, Pilowsky et al. (2013) reportan que solo las personas que pasaron por el estrés de un divorcio o separación tuvieron más riesgo de recaída y que ningún otro evento estresante se asoció significativamente con la recaída.

En relación con la espiritualidad, se mostró asociación con la recuperación o apego al tratamiento de las personas con adicciones, es decir a mayor espiritualidad o prácticas religiosas de las personas que habían recibido tratamiento para la dependencia de sustancias hay un aumento en la recuperación y facilidad para lograr la abstinencia (Acheampong et al., 2016; Galanter et al., 2013; Medlock et al., 2017; Piderman et al., 2007; Schoenthaler et al., 2015). La espiritualidad y la inteligencia emocional se correlacionan significativamente con el control del abuso de alcohol y drogas, por lo cual se menciona que al elevar la inteligencia emocional y espiritualidad se puede controlar el abuso de sustancias (Alaei et al., 2017).

Finalmente, en relación los factores que influyen en el riesgo de recaída se encontraron que la mayoría de los participantes en tratamiento recibieron fármacos para

la deshabitación y presentaron más adherencia al vivir con sus padres o hermanos, similar a lo encontrado por Calvo et al. (2018) quienes confirman que el abandono del tratamiento o riesgo de recaída aumenta al acudir a las visitas sin compañía; Roncero et al. (2012) también reporta que el factor económico no influye en el tratamiento; contrario a lo que reporta Valero et al. (2013) quienes además de evidenciar que el 83.6% de los abandonos ocurre durante las primeras fases del tratamiento, mencionan que los participantes que casi no tenían contacto familiar tuvieron más altas terapéuticas, contrario al grupo que sí tenían relación estrecha con la familia, quienes mostraron más abandonos y recaídas.

### **Definición de Términos**

Edad, años cumplidos por el adulto en tratamiento, se obtuvo mediante la aplicación de una cédula de datos sociodemográficos.

Sexo, característica biológica que diferencia al hombre de la mujer y se reportará en términos de femenino y masculino, se obtuvo mediante la aplicación de una cédula de datos sociodemográficos.

Escolaridad, número de años de estudios formales del adulto en tratamiento, considerando el que terminó antes de ingresar al internamiento, se obtuvo mediante la aplicación de una cédula de datos sociodemográficos.

Estado civil, condición marital en que se encuentra el adulto en tratamiento en términos de: soltero, casado, unión libre, divorciado, separado y viudo, se obtuvo mediante la aplicación de una cédula de datos sociodemográficos.

Craving, deseos o ganas intensas y compulsivas por consumir alcohol, marihuana o metanfetaminas expresadas por los adultos en tratamiento por consumo de drogas. Para la medición del craving por alcohol se utilizó el Cuestionario de Craving por Alcohol (Alcohol Craving Questionnaire [ACQ-Now], Singleton et al., 1995); para el craving por marihuana se utilizó el Cuestionario de Craving por Marihuana (Marijuana Craving Questionnaire [MCQ]) de Heishman et al., (2001) y para el craving

por metanfetaminas el Cuestionario de Craving por Metanfetaminas (Desire for Speed Questionnaire [DSQ]) de James et al. (2004).

Emoción expresada percibida, percepción que tiene el adulto en tratamiento por consumo de drogas sobre los juicios de aprobación o desaprobación que hace la familia sobre el consumo de drogas del adulto, para el presente estudio se midió a través de la Escala de Emoción Expresada Percibida (LEE) de (Cole & Kazarian, 1988).

Estrés percibido, respuestas cognitivas y emocionales que experimenta la persona frente a una situación estresante, estimulación nociva que recibe una persona se relaciona fácilmente con la enfermedad, la salud y el bienestar, para el presente estudio se midió a través de la Escala de Estrés Percibido (EEP) de Cohen et al. (1983).

Espiritualidad, experiencia interna del ser humano que se evidencia a través de cuatro dimensiones; la autoconciencia, las prácticas espirituales, creencias y las necesidades espirituales, que implican seguir un propósito en la vida basado en el perdón, amor y vínculos con otros, se midió a través del Cuestionario de Espiritualidad (Parsian & Dunning, 2008)

Inteligencia emocional percibida, conjunto conocimientos y habilidades emocionales y sociales que influyen en la capacidad general para afrontar efectivamente las demandas del medio del adulto en tratamiento; se compone por cinco componentes: intrapersonal, interpersonal, adaptabilidad o ajuste, manejo de estrés y estado de ánimo, y fue medida mediante el Inventario de Cociente Emocional en su versión corta ([EQ-I: Short], Bar-On, 2002).

Riesgo de recaída, riesgo de volver o regresar a un comportamiento adictivo de alcohol y drogas ilícitas (marihuana y metanfetamina) después de un considerable período de abstinencia (un año), lo que favorece el retorno al comportamiento adictivo o al estilo de vida anterior, después de un período de abstinencia, esta variable fue medida a través del Cuestionario de Variables Predictoras de Abandono y Adhesión al Tratamiento (VPA-30) (Sirvent, 2009).

### **Objetivo General**

Analizar el efecto que ejerce el craving por consumo de alcohol, marihuana y metanfetaminas, la emoción expresada percibida, el estrés percibido y la espiritualidad sobre el riesgo de recaída mediado por la inteligencia emocional percibida en adultos en tratamiento por alcohol, marihuana y metanfetaminas.

### **Objetivos Específicos**

1. Describir el riesgo de recaída por tipo de sustancia (alcohol, marihuana y metanfetaminas) en adultos en tratamiento.
2. Describir el craving por consumo de alcohol, marihuana y metanfetaminas, la emoción expresada percibida, el estrés percibido, la espiritualidad y la inteligencia emocional percibida en adultos en tratamiento por sexo, nivel de estudios, estado civil y religión.
3. Analizar la relación entre el craving por consumo de alcohol, marihuana y metanfetaminas, la emoción expresada percibida, estrés percibido, la espiritualidad, la inteligencia emocional percibida y el riesgo de recaída en el consumo de alcohol y drogas ilícitas en adultos en tratamiento.

### **Hipótesis**

1. El craving por consumo de alcohol, marihuana y metanfetamina, la emoción expresada percibida, el estrés percibido y la espiritualidad influyen en la inteligencia emocional percibida del adulto en tratamiento por consumo de alcohol, marihuana y metanfetaminas.
2. La inteligencia emocional percibida afecta el nivel comprometido o riesgo de recaída en el consumo de alcohol y drogas ilícitas en adultos en tratamiento por consumo de alcohol, marihuana y metanfetaminas.
3. La combinación del craving por consumo de alcohol, marihuana o metanfetaminas, emoción expresada percibida, estrés percibido y espiritualidad

influyen en el riesgo de recaída de los adultos en tratamiento por consumo de alcohol, marihuana y metanfetaminas.

## **Capítulo II**

### **Metodología**

En este capítulo se describe el diseño del estudio, población, muestreo, muestra, criterios de inclusión, descripción de los instrumentos de medición, procedimiento de recolección de datos, consideraciones éticas y análisis de datos.

#### **Diseño del estudio**

El diseño del estudio fue descriptivo, predictivo y de comprobación de modelo (Grove & Gray, 2019), se estudió la relación y efecto entre las variables; sin manipulación. Además, el estudio fue de tipo transversal, la obtención de los datos fue en un lugar y momento específico del tiempo (Polit & Tatano, 2018).

#### **Población, Muestreo y Muestra**

La población se conformó por adultos hombres y mujeres (18 - 64 años), que se encontraban internados en diferentes Centros de Rehabilitación contra las Adicciones (CRCA) del área metropolitana de Monterrey, Nuevo León. Se contaba con 37 CRCA, sin embargo, a causa del confinamiento social por COVID-19 se realizó un censo de 8 CRCA en donde se obtuvo 274 observaciones.

#### ***Criterios de inclusión***

Adultos con más de 30 días de internamiento en CRCA del área metropolitana de Monterrey, Nuevo León; que ingresaron por consumo de alcohol y drogas ilícitas (marihuana y metanfetaminas).

#### ***Criterios de exclusión***

Adultos identificados por los responsables de los CRCA con diagnóstico de trastorno mental o patología neurológica (depresión, trastorno bipolar, trastorno de la personalidad, esquizofrenia o algún déficit neurológico, etc.) y adultos con discapacidad cognitiva que dificultara la comprensión de los instrumentos.

## **Instrumentos de Medición**

En este apartado se describen los instrumentos de medición que se utilizaron para la colección de información. Para el presente estudio se utilizó una Cédula de Datos Sociodemográficos (Apéndice A), el Cuestionario de Craving por Alcohol (Alcohol Craving Questionnaire [ACQ-Now], Singleton et al., 1995) (Apéndice B); el Cuestionario de Craving por Marihuana (Marijuana Craving Questionnaire [MCQ], Heishman et al., 2001) (Apéndice C), el Cuestionario de Craving por Metanfetaminas (Desire for Speed Questionnaire [DSQ], James et al., 2004) (Apéndice D), la Escala de Emoción Expresada ([LEE], Cole & Kazarian, 1988) (Apéndice E), la Escala de Estrés Percibido ([EEP], Cohen et al., 1983) (Apéndice F), el Cuestionario de Espiritualidad (Parsian & Dunning, 2009) (Apéndice G), el Inventario de Cociente Emocional versión corta ([EQ-I], Bar-On, 2002) (Apéndice H), y el Cuestionario de Variables Predictoras de Abandono y Adhesión al Tratamiento ([VPA-30], Sirvent, 2009) (Apéndice I).

### **Cédula de datos sociodemográficos**

La Cédula de Datos Sociodemográficos (CDSO, [Apéndice A]) recaudó información sobre datos biológicos (edad y sexo) y sociodemográficos (escolaridad, estado civil), así como información sobre el tratamiento y recaídas previas a su internamiento (tipo de internamiento, tipo de tratamiento, número de internamientos y recaídas).

### **Craving**

#### ***Cuestionario de Craving por Alcohol.***

El Cuestionario de Craving por Alcohol (Alcohol Craving Questionnaire [ACQ-Now], Singleton et al., 1995) fue diseñado para conocer el ansia o deseo agudo de alcohol, los autores evaluaron el instrumento para conocer los aspectos multidimensionales del deseo por el alcohol en 219 adultos estadounidenses que consumieron alcohol al menos una vez en los últimos 30 días, en las propiedades psicométricas los autores analizaron los ítems para excluir ítems no sensibles, así como

un análisis factorial exploratorio de los ítems restantes y un cálculo con alta consistencia interna, confiabilidad test-retest y validez convergente, con un Alfa de Cronbach de 0.77 a 0.86 (Allen & Wilson, 2003; Singleton et al., 1995). El cuestionario evalúa el nivel de antojo que presenta el individuo al momento en el que se coloca el instrumento; cuenta con 47 reactivos, con escala tipo Likert de siete puntos, los participantes indican el grado en que están de acuerdo con cada afirmación que va de “Totalmente en desacuerdo” a “Totalmente de acuerdo”.

Cuenta con cinco subescalas: impulso y deseo de consumir alcohol (7, 11, 17, 21, 24, 36, 38, 44 y 47); intención de consumir alcohol (4, 6, 8, 12, 19, 23, 33, 37 y 45); anticipación de un resultado positivo (2, 5, 10, 18, 20, 27, 29, 32 y 41); anticipación del alivio de abstinencia y resultado negativo (3, 9, 13, 14, 22, 28, 34, 39 y 46) y falta de control sobre el consumo de alcohol (1, 15, 16, 25, 26, 31, 35, 42 y 43); los reactivos 2, 6, 26, 27, 29, 35, 36, 38, 41, 42, 43 son considerados con clave inversa. Cabe destacar que los autores agregaron dos reactivos (30 y 40) como verificación de los reactivos 4 y 11.

El ACQ-Now se tradujo al español y se validó por un panel de expertos mediante el método de backtranslation o retrotraducción (Isart, 2017; Ramada-Rodilla, 2013) y para el presente estudio se crearon índices, los cuales indican que mayor puntaje, mayor es el craving por alcohol.

### ***Cuestionario de Craving por Marihuana.***

El Cuestionario de Craving por Marihuana (Marijuana Craving Questionnaire [MCQ], Heishman et al., 2001) contiene 47 reactivos que evalúan el deseo o antojo de marihuana en adultos. Se adaptó del Cuestionario de Craving de Cocaína (CCQ), el MCQ contiene elementos calificados en una escala tipo Likert de siete puntos, va de “Totalmente en desacuerdo” a “Totalmente de acuerdo”; se reporta que es apropiado para adultos y se contesta aproximadamente en 30 minutos. Los reactivos 2, 6, 26, 27, 29, 35, 36, 38, 41, 42, 43 son considerados con clave inversa y se puntúan como (8 - puntaje bruto).

El MCQ cuenta con cinco subescalas de ansia de marihuana: impulso y deseo de consumir alcohol (7, 11, 17, 21, 24, 36, 38, 44 y 47); intención de consumir alcohol (4, 6, 8, 12, 19, 23, 33, 37 y 45); anticipación de un resultado positivo (2, 5, 10, 18, 20, 27, 29, 32 y 41); anticipación del alivio de abstinencia y resultado negativo (3, 9, 13, 14, 22, 28, 34, 39 y 46) y falta de control sobre el consumo de alcohol (1, 15, 16, 25, 26, 31, 35, 42 y 43); además de dos reactivos (30 y 40) como reactivos de verificación.

Las propiedades psicométricas de la MCQ se evaluaron en una muestra de fumadores de marihuana que no buscan tratamiento en Baltimore, Maryland con un total de 217 participantes, el análisis del MCQ mostró que la consistencia interna de las cuatro subescalas es de moderada a buena, con la estimación de confiabilidad más baja para el factor de expectativa ( $\alpha = 0.55$ ) y la más alta para el factor de compulsividad ( $\alpha = 0.82$ ) (Heishman et al., 2001). Para el presente estudio el MCQ se tradujo al español y se validó por un panel de expertos mediante el método de backtranslation o retrotraducción (Isart, 2017; Ramada-Rodilla, 2013) y se realizaron índices que indican que mayor puntaje, mayor es el craving por marihuana (Heishman et al., 2001).

#### ***Cuestionario de Craving por Anfetaminas.***

Actualmente, la única medida encontrada de auto informe de reactivo múltiples validada para las anfetaminas es el Cuestionario Desire for Speed (DSQ) desarrollado por James et al. (2004), que fue adaptado del Cuestionario Desires for Alcohol ([DAQ], Love et al., 1998), para el presente estudio se tradujo al español y se validó por un panel de expertos mediante el método de backtranslation o retrotraducción (Isart, 2017; Ramada-Rodilla, 2013). El deseo auto informado de anfetamina se ha utilizado como una variable de resultado para determinar la eficacia de las psicofarmaterias recientes para el abuso y la dependencia, como la naltrexona y la fluoxetina (Maxwell & Rutkowski, 2008; Srisurapanont et al., 2001).

El cuestionario de craving o deseo por la anfetamina (Desires for Speed [DSQ], James et al., 2004) es una medida de 40 reactivos y mide el deseo de anfetamina con un

puntaje total mediante una escala tipo Likert de siete puntos para cada una de las cuatro subescalas: positivo y refuerzo negativo, deseos e intenciones fuertes, deseos e intenciones leves, y esfuerzos para controlar el uso de anfetaminas. La escala de refuerzo ( $\alpha = 0.92$ ) incluye elementos (2, 4, 5, 10, 12, 13, 16, 18, 23, 24, 30, 34, 37, 40) que reflejan el alivio anticipado de los estados negativos y la anticipación de resultados positivos a través del uso de anfetaminas.

Los deseos e intenciones fuertes se miden en una escala de elementos (3, 7, 9, 11, 15, 17, 22, 26, 27, 28, 32, 35, 36, 38, 39) y han obtenido alfas aceptables ( $\alpha = 0.93$ ); de igual forma, la tercera escala que mide los deseos e intenciones leves (1, 14, 19, 20, 21, 25, 29, 31, 33) presenta confiabilidad dentro del rango aceptado ( $\alpha = 0.89$ ). La escala de control de dos reactivos (6, 8) del DSQ refleja los esfuerzos para controlar el uso de anfetaminas una vez que se inicia el comportamiento ( $\alpha = 0.64$ ). Las escalas incluyen reactivos con puntaje negativo (6, 8, 28, 31, 33) y para el presente estudio, solo se consideró la metanfetamina como parte de las anfetaminas, además de la obtención de índices que indican que mayor puntaje, mayor es el craving por metanfetaminas.

### **Emoción Expresada Percibida**

#### ***Escala de Emoción Expresada Percibida.***

La Escala de Emoción Expresada (LEE) se desarrolló para medir el clima emocional del entorno familiar, tal como lo percibe el paciente (Cole & Kazarian, 1988), ha sido validada al español por Sepúlveda et al. (2011). En la versión de 60 reactivos se obtiene información de cuatro aspectos básicos: intrusividad o criticismo (1, 5, 9, 13, 17, 25, 29, 33, 37, 41, 44, 45, 49, 53, 57) hostilidad o actitudes negativas hacia la enfermedad (3, 7, 11, 15, 19, 23, 27, 31, 35, 39, 43, 47, 51, 55, 59) la tolerancia o expectativas hacia el paciente (4, 8, 12, 16, 20, 21, 24, 28, 32, 36, 40, 48, 52, 56, 60) y la respuesta o implicación emocional (2, 6, 10, 14, 18, 22, 26, 30, 34, 38, 42, 46, 50, 54, 58).

Cada factor o aspecto está compuesto por 15 cuestiones que se responden como verdadero o falso. La escala LEE muestra una alta consistencia interna que oscila entre 0.84 y 0.89 y con una buena fiabilidad test retest que puede ir del 0.67 hasta 0.82 (Becerra, 2011). El Coeficiente de Correlación test-retest para el global durante seis semanas fue  $r = .82$ , y varió de  $r = .67$  a  $.81$  para las subescalas (Cole & Kazarian, 1988).

Hay dos versiones disponibles de la escala, una dirigida al familiar y otra al paciente, que es la que se utilizó para esta investigación, ya que han encontrado datos que avalan una buena predicción de recaída. Para la versión del paciente las escalas del instrumento presentan puntuaciones continuas, dando por resultado que a mayor puntuación obtenida mayor será la manifestación del rasgo medido. La puntuación total de cada uno de los 60 reactivos genera puntuaciones que van de los 60 a los 120 puntos; según los autores refieren que se presenta alta emoción expresada si las puntuaciones están por encima de la mediana (Cole & Kazarian, 1998).

## **Estrés Percibido**

### *Escala de Estrés Percibido.*

La Escala original de Estrés Percibido (EEP) fue diseñada por Cohen et al. (1983), posteriormente traducida al español por Remor y Carrobles (2001). La escala permite medir el grado en que las situaciones de la vida son evaluadas como estresantes, es decir, el grado en que las personas encuentran que su vida es impredecible, incontrolable o sobrecargada, estos tres aspectos han sido repetidamente confirmados como componentes centrales del estrés (Remor & Carrobles, 2001).

La escala está constituida por 14 reactivos con una escala tipo Likert con opciones de respuesta que van de “Nunca” a “Muy Frecuentemente”. La escala predice que, a mayor puntuación, mayor será el estrés percibido por la persona; en los reactivos 4, 5, 6, 7, 9, 10 y 13 el puntaje debe considerarse como inverso, ya que los reactivos están redactados en forma negativa. La escala de estrés percibido ha sido utilizada

ampliamente en diversos países mostrando confiabilidad y validez, ha obtenido Alphas de Cronbach aceptables con valores de 0.79 (Tapia et al., 2007).

## **Espiritualidad**

### *Cuestionario de Espiritualidad.*

El Cuestionario de Espiritualidad, de Parsian y Dunning (2009) se enfoca en el concepto de identidad interior, sentido de la vida y conexión de las personas. Está conformado por cuatro subescalas: autoconciencia (reactivos del 1 al 10), creencias espirituales en la vida (11, 12, 13 y 14), prácticas (reactivos del 15 al 20) y necesidades espirituales (reactivos del 21 al 29).

Está validada al español por Díaz, Muñoz y Vargas (2012); quienes igual reportan 29 reactivos agrupados en 4 dimensiones, el primero autoconciencia (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10), la importancia de creencias espirituales en la vida (11, 12, 13, 14), las prácticas espirituales (15, 16, 17, 18, 19, 20) y las necesidades espirituales (21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29), a los cuales se responde mediante escala de Likert con respuesta que va de 1 (completamente en desacuerdo) a 4 (completamente de acuerdo); el instrumento cuenta con un puntaje mínimo de 29 y máximo de 116, lo que significa que a mayor puntaje, mayor es la espiritualidad.

La adaptación al español presentó fiabilidad general de 0.89; y una fiabilidad de 0.84 para autoconciencia, 0.91 para importancia de las creencias espirituales, 0.76 para prácticas espirituales y 0.79 para necesidades espirituales. Este instrumento ha sido validado al español en Bogotá, Colombia en 204 adultos de 18 a 25 años, por Díaz (2012), mostrando un Alpha de Cronbach de 0.88, un índice global de validez de contenido de 0.90.

## **Inteligencia emocional**

### *Inventario de Cociente Emocional (EQ-I).*

En términos generales, el modelo de Bar-On (1997, 2000, 2002), describe una sección transversal de competencias emocionales y sociales interrelacionadas con

habilidades y facilitadores que impactan el comportamiento inteligente; las cuales se miden con el Inventario de Cociente Emocional (EQ-I). El EQ-I, en su versión corta, tiene por objetivo identificar el grado en el que se presentan los componentes emocionales y sociales en la conducta, mediante el autor reporte (Bar-On, 2002); va dirigido a personas mayores de 17 años; para el presente estudio se utilizó la versión corta (Bar-On, 2002); compuesta de 51 reactivos, el tiempo para responderlo es de aproximadamente 20 minutos.

Se divide en cinco factores generales: intrapersonal: evalúa las habilidades de autoconciencia emocional, autoestima personal, asertividad, auto actualización e independencia (3, 9, 15, 21, 27, 33, 39, 44, 48, 50); interpersonal: comprende las subescalas de empatía, relaciones interpersonales y responsabilidad social (2, 8, 14, 20, 25, 32, 38, 43, 47, 51); adaptabilidad: incluye las habilidades de solución de problemas, comprobación de la realidad y flexibilidad (5, 11, 17, 23, 29, 35, 41); gestión del estrés: compuesta por las subescalas de tolerancia al estrés y control de impulsos (4, 10, 16, 22, 28, 34, 40, 45) y estado de ánimo: integrada por las sub escalas de felicidad y optimismo (1, 7, 13, 19, 26, 31, 37, 42, 46, 49).

El instrumento cuenta además con una escala de impresión positiva y un índice de inconsistencia como medidas de validez (6, 12, 18, 24, 30, 36). Se presenta con una escala tipo Likert de 5 puntos que va de “Totalmente de acuerdo” a “Totalmente en desacuerdo”; la suma de todos los reactivos (incluidos los reactivos con valor negativo 3, 4, 8, 9, 10, 15, 16, 21, 22, 26, 27, 28, 33, 34, 37, 39, 40, 44, 45, 48, 49, 50), excepto las de la escala de impresión positiva, muestra la puntuación total, de esta manera, el puntaje puede variar entre 45 y 225 y cuanto mayor sea el puntaje más alta será la inteligencia emocional; la versión corta ha sido validada al español por López-Zafra et al. (2014).

La versión corta reporta niveles de consistencia interna aceptables ( $\alpha = 0.70$ ), y la correlación con las dimensiones de la versión larga es adecuada ( $\alpha = 0.73$  para

hombres y  $\alpha = 0.75$  para mujeres) (Bar-On, 2002), en cuanto a la validez discriminante hay evidencia empírica de que las dimensiones de la personalidad sólo representan cantidades relativamente modestas de variabilidad en EQ-I: Short, explicando un porcentaje de varianza de 0.16 a 0.29 (Parker et al., 2011), lo que confirma la capacidad del instrumento para diferenciar el cociente emocional de otros constructos. Respecto a las sub escalas EQ-I: Short, también mostraron niveles de consistencia interna de moderados a altos en Intrapersonal ( $\alpha = 0.80$ ), Interpersonal ( $\alpha = 0.82$ ), Adaptabilidad ( $\alpha = 0.80$ ), Manejo del estrés ( $\alpha = 0.75$ ) y puntaje de EQ-I total ( $\alpha = 0.87$ ) al aplicar el instrumento en 2,361 adultos jóvenes de entre 17 y 52 años (703 hombres y 1, 658 mujeres) en Ontario, Canadá (Parker et al., 2011). En las correlaciones retest a los 6 meses después en 342 participantes también reportan consistencia interna para la escala Intrapersonal ( $\alpha = 0.77$ ), Interpersonal ( $\alpha = 0.60$ ), Adaptabilidad ( $\alpha = 0.60$ ), Manejo del estrés ( $\alpha = 0.72$ ) y para puntaje de EQ total ( $\alpha = 0.60$ ).

### **Riesgo de recaída**

#### ***Cuestionario de Variables Predictoras de Abandono y Adhesión al Tratamiento de Predicción del Abandono (VPA-30).***

El Cuestionario de Variables Predictoras de Abandono y Adhesión al Tratamiento ([VPA-30], Sirvent, 2009), evalúa el nivel de riesgo de abandono del tratamiento; consta de 30 reactivos (de los cuales el 1, 3, 4, 5, 6, 9, 11, 12, 13, 15, 16, 18, 19, 22, 23, 25, 26, 30 son reactivos con valor negativo) con una escala general de 14 reactivos y 5 subescalas que consisten en variables de adherencia terapéutica: motivación (2, 8, 10, 17, 21, 24) conciencia de problema (3, 6, 11, 16, 23, 30), sentimientos adversos (4, 12, 18, 19, 26), deseos de consumo (1, 5, 9, 13, 22) y tratamiento (6, 14, 15, 20, 25); la motivación se refiere al deseo de recuperarse y cumplir con el tratamiento activamente.

La conciencia de problema, representa el grado de conocimiento y capacidad del paciente para abstenerse de la sustancia; los sentimientos adversos, son sensaciones y

sentimientos que afectan con mayor frecuencia; los deseos de consumo son el anhelo por el ambiente tóxico; el factor tratamiento, traduce la valoración subjetiva del programa terapéutico en cuanto a la confianza, dificultad, adecuación y aceptación del mismo por parte del sujeto; la adherencia, indica que la persona no va a abandonar el tratamiento. Mientras mayor sea la puntuación en cada una de las dimensiones mayor es el riesgo de abandono del tratamiento; la consistencia interna del cuestionario es de 0.74 (Sirvent, 2010).

### **Procedimiento de Recolección de Datos**

Al contar con la aprobación de los Comités de Investigación y de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería (FAEN) de la Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL), se acudió a cada uno de los CRCA del área metropolitana con la finalidad de exponer a los directivos el propósito de la investigación y aclarar cualquier duda acerca de la investigación, así mismo se solicitó la autorización por escrito de los directores de los CRCA para el desarrollo del estudio.

Además, se contó con la firma de un responsable o tutor en el consentimiento informado de las personas que se encontraban internas. Debido a la contingencia por COVID-19 y siguiendo las indicaciones de la OMS, se acudió a los CRCA con los instrumentos, se explicó y capacitó a un responsable del CRCA para la aplicación de los cuestionarios, el investigador principal durante toda la aplicación se mantuvo fuera de las instalaciones para apoyar al responsable.

Se informó sobre los objetivos del estudio de investigación de forma clara y concisa, así como se explicó el consentimiento informado (Apéndice J) en donde se enfatizó en las consideraciones éticas acerca del anonimato y la confidencialidad al momento de aceptar ser parte del estudio.

El investigador principal mediante el uso de video llamada aclaró todas las dudas que surgieron respecto a su participación, posteriormente, el responsable de los CRCA les entregó el consentimiento informado. Para la aplicación de los instrumentos se

acondicionó un área en donde se reunieron los participantes, con la finalidad de que se sintieran cómodos y con privacidad para contestar los instrumentos, además de seguir los lineamientos en cuanto a distanciamiento social emitidos por la Secretaría de Salud.

Después de que firmaron el consentimiento informado firmado, se les entregó de forma individual un sobre con los instrumentos impresos en el siguiente orden, Cédula de Datos Sociodemográficos, el Cuestionario de Craving por Alcohol (ACQ-Now), el Cuestionario de Craving por Marihuana (MCQ), el Cuestionario de Craving por Metanfetaminas (DSQ), la Escala Emoción Expresada (LEE), la Escala de Estrés Percibido (EEP), el Cuestionario de Espiritualidad, el Inventario de Cociente Emocional versión corta (EQ-I: Short) y finalmente el Cuestionario de Variables Predictoras de Abandono y Adhesión al Tratamiento (VPA-30).

Se les otorgó un descanso de 30 minutos a partir del cuarto instrumento, dado lo extenso de los mismos; después del tiempo mencionado, continuaron con el llenado de los instrumentos faltantes. Al finalizar el llenado de instrumentos, se le solicitó al responsable del CRCA que los participantes colocaran los instrumentos dentro del mismo sobre, lo sellaran con el adhesivo y lo depositaran la urna. Al concluir, se les agradeció por medio de video llamada por su participación en el estudio, reiterando la confidencialidad y privacidad de la información obtenida, además se les mencionó que dicha información sería resguardada por el autor principal por un período de 12 meses y que al término de este periodo será destruida.

### **Consideraciones Éticas**

El presente estudio se apegó a lo dispuesto en la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Secretaría de Salud [SS], 1987); así como lo establecido en la nueva reforma publicada en el 2014 (DOF 02-04-2014). Referente al Título Segundo de los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos, en el cual establece que para el desarrollo de investigación en salud, se debe de tener en cuenta aspectos éticos que garanticen la dignidad y el bienestar de los individuos sujetos a

investigación, por lo cual se trató a los participantes con respeto y de forma profesional, estando atento a cualquier situación incómoda, cuidando su confidencialidad y tranquilidad al ubicarse en un lugar apropiado para llevar a cabo el llenado de los instrumentos.

Así mismo, se consideró lo determinado en el Título Segundo, Capítulo I, Artículo 13, donde en cualquier investigación en la que un ser humano sea sujeto de estudio, se debe establecer el criterio del respeto a su dignidad y protección de sus derechos. Para el cumplimiento de este artículo, se mantuvo en total anonimato la información de los participantes de cada uno de los CRCA y se les ofreció información clara, concisa y comprensible.

De acuerdo con lo establecido en el Artículo 14; Fracción I, V, VI, VII y VIII, el estudio se ajustó a los principios científicos y éticos; contó con el consentimiento informado por escrito de los participantes, donde se le solicitó la participación en el estudio, además de explicarles que cuentan con libertad de retirarse del estudio, si así lo decidían. El presente estudio se realizó por un profesional de la salud después de obtener el dictamen favorable de los Comités de Investigación y de Ética en Investigación de la FAEN - UANL, así como al obtener las autorizaciones por escrito de los diferentes CRCA (Apéndice K).

En relación con el Capítulo I, Artículo 16, que sustenta la protección de la privacidad, los datos obtenidos a través de los instrumentos son anónimos y confidenciales. En este sentido, no se identificó al participante por su nombre, dirección o alguna otra señal que revelará su identidad. Por otra parte, los resultados del estudio se presentaron de forma grupal, mientras que la recolección de datos se llevó a cabo en lugar designado para tal motivo, procurando que el participante se sintiera cómodo y protegido de su privacidad.

Debido a la pandemia por COVID-19, se capacitó a una persona para la aplicación de instrumentos, quien estuvo en contacto por video llamada con el

investigador, quien explicó por este medio a los participantes que sus respuestas no influirían en su tratamiento y no tendrían acceso a la información ya que para cumplir con la protección del anonimato de los participantes, todos los participantes colocaron los instrumentos dentro de un sobre que ellos sellaron y depositaron en forma individual dentro de una urna que fue entregada al investigador principal al finalizar la participación.

Acorde a lo establecido en el Artículo 17, Fracción I, la investigación se consideró de riesgo mínimo, ya que se realizaron preguntas que podían producir reacciones emocionales negativas en los participantes; cabe señalar que ninguno de los participantes experimentó tales reacciones, por lo que no fue necesario suspender la aplicación de los instrumentos; como tampoco fue necesario proporcionar atención de forma individual o derivar con el especialista a cargo en el CRCA a ningún participante.

Se acató también lo estipulado en el Artículo 18, donde declara que el investigador principal suspenderá la investigación de inmediato, al advertir algún riesgo o daño a la salud de los participantes; en este caso, ninguno de los participantes se reportó lo anterior. En todo momento el investigador estuvo en contacto con la persona que aplicó los instrumentos y estuvo monitoreando mediante video llamada a los participantes.

En relación con Artículo 20 se dispone que el consentimiento informado sea el acuerdo por escrito donde se autoriza la participación de la persona con pleno conocimiento de los procedimientos y libertad de elección. Para fines del presente estudio se entregó por escrito el consentimiento informado a través del cual se confirmó la participación voluntaria con pleno conocimiento de los procedimientos que se llevaron a cabo.

Como se estipula en el Artículo 21; Fracción I, III, IV, VI, VII y VIII, se les brindó una explicación de los objetivos del estudio y se les mencionó que si llegarán a sentirse incómodos con las preguntas, podían retirarse si así lo decidían; también se les

explicó que no se obtendrían beneficios inmediatos, sino en el futuro, para la realización de intervenciones en adultos internos en CRCA, además, se garantizó responder a cualquier duda sobre la investigación. En cuanto al resguardo de la información, será destruida a los 12 meses posteriores de concluir la investigación.

Conforme al Artículo 22 se contó con el consentimiento informado por escrito elaborado por el autor principal del estudio, el cual se sometió a aprobación de los Comités de Investigación y de Ética en Investigación de la FAEN - UANL; después de su aprobación, se les proporcionó a los participantes quienes firmaron en conjunto con dos testigos y el autor de la investigación; mismo que proporcionó al participante o su representante legal una copia del consentimiento firmado, quedándose con el original para su resguardo.

En acuerdo con lo establecido en el Capítulo V, Artículo 57 y 58, Fracción I, II y III, que señala que los participantes son un grupo subordinado, ya que se encuentran internos en los distintos CRCA. La participación fue voluntaria y no estuvo influenciada por ningún directivo o encargado de dichos centros, además se garantizó que los resultados no serán utilizados para causar algún perjuicio ya que se mostrarán de forma general y no individualmente; además, si llegase a existir incomodidad o ansiedad por el participante, se referirá al especialista encargado del CRCA, sin embargo, esto no fue necesario en ninguno de los CRCA incluidos en el estudio.

Por último, se acató lo establecido en el Capítulo II, Artículo 29 y 30, para la investigación en comunidades que establece que, se deberá contar con la aprobación de las autoridades, en este caso, se contó con la aprobación de los Comités de Investigación y de Ética en Investigación de la FAEN - UANL, aunado a la autorización de los directivos de cada uno de los CRCA y el consentimiento informado de cada participante. Además, cuando los individuos que conforman una comunidad no tengan la capacidad para comprender las implicaciones de participar en una investigación, la Comisión de Ética de la institución a la que pertenece el investigador principal, podrá autorizar o no

que el consentimiento informado del participante sea obtenido a través de una persona confiable con autoridad moral sobre la comunidad, para este caso, el director o líder del CRCA, dicha situación no fue necesaria ya que todos los participantes autorizaron.

### **Análisis de Datos**

Para el procesamiento de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS® versión 24.0 para Mac. Se utilizó estadística descriptiva e inferencial, el análisis descriptivo se realizó a través de frecuencias, proporciones, medidas de tendencia central y de variabilidad. Así mismo, se determinó la consistencia interna de los instrumentos mediante el Coeficiente Alpha de Cronbach y se evaluó si existe normalidad en las variables a través de la prueba de Kolmogorov - Smirnov con corrección de Lilliefors; los datos no presentaron normalidad por lo cual se decidió utilizar estadística no paramétrica.

Para dar respuesta al primer y segundo objetivo que mencionan, describir el riesgo de recaída por tipo de sustancia (alcohol, marihuana y metanfetaminas) en adultos en tratamiento y describir el craving por consumo de alcohol, marihuana y metanfetaminas, la emoción expresada percibida, el estrés percibido, la espiritualidad y la inteligencia emocional percibida en adultos en tratamiento por sexo, nivel de estudios, estado civil y religión, se utilizó la estadística descriptiva a través de frecuencias, proporciones y estimaciones puntuales por intervalos con 95% de confianza, así como medidas de tendencia central y de variabilidad para la diferencia de medias y medianas por medio de la Prueba U de Mann - Whitney y la Prueba de Kruskal - Wallis.

Para dar respuesta al tercer objetivo que menciona analizar la relación entre el craving por consumo de alcohol, marihuana y metanfetaminas, la emoción expresada percibida, estrés percibido, la espiritualidad, la inteligencia emocional percibida y el riesgo de recaída en el consumo de alcohol y drogas ilícitas en adultos en tratamiento, se utilizó la estadística inferencial a través de la prueba de Correlación de Spearman.

Para responder la hipótesis uno y tres que mencionan el craving por consumo de alcohol, marihuana y metanfetamina, la emoción expresada percibida, el estrés percibido y la espiritualidad influyen en la inteligencia emocional percibida del adulto en tratamiento por consumo de alcohol, marihuana o metanfetaminas; y que la combinación del craving por consumo de alcohol, marihuana o metanfetaminas, emoción expresada percibida, estrés percibido y espiritualidad influyen en el riesgo de recaída de los adultos en tratamiento por consumo de alcohol, marihuana y metanfetaminas, se aplicaron Modelos de Regresión Múltiple considerando a la inteligencia emocional percibida y riesgo de recaída como variable dependiente, respectivamente.

Para responder a la hipótesis dos que declara que la inteligencia emocional percibida afecta el nivel comprometido o riesgo de recaída en el consumo de alcohol y drogas ilícitas en adultos en tratamiento por consumo de alcohol, marihuana o metanfetaminas, se aplicó un modelo de la Regresión Lineal Simple, considerando el riesgo de recaída como variable dependiente.

Así mismo, para responder al objetivo general que menciona el analizar el efecto que ejerce el craving por consumo de alcohol, marihuana y metanfetaminas, la emoción expresada percibida, el estrés percibido y la espiritualidad sobre el riesgo de recaída mediado por la inteligencia emocional percibida en adultos en tratamiento por alcohol, marihuana y metanfetaminas, se realizó un análisis de mediación, también llamado análisis de efectos directos e indirectos con técnica de Bootstrapping y Prueba de Sobel.

## Capítulo III

### Resultados

En el presente capítulo se describen los resultados del estudio Modelo Explicativo del Riesgo de Recaída en Adultos en Tratamiento por Alcohol y Drogas Ilícitas, se llevó a cabo en 274 adultos ingresados en distintos CRCA del área metropolitana de Monterrey, Nuevo León. En primera instancia se presenta la consistencia interna de los instrumentos utilizados; seguido de la estadística descriptiva de los datos sociodemográficos de las variables del estudio y por último se muestra la estadística inferencial para dar respuesta a los objetivos e hipótesis del estudio.

#### Confiabilidad de los Instrumentos

A continuación, se muestra la confiabilidad de los instrumentos utilizados en el estudio. Para determinar la consistencia interna, se calculó el Coeficiente Alpha de Cronbach. En la tabla 1 se muestra que el Cuestionario de Craving por Alcohol (Singleton et al., 1995) así como las cinco subescalas que obtuvieron una consistencia interna deseable de 0.88 a 0.91 (Polit & Tatano, 2018).

Tabla 1

#### *Consistencia Interna del Cuestionario de Craving por Alcohol*

Escala y subescalas	Reactivo	Número de Reactivo	Alpha de Cronbach
Cuestionario de Craving por Alcohol (ACQ-Now)	1 - 47	47	0.91
Impulso y deseo de consumir alcohol	7, 11, 17, 21, 24, 36, 38, 44 y 47	9	0.90
Anticipación de un resultado positivo	2, 5, 10, 18, 20, 27, 29, 32 y 41	9	0.88
Anticipación del alivio de abstinencia y resultado negativo	3, 9, 13, 14, 22, 28, 34, 39 y 46	9	0.88

Nota: ACQ-Now = Cuestionario de Craving por Alcohol,  $n=274$

Tabla 1

*Consistencia Interna del Cuestionario de Craving por Alcohol (continuación)*

Escala y subescalas	Reactivo	Número de Reactivo	Alpha de Cronbach
Falta de control sobre el consumo de alcohol	1, 15, 16, 25, 26, 31, 35, 42 y 43	9	0.80
Intención de consumir alcohol	4, 6, 8, 12, 19, 23, 33, 37 y 45	9	0.83
Control	30, 40	2	0.69

Nota: ACQ-Now = Cuestionario de Craving por Alcohol,  $n=274$

El Cuestionario de Craving por Marihuana (Heishman et al., 2001) también mostró un coeficiente Alpha de Cronbach aceptable, en la tabla 2 se puede observar que en la mayoría de las subescalas el coeficiente es mayor a 0.90. Se puede señalar que reportaron una consistencia interna deseable de 0.90 a 0.96, con excepción de la subescala de control que obtuvo una consistencia de 0.60, la cual se considera menor a lo deseable (Polit & Tatano, 2018).

Tabla 2

*Consistencia Interna del Cuestionario de Craving por Marihuana*

Escala y subescalas	Reactivo	Número de reactivo	Alpha de Cronbach
Cuestionario de Craving por Marihuana (MCQ)	1 - 47	47	0.90
Impulso y deseo de consumir alcohol	7, 11, 17, 21, 24, 36, 38, 44 y 47	9	0.91
Anticipación de un resultado positivo	2, 5, 10, 18, 20, 27, 29, 32 y 41	9	0.96
Anticipación del alivio de abstinencia y resultado negativo	3, 9, 13, 14, 22, 28, 34, 39 y 46	9	0.94
Falta de control sobre el consumo de alcohol	1, 15, 16, 25, 26, 31, 35, 42 y 43	9	0.94
Intención de consumir alcohol	4, 6, 8, 12, 19, 23, 33, 37 y 45	9	0.96
Control	30, 40	2	0.60

Nota: MCQ = Cuestionario de Craving por Marihuana,  $n=274$

En la tabla 3 se detallan los coeficientes de consistencia interna del Cuestionario de Craving por Anfetaminas (James et al., 2004), tanto en la escala general, como en las subescalas o factores se obtuvo una consistencia interna deseable de 0.78 a 0.97 (Polit & Tatano, 2018).

Tabla 3

*Consistencia Interna del Cuestionario de Craving por Anfetaminas*

Escala y subescalas	Reactivo	Número de reactivo	Alpha de Cronbach
Cuestionario de Craving por Anfetaminas (DSQ)	1 - 40	40	0.97
Expectativa de refuerzo positivo y negativo	2, 4, 5, 10, 12, 13, 16, 18, 23, 24, 30, 34, 37, 40	14	0.97
Fuertes deseos e intenciones de consumir anfetaminas	3, 7, 9, 11, 15, 17, 22, 26, 27, 28, 32, 35, 36, 38, 39	15	0.93
Leves deseos e intenciones de consumir anfetaminas	1, 14, 19, 20, 21, 25, 29, 31, 33	9	0.87
Control	6, 8	2	0.78

Nota: DSQ = Cuestionario de Craving por Anfetaminas,  $n=274$

La confiabilidad de la Escala de Emoción Expresada Percibida (Cole & Kazarian, 1988) se determinó a través del Coeficiente 20 de Kuder-Richardson (KR20) para datos dicotómicos, éste es equivalente al coeficiente Alpha de Cronbach. Es importante mencionar que el total de la escala proporciona un coeficiente de 0.83, lo que se considera aceptable o deseable, sin embargo, al determinar la confiabilidad por subescalas, el coeficiente presenta valores menores a 0.60, la cual se considera menor a lo deseable (Polit & Tatano, 2018).

Tabla 4

*Consistencia Interna de la Escala de Emoción Expresada Percibida*

Escala y subescalas	Reactivo	Número de reactivo	Kuder-Richardson
Escala de Emoción Expresada (LEE)	1 - 60	60	0.83
Intrusión	1, 9, 13, 17, 25, 29, 33, 37, 41, 44, 45, 49, 53, 57	15	0.58
Actitudes negativas hacia la enfermedad	3, 7, 11, 15, 19, 23, 27, 31, 35, 39, 43, 47, 51, 55, 59	15	0.60
Tolerancia- expectativa	4, 8, 12, 16, 20, 21, 24, 28, 32, 36, 40, 48, 52, 56, 60	15	0.50
Respuesta emocional a la enfermedad	2, 6, 10, 14, 18, 22, 26, 30, 34, 38, 42, 46, 50, 54, 58	15	0.50

Nota: LEE = Escala de Emoción Expresada Percibida,  $n=274$

Continuando con la confiabilidad de los instrumentos, se encontró que la consistencia interna de la Escala de Estrés Percibido (Cohen et al., 1983) fue de un Alpha de Cronbach de 0.83 (Tabla 5). Por otra parte, en la tabla 6 la confiabilidad para el Cuestionario de Espiritualidad (Parsian & Dunning, 2009) y sus subescalas, las cuales se consideran aceptables (Polit & Tatano, 2018).

Tabla 5

*Consistencia Interna de la Escala de Estrés Percibido*

Escala y subescalas	Reactivo	Número de reactivo	Alpha de Cronbach
Escala de Estrés Percibido (EEP)	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13 y 14	14	0.83

Nota: EEP= Escala de Estrés Percibido,  $n=274$

Tabla 6

*Consistencia Interna del Cuestionario de Espiritualidad*

Escala y subescalas	Reactivo	Número de reactivo	Alpha de Cronbach
Cuestionario de Espiritualidad	1 - 29	29	0.95
Autoconciencia	1 - 10	10	0.91
Importancia de las creencias espirituales	11, 12, 13 y 14	4	0.88
Prácticas espirituales	15 - 20	6	0.86
Necesidades espirituales	21 - 29	9	0.91

Nota:  $n=274$

En la tabla 7 se aprecia una consistencia interna aceptable para Inventario de Cociente Emocional en su versión corta (Bar-On, 2002) incluyendo las subescalas, las cuales, en general muestran Alpha de Cronbach mayores a 0.80.

Tabla 7

*Consistencia Interna del Inventario de Cociente Emocional*

Escala y subescalas	Reactivo	Número de reactivo	Alpha de Cronbach
Inventario de Cociente Emocional (EQ-I: Short)	1 - 51	51	0.83
Intrapersonal	3, 9, 15, 21, 27, 33, 39, 44, 48, 50	10	0.80
Interpersonal	2, 8, 14, 20, 25, 32, 38, 43, 47, 51	10	0.78
Adaptabilidad	5, 11, 17, 23, 29, 35, 41	7	0.81
Gestión del estrés	4, 10, 16, 22, 28, 34, 40, 45	8	0.81
Estado de ánimo	1, 7, 13, 19, 26, 31, 37, 42, 46, 49	10	0.65
Índice de inconsistencia	6, 12, 18, 24, 30, 36	6	0.69

Nota: EQ-I: Short= Inventario de Cociente Emocional corto,  $n=274$

Finalmente, en la tabla 8 se presenta la consistencia interna del Cuestionario de Predicción del Abandono (Sirvent, 2009), se observa un coeficiente Alpha de Cronbach

aceptable en el total del instrumento, así como en cada una de las subescalas, a excepción del factor tratamiento, que reportó un coeficiente Cronbach de 0.50.

Tabla 8

*Consistencia Interna del Cuestionario de Variables Predictoras de Abandono y Adhesión al Tratamiento (VPA-30)*

Escala y subescalas	Reactivo	Número de reactivo	Alpha de Cronbach
Cuestionario de Variables Predictoras de Abandono y Adhesión al Tratamiento (VPA-30)	1 - 30	30	0.84
Motivación	2, 8, 10, 17, 21, 24	6	0.76
Conciencia del problema	3, 6, 11, 16, 23, 30	6	0.70
Sentimientos adversos	4, 12, 18, 19, 26	5	0.78
Deseos de consumo	1, 5, 9, 13, 22	5	0.73
Tratamiento	6, 14, 15, 20, 25	5	0.50
Control	27, 28, 29	3	0.66

Nota: VPA-30= Cuestionario de predicción del abandono,  $n=274$

### Estadística Descriptiva

En esta sección se muestran las características sociodemográficas de la población, como se observa en la tabla 9, la mayoría corresponde al sexo masculino (86.9%), más de la mitad de la población (72.8%) tiene entre 18 y 30 años. La media de edad del total de los participantes fue de 26.9 ( $DE = 8.40$ ), el rango de edades fue de 18 a 63 años; la media de edad para los participantes hombres fue de 27.5 ( $DE = 8.48$ ) y para las mujeres de 23.1 ( $DE = 6.82$ ). En lo que respecta al estado civil, más de la mitad

de los participantes eran solteros (55.1%), con secundaria terminada (51.5%) y de religión católica (45.3%).

Tabla 9

*Características Sociodemográficas de los Participantes del Estudio*

Características	f	%
Sexo		
Masculino	238	86.9
Femenino	36	13.1
Estado Civil		
Soltero	151	55.1
Casado	31	11.3
Unión libre	55	20.1
Separado	26	9.5
Divorciado	10	3.6
Viudo	1	0.4
Nivel de estudios		
Ninguno	2	0.7
Primaria	35	12.8
Secundaria	141	51.5
Preparatoria	78	28.5
Licenciatura	13	4.7
Posgrado	5	1.8
Religión		
Católico	124	45.3
Cristiano	116	42.3
Ateo	22	8.0
Otras	12	4.4

Nota: f = frecuencia, n=274

En la tabla 10 se muestra el número de internamientos de los participantes, así como el tiempo que llevan en internamiento actual, se observa que casi el 40% tiene al menos tres meses en tratamiento. El mayor tipo de internamiento fue el involuntario con 87% (residencial-internamiento forzado). Así mismo en la tabla se puede observar el número de ocasiones que ha recaído, las sustancias consumidas y la sustancia por la que ingresó o solicitó el tratamiento, más del 40% de los participantes mencionaron haber solicitado ayuda por el consumo problemático de las tres sustancias (alcohol, marihuana

y metanfetaminas), seguido del 33%, que mencionaron haber ingresado por problemas con el uso de metanfetaminas.

Tabla 10

*Características del Internamiento*

Características del Internamiento	$\bar{X}$	DE
¿Cuántas veces ha estado internado en algún centro de rehabilitación contra las adicciones?	1.94	1.78
¿Cuántas veces ha recaído?	1.43	2.03
	<i>f</i>	%
Sí ha recaído	158	57.7
No ha recaído	116	42.3
¿Cuánto tiempo lleva interno?		
Menos de un mes	37	13.5
Un mes	46	16.8
Tres meses	107	39.1
Seis meses	55	20.0
Un año	11	4.0
Más de un año	18	6.6
¿Cuál es el tipo de tratamiento en el que se encuentra actualmente?		
Residencial-internamiento forzado	240	87.6
Residencial-internamiento voluntario	34	12.4
¿Cuáles son las sustancias que ha consumido?		
Alcohol	18	6.6
Marihuana	32	11.7
Metanfetaminas	34	12.4
Todas las anteriores	190	69.3
¿Cuál es la principal sustancia por la que ingreso al tratamiento?		
Alcohol	25	9.1
Marihuana	45	16.4
Metanfetaminas	92	33.6
Todas las anteriores	112	40.9

Nota: *f* = frecuencia, *n*=274

En la tabla 11 se muestra la media del número de internamientos por sexo, el tiempo y tipo de internamiento, así como el número de recaídas por sexo. En relación con las sustancias consumidas se puede observar que casi el 70% de los participantes respondieron haber consumido todas las sustancias (38% de los hombres y 61% de las

mujeres), seguido del 37% de los hombres que mencionaron ingresar por consumo de metanfetaminas, mientras que el 22% de las mujeres ingresó al tratamiento por consumo de marihuana.

Tabla 11

*Características del Internamiento por Sexo*

Características del Internamiento por Sexo	Masculino		Femenino	
	<i>n</i> = 238		<i>n</i> = 36	
	$\bar{X}$	<i>DE</i>	$\bar{X}$	<i>DE</i>
¿Cuántas veces ha estado internado en algún centro de rehabilitación contra las adicciones?	2.04	1.85	1.31	1.06
¿Cuántas veces ha recaído?	1.56	2.11	0.58	1.13
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
¿Cuánto tiempo lleva interno?				
Menos de un mes	30	12.6	7	19.4
Un mes	40	16.8	6	16.7
Tres meses	93	39.1	14	38.9
Seis meses	53	22.3	2	5.6
Un año	10	4.2	1	2.8
Más de un año	12	5.0	6	16.6
¿Cuál es el tipo de tratamiento en el que se encuentra actualmente?				
Residencial-internamiento forzado	220	92.4	20	55.6
Residencial-internamiento voluntario	18	7.6	16	44.4
¿Cuáles son las sustancias que ha consumido?				
Alcohol	16	6.7	2	5.6
Marihuana	26	10.9	6	16.7
Metanfetaminas	33	13.9	1	2.7
Todas las anteriores	163	68.5	27	75.0
¿Cuál es la principal sustancia por la que ingreso al tratamiento?				
Alcohol	23	9.7	2	5.6
Marihuana	37	15.5	8	22.2
Metanfetaminas	88	37.0	4	11.1
Todas las anteriores	90	37.8	22	61.1

Nota: *f* = frecuencia,  $\bar{x}$  = media, *DE* = desviación estándar, *n*=274

A continuación, en la tabla 12 se describe el Cuestionario de Craving por Alcohol, se puede observar que, en las preguntas referentes a extrañar el alcohol o el deseo de beber, la mayor parte de los participantes responden estar en totalmente en

desacuerdo. Sin embargo, en el reactivo 12 cerca del 30% mencionaron estar haciendo algún plan para beber, más del 20% respondieron que sería difícil rechazar una bebida, cerca del 32% disfrutaría beber en el momento y alrededor del 35% mencionó que beber lo contentaría.

En cuanto al factor impulso y deseo del instrumento, se observa que más del 10% de la muestra menciona que extraña, tenía ganas o podía saborear el beber (reactivo 7, 11 y 17), contrario a los reactivos 36 y 38 donde más del 33% coincide en que tenía ganas y necesitaba beber alcohol en ese momento. En el factor intención de consumo cerca del 20% mencionaron que si tuvieran la oportunidad de beber alcohol, beberían (reactivo 4); en el reactivo 6, el porcentaje aumenta a casi el 30% que está de acuerdo en que bebería si tuviera la oportunidad, además cerca del 30% refiere estar en desacuerdo cuando se le pregunta si estaba haciendo algún plan para beber (reactivo 12).

En el factor anticipación, en el reactivo 2 muestra que para el 32.8% sería agradable beber alcohol, similar a los reactivos 27, 29 y 41, donde más del 30% contestaron que sería genial, disfrutarían y se sentirían contentos si bebieran alcohol. En cuanto al factor de anticipación del alivio de abstinencia más del 12% contestaron que si bebieran se sentirían menos nerviosos (reactivos 9, 14 y 39), de forma similar, cerca del 10% respondió que se sentiría menos tenso (reactivo 28) y menos inquieto (reactivo 34) si consumiera, contrario al 12% que dijo que se sentiría mejor si consumiera (reactivo 3 y 46).

Por último, en el factor de falta de control sobre el consumo, más del 21% de los participantes mencionan que sería difícil no beber y que no podrían parar si consumieran (reactivos 1 y 16), cerca del 30% refieren que no podrían pasar mucho tiempo sin beber (reactivo 26) y cerca del 20% refieren que no podrían controlar la cantidad de alcohol (reactivos 31 y 35).

Tabla 12

*Datos Descriptivos del Cuestionario de Craving por Alcohol*

Reactivo	Total- mente de acuerdo	Bastante de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desa- cuerdo	En desa- cuerdo	Bastante en desa- cuerdo	Total- mente en desa- cuerdo
	%	%	%	%	%	%	%
1. Si hubiera alcohol justo aquí delante de mí, sería difícil no usarlo.	12.4	-	9.5	5.8	13.9	5.1	53.3
2. Beber alcohol no sería agradable en este momento.	47.1	3.6	13.9	2.6	8.8	4.0	20.0
3. Me sentiría mejor si pudiera beber.	6.6	0.4	5.5	3.3	16.1	9.5	58.6
4. Si tuviera la oportunidad de consumir alcohol, creo que bebería.	7.7	0.7	10.2	6.9	17.5	7.7	49.3
5. Beber sería maravilloso.	5.8	-	2.9	8.0	19.7	8.8	54.8
6. Incluso si fuera posible, probablemente no bebería ahora.	39.4	6.9	18.6	5.5	6.9	2.2	20.5
7. En este momento, extraño beber.	4.7	1.8	4.0	5.5	17.9	8.8	57.3
8. Voy a beber lo antes posible.	4.0	-	1.8	4.7	16.1	9.5	63.9
9. Me sentiría menos nervioso si consumiera alcohol en este momento.	5.8	0.4	4.7	5.1	14.6	11.4	58.0
10. Beber haría que las cosas parecieran perfectas.	4.7	0.9	3.6	3.3	14.2	10.2	63.1
11. Tengo ganas de beber ahora.	4.0	1.5	4.0	4.7	14.2	8.4	63.2
12. En este momento, no estoy haciendo ningún plan para beber.	40.1	3.3	11.7	5.5	5.8	4.4	29.2
13. Me sentiría más en control de las cosas en este momento si pudiera beber.	2.6	1.1	4.4	4.7	13.9	9.1	64.2
14. Beber me haría sentir menos nervioso.	4.0	0.7	6.9	5.8	11.7	10.2	60.7
15. No podría evitar beber si tuviera algo de alcohol aquí.	4.0	0.4	3.6	6.2	14.6	9.2	62.0
16. Si tomara un poco de alcohol en este momento, no podría dejar de usarlo.	9.5	2.2	9.5	8.0	12.8	7.7	50.3

Nota: n=274

Tabla 12

*Datos Descriptivos del Cuestionario de Craving por Alcohol (continuación)*

Reactivo	Total- mente de acuerdo	Bastante de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desa- cuerdo	En desa- cuerdo	Bastante en desa- cuerdo	Total- mente en desa- cuerdo
	%	%	%	%	%	%	%
17. Quiero beber tanto que casi puedo saborearlo.	1.8	0.7	2.9	4.4	14.2	8.4	67.6
18. Nada sería mejor que beber en este momento.	2.9	0.7	2.2	4.7	12.8	9.9	66.8
19. Haría casi cualquier cosa por un trago.	2.9	-	0.7	2.6	12.8	5.1	75.9
20. Tomar una copa sería lo ideal.	3.6	0.4	2.6	6.2	17.9	6.2	63.1
21. Quiero usar alcohol ahora mismo.	2.6	0.7	0.7	4.7	16.8	8.4	66.1
22. Me sentiría menos irritable ahora si usara alcohol.	2.9	1.5	1.5	4.7	15.7	11.7	62.0
23. Estoy pensando en formas de obtener alcohol.	1.1	0.4	2.2	4.0	13.1	5.5	73.7
24. Todo lo que quiero hacer ahora es beber.	2.2	1.5	1.5	3.3	10.2	9.1	72.2
25. Sería difícil rechazar una bebida en este momento.	8.0	1.5	6.2	7.3	14.6	9.5	52.9
26. A partir de ahora, podría pasar mucho tiempo sin beber.	44.2	5.5	12.0	8.0	5.8	3.3	21.2
27. Beber no sería muy satisfactorio en este momento.	44.2	4.0	15.3	6.6	05.8	4.4	19.7
28. Si usara alcohol en este momento, me sentiría menos tenso.	4.0	-	6.2	4.7	13.5	9.1	62.5
29. No disfrutaría beber en este momento.	42.7	3.6	13.5	8.8	4.7	4.0	22.7
30. Si tuviera la oportunidad de consumir alcohol, creo que bebería.	4.4	1.5	5.5	4.7	14.2	8.8	60.9
31. No podría controlar la cantidad de alcohol que bebería si tuviera algo aquí.	10.6	0.7	6.2	6.2	12.0	9.5	54.8
32. Sería genial usar alcohol ahora.	3.3	0.4	2.2	6.2	10.2	8.4	69.3

Nota: n=274

Tabla 12

*Datos Descriptivos del Cuestionario de Craving por Alcohol (continuación)*

Reactivo	Total- mente de acuerdo	Bastante de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desa- cuerdo	En desa- cuerdo	Bastante en desa- cuerdo	Total- mente en desa- cuerdo
	%	%	%	%	%	%	%
33. Si tuviera algo de alcohol en este momento, probablemente lo tomaría.	2.9	1.1	6.6	6.9	13.9	8.8	59.8
34. Me sentiría menos inquieto si bebiera alcohol ahora.	3.3	1.1	4.4	5.5	12.8	12.0	60.9
35. Podría limitar fácilmente la cantidad de alcohol que tomé en este momento.	21.5	3.6	9.9	7.7	10.6	6.2	40.5
36. No necesito usar alcohol ahora.	49.3	3.3	10.9	2.9	6.2	5.1	22.3
37. Beberé tan pronto como tenga la oportunidad.	5.1	0.7	2.9	2.9	11.7	9.9	66.8
38. No tengo ganas de beber en este momento.	46.4	3.6	12.0	5.1	6.2	4.4	22.3
39. Si estuviera usando alcohol ahora, me sentiría menos nervioso.	5.8	0.7	6.2	5.8	10.6	8.4	62.5
40. No tengo ganas de beber ahora.	48.2	4.7	12.8	5.5	5.1	4.4	19.3
41. Beber no me contentaría.	39.8	5.1	13.5	6.6	7.3	5.8	21.9
42. Creo que podría resistirme al consumo de alcohol en este momento.	50.7	6.2	15.3	4.7	3.6	2.9	16.6
43. Sería fácil dejar pasar la posibilidad de usar alcohol.	44.9	6.2	11.3	9.5	5.5	5.1	17.5
44. Anhele el alcohol en este momento.	2.6	1.5	2.2	3.6	10.6	8.4	71.1
45. Si me ofrecieran algo de alcohol, lo bebería de inmediato.	3.3	0.7	1.8	6.6	13.5	8.8	65.3
46. Beber me pondría de mejor humor.	4.4	1.5	5.5	5.8	10.9	8.0	63.9
47. Mi deseo de beber parece abrumador.	2.6	0.4	2.9	6.2	11.7	7.2	69.0

Nota: n=274

Referente a los datos representativos del Cuestionario por Craving por Marihuana, en la tabla 13 se expone que más del 55% de los participantes niega el deseo o la necesidad de fumar marihuana (reactivos 3, 4, 7 y 9) aunque le fuera posible hacerlo, cerca del 40% respondió de forma afirmativa a la cuestión de si quiere usar marihuana (reactivo 21), además de afirmar que lo disfrutaría (reactivo 29). En relación con el factor relacionado con la compulsividad, más del 50% de los participantes respondieron que podrían controlar (reactivos 16 y 31) o rechazar el uso de marihuana (reactivo 25), sin embargo, cerca del mismo porcentaje mencionó que no podría limitar fácilmente la cantidad de marihuana que fumaría (reactivo 35).

En cuanto al factor anticipación del alivio de abstinencia, más de 40% mencionó que se sentiría menos ansioso y más en control de las cosas si fumara en ese momento (reactivo 9 y 13) y que se sentirían menos tensos e inquietos (reactivo 28 y 34). Dentro del factor expectativa se encontró más de la mitad de los participantes negaron que el fumar marihuana los ayudaría a dormir y a sentirse menos nerviosos (reactivos 14 y 39), cerca del 40% mencionó que el fumar no los complacería (reactivo 41). En el factor decisión solo el 15% mencionó que sería genial fumar marihuana (reactivo 32), mientras que más del 40% mencionó tener un plan para fumar o que sería agradable fumar marihuana en ese momento (reactivos 2 y 12).

Tabla 13

*Datos Descriptivos del Cuestionario de Craving por Marihuana*

Reactivo	Total- mente de acuerdo	Bastante de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desa- cuerdo	En desa- cuerdo	Bastante en desa- cuerdo	Total- mente en desa- cuerdo
	%	%	%	%	%	%	%
1. Si hubiera marihuana justo aquí delante de mí, sería difícil no fumarla.	16.4	2.9	10.9	8.0	10.9	4.4	46.5
2. Fumar marihuana no sería agradable en este momento.	33.2	4.7	12.0	8.4	12.0	4.7	25.0

Nota:  $n=274$

Tabla 13

*Datos Descriptivos del Cuestionario de Craving por Marihuana (continuación)*

Reactivo	Total- mente de acuerdo	Bastante de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desa- cuerdo	En desa- cuerdo	Bastante en desa- cuerdo	Total- mente en desa- cuerdo
	%	%	%	%	%	%	%
3. Me sentiría mejor si pudiera fumar marihuana.	8.4	1.8	6.6	10.2	13.1	5.5	54.4
4. Si tuviera la oportunidad de fumar marihuana, creo que lo usaría.	9.1	1.8	7.3	6.2	11.7	7.7	56.2
5. Fumar marihuana sería maravilloso.	8.8	1.1	4.4	8.4	12.0	6.2	59.1
6. Incluso si fuera posible, probablemente no fumaría marihuana en este momento.	37.2	3.3	12.8	6.6	8.8	5.5	25.8
7. En este momento, extraño fumar marihuana.	9.1	2.6	6.6	9.1	12.0	5.1	55.5
8. Voy a fumar marihuana tan pronto como sea posible.	3.6	0.4	3.6	7.3	13.5	6.9	64.7
9. Me sentiría más ansioso si fumara marihuana ahora mismo.	15.3	2.6	4.7	10.2	11.3	4.4	51.5
10. Fumar marihuana hará que las cosas parezcan perfectas.	5.8	0.7	3.3	8.8	14.2	5.8	61.4
11. Tengo ganas de usar marihuana ahora.	6.9	0.7	4.7	7.3	12.0	6.4	62.0
12. En este momento, no estoy haciendo ningún plan para usar marihuana.	36.9	2.2	15.7	5.5	6.9	4.4	28.4
13. Me sentiría menos en control de las cosas en este momento si pudiera fumar marihuana.	15.3	2.9	8.0	11.7	9.9	4.0	48.2
14. Fumar marihuana me ayudaría a dormir mejor por la noche.	13.9	2.6	10.6	7.3	8.8	6.2	50.6
15. No podría evitar fumar marihuana si tuviera algo aquí.	5.8	0.7	7.3	11.7	9.9	8.4	56.2

Nota:  $n=274$

Tabla 13

*Datos Descriptivos del Cuestionario de Craving por Marihuana (continuación)*

Reactivo	Total- mente de acuerdo	Bastante de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desa- cuerdo	En desa- cuerdo	Bastante en desa- cuerdo	Total- mente en desa- cuerdo
	%	%	%	%	%	%	%
16. Si fumara un poco de marihuana en este momento, no podría dejar de usarla.	11.7	2.2	5.8	9.1	10.6	6.6	54.0
17. Quiero fumar marihuana tanto que casi puedo saborearlo.	4.7	0.7	4.7	2.9	13.9	7.3	65.8
18. Nada sería mejor que fumar marihuana en este momento.	4.0	1.5	3.6	6.2	12.0	9.9	62.8
19. Haría casi cualquier cosa por un “porro”.	3.3	1.5	2.2	4.4	11.7	7.3	69.6
20. Tener un “porro” sería ideal.	4.7	1.1	5.5	6.2	10.2	10.6	61.7
21. No quiero usar marihuana en este momento.	44.2	4.0	10.9	4.4	7.3	2.9	26.3
22. Me sentiría menos irritable si pudiera fumar marihuana ahora mismo.	6.9	1.1	8.0	10.6	7.3	6.6	59.5
23. Estoy pensando en formas de obtener marihuana.	3.3	-	2.9	4.7	12.0	6.2	70.9
24. Todo lo que quiero hacer ahora es fumar marihuana.	3.6	0.4	1.8	5.8	11.3	6.9	70.2
25. Sería difícil rechazar un “porro” en este momento.	9.9	1.1	8.8	8.8	9.5	10.2	51.7
26. A partir de ahora, podría pasar mucho tiempo sin fumar marihuana.	47.1	3.3	14.6	7.7	3.6	4.7	19.0
27. Fumar marihuana sería muy satisfactorio en este momento.	7.7	1.5	4.0	9.9	10.2	7.7	59.0
28. Si fumara marihuana en este momento, me sentiría más tenso.	16.1	2.6	6.9	12.4	11.3	5.8	44.9

Nota:  $n=274$

Tabla 13

*Datos Descriptivos del Cuestionario de Craving por Marihuana (continuación)*

Reactivo	Total- mente de acuerdo	Bastante de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desa- cuerdo	En desa- cuerdo	Bastante en desa- cuerdo	Total- mente en desa- cuerdo
	%	%	%	%	%	%	%
29. No disfrutaría fumar marihuana en este momento.	39.4	2.2	11.3	8.0	7.7	3.6	27.8
30. Si tuviera la oportunidad de fumar marihuana, creo que lo usaría.	6.9	0.7	6.9	6.2	12.8	5.8	60.7
31. No podría controlar la cantidad de marihuana que fumaría si tuviera algo aquí.	10.2	1.5	5.8	8.8	13.9	8.0	51.8
32. Sería genial fumar marihuana en este momento.	6.6	1.1	7.7	7.7	9.5	8.0	59.4
33. Si tuviera un poco de marihuana en este momento, probablemente no la usaría.	32.8	3.3	13.1	8.0	5.8	5.5	31.5
34. Me sentiría más inquieto si fumara marihuana en este momento.	18.2	2.2	7.7	14.6	8.4	6.2	42.7
35. Podría limitar fácilmente la cantidad de marihuana que fumaría en este momento.	23.0	4.4	8.4	12.4	7.7	5.1	39.0
36. No necesito fumar marihuana ahora.	48.9	5.1	12.8	5.5	2.9	2.6	22.2
37. Fumaré marihuana tan pronto como tenga la oportunidad.	4.0	1.1	02.6	8.8	10.9	7.3	65.3
38. No tengo ganas de fumar marihuana en este momento.	44.9	3.3	10.6	9.1	5.1	2.6	24.4
39. Si estuviera fumando marihuana en este momento, me sentiría menos nervioso.	7.3	2.6	8.0	11.3	9.1	6.2	55.5
40. No tengo ganas de usar marihuana ahora.	48.9	2.6	12.4	8.0	4.0	2.9	21.2

Nota:  $n=274$

Tabla 13

*Datos Descriptivos del Cuestionario de Craving por Marihuana (continuación)*

Reactivo	Total- mente de acuerdo	Bastante de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desa- cuerdo	En desa- cuerdo	Bastante en desa- cuerdo	Total- mente en desa- cuerdo
	%	%	%	%	%	%	%
41. Fumar marihuana no me contentaría.	35.4	1.8	13.1	9.9	7.7	4.4	27.7
42. Creo que podría resistir fumar marihuana en este momento.	44.2	2.9	13.5	6.9	5.1	2.6	24.8
43. Sería fácil dejar pasar la oportunidad de fumar marihuana.	42.3	5.1	11.3	8.0	5.1	3.6	24.6
44. Ahora anhelo la marihuana.	3.3	1.1	3.3	8.0	10.6	7.3	66.4
45. Si me ofrecieran un poco de marihuana, la usaría de inmediato.	4.0	1.8	4.7	5.8	11.3	6.6	65.8
46. Fumar marihuana me pondría de mejor humor.	11.7	1.5	6.2	7.7	9.5	5.8	57.6
47. Mi deseo de fumar marihuana parece abrumador.	3.3	-	5.8	9.1	10.9	5.1	65.8

Nota:  $n=274$

Por otra parte, en la tabla 14 se muestran los porcentajes concernientes al Cuestionario de Craving por Anfetaminas, la mayoría respondió que no necesita y que no aceptaría metanfetamina (reactivos 1, 7 17); en el reactivo 33 cerca del 40% sugirió que le gustaría consumir en ese momento y más del 60% respondió que no podría controlar el uso de la droga si la consumiera en ese instante (reactivo 28). Al analizar el instrumento por factores puede verse que, en el factor expectativa de refuerzo, más del 60% coinciden en que consumir no mejoraría los problemas (reactivos 2, 4 y 10), tampoco los haría sentir mejor o menos estresados (reactivos 13, 18, 23 y 40).

En el factor de fuertes intenciones de consumir cerca del 70% de la muestra respondió que no tenía deseos o intención de consumir (reactivos 9, 26 y 27), sin embargo, más del 30% afirmaron que si consumieran en ese momento no podrían parar (reactivos 36 y 39) y más del 60% no podría controlar el uso de la metanfetamina

(reactivo 28). Por otro lado, el factor de leves deseos de consumo pone en manifiesto que cerca del 70% de los adultos en tratamiento no aceptarían o considerarían el uso de la metanfetamina (reactivos 1, 19 y 25), tampoco lo consideran agradable o satisfactorio (reactivos 14, 20 y 29) sin embargo, al cuestionar las ganas o el gusto por la droga cerca del 40% contestaron afirmativamente (reactivos 31 y 33). Finalmente, en el factor de control los participantes negaron poder limitar o dosificar la cantidad de metanfetamina si la consumieran (reactivos 6 y 8).

Tabla 14

*Datos Descriptivos del Cuestionario de Craving por Anfetamina*

Reactivo	Total- mente de acuerdo	Bastante de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desa- cuerdo	Bastante en desa- cuerdo	Total- mente en desa- cuerdo
	%	%	%	%	%	%	%
1. Aceptaría algo de metanfetamina si me lo ofrecieran ahora.	8.8	0.4	4.0	6.9	13.5	4.0	62.4
2. Tomar metanfetamina ahora haría que las cosas buenas de mi vida parecieran aún mejores.	6.9	0.4	4.4	5.1	12.4	6.2	64.6
3. Me falta usar metanfetamina ahora.	4.7	1.1	1.8	3.6	14.2	6.2	68.4
4. Sentiría como si las cosas malas de mi vida hubieran desaparecido por completo si tomara algo de metanfetamina ahora.	10.9	-	4.4	5.5	11.3	6.6	61.3
5. Si tuviera un suministro de metanfetamina, me mantendría “arriba” o drogado hasta que se agotara.	11.3	-	6.2	6.6	10.6	8.0	57.3
6. Podría limitar fácilmente la cantidad de metanfetamina que tomaría si comenzara a tomar un poco ahora.	15.7	1.8	6.2	10.9	9.5	5.5	50.4
7. Necesito algo de metanfetamina ahora.	5.8	0.4	1.8	4.7	13.1	8.4	65.8

Nota:  $n = 274$

Tabla 14

*Datos descriptivos del Cuestionario de Craving por Anfetamina (continuación)*

Reactivo	Total- mente de acuerdo	Bastante de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desa- cuerdo	En desacuerdo	Bastante en desa- cuerdo	Total- mente en desa- cuerdo
	%	%	%	%	%	%	%
8. Si tuviera el suministro de metanfetamina para una semana, me duraría toda la semana.	15.3	1.5	5.5	15.3	10.2	5.5	46.7
9. Mi deseo de metanfetamina ahora parece abrumador.	8.0	0.4	3.6	7.7	13.9	6.6	59.8
10. Incluso los problemas más importantes de mi vida no me molestarían ahora si tomara algo de metanfetamina.	11.3	0.7	5.8	7.7	9.9	6.9	57.7
11. Estoy haciendo planes para tomar algo de metanfetamina ahora.	4.4	0.4	2.2	3.3	10.6	06.6	72.5
12. Tomar metanfetamina ahora me haría sentir en la cima del mundo.	11.3	0.7	4.0	4.4	11.3	05.1	63.2
13. Tomar metanfetamina ahora me haría sentir menos tenso.	8.8	1.5	3.6	5.1	15.0	05.8	60.2
14. Tomar metanfetamina sería satisfactorio ahora.	6.9	0.7	3.3	7.7	10.6	6.9	63.9
15. Haría casi cualquier cosa por tomar metanfetamina ahora.	5.1	0.7	2.6	3.6	09.9	6.6	71.5
20. Tomar algo de metanfetamina sería maravilloso ahora.	6.6	0.4	1.8	4.4	12.0	4.7	70.1
21. Me gustaría un poco de metanfetamina ahora.	6.2	0.4	3.6	2.6	13.1	7.3	66.8
22. Nada sería mejor que tomar algo de metanfetamina ahora.	5.5	0.4	1.5	4.0	13.5	6.6	68.5
23. Tomar metanfetamina ahora me haría sentir bien.	5.8	0.7	2.6	4.7	12.0	6.6	67.6
24. Si tomara algo de metanfetamina ahora, las pequeñas molestias diarias se sentirían menos importantes.	9.1	1.5	5.5	7.3	9.9	5.1	61.6

Nota:  $n = 274$

Tabla 14

*Datos Descriptivos del Cuestionario de Craving por Anfetamina (continuación)*

Reactivo	Total- mente de acuerdo	Bastante de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desa- cuerdo	En desa- cuerdo	Bastante en desa- cuerdo	Total- mente en desa- cuerdo
	%	%	%	%	%	%	%
25. Si tuviera la oportunidad de usar metanfetamina ahora, creo que lo haría.	5.8	0.4	4.4	7.3	10.9	8.0	63.2
26. Tengo ganas de tomar metanfetamina ahora.	5.8	0.7	2.2	5.1	13.5	6.6	66.1
27. Quiero tanta metanfetamina que casi puedo sentirlo.	5.5	0.7	2.2	5.1	10.6	6.9	69.0
28. Puedo controlar mi uso de metanfetamina.	18.2	2.2	5.8	11.3	10.9	4.7	46.9
30. Probablemente me sentiría menos preocupado por mis problemas diarios si tomara algo de metanfetamina ahora.	10.6	-	5.5	8.8	10.6	4.4	60.1
31. No tengo ganas de tomar metanfetamina ahora.	43.8	1.8	9.5	6.9	9.1	2.6	26.3
32. Estoy pensando en formas de obtener metanfetamina.	6.6	-	2.9	4.7	10.6	6.6	68.6
33. No me gustaría ninguna metanfetamina ahora.	41.2	2.6	10.6	6.2	6.9	3.7	28.8
34. Tomar metanfetamina ahora me haría sentir menos estresado.	7.7	1.5	4.0	6.9	9.5	6.9	63.5
35. Usaré algo de metanfetamina, sin importar lo que se interponga.	4.4	1.1	1.5	3.6	12.4	6.9	70.1
36. Si comenzara a usar metanfetamina ahora, no pararía hasta haber agotado todo mi suministro.	18.2	2.6	6.6	9.5	7.3	3.6	52.2
37. Tomar metanfetamina ahora haría que las cosas parecieran perfectas.	7.7	0.4	4.0	7.3	11.7	5.4	63.5

Nota:  $n = 274$

Tabla 14

*Datos Descriptivos del Cuestionario de Craving por Anfetamina (continuación)*

Reactivo	Total- mente de acuerdo	Bastante de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desa- cuerdo	En desa- cuerdo	Bastante en desa- cuerdo	Total- mente en desa- cuerdo
	%	%	%	%	%	%	%
39. Si comenzara a tomar metanfetamina ahora, no podría parar.	21.9	1.8	5.8	10.2	6.2	5.8	48.3
40. Toda mi tensión desaparecería por completo si tomara algo de metanfetamina ahora.	8.8	0.7	4.4	9.1	8.8	5.5	62.7

Nota:  $n = 274$ 

En la tabla 15 se muestra cuales fueron los familiares que ha tenido más influencia en la vida de los participantes durante los últimos tres meses, para más del 40% fue la madre y para cerca del 25% fue el esposo, novio o pareja. En la tabla 16 se muestra el familiar de mayor influencia en el adulto en tratamiento, por sexo, donde de manera similar la madre es la persona de mayor influencia en mas del 40% de ambos sexos, seguido del esposo, novio o pareja.

Tabla 15

*Datos Descriptivos de la Escala de Emoción Expresada (figura de influencia familiar)*

Familiar	$f$	%
Cuál es la persona que ha tenido más influencia en su vida durante los últimos tres meses		
Madre	118	43.1
Padre	23	8.4
Hermano o hermana	24	8.8
Esposo o esposa	38	13.9
Tío o tía	17	6.2
Abuelo o abuela	28	10.2
Novio o novia	13	4.7
Pareja	12	4.4
Hijo o hija	1	0.3

Nota:  $f =$  frecuencias,  $n = 274$

Tabla 16

*Datos Descriptivos de la Escala de Emoción Expresada por Sexo*

Familiar	Masculino <i>n</i> =238		Femenino <i>n</i> = 36	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Cuál es la persona que ha tenido más influencia en su vida durante los últimos tres meses				
Madre	101	42.4	17	47.2
Padre	21	8.8	2.0	5.6
Hermano o hermana	21	8.8	3	8.3
Esposo o esposa	34	14.3	4	11.1
Tío o tía	14	5.9	3	8.3
Abuelo o abuela	26	10.9	2	5.6
Novio o novia	13	5.5	-	-
Pareja	8	3.4	4	11.1
Hijo o hija	-	-	1	2.8

Nota: *f* = frecuencias, *n* = 274

Continuando con los descriptivos de la Escala de Emoción Expresada, en la tabla 17 se observan los porcentajes correspondientes a cada reactivo, más del 70% de los adultos con problemas por abuso de sustancias perciben que sus familiares son comprensivos (reactivos 11, 48), los toman en cuenta (reactivo 12), los alientan a buscar ayuda (reactivo 15), los hacen sentir valiosos (reactivo 23), tratan de hacerlos sentir mejor (reactivos 31 y 38), sin embargo más del 60% mencionó sentirse invadido o revisado (reactivos 29, 37 y 41, 45), además de percibir molestia o enojo (reactivos 36 y 42), cerca del 50% refirió que su familiar no sabe como manejar los sentimientos cuando el participante le expresa malestar (reactivo 26).

Tabla 17

*Datos Descriptivos de la Escala de Emoción Expresada*

Reactivo	Falso %	Verdadero %
1. Entiende si a veces no quiero hablar	22.3	77.7
2. Me calma cuando estoy molesto	28.1	71.9
3. Dice que me falta autocontrol	30.3	69.7

Nota: *n* = 274

Tabla 17

*Datos Descriptivos de la Escala de Emoción Expresada (continuación)*

Reactivo	Falso %	Verdadero %
4. Es tolerante conmigo incluso cuando no estoy cumpliendo con sus expectativas	28.1	71.9
5. No se mete en mis conversaciones	46.4	53.6
6. No me pone nervioso	40.5	59.5
7. Dice que sólo quiero atención cuando digo que no estoy bien	59.9	40.1
8. Me hace sentir culpable por no cumplir con sus expectativas	52.6	47.4
9. No es sobreprotector conmigo	50.4	49.6
10. Pierde la razón cuando no me siento bien	57.7	42.3
11. Es comprensivo conmigo cuando estoy enfermo o molesto	23.4	76.6
12. Puede ver mi punto de vista	27.7	72.3
13. Siempre está interfiriendo	55.8	44.2
14. No entra en pánico cuando las cosas empiezan a salir mal	42.0	58.0
15. Me alienta a buscar ayuda externa cuando no me siento bien	23.0	77.0
16. No siente que le estoy causando muchos problemas	57.7	42.3
17. No insiste en hacer las cosas conmigo	46.4	53.6
18. No puedo pensar con claridad cuando las cosas van mal	37.2	62.8
19. No me ayuda cuando estoy molesto o sintiéndome mal	68.2	31.8
20. Me desanima si no estoy a la altura de sus expectativas	53.3	46.7
21. No insiste en estar conmigo todo el tiempo	47.4	52.6
22. Me culpa de que las cosas no vayan bien	58.0	42.0
23. Me hace sentir valioso como persona	25.2	74.8
24. No puedo soportarlo cuando estoy molesto	48.5	51.5
25. Me deja sintiéndome abrumado	60.2	39.8
26. No sabe cómo manejar mis sentimientos cuando no me siento bien	50.4	49.6
27. Dice que hago que ocurran mis problemas para volver a él / ella	63.5	36.5
28. Entiende mis limitaciones	33.9	66.1
29. A menudo me revisa para ver lo que estoy haciendo	32.8	67.2
30. Es capaz de tener el control en situaciones estresantes	33.9	66.1
31. Trata de hacerme sentir mejor cuando estoy molesto o enfermo	22.3	77.7
32. Es realista acerca de lo que puedo y no puedo hacer	23.0	77.0
33. Siempre está metiéndose en mis cosas	54.7	45.3
34. Me oye	20.4	79.6
35. Dice que no esta bien buscar ayuda profesional	78.8	21.2
36. Se enoja conmigo	36.5	63.5
37. Siempre tiene que saber todo sobre mí	40.9	59.1
38. Me hace sentir relajado cuando está cerca	23.7	76.3
39. Me acusa de exagerar cuando digo que no estoy bien	58.0	42.0

Nota:  $n = 274$

Tabla 17

*Datos Descriptivos de la Escala de Emoción Expresada (continuación)*

Reactivo	Falso %	Verdadero %
40. Se lo tomará con calma, incluso si las cosas no van bien	36.9	63.1
41. Insiste en saber a dónde voy	31.4	68.6
42. Se enoja conmigo sin razón	60.6	39.4
43. Es considerado cuando estoy enfermo o molesto	23.0	77.0
44. Me apoya cuando lo necesito	17.2	82.8
45. Se mete en mis asuntos privados	58.8	41.2
46. Puede lidiar bien con el estrés	39.4	60.6
47. Está dispuesto a obtener más información para entender mi condición, cuando no me siento bien	24.5	75.5
48. Es comprensible si cometo errores	22.3	77.7
49. No se mete en mi vida	56.6	43.4
50. Está impaciente conmigo cuando no estoy bien	40.5	59.5
51. No me culpa cuando me siento mal	36.1	63.9
52. Espera demasiado de mí	25.9	74.1
53. No hace muchas preguntas personales	45.6	54.4
54. Empeora las cosas cuando las cosas no van bien	67.5	32.5
55. A menudo me acusa de inventar cosas cuando no me siento bien	62.4	37.6
56. “Se sale de quicio” o “pierde los estribos” cuando no hago algo bien	57.7	42.3
57. Se molesta cuando no me comunico con él / ella	45.6	54.4
58. Se irrita cuando las cosas no salen bien	51.5	48.5
59. Trata de tranquilizarme cuando no me siento bien	24.5	75.5
60. Espera el mismo nivel de esfuerzo de mi parte, incluso si no me siento bien	30.7	69.3

Nota:  $n = 274$ 

Con relación a la Escala de Estrés Percibido, la tabla 18 pone en manifiesto que más del 40% de los participantes se sienten capaces de controlar los sucesos importantes (reactivo 2) de igual forma que los pequeños problemas (reactivo 4), además más del 55% percibe que es capaz de manejar sus problemas personales (reactivo 6) y 46.3% de controlar las dificultades en la vida (reactivo 9), aunque al cuestionar acerca del sentimiento de control total solo el 30% respondió negativamente (reactivo 10), además el 36% respondió sentirse molesto por situaciones fuera de su control (reactivo 11) y más del 50% refirió estar pensando en cosas que no ha terminado (reactivo 12).

Tabla 18

*Datos Descriptivos de la Escala de Estrés Percibido*

Reactivo	Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
	%	%	%	%	%
1. ¿Con qué frecuencia has estado afectado/a por algo que ha ocurrido inesperadamente?	23.0	20.8	36.2	12.0	8.0
2. ¿Con qué frecuencia te has sentido incapaz de controlar las cosas importantes de tu vida?	20.4	22.3	31.0	17.2	9.1
3. ¿Con qué frecuencia te has sentido nervioso/a o estresado/a (lleno de tensión)?	12.4	20.4	35.8	17.9	13.5
4. ¿Con qué frecuencia has manejado con éxito los pequeños problemas irritantes de la vida?	9.5	13.5	29.6	29.9	17.5
5. ¿Con qué frecuencia has sentido que has afrontado efectivamente los cambios importantes que han estado ocurriendo en tu vida?	9.1	10.9	31.8	26.3	21.9
6. ¿Con qué frecuencia has estado seguro/a sobre tu capacidad de manejar tus problemas personales?	6.2	13.1	24.5	32.1	24.1
7. ¿Con qué frecuencia has sentido que las cosas te van bien?	6.2	11.3	37.6	26.6	18.3
8. ¿Con qué frecuencia has sentido que no podías afrontar todas las cosas que tenías que hacer?	12.0	22.6	36.5	17.2	11.7
9. ¿Con qué frecuencia has podido controlar las dificultades de tu vida?	10.2	13.9	29.6	27.0	19.3
10. ¿Con qué frecuencia has sentido que tienes el control de todo?	12.4	20.1	36.9	17.9	12.7
11. ¿Con qué frecuencia has estado enfadado/a porque las cosas que te han ocurrido estaban fuera de tu control?	10.9	19.3	33.6	21.5	14.7
12. ¿Con qué frecuencia has pensado sobre las cosas que no has terminado (pendientes de hacer)?	10.6	9.5	29.2	27.7	23.0
13. ¿Con qué frecuencia has podido controlar la forma de pasar el tiempo (organizar)?	8.4	12.8	34.7	25.9	18.2
14. ¿Con qué frecuencia has sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puedes superarlas?	16.8	21.9	33.9	18.2	9.2

Nota:  $n = 274$

A continuación, en la tabla 19 se detallan los porcentajes del Cuestionario de Espiritualidad, más del 80% de los participantes mencionaron sentirse valiosos (reactivo 1) y satisfechos (reactivo 5), refieren que la espiritualidad les ayuda a decidir quienes son y que orientación seguir (reactivos 12 y 13) y que la espiritualidad esta integrada a sus vidas (reactivo 14), además de la necesidad de tener un vínculo emocional fuerte con sus semejantes (reactivo 27). Respecto al factor o apartado autoconciencia, más del 70% se considera con actitud positiva, compasivos y amables, además de creer en si mismos (reactivos 4, 6 y 7); en el factor importancia de las creencias espirituales, más del 80% están de acuerdo en que la espiritualidad integrada a sus vidas les ayuda en sus metas y decisiones (reactivos 11 y 14).

En cuanto al factor de prácticas espirituales, más del 60% de los adultos mencionaron leer libros de crecimiento espiritual y auto ayuda (reactivo 16), así como meditar o estar en contacto con la naturaleza (reactivos 17 y 18); por último, en las necesidades espirituales más el 80% respondió que tratan de alcanzar la paz interior (reactivo 23), un propósito en la vida (reactivo 25), así como una visión personal (reactivo 29).

Tabla 19

*Datos Descriptivos del Cuestionario de Espiritualidad*

Reactivo	Muy en desa- cuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
	%	%	%	%
1. Creo que soy una persona valiosa	5.1	4.7	37.6	52.6
2. Creo que tengo las mismas cualidades y defectos que otras personas	8.0	15.7	42.7	33.6
3. Siento que tengo muchas cualidades	3.6	9.9	42.3	44.2
4. Tengo una actitud positiva conmigo mismo	3.6	8.4	44.2	43.8
5. En general me siento satisfecho con la persona que soy	3.3	15.7	41.6	39.4
6. Siento que soy una persona compasiva y amable	4.0	8.8	46.0	41.2
7. En general soy una persona que cree en sí misma	5.5	10.9	46.0	37.6

Nota:  $n = 274$

Tabla 19

*Datos Descriptivos del Cuestionario de Espiritualidad (continuación)*

Reactivo	Muy en	En	De	Muy de
	desacuerdo	desacuerdo	acuerdo	acuerdo
	%	%	%	%
8. Creo que mi vida tiene algún significado	4.0	7.7	37.2	51.1
9. Soy capaz de entender lo que representan las situaciones difíciles	3.6	7.3	46.0	43.1
10. Pienso en aspectos positivos cuando evalúo mi vida	4.7	8.0	46.4	40.9
11. La espiritualidad me ayuda a definir las metas que establezco en mi vida	5.1	7.3	43.8	43.8
12. La espiritualidad me ayuda a decidir quién soy	3.6	15.7	41.6	39.1
13. La espiritualidad me ayuda a decidir mi orientación general en la vida	4.7	13.1	41.3	40.9
14. La espiritualidad está integrada en mi vida	6.9	7.3	41.3	44.5
15. Reflexiono para alcanzar la paz interior	6.9	9.5	44.5	39.1
16. Leo libros de crecimiento espiritual y autoayuda	8.4	18.2	43.5	29.9
17. Empleo el silencio para ponerme en contacto con mi yo interior	8.8	16.4	40.9	33.9
18. Trato de vivir en armonía con la naturaleza	5.8	12.0	46.0	36.2
19. A menudo me involucro en programas para cuidar el medio ambiente	13.5	29.6	34.3	22.6
20. Trato de encontrar momentos para ampliar mi espiritualidad	6.2	12.8	43.0	38.0
21. Busco la belleza física, espiritual y emocional en la vida	6.6	10.6	42.7	40.1
22. Trato de encontrar respuesta a los misterios o dudas de la vida	3.6	16.1	44.2	36.1
23. Trato de alcanzar la paz interior y la armonía	3.3	9.1	42.7	44.9
24. Realmente disfruto escuchar música	3.6	4.4	36.9	55.1
25. Estoy buscando un propósito en la vida	4.4	7.3	36.5	51.8
26. Mi vida es un proceso de cambio y está en evolución	3.3	5.8	35.8	55.1
27. Necesito tener un vínculo emocional fuerte con las personas que me rodean	6.2	10.9	39.1	43.8
28. Mantener y fortalecer las relaciones con los demás es importante para mí	4.0	11.3	43.4	41.3
29. Estoy desarrollando una visión particular de vida	2.6	6.6	45.6	45.2

Nota:  $n = 274$

Los datos descriptivos del Inventario de Coeficiente Emocional se detallan en la tabla 20, puede observarse que más del 50% de los internos en centros de tratamiento refiere tener problemas al controlar su ira (reactivos 4 y 22), ser impulsivos (reactivo 10), no entender como se sienten ellos (reactivo 15) o los demás (reactivo 8), o tener alguna dificultad para describir o expresar sus sentimientos (reactivos 33 y 48), cabe mencionar que cerca del 70% siente no haber logrado nada en su vida (reactivo 21) y no disfrutarla (reactivo 26) y más del 40% mencionó haber infringido la ley (reactivo 24).

En cuanto a los factores del instrumento, en primer lugar se encuentra el intrapersonal, donde más del 40% de los participantes manifiestan dificultad para expresar ideas, entender sus sentimientos (reactivos 3 y 15), tomar decisiones (reactivo 27) o ser asertivos (reactivo 44); en el factor interpersonal casi el 50% mencionó que no puede entender o comprender como se sienten otras personas (reactivos 8 y 14), cerca del 25% refiere no importarle que le suceda a otras personas (reactivo 25) y más del 40% dice que se le dificulta ser sensible con los sentimientos ajenos (reactivo 43). Respecto al factor del manejo del estrés alrededor del 30% aceptan tener problemas para controlar la ira (reactivos 4 y 22) y la ansiedad (reactivo 16), además de ser impulsivos (reactivos 10, 28 y 34).

Tabla 20

*Datos Descriptivos del Inventario de Coeficiente Emocional*

Reactivo	Rara vez o nunca es mi caso	Pocas veces es mi caso	A veces es mi caso	Muchas veces es mi caso	Con mucha frecuencia o siempre es mi caso
	%	%	%	%	%
1. Soy una persona bastante alegre.	6.2	5.8	22.3	31.4	34.3
2. Me gusta ayudar a las personas.	4.0	4.4	17.9	32.8	40.9
3. No puedo expresar mis ideas a otros.	19.7	22.6	31.8	15.3	10.6
4. Es un problema controlar mi ira.	24.5	21.9	27.4	14.2	12.0

Nota:  $n = 274$

Tabla 20

*Datos Descriptivos del Inventario de Coeficiente Emocional (continuación)*

Reactivo	Rara vez o nunca es mi caso	Pocas veces es mi caso	A veces es mi caso	Muchas veces es mi caso	Con mucha frecuencia o siempre es mi caso
	%	%	%	%	%
5. Mi enfoque para superar las dificultades es avanzar paso a paso.	5.5	10.2	25.9	30.3	28.1
6. No hago nada malo en mi vida.	15.0	19.7	38.3	13.5	13.5
7. Me siento seguro de mí mismo en la mayoría de las situaciones.	7.3	9.5	25.5	28.5	29.2
8. No puedo entender cómo se sienten otras personas.	21.5	23.4	32.5	13.1	9.5
9. Prefiero que otros tomen decisiones por mí.	40.5	22.6	17.5	08.5	10.9
10. Mi impulsividad (apresuramiento) crea problemas.	16.8	18.2	33.2	17.9	13.9
11. Trato de ver las cosas como realmente son, sin fantasear y soñar despierto sobre ellas.	10.6	13.9	19.0	25.9	30.6
12. Nada me perturba.	16.8	25.2	31.8	13.9	12.3
13. Creo que puedo estar al tanto de las situaciones difíciles.	10.6	12.8	24.5	28.5	23.6
14. Soy bueno para comprender cómo se sienten otras personas.	10.6	10.9	22.3	31.8	24.4
15. Me cuesta entender cómo me siento.	21.9	15.7	33.9	17.9	10.6
16. Siento que es difícil para mí controlar mi ansiedad	23.7	21.2	24.1	17.5	13.5
17. Cuando me enfrento a una situación difícil, me gusta recopilar toda la información que pueda sobre ella.	9.1	14.2	22.7	27.0	27.0
18. No he dicho una mentira en mi vida.	21.5	20.8	30.3	16.8	10.6
19. Soy optimista sobre la mayoría de las cosas que hago.	8.0	13.9	30.7	24.8	22.6
20. Mis amigos pueden decirme cosas íntimas (personales) sobre ellos mismos.	8.0	14.6	25.9	20.8	30.7
21. En los últimos años, he logrado poco (nada).	19.7	10.9	27.4	23.4	18.6

Nota:  $n = 274$

Tabla 20

*Datos Descriptivos del Inventario de Coeficiente Emocional (continuación)*

Reactivo	Rara vez o nunca es mi caso	Pocas veces es mi caso	A veces es mi caso	Muchas veces es mi caso	Con mucha frecuencia o siempre es mi caso
22. Tiendo a explotar con ira fácilmente.	21.9	18.2	29.2	16.4	14.3
23. Me gusta obtener una visión general de un problema antes de intentar resolverlo.	10.2	12.8	28.1	21.9	27.0
24. No he violado ninguna ley de ningún tipo.	26.6	15.3	28.1	17.5	12.5
25. Me importa lo que les pase a otras personas.	15.0	9.5	29.2	21.5	24.8
26. Es difícil para mí disfrutar la vida.	28.1	18.6	24.1	13.5	15.7
27. Es difícil para mí tomar decisiones por mi cuenta.	29.9	18.2	27.0	12.4	12.5
28. Tengo impulsos fuertes que son difíciles de controlar.	23.0	17.9	33.6	13.5	12.0
29. Cuando enfrento un problema, lo primero que hago es parar y pensar.	10.6	12.4	33.6	21.2	22.2
30. No tengo días malos.	16.4	16.4	38.3	13.9	15.0
31. Estoy satisfecho con mi vida.	9.1	9.1	31.8	26.3	23.7
32. Mis relaciones cercanas significan mucho para mí y para mis amigos.	9.5	9.5	29.6	24.1	27.3
33. Es difícil expresar mis sentimientos íntimos.	17.5	15.3	33.9	16.8	16.5
34. Soy impulsivo (apresurado).	18.6	11.3	32.5	21.9	15.7
35. Cuando trato de resolver un problema, miro cada posibilidad y decido la mejor manera de resolverlo.	10.6	13.5	29.9	18.2	27.8
36. No me ha avergonzado nada de lo que he hecho.	17.9	17.9	29.6	14.2	20.4
37. Me deprimó.	18.6	16.1	38.7	13.1	13.5
38. Puedo respetar a los demás.	8.8	8.0	24.1	24.5	34.6
39. Soy más seguidor que líder.	20.4	17.2	27.0	20.8	14.6
40. Tengo mal genio.	21.2	21.2	35.8	9.8	12.0

Nota:  $n = 274$

Tabla 20

*Datos Descriptivos del Inventario de Coeficiente Emocional (continuación)*

Reactivo	Rara vez o nunca es mi caso	Pocas veces es mi caso	A veces es mi caso	Muchas veces es mi caso	Con mucha frecuencia o siempre es mi caso
	%	%	%	%	%
41. Al manejar situaciones que surgen, trato de pensar en todos los enfoques que pueda.	10.9	12.4	31.8	22.3	22.6
42. Por lo general, espero que todo salga bien, a pesar de los retrasos ocasionales.	9.9	11.3	29.2	23.0	26.6
43. Soy sensible al sentimiento de los demás.	8.8	15.0	29.6	19.0	27.6
44. Otros piensan que me falta asertividad (forma de expresar lo que se piensa o quiere de manera clara y respetuosa).	15.3	16.4	34.3	15.7	18.3
45. Estoy impaciente.	21.5	18.6	30.7	15.0	14.2
46. Creo en mi capacidad para manejar la mayoría de los problemas molestos.	12.4	13.1	27.0	22.3	25.2
47. Tengo buenas relaciones con los demás.	6.9	10.6	27.4	24.1	31.0
48. Es difícil para mí describir mis sentimientos.	17.2	16.4	32.5	17.5	16.4
49. Antes de comenzar algo nuevo, generalmente siento que voy a fallar.	22.6	19.7	27.0	15.3	15.4
50. Es difícil para mí defender mis derechos.	23.7	15.3	31.8	14.6	14.6
51. La gente piensa que soy sociable.	8.4	9.1	27.7	21.5	33.3

Nota:  $n = 274$ 

Continuando con el inventario de inteligencia emocional, en el apartado de adaptabilidad más de la mitad (50%) perciben que son capaces de resolver problemas siendo realistas y recopilando toda la información acerca de las circunstancias (reactivos 5, 11 y 17), además de pensar en diferentes enfoques acerca de las mismas (reactivo 41). Por último, en el estado de ánimo más del 50% refieren estar alegres, ser optimistas, estar seguros de sí mismos y estar satisfechos con su vida (reactivos 1, 7, 19 y 31), no

obstante, cerca del 30% mencionó tener dificultad para disfrutar de la vida (reactivo 26), deprimirse con frecuencia (reactivo 37) o sentir que las cosas saldrán mal antes de comenzar (reactivo 49).

Para ilustrar los datos descriptivos del Cuestionario de Variables Predictoras de Abandono y Adhesión al Tratamiento se presenta la tabla 21, en la que puede apreciarse que más del 50% considera que el tipo de tratamiento en el que están es el indicado (reactivo 7) y consideran que es necesario que estén internos (reactivo 8), pero en porcentajes similares mencionan que están de acuerdo o les da igual y permanecerán el tiempo que ellos decidan, aunque el equipo a cargo indique lo contrario (reactivo 6), además el 33% percibe que el tratamiento le ocasiona sufrimiento (reactivo 14) y más del 40% aseguró que dejaría el tratamiento si no le parece adecuado (reactivos 3 y 16).

En el factor motivación del instrumento, cerca del 55% se siente con vitalidad y ganas de hacer las cosas (reactivos 2 y 10) y más del 70% se siente motivado a recuperarse y seguir con el tratamiento (reactivos 21 y 24); en el factor conciencia del problema más del 40% de los participantes dejaría el tratamiento porque no lo tratan bien (reactivo 3), porque no le parece adecuado (reactivo 16) o por considerar que puede seguir sin ayuda (reactivo 23). En el factor de sentimientos adversos el 52.5% refiere sentirse deprimido (reactivo 4), más del 40% dice sentirse atrapado (reactivo 12), agobiado (reactivo 18), malhumorado o enojado (reactivo 26) y el 37.3% intranquilo o ansioso (reactivo 19).

Respecto a los deseos de consumo más del 54% está de acuerdo en que es preferible estar bajo la influencia de alguna sustancia en lugar de estar mal (reactivo 5) y más del 50% tiene constante deseo por consumir (reactivos 9, 13 y 22). Por último, en el factor tratamiento más del 65% dice que confía en el tratamiento que lleva (reactivo 20), sin embargo, el 43.8% mencionan sentirse saturados o cargados (reactivo 15), además de resultarles difícil el llevar ese tipo de tratamiento (reactivo 25).

Tabla 21

*Datos Descriptivos del Cuestionario de Variables Predictoras de Abandono y Adhesión al Tratamiento*

Reactivo	Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
	%	%	%	%	%
1. Me agobia la rutina	11.7	16.8	30.3	25.2	16.0
	Me siento con vitalidad	Me siento más vital que desvitalizado	No me siento ni vital ni desvitalizado	Me siento más desvitalizado que vital	Me siento desvitalizado
	%	%	%	%	%
2. Respecto a la vitalidad ¿Cómo te sientes?	55.8	19.0	16.8	4.0	4.4
	Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
	%	%	%	%	%
3. Dejaría el tratamiento porque el equipo que me atiende no es apropiado para lo que necesito	20.4	29.9	18.2	18.2	13.3
	Me siento deprimido	Me siento más deprimido que optimista	No me siento ni deprimido ni optimista	Me siento más optimista que deprimido	Me siento optimista
	%	%	%	%	%
4. ¿Como está tu ánimo?	33.2	19.3	24.8	6.9	15.8
	Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
	%	%	%	%	%
5. Es preferible estar “puesto” o “empastillado” antes que pasarla mal	28.5	26.3	17.9	15.0	12.3
6. Sinceramente, pienso estar en tratamiento el tiempo que yo me propuse, aunque el equipo opine otra cosa	7.7	12.0	28.1	24.1	28.1
7. Este tratamiento parece adecuado para mí	39.1	33.2	17.2	6.5	4.0
8. Mi estancia en el centro es necesaria	37.6	29.2	19.3	9.1	4.8
9. Tengo imaginaciones o fantasías de consumo	22.6	29.6	18.6	17.9	11.3

Nota:  $n = 274$

Tabla 21

*Datos Descriptivos del Cuestionario de Variables Predictoras de Abandono y Adhesión al Tratamiento (continuación)*

	Me siento motivado, con ganas de hacer cosas	Me siento más bien motivado que desmotivado	No me siento ni motivado ni desmotivado	Me siento más bien desmotivado que motivado	Me siento desmotivado, sin ganas de hacer cosas
	%	%	%	%	%
10. Respecto a las ganas de hacer las cosas, ¿Cómo te sientes?	61.3	17.2	13.1	2.9	5.5
	Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
	%	%	%	%	%
11. Sinceramente, mi atención está más fuera que dentro del tratamiento	16.8	24.1	19.7	22.6	16.8
12. Tengo el sentimiento o sensación de estar atrapado en algo y no poder escapar	13.5	29.6	20.4	23.0	13.5
13. Tengo deseos de consumo	27.0	29.9	13.9	18.2	11.0
	La presión del tratamiento no me afecta	La presión del tratamiento me afecta alguna vez, pero la llevo bien	La presión del tratamiento me afecta a veces	La presión del tratamiento me provoca bastante sufrimiento	La presión del tratamiento me provoca intenso sufrimiento
	%	%	%	%	%
14. ¿Cómo recibes la presión del tratamiento?	39.1	27.7	15.7	6.2	11.3
	Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
	%	%	%	%	%
15. Este tratamiento me satura de cosas, me carga	15.3	28.5	24.5	21.2	10.5
16. Dejaría el tratamiento porque las terapias no me parezcan adecuadas para mí	20.1	28.8	21.5	15.7	13.9

Nota:  $n = 274$

Tabla 21

*Datos Descriptivos del Cuestionario de Variables Predictoras de Abandono y Adhesión al Tratamiento (continuación)*

Reactivo	Me siento ilusionado	Me siento más ilusionado que desilusionado	No me siento ni ilusionado ni desilusionado	Me siento más desilusionado que ilusionado	Me siento desilusionado
	%	%	%	%	%
17. ¿Sientes ilusión?	53.3	16.8	19.7	4.7	5.5
	Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
	%	%	%	%	%
18. Me agobio con lo que me dicen los compañeros de tratamiento	14.2	26.6	28.8	17.5	12.9
19. Siento ansiedad, intranquilidad interior	16.1	21.2	23.4	21.5	17.8
	Confío en este tratamiento	Siento más confianza que desconfianza de este tratamiento	Siento tanta confianza como desconfianza del tratamiento	Siento más desconfianza que confianza del tratamiento	Desconfío de este tratamiento
	%	%	%	%	%
20. Sinceramente, confías o desconfías de este tratamiento	54.0	13.1	13.9	5.5	13.5
	Me siento muy motivado para recuperarme	Me siento más bien motivado para recuperarme	No me siento ni motivado ni desmotivado para recuperarme	Me siento más bien desmotivado para recuperarme	Me siento absolutamente desmotivado para recuperarme
	%	%	%	%	%
21. Cuánta motivación tengo para recuperarme	63.5	16.8	13.5	4.0	2.2
	Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
	%	%	%	%	%
22. Cuando llevo tiempo sin consumir con frecuencia empiezo a pensar en el consumo y no consigo sacarlo de la cabeza	24.1	26.6	19.0	19.0	11.3

Nota:  $n = 274$

Tabla 21

*Datos Descriptivos del Cuestionario de Variables Predictoras de Abandono y Adhesión al Tratamiento (continuación)*

Reactivo	Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
	%	%	%	%	%
23. Dejaría el tratamiento por encontrarme en condiciones de seguir yo solo	17.2	21.2	20.1	23.0	18.5
24. Me siento motivado para seguir el tratamiento	38.3	34.3	16.8	4.7	5.9
25. Me resulta difícil llevar a cabo este tratamiento	18.2	31.8	22.6	15.4	12.0
26. Me siento malhumorado, disgustado	17.5	27.4	27.0	18.2	9.9
27. ¿Cuántos años llevas consumiendo?	2 años ó menos	Más de 2 y menos de 6 años	Más de 6 y menos de 10 años	10 años ó más	10 años ó más
	%	%	%	%	%
	25.2	26.6	17.9	30.3	-
28. ¿Cuántos años llevas enganchado?	2 años ó menos	Más de 2 y menos de 5 años	Más de 5 y menos de 9 años	Más de 9 y menos de 11 años	Más 11 años
	%	%	%	%	%
	38.3	22.6	20.1	6.6	12.4
29. Por favor di el número aproximado de tratamientos que hayas abandonado hasta la fecha	0 o 1 tratamientos abandonados	2 tratamientos abandonados	3 tratamientos abandonados	4 tratamientos abandonados	5 o más tratamientos abandonados
	%	%	%	%	%
	72.6	10.9	9.9	2.6	4.0

Nota:  $n = 274$

Tabla 21

*Datos Descriptivos del Cuestionario de Variables Predictoras de Abandono y Adhesión al Tratamiento (continuación)*

Reactivo	Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
	%	%	%	%	%
30. Cabe la posibilidad de que abandone el tratamiento a corto plazo por decisión propia	18.6	26.6	23.7	17.5	13.6

Nota:  $n = 274$

### Estadística Inferencial

Para conocer la distribución de los datos se realizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov con Corrección de Lilliefors, como se puede observar en la Tabla 22 los datos no presentaron normalidad ( $p < .05$ ), por lo cual se utilizaron pruebas no paramétricas.

Tabla 22

*Prueba de Normalidad de Kolmogorov-Smirnov con Corrección de Lilliefors*

Variable	$\bar{X}$	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	Valor Min	Valor Max	<i>Da</i>	<i>p</i>
Craving por alcohol	75.11	79.43	13.906	13	91	0.140	.001
Craving por marihuana	65.90	70.21	13.128	23	87	0.150	.001
Craving por metanfetaminas	76.53	86.25	21.376	0	100	0.187	.001
Emoción Expresada Percibida	55.48	55.83	14.077	0	95	0.090	.001
Estrés Percibido	45.20	46.43	13.258	7	80	0.103	.001
Espiritualidad	73.35	72.41	18.419	0	100	0.074	.001
Inteligencia Emocional	57.44	55.39	10.587	32	88	0.102	.001
Riesgo de recaída	45.60	47.06	12.003	8	71	0.106	.001

Nota:  $\bar{X}$  = Media, *Mdn* = mediana, *DE* = desviación estándar, Valor Min = valor mínimo, Valor Max = valor máximo, *Da* = prueba de normalidad, *p* = significancia bilateral,  $n=274$

Para responder al primer objetivo del estudio que menciona describir el riesgo de recaída por tipo de sustancia (alcohol, marihuana y metanfetaminas) en adultos en tratamiento, se realizó la prueba de Chi cuadrada. En la tabla 23 se observa diferencias significativas entre los tipos de sustancias consumidas y el riesgo de recaída, se observa

mayor porcentaje de adultos que han consumido marihuana presentaron menos riesgo de recaída (62.5%) y los adultos que han consumido metanfetaminas (70.6%) presentaron más riesgo de recaída.

Tabla 23

*Prueba de Chi Cuadrada de Pearson del Tipo de Sustancia Consumida por Riesgo de Recaída*

Tipo de sustancia Riesgo de recaída	Menos riesgo de recaída		Más riesgo de recaída		$\chi^2$	p
	f	%	f	%		
Alcohol	9	50.0	9	50.0	8.039	0.045
Marihuana	20	62.5	12	37.5		
Metanfetamina	10	29.4	24	70.6		
Todas las anteriores	79	41.6	111	58.4		
Total	118	43.1	156	56.9		

Nota: f = frecuencias, n = 274

Tabla 24

*Prueba de Chi Cuadrada de Pearson por Tipo de Sustancia de Ingreso por Riesgo de Recaída*

Tipo de sustancia de ingreso Riesgo de recaída	Menos riesgo de recaída		Más riesgo de recaída		$\chi^2$	p
	f	%	f	%		
Alcohol	13	11.0	12	7.7	3.404	0.333
Marihuana	23	19.5	22	14.1		
Metanfetamina	34	28.8	58	37.2		
Todas las anteriores	48	40.7	64	41.0		
Total	118	100	156	100		

Nota: f = frecuencias, n = 274

En la tabla 24 se muestra que no existe significancia entre la sustancia por la ingresó a tratamiento y el riesgo de recaída, de esta forma se responde al primer objetivo del estudio. Para dar respuesta al segundo objetivo que menciona describir el craving por consumo de alcohol, marihuana y metanfetaminas, la emoción expresada percibida, el estrés percibido, la espiritualidad y la inteligencia emocional percibida en adultos en

tratamiento por sexo, edad, nivel de estudios, estado civil y religión, se muestran los resultados de la tabla 25 a la 27.

Tabla 25

*Contraste de Tendencia Central de la Puntuación de los Índices de las Variables del Estudio por Sexo a través de la Prueba U de Mann-Whitney*

Variable	Sexo	<i>n</i>	$\bar{X}$	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
Craving por alcohol	Hombres	238	74.61	77.84	12.454	2490.0	0.001
	Mujeres	36	78.46	86.70	21.091		
Craving por marihuana	Hombres	238	66.07	70.21	12.704	4272.50	0.979
	Mujeres	36	64.78	70.21	15.812		
Craving por metanfetaminas	Hombres	238	76.41	85.00	20.484	3749.0	0.226
	Mujeres	36	77.36	87.50	26.871		
Emoción Expresada Percibida	Hombres	238	55.84	55.00	14.370	3855.0	0.332
	Mujeres	36	53.15	56.67	11.641		
Estrés Percibido	Hombres	238	45.04	46.43	12.976	4215.5	0.877
	Mujeres	36	46.23	47.32	15.151		
Espiritualidad	Hombres	238	73.74	73.56	19.089	3605.0	0.125
	Mujeres	36	70.72	68.97	13.006		
Inteligencia Emocional	Hombres	238	57.07	55.15	10.616	3498.0	0.076
	Mujeres	36	59.90	59.07	10.200		
Riesgo de recaída	Hombres	238	44.72	46.22	12.174	2869.0	0.001
	Mujeres	36	51.38	52.10	8.977		

Nota:  $\bar{X}$  = media, *Mdn* = mediana, *DE* = desviación estándar, *U* = de Mann-Whitney, *p* = significancia estadística, *n* = 274

En la tabla 25 se muestran los resultados de la Prueba de U de Mann-Whitney para los índices de craving por alcohol, craving por marihuana, craving por metanfetaminas, emoción expresada percibida, estrés percibido, espiritualidad, inteligencia emocional y riesgo de recaída por sexo. Es importante destacar que sólo se encontraron diferencias significativas para el craving por alcohol ( $U = 78.46$ ,  $p < .001$ ), donde se observa que las mujeres ( $\bar{X} = 78.46$ ,  $DE = 21.09$ ) tienen más altas medias y medianas del índice de craving en comparación con los hombres ( $\bar{X} = 51.38$ ,  $DE = 8.977$ ,  $p < .001$ ) en el riesgo de recaída.

A continuación, se muestra la prueba de Kruskal-Wallis, utilizada para analizar las diferencias en las variables de craving por alcohol, marihuana y metanfetaminas, emoción expresada percibida, estrés percibido, espiritualidad, inteligencia emocional y riesgo de recaída por estado civil, nivel de estudios y religión. En la tabla 26 pueden observar que solo la variable de emoción expresada percibida ( $H = 12.368$ ,  $p < .05$ ) mostró diferencia significativa por estado civil, encontrando medias y medianas más altas en el estado civil de viudo ( $\bar{X} = 61.67$ ,  $Mdn = 61.67$ ) y de unión libre ( $\bar{X} = 59.09$ ,  $Mdn = 60.0$ ).

Tabla 26

*Prueba Kruskal-Wallis para Índices de las Variables de Estudio por Estado Civil*

Variables	$\bar{X}$	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>H</i>	<i>p</i>
Craving por alcohol					
Soltero	75.00	78.72	13.738	2.940	0.709
Casado	75.25	80.85	16.365		
Unión libre	74.26	79.08	15.078		
Separado	76.53	75.89	9.88		
Divorciado	75.78	79.96	12.354		
Viudo	91.13	91.13	00.00		
Craving por marihuana					
Soltero	65.57	69.86	12.916	3.416	0.636
Casado	67.87	72.34	14.669		
Unión libre	65.69	69.50	12.340		
Separado	64.73	70.39	14.216		
Divorciado	68.30	72.70	14.874		
Viudo	74.47	74.47	00.00		
Craving por metanfetamina					
Soltero	76.08	85.00	20.774	3.301	0.654
Casado	75.44	85.83	26.604		
Unión libre	76.86	85.42	20.814		
Separado	75.96	86.88	22.993		
Divorciado	85.17	88.13	11.354		
Viudo	90.00	90.00	00.00		

Nota:  $\bar{X}$  = media, *Mdn* = mediana, *DE* = desviación estándar, *H* = Kruskal-Wallis, *p* = significancia estadística,  $n = 274$

Tabla 26

*Prueba Kruskal-Wallis para Índices de las Variables de Estudio por Estado Civil  
(continuación)*

Variables	$\bar{X}$	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>H</i>	<i>p</i>
Emoción Expresada Percibida					
Soltero	54.82	53.33	16.031	12.368	0.030
Casado	55.75	55.00	12.952		
Unión libre	59.09	60.00	11.133		
Separado	52.12	50.83	7.768		
Divorciado	53.00	54.17	10.268		
Viudo	61.67	61.67	.00		
Estrés Percibido					
Soltero	46.03	48.21	14.009	4.675	0.457
Casado	45.51	46.43	11.817		
Unión libre	44.68	46.43	12.109		
Separado	41.41	45.54	13.933		
Divorciado	43.21	44.64	10.059		
Viudo	57.14	57.14	00.00		
Espiritualidad					
Soltero	70.94	70.11	18.895	9.961	0.076
Casado	76.05	78.16	20.596		
Unión libre	77.12	77.01	15.455		
Separado	75.29	70.11	16.501		
Divorciado	78.85	78.16	19.005		
Viudo	40.23	40.23	00.00		
Inteligencia Emocional					
Soltero	57.35	55.39	10.943	2.230	0.816
Casado	57.31	55.88	10.277		
Unión libre	58.18	56.37	9.725		
Separado	56.20	51.72	12.220		
Divorciado	58.73	57.11	7.618		
Viudo	52.94	52.94	00.00		
Riesgo de recaída					
Soltero	45.41	47.06	12.043	5.158	0.397
Casado	42.69	42.86	13.644		
Unión libre	47.46	49.58	11.775		
Separado	47.03	50.00	11.137		
Divorciado	44.03	47.90	9.664		
Viudo	40.34	40.34	00.00		

Nota:  $\bar{X}$  = media, *Mdn* = mediana, *DE* = desviación estándar, *H* = Kruskal-Wallis, *p* = significancia estadística, *n* = 274

La tabla 27 muestra las diferencias entre las variables por nivel de estudios, se puede observar que sólo se mostraron diferencias significancias para el craving por metanfetaminas ( $H = 12.002, p < .034$ ) e inteligencia emocional ( $H = 22.235, p < .001$ ) con medias y medianas altas para el nivel de estudios de licenciatura.

Tabla 27

*Prueba Kruskal-Wallis para Índices de las Variables de Estudio por Nivel de Estudios*

Variabes	$\bar{X}$	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>H</i>	<i>p</i>
Craving por alcohol					
Ninguno	72.34	72.34	00.00	8.492	0.131
Primaria	71.94	78.72	16.552		
Secundaria	74.36	78.72	14.758		
Preparatoria	76.35	78.90	11.715		
Licenciatura	83.63	82.98	4.88		
Posgrado	78.30	80.85	11.945		
Craving por marihuana					
Ninguno	78.72	78.72	00.00	5.768	0.329
Primaria	67.28	70.21	11.836		
Secundaria	64.83	69.86	13.766		
Preparatoria	66.28	70.04	13.051		
Licenciatura	69.48	70.21	9.98		
Posgrado	66.10	70.57	13.345		
Craving por metanfetamina					
Ninguno	87.50	87.50	00.000	12.002	0.034
Primaria	78.94	86.25	17.796		
Secundaria	73.32	80.42	22.519		
Preparatoria	80.87	87.50	18.518		
Licenciatura	90.45	90.00	26.451		
Posgrado	68.33	86.25	32.725		
Emoción Expresada Percibida					
Ninguno	50.00	50.00	00.000	1.292	0.936
Primaria	55.43	56.67	17.505		
Secundaria	55.76	56.67	14.998		
Preparatoria	54.94	55.00	11.911		
Licenciatura	55.77	56.67	06.259		
Posgrado	58.33	56.67	10.865		

Nota:  $\bar{X}$  = media, *Mdn* = mediana, *DE* = desviación estándar, *H* = Kruskal -Wallis, *p* = significancia estadística, *n* = 274

Tabla 27

*Prueba Kruskal-Wallis para Índices de las Variables de Estudio por Nivel de Estudios (continuación)*

Variables	$\bar{X}$	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>H</i>	<i>p</i>
Estrés Percibido					
Ninguno	46.43	46.43	00.000		
Primaria	46.43	46.43	11.277		
Secundaria	44.68	46.43	13.768	1.235	0.941
Preparatoria	44.80	46.43	13.006		
Licenciatura	46.70	46.43	13.360		
Posgrado	52.86	51.79	18.754		
Espiritualidad					
Ninguno	66.67	66.67	00.000		
Primaria	71.92	72.41	23.941		
Secundaria	72.24	68.97	17.076	8.999	0.109
Preparatoria	74.58	74.14	18.410		
Licenciatura	84.70	83.91	13.041		
Posgrado	68.28	72.41	21.848		
Inteligencia Emocional					
Ninguno	50.49	50.49	00.693		
Primaria	54.12	52.94	08.844		
Secundaria	56.23	54.90	10.484	22.235	0.001
Preparatoria	60.00	58.33	10.306		
Licenciatura	67.16	65.20	11.959		
Posgrado	52.25	52.94	04.982		
Riesgo de recaída					
Ninguno	34.45	34.45	01.188		
Primaria	44.15	49.58	13.103		
Secundaria	44.96	46.22	11.383	6.694	0.244
Preparatoria	46.97	50.00	12.607		
Licenciatura	49.26	52.94	11.576		
Posgrado	47.23	45.38	14.054		

Nota:  $\bar{X}$  = media, *Mdn* = mediana, *DE* = desviación estándar, *H* = Kruskal-Wallis, *p* = significancia estadística, *n* = 274

La tabla 28 se muestran las diferencias entre las variables y religión, se puede observar que no existen diferencias significativas con ninguna de las variables, con lo anterior se responde al segundo objetivo.

Tabla 28

*Prueba Kruskal-Wallis para Índices de las Variables de Estudio por Religión*

VARIABLES		$\bar{X}$	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>H</i>	<i>p</i>
Craving por alcohol						
	Católico	75.36	77.66	12.045		
	Cristiano	75.82	80.85	15.235	4.063	0.255
	Ateo	70.05	74.29	15.986		
	Otras	74.97	80.14	14.335		
Craving por marihuana						
	Católico	66.70	69.68	11.378		
	Cristiano	66.47	71.63	14.115	5.490	0.139
	Ateo	61.90	68.62	16.516		
	Otras	59.57	57.80	11.841		
Craving por metanfetamina						
	Católico	78.74	85.00	16.812		
	Cristiano	75.79	87.50	24.178	1.206	0.751
	Ateo	68.69	78.33	27.467		
	Otras	75.31	86.46	21.042		
Emoción Expresada Percibida						
	Católico	56.90	56.67	13.351		
	Cristiano	55.24	53.33	14.258	4.783	0.188
	Ateo	50.00	53.33	18.366		
	Otras	53.33	56.67	7.107		
Estrés Percibido						
	Católico	45.64	46.43	12.219		
	Cristiano	44.17	46.43	13.409	4.193	0.241
	Ateo	43.83	46.43	16.585		
	Otras	53.13	55.36	14.227		
Espiritualidad						
	Católico	74.72	72.41	16.152		
	Cristiano	73.05	73.56	19.081	2.355	0.502
	Ateo	65.05	66.67	26.636		
	Otras	77.20	81.03	12.863		
Inteligencia Emocional						
	Católico	56.33	55.39	9.139		
	Cristiano	58.37	55.64	11.421	2.718	0.437
	Ateo	56.84	51.96	12.525		
	Otras	60.99	57.60	12.138		
Riesgo de recaída						
	Católico	45.69	46.22	10.727		
	Cristiano	44.86	47.06	13.581	2.669	0.446
	Ateo	45.99	50.00	11.947		
	Otras	51.12	51.68	6.965		

Nota:  $\bar{X}$  = media, *Mdn* = mediana, *DE* = desviación estándar, *H* = Kruskal -Wallis, *p* = significancia estadística, *n* = 274

Para dar respuesta al tercer objetivo que declara analizar la relación entre el craving por consumo de alcohol, marihuana y metanfetaminas, la emoción expresada percibida, estrés percibido, espiritualidad, inteligencia emocional y el riesgo de recaída en el consumo de alcohol y drogas ilícitas en adultos en tratamiento, se realizó una matriz de correlaciones a través del Coeficientes de Correlación de Spearman. De acuerdo con lo expuesto en la tabla 29 el craving por alcohol se asoció positivamente con los otros dos tipos de craving (marihuana [ $r_s = .491, p < .001$ ] y metanfetamina [ $r_s = .426, p < .001$ ]) y con el estrés percibido ( $r_s = .199, p < .001$ ), es decir al aumentar uno, aumentan los otros.

También se asoció de forma negativa con la inteligencia emocional ( $r_s = -.283, p < .001$ ) lo que sugiere que el craving por alcohol disminuye al ser mayor la inteligencia emocional. El craving por marihuana también se asocia de forma positiva con el craving por metanfetaminas ( $r_s = .454, p < .001$ ). Respecto al craving por metanfetaminas, se reporta una asociación positiva con el estrés percibido ( $r_s = .167, p < .001$ ) y negativa con la espiritualidad ( $r_s = -.255, p < .001$ ) y la inteligencia emocional ( $r_s = -.154, p < .001$ ).

Referente a la emoción expresada percibida también se encontró asociación positiva con el estrés percibido ( $r_s = .144, p < .05$ ) y negativa con la espiritualidad ( $r_s = -.164, p < .001$ ), es decir a mayor emoción expresada por la familia es mayor el estrés y menor la espiritualidad. Por lo que respecta al estrés percibido se reporta una asociación negativa con la espiritualidad ( $r_s = -.252, p < .001$ ) y con la inteligencia emocional ( $r_s = -.495, p < .001$ ), es decir a mayor estrés, menor espiritualidad e inteligencia emocional. La variable espiritualidad se correlacionó positivamente con la inteligencia emocional ( $r_s = .394, p < .001$ ), es decir a mayor espiritualidad, mayor inteligencia emocional.

En lo que respecta al riesgo de recaída, se encontraron correlaciones positivas y significativas con el número de internamientos ( $r_s = .221, p < .001$ ), el número de

recaídas ( $r_s = .250, p < .001$ ) y el craving por alcohol ( $r_s = .218, p < .001$ ), es decir que, a mayor número de internamientos, recaídas y craving por alcohol, mayor riesgo de recaída. Finalmente, existe una relación negativa con la inteligencia emocional ( $r_s = -.457, p < .001$ ), es decir a menor inteligencia emocional mayor riesgo de recaída, de esta forma se responde al objetivo número tres.

En lo que concierne a las características sociodemográficas, la edad se correlaciona positiva y significativamente con el número de recaídas ( $r_s = .167, p < .001$ ), con el craving por marihuana ( $r_s = .208, p < .001$ ) y con la espiritualidad ( $r_s = .160, p < .001$ ), lo cual significa que, a mayor edad, mayor es el número de recaídas, el craving por marihuana y la espiritualidad que presentaron los adultos.

En lo que respecta al número de internamientos, se encontró relación positiva y significativa con el número de recaídas ( $r_s = .809, p < .001$ ), craving por alcohol ( $r_s = .179, p < .001$ ), marihuana ( $r_s = .159, p < .001$ ) y metanfetaminas ( $r_s = .221, p < .001$ ) y con el estrés percibido ( $r_s = .150, p < .001$ ), es decir que, a número de internamientos, mayor fue el craving por los distintos tipos de sustancias, mayor número de recaídas y mayor estrés percibido. Además, se correlacionó de forma negativa y significativa con la inteligencia emocional ( $r_s = -.188, p < .001$ ), es decir que, a mayor número de internamientos, menor inteligencia emocional percibida.

En cuanto al número de recaídas se muestra una relación positiva con los tres tipos de craving (alcohol [ $r_s = .181, p < .001$ ], marihuana [ $r_s = .146, p < .05$ ] y metanfetamina [ $r_s = .194, p < .001$ ]), así como con el estrés percibido ( $r_s = .107, p < .05$ ), lo que puede traducirse en que a mayor craving por sustancias y mayor estrés, mayor será el número de recaídas del adulto. Además, también se relacionó con la inteligencia emocional ( $r_s = -.195, p < .001$ ), pero de forma negativa, es decir, al existir más recaídas, menor inteligencia emocional.

Tabla 29

*Coefficiente de Correlación de Spearman para las Variables del Estudio*

Variable	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1. Edad	1										
2. ¿Cuántas veces ha estado internado en algún CRCA?	.070	1									
3. ¿Cuántas veces ha recaído?	.167**	.809**	1								
4. Craving por alcohol	.036	.179**	.181**	1							
5. Craving por marihuana	.208**	.159**	.146**	.491**	1						
6. Craving por metanfetaminas	.074	.221**	.194**	.426**	.454**	1					
7. Emoción Expresada Percibida	-.028	.065	.069	.061.	.007	.001	1				
8. Estrés Percibido	-.069	.150**	.107*	.199**	.053	.167**	.144*	1			
9. Espiritualidad	.160**	-.041	-.035	-.297**	.082	-.255**	-.164**	-.252**	1		
10. Inteligencia Emocional	.022	-.188**	-.195**	-.283**	.006	-.154*	.026	-.495**	.394**	1	
11. Riesgo de recaída	.070	.221**	.250**	.218**	.094	.089	.490	.218**	-.157**	-.457**	1

Nota: \* $p < .05$ , \*\* $p < .001$ ,  $n = 274$

Para dar respuesta a la hipótesis uno, que menciona que el craving por consumo de alcohol, marihuana y metanfetamina, la emoción expresada percibida, el estrés percibido y la espiritualidad influyen en la inteligencia emocional percibida del adulto en tratamiento por consumo de alcohol, marihuana o metanfetaminas, se realizó un Modelo de Regresión Lineal Múltiple.

En la tabla 30 se puede observar que los resultados muestran un efecto significativo con una varianza explicada del 39%. Las variables que se encontraron que predicen la inteligencia emocional son el craving por alcohol, el estrés percibido y la espiritualidad. Posteriormente de aplicar procedimiento *Backward* (método hacia atrás) con la finalidad de conocer las variables que presentan mayor contribución al modelo, se verificó que las variables antes mencionadas se mantienen con efecto significativo, por lo que se acepta parcialmente la hipótesis uno, ya que las variables de craving por marihuana, metanfetamina, emoción expresada percibida no mostraron efecto sobre la inteligencia emocional.

Tabla 30

*Regresión Lineal Múltiple para el Efecto de las Variables del Estudio sobre la Inteligencia Emocional Percibida*

Variable	$\beta$	EE	t	p	IC 95%	
					LI	LS
(Constante)	48.832	4.362	11.195	.001	40.244	57.421
Craving por alcohol	-.163	.048	-3.415	.001	-.257	-.069
Craving por marihuana	-.051	.052	-.984	.326	-.152	-.051
Craving por metanfetaminas	.046	.029	1.590	.113	-.011	.102
Emoción Expresada Percibida	.037	.036	1.005	.313	-.035	.108
Estrés Percibido	-.347	.040	-8.727	.001	-.425	-.269
Espiritualidad	.134	.029	4.660	.001	.078	.191

Nota:  $\beta$  = beta, EE= Error estándar,  $R^2$ = Coeficiente de determinación, t = t de Student, EEE = error estándar de la estimación, SC =suma de cuadrados, gl = grados de libertad, MC = media cuadrática, p = significancia estadística, n =274

Tabla 30

*Regresión Lineal Múltiple para el Efecto de las Variables del Estudio sobre la Inteligencia Emocional Percibida (continuación)*

	<i>SC</i>	<i>gl</i>	<i>MC</i>	<i>F</i>
Regresión	12223.986	6	2037.452	29.601
Residuo	18376.646	267	68.826	

Modelo 1  $R^2 = 0.399$ ,  $EEE = 8.296$ ,  $p < .001$

Variable	$\beta$	<i>EE</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	IC 95%	
					<i>LI</i>	<i>LS</i>
(Constante)	47.856	4.362	11.267	.001	39.494	56.218
Craving por alcohol	-.141	0.042	-3.352	.001	-.223	-.058
Craving por metanfetaminas	0.037	0.027	1.345	.180	-.017	.090
Emoción Expresada Percibida	0.037	0.036	1.003	.317	-.035	.108
Estrés Percibido	-.346	0.040	-8.700	.001	-.424	-.267
Espiritualidad	0.134	0.029	4.642	.001	.007	.190

	<i>SC</i>	<i>gl</i>	<i>MC</i>	<i>F</i>
Regresión	12157.388	5	2431.478	35.332
Residuo	18443.244	268	68.818	

Modelo 2  $R^2 = 0.397$ ,  $EEE = 8.296$ ,  $p < .001$

Variable	$\beta$	<i>EE</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	IC 95%	
					<i>LI</i>	<i>LS</i>
(Constante)	49.206	4.028	12.216	.001	41.276	57.137
Craving por alcohol	-.142	.042	-3.375	.001	-.224	-.059
Craving por metanfetaminas	.038	.027	1.392	.165	-.016	.091
Estrés Percibido	-.339	.039	-8.653	.001	-.416	-.262
Espiritualidad	.137	.029	4.768	.001	.080	.193

	<i>SC</i>	<i>gl</i>	<i>MC</i>	<i>F</i>
Regresión	12088.215	4	3022.054	43.913
Residuo	18512.418	269	68.819	

Modelo 3  $R^2 = 0.395$ ,  $EEE = 8.296$ ,  $p < .001$

Nota:  $\beta$  = beta, *EE* = Error estándar,  $R^2$  = Coeficiente de determinación, *t* = *t* de Student, *EEE* = error estándar de la estimación, *SC* = suma de cuadrados, *gl* = grados de libertad, *MC* = media cuadrática, *p* = significancia estadística,  $n = 274$

Tabla 30

*Regresión Lineal Múltiple para el Efecto de las Variables del Estudio sobre la Inteligencia Emocional Percibida (continuación)*

Variable	$\beta$	EE	t	p	IC 95%	
					LI	LS
(Constante)	49.785	4.014	12.404	.001	41.883	57.687
Craving por alcohol	-.169	0.037	-4.542	.001	-.242	-.096
Estrés Percibido	-.340	0.039	-8.667	.001	-.417	-.263
Espiritualidad	.141	0.029	4.938	.001	.085	.197

	SC	gl	MC	F
Regresión	11954.885	3	3984.962	57.704
Residuo	18645.747	270	69.058	

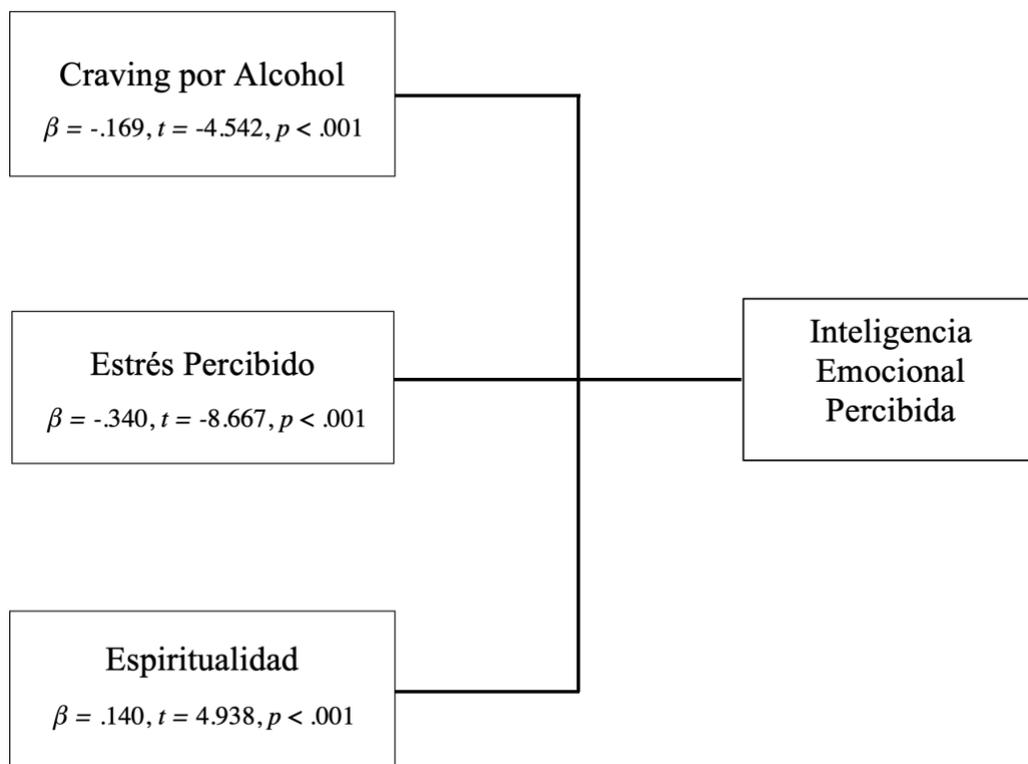
Modelo 4  $R^2 = 0.391$ ,  $EEE = 8.310$ ,  $p < .001$

Nota:  $\beta$  = beta, EE= Error estándar,  $R^2$ = Coeficiente de determinación, t = t de Student, EEE = error estándar de la estimación, SC =suma de cuadrados, gl = grados de libertad, MC = media cuadrática, p = significancia estadística, n =274

En la figura 7 se observa el análisis de mediación obtenido a través de la macro/interfaz PROCESS para SPSS, se comprobó que sólo el craving por alcohol, el estrés percibido y la espiritualidad mantienen un efecto directo sobre la inteligencia emocional percibida, por lo que se acepta parcialmente la hipótesis número uno.

Figura 7

*Efecto de las Variables del Estudio Sobre la Inteligencia Emocional Percibida*



Nota:  $\beta$  = beta,  $t$  = t de Student,  $p$  = significancia estadística,  $n = 274$

Para responder la segunda hipótesis que declara que la inteligencia emocional percibida afecta el nivel comprometido o riesgo de recaída en el consumo de alcohol y drogas ilícitas adultos en tratamiento por consumo de alcohol, marihuana o metanfetaminas, en la tabla 31 se muestra el modelo de la Regresión Lineal Simple, se observa que la inteligencia emocional tiene efecto sobre el riesgo de recaída con una varianza explicada del 11%, por lo cual, se acepta la hipótesis dos. Posteriormente en la figura 8 se muestra el efecto directo y significativo de la inteligencia emocional sobre el riesgo de recaída.

Tabla 31

*Regresión Lineal Simple para el Efecto de la Inteligencia Emocional Percibida Sobre el Riesgo de Recaída*

Variable	$\beta$	EE	t	p	IC 95%	
					LI	LS
(Constante)	23.998	3.787	6.336	.001	16.542	31.454
Inteligencia Emocional	-.376	0.065	-5.799	.001	-.504	-.248

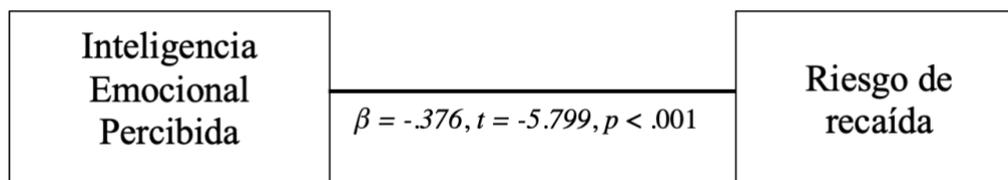
	SC	gl	MC	F
Regresión	4327.687	1	4327.687	33.630
Residuo	35002.220	272	128.685	

Modelo 1  $R^2 = 0.110$ ,  $EEE = 11.344$ ,  $p < .001$

Nota:  $\beta$  = beta,  $EE$  = Error estándar,  $R^2$  = Coeficiente de determinación,  $t$  = t de Student,  $EEE$  = error estándar de la estimación,  $SC$  = suma de cuadrados,  $gl$  = grados de libertad,  $MC$  = media cuadrática,  $p$  = significancia estadística,  $n = 274$

Figura 8

*Efecto de la Inteligencia Emocional Percibida Sobre el Riesgo de Recaída*



Nota:  $\beta$  = beta,  $t$  = t de Student,  $p$  = significancia estadística,  $n = 274$

Para dar respuesta a la hipótesis tres que menciona la combinación del craving por consumo de alcohol, marihuana o metanfetaminas, emoción expresada percibida, estrés percibido y espiritualidad influyen en el riesgo de recaída de los adultos en tratamiento por consumo de alcohol, marihuana y metanfetaminas se muestran los resultados del Modelo de Regresión Múltiple.

En la tabla 32, se establece que solo el craving por alcohol muestra un efecto significativo sobre el riesgo de recaída, con una varianza explicada del 2%.

Posteriormente de aplicar procedimiento *Backward* (método hacia atrás) con la finalidad de conocer las variables que presentan mayor contribución al modelo, se verificó que la variable antes mencionada pierde el efecto significativo, por tal motivo no se incluye la figura que representa la hipótesis tres.

Tabla 32

*Regresión Lineal Múltiple para el Efecto de las Variables del Estudio Sobre el Riesgo de Recaída*

Variable	$\beta$	EE	t	p	IC 95%	
					LI	LS
(Constante)	38.197	6.243	6.119	.001	25.906	50.489
Craving por alcohol	.178	.068	2.610	.010	.044	.313
Craving por marihuana	-.048	.074	-.655	.513	-.194	.097
Craving por metanfetaminas	-.041	.041	-.996	.320	-.122	.040
Emoción Expresada Percibida	-.027	.052	-.524	.601	-.130	.025
Estrés Percibido	-.045	.057	-.789	.431	-.157	.067
Espiritualidad	.053	.041	1.275	.203	-.029	.134
		SC	gl	MC	F	
Regresión		1689.710	6	281.452	1.996	
Residuo		37641.196	267	140.978		

Modelo 1  $R^2 = 0.043$ ,  $EEE = 11.873$ ,  $p = .066$

Nota:  $\beta$  = beta, EE= Error estándar,  $R^2$ = Coeficiente de determinación,  $t$  = t de Student, EEE = error estándar de la estimación, SC=suma de cuadrados, gl= grados de libertad, MC= media cuadrática,  $p$  = significancia estadística,  $n = 274$

Tabla 32

*Regresión Lineal Múltiple para el Efecto de las Variables del Estudio Sobre el Riesgo de Recaída (continuación)*

Variable	<i>B</i>	<i>EE</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	IC 95%	
					LI	LS
(Constante)	37.190	5.931	6.271	.001	25.513	48.867
Craving por alcohol	.178	.068	2.604	.010	.043	.312
Craving por marihuana	-.048	.074	-.657	.512	-.193	.097
Craving por metanfetaminas	-.042	.041	-1.021	.308	-.123	.039
Estrés Percibido	-.050	.056	-.888	.375	-.160	.061
Espiritualidad	.050	.041	1.230	.220	-.030	.131

	<i>SC</i>	<i>gl</i>	<i>MC</i>	<i>F</i>
Regresión	1650.065	5	330.013	2.347
Residuo	37679.842	268	140.596	

Modelo 2  $R^2 = 0.042$ ,  $EEE = 11.857$ ,  $p = .041$

Variable	<i>B</i>	<i>EE</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	IC 95%	
					LI	LS
(Constante)	36.255	5.752	6.304	.001	24.931	47.578
Craving por alcohol	.156	.060	2.610	.010	.038	.274
Craving por metanfetaminas	-.050	.039	-1.302	.194	-.127	.026
Estrés Percibido	-.049	.056	-.868	.386	-.159	.062
Espiritualidad	.050	.041	1.219	.224	-.031	.130

	<i>SC</i>	<i>gl</i>	<i>MC</i>	<i>F</i>
Regresión	1589.374	4	397.344	2.832
Residuo	37740.532	269	140.299	

Modelo 3  $R^2 = 0.040$ ,  $EEE = 11.845$ ,  $p = .025$

Variable	<i>B</i>	<i>EE</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	IC 95%	
					LI	LS
(Constante)	33.136	4.490	7.380	.001	24.296	41.976
Craving por alcohol	.161	.060	2.695	.007	.043	.278
Craving por metanfetaminas	-.050	.039	-1.286	.199	-.126	.026
Espiritualidad	.057	.040	1.429	.154	-.022	.136

Nota:  $\beta$  = beta,  $EE$  = Error estándar,  $R^2$  = Coeficiente de determinación,  $t$  = t de Student,  $EEE$  = error estándar de la estimación,  $SC$  = suma de cuadrados,  $gl$  = grados de libertad,  $MC$  = media cuadrática,  $p$  = significancia estadística,  $n = 274$

Tabla 32

*Regresión Lineal Múltiple para el Efecto de las Variables del Estudio Sobre el Riesgo de Recaída (continuación)*

	<i>SC</i>	<i>gl</i>	<i>MC</i>	<i>F</i>
Regresión	1483.606	3	494.535	3.528
Residuo	37846.301	270	140.171	

Modelo 4  $R^2 = 0.038$ ,  $EEE = 11.839$ ,  $p = .015$

Variable	$\beta$	<i>EE</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	IC 95%	
					LI	LS
(Constante)	32.462	4.465	7.271	.001	23.672	41.252
Craving por alcohol	.125	.053	2.366	.019	.021	.229
Espiritualidad	.051	.040	1.289	.198	-.027	.130

	<i>SC</i>	<i>Gl</i>	<i>MC</i>	<i>F</i>
Regresión	1251.724	2	625.862	4.454
Residuo	38078.183	271	140.510	

Modelo 5  $R^2 = 0.032$ ,  $EEE = 11.854$ ,  $p = .012$

Variable	$\beta$	<i>EE</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	IC 95%	
					LI	LS
(Constante)	35.168	3.945	8.913	.001	27.400	42.936
Craving por alcohol	.139	.052	2.689	.008	.037	.241

	<i>SC</i>	<i>gl</i>	<i>MC</i>	<i>F</i>
Regresión	1018.108	1	1018.108	7.228
Residuo	38311.798	272	140.852	

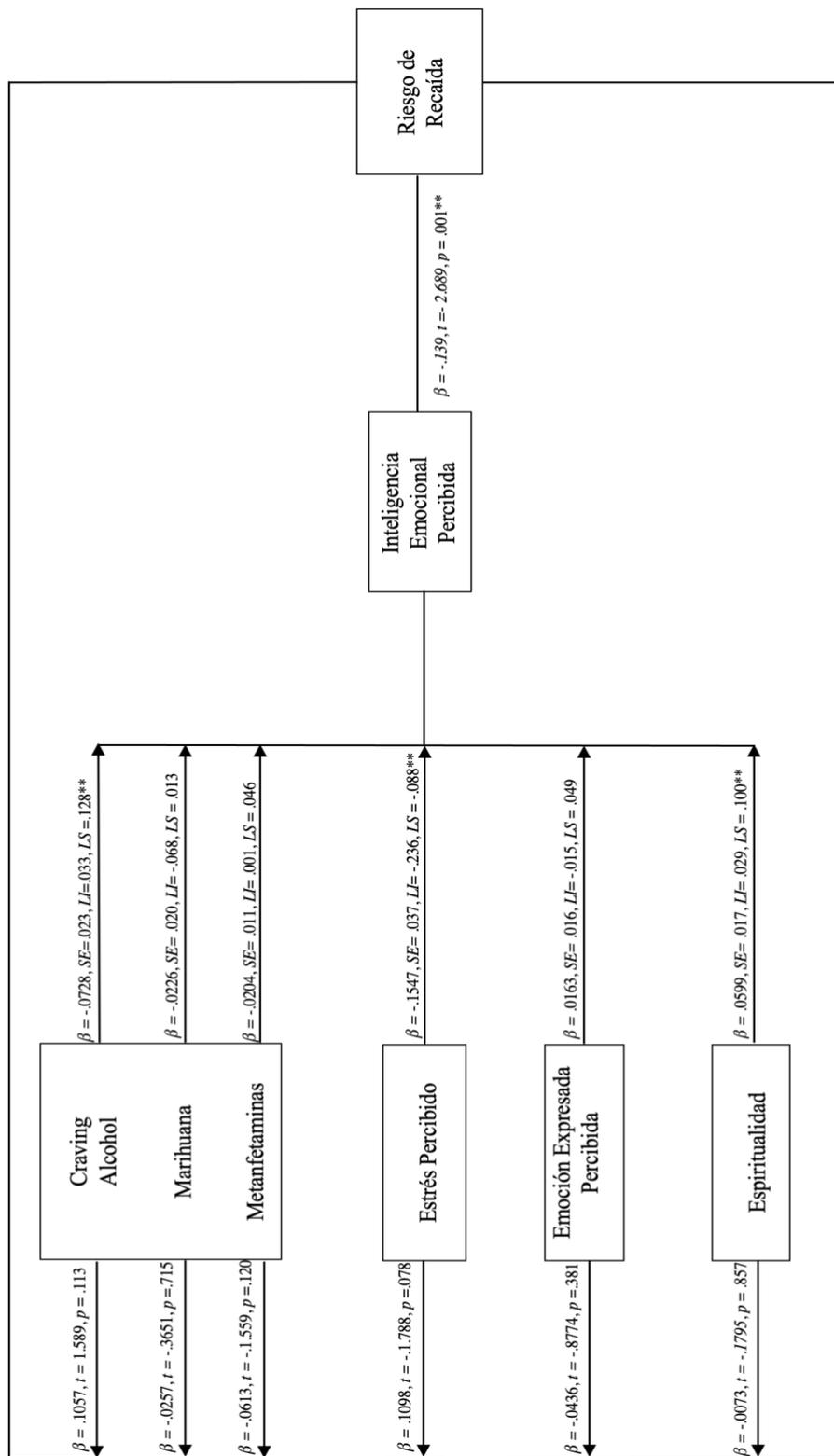
Modelo 6  $R^2 = 0.026$ ,  $EEE = 11.868$ ,  $p = .008$

Nota:  $\beta$  = beta,  $EE$  = Error estándar,  $R^2$  = Coeficiente de determinación,  $t$  =  $t$  de Student,  $EEE$  = error estándar de la estimación,  $SC$  = suma de cuadrados,  $gl$  = grados de libertad,  $MC$  = media cuadrática,  $p$  = significancia estadística,  $n = 274$

Para dar respuesta al objetivo general que menciona el analizar el efecto que ejerce el craving por consumo de alcohol, marihuana y metanfetaminas, la emoción expresada percibida, el estrés percibido y la espiritualidad sobre el riesgo de recaída mediado por la inteligencia emocional percibida en adultos en tratamiento por alcohol, marihuana y metanfetaminas. Se realizó un análisis de mediación, también llamado análisis de efectos directos e indirectos con técnica de Bootstrapping y Prueba de Sobel.

Se encontró que ninguna variable tuvo un efecto directo sobre el riesgo de recaída (figura 9). Sin embargo, al observar el efecto de la inteligencia emocional percibida como variable mediadora en la relación entre las variables independientes y dependiente, se encontró un efecto negativo del craving por alcohol ( $\beta = .0728$ ,  $Z = 2.843$ ,  $p = .004$ ) y el estrés percibido ( $\beta = -.1547$ ,  $Z = -4.539$ ,  $p = .001$ ) y un efecto positivo de la espiritualidad ( $\beta = .0599$ ,  $Z = 3.479$ ,  $p = .001$ ) sobre el riesgo de recaída de los adultos en tratamiento.

Figura 9  
 Efecto de las Variables del Estudio Sobre el Riesgo de Recaída Mediadas por la Inteligencia Emocional Percibida



Nota:  $\beta$  = beta,  $t$  = t de Student,  $SE$  = error estándar,  $LI$  = limite inferior (bootstrapping),  $LS$  = limite superior (bootstrapping),  $p$  = significancia estadística,  $^{**}$  =  $p < .001, n = 274$

## Capítulo IV

### Discusión

El propósito del presente estudio fue analizar el efecto que ejerce el craving por consumo de alcohol, marihuana y metanfetaminas, la emoción expresada percibida, el estrés percibido y la espiritualidad sobre el riesgo de recaída mediado por la inteligencia emocional percibida en adultos en tratamiento por alcohol, marihuana y metanfetaminas, a través de la derivación y comprobación de tres proposiciones del Modelo de Adaptación de Roy. Los datos fueron recolectados de 274 adultos internos en diferentes CRCA del área metropolitana de Monterrey, Nuevo León. En el presente capítulo se discuten en primera instancia los datos sociodemográficos, seguido de los resultados obtenidos para cada objetivo e hipótesis planteadas; además se muestran las conclusiones y las limitaciones del estudio; finalmente, se otorgan algunas recomendaciones para futuras investigaciones y para la práctica de enfermería.

Se reporta que más de las tres cuartas partes de los participantes fueron hombres, con edad promedio de 27 años, solteros y con educación secundaria; esto es similar a la literatura, sin embargo, se observó que en poblaciones asiáticas y europeas la media de edad fue por encima de los 35 años. Otro aspecto es que los participantes son más jóvenes y la edad de inicio al consumo de drogas es a menor edad, considerando además que en México la mayoría de edad es a los 18 años y en la mayoría de los países es a los 21 años. Se encontró que menos de una cuarta parte eran mujeres, con edad promedio de 23 años; similar a lo reportado por Fatseas et al. (2015), Kerlin (2017), Kopera et al. (2015), Medlock et al. (2017), Robinson et al. (2011).

Lo anteriormente expuesto puede deberse a que la muestra provenía de internamientos de tipo involuntario, el cual se ha generalizado y dirigido a los hombres. De acuerdo con la literatura existente, a nivel mundial se observa que las mujeres presentan mayores barreras que los hombres para iniciar y mantenerse en tratamiento de las adicciones, ya que cuentan con menos apoyo familiar y social, el iniciar tratamiento

se traduce a un abandono de responsabilidades en el cuidado del hogar, de los hijos y temen que al solicitar ayuda pierdan la custodia de los hijos (Hansen, 2020).

Con relación al estado civil, más de la mitad de los participantes estaban solteros y cerca de una cuarta parte dijeron estar en unión libre; esto es similar a lo reportado por la mayoría de los estudios revisados, a excepción de Wang y Chen (2015) y Mohagheghi et al. (2015), que reportan que más de tres cuartas partes de los participantes eran casados. Esta discrepancia puede explicarse por las medias de edades, en el presente estudio se aborda en su mayoría adultos jóvenes con promedio de 23 años, solteros, que al no contar con pareja no hay quien que les limite el consumo, lo que puede suponer que sienten más libertad de consumir, diferente a los autores mencionados, que abordaron adultos de más de 35 años en promedio.

Continuando con los factores sociodemográficos, más de dos tercios de los adultos reportó haber concluido la secundaria, esto va de acuerdo con lo reportado por la mayor parte de la literatura revisada, sin embargo, varios autores reportaron participantes con educación inferior a la secundaria (Al Abeiat et al., 2016) y de forma contraria otros autores reportaron más de las tres cuartas partes de los participantes con nivel de estudios superiores (Obeid et al., 2020; Wang & Chen, 2015). Esta diferencia puede ser explicada por el tipo de población abordada, en este estudio, la mayoría de los adultos son jóvenes, lo cual hace suponer que iniciaron el consumo de sustancias desde la adolescencia, por lo que probablemente no continuaron estudiando, diferente a los autores que reportaron adultos con estudios universitarios, quienes tenían en promedio 40 años.

En cuanto a la religión, cerca de la mitad se considera católico, seguido de la religión cristiana, esto difiere de los estudios revisados, ya que en la mayoría no se reporta la religión del participante; sólo mencionan la asistencia a una iglesia, mezquita, templo, santuario, sinagoga o el pedir orientación a un líder religioso (Acheampong et al., 2016; Schoenthaler et al., 2015); otros estudios se enfocan a prácticas espirituales

(meditación, oración, Mindfulness o en la creencia de un ser superior) esto podría explicarse por el contexto en el que se realizaron (Europa y Asia) ya que son países en donde se realizan dichas prácticas a diferencia que en México la práctica de la religión católica predomina en gran parte del país; además, es importante mencionar que algunos CRCA donde se realizó la recolección eran administrados por iglesias cristianas.

Con relación al tipo de internamiento, el que mayormente prevaleció fue el de tipo involuntario, se reporta que los participantes tenían al menos tres meses en el CRCA, esto es similar algunos estudios en donde los participantes estaban internados en centros residenciales contra las drogodependencias (Alaei et al., 2017; Atadokht et al., 2015; D Al Abeiat et al., 2016; De Sousa et al., 2010; Githae, 2016; Kerlin, 2017; Martínez, Graña & Trujillo, 2011; Schneekloth et al., 2012), y difiere de los participantes que fueron estudiados en hospitales (Fox et al., 2011; Medlock et al., 2017; Mittal et al., 2015; Ottonello et al., 2019) o los que llevaban tratamiento de tipo ambulatorio (De Andrés, 2017; Fatseas et al., 2015; Galanter et al., 2013; González-Blanch et al., 2015; Mohagheghi, et al., 2015; Piderman et al., 2007; Roncero et al., 2012), cabe mencionar que estas diferencias son a causa de que en el presente estudio sólo se contó con adultos en tratamiento residencial.

Es importante mencionar que el tratamiento residencial forzado es cada vez más solicitado en la población mexicana, sobre todo cuando el adulto con adicciones representa un peligro grave o inmediato para si mismo o para sus familiares o personas ajenas a su padecimiento. El ingreso de forma involuntaria requiere de la indicación médica y la solicitud y autorización por parte de uno de los integrantes de la familia, además de que el CRCA responsable del internamiento notifica al Ministerio Público dicho internamiento.

Lo anterior con la finalidad de que exista evidencia de que la persona se encuentra en tratamiento contra las adicciones (NOM 028-SSA2-2009), todo este proceso coloca al adulto en una posición de vulnerabilidad y conflicto emocional,

mismo que puede ser abordado por el personal de enfermería que se desempeña en los distintos CRCA.

No obstante un hallazgo a considerar es que si bien, el internamiento forzado es solicitado cuando la persona con adicciones esta o pone en riesgo a otras personas, se contra pone con algunos puntos importantes de las Directrices internacionales sobre derechos humanos y políticas de drogas (2019); específicamente en el punto del tratamiento de la dependencia de drogas, donde menciona que el derecho a la salud enfocado a la política de drogas incluye el acceso voluntario al tratamiento, lo cual da oportunidad para seguir investigando lo que parece un dilema bioético, ya que por un lado se encuentra la necesidad y preocupación de la familia por el adulto, que suele volverse agresivo bajo el efecto de sustancias y por otro lado esta el derecho de la persona de elegir o no tratarse, así como la elección del tipo de tratamiento que prefiere.

Referente al número de internamientos en un CRCA, se encontró que los participantes, tanto hombres o mujeres, han ingresado para recibir tratamiento al menos dos veces. Sin embargo, al cuestionar sobre el número de recaídas los hombres mencionaron que han recaído en promedio cerca de dos ocasiones y las mujeres solo una vez; estos hallazgos son similares a lo reportado por Githae (2016), Mittal et al. (2015), Ottonello et al. (2019) Reddy y Jagannathan (2017), Roncero et al. (2012), quienes reportan que cerca de la mitad de los participantes contaba al menos con una admisión previa en algún centro de tratamiento, solo un estudio reportó una media de tres recaídas (D Al Abeiat et al., 2016).

Con base a lo anterior, los hallazgos encontrados en la población mexicana estudiada son similares a los reportados en otros contextos, en donde también se evidencia que más de la mitad de las personas que han buscado tratamiento, recaen. La diferencia de proporción por sexo puede ser explicada a que la mujer es quien menos solicita tratamiento (NIDA 2020d). Otro aspecto para considerar es que los adultos no identifican el consumo problemático, lo que dificulta la búsqueda de tratamiento y

colocan como última opción el internamiento forzado que es buscado por la familia, no por la persona con problemas de adicción.

En relación con los tipos de sustancias que han consumido, se encontró que el alcohol fue el menos consumido, seguido de la marihuana y metanfetaminas, sin embargo, más de dos tercios de los participantes mencionaron ser policonsumidores, independientemente del sexo. En cuanto a la principal sustancia por la cuál ingresó a tratamiento, tanto hombres y mujeres mencionaron haber presentado policonsumo, seguido de una tercera parte por metanfetaminas y en menor porcentaje por marihuana y alcohol. Similar a lo reportado por Acheampong et al. (2016), De Andrés (2017), Fatseas et al. (2015), Roncero et al. (2012), Schoenthaler et al. (2015); Sudraba et al. (2012), quienes también reportaron un policonsumo (alcohol, anfetaminas, cannabis, cocaína, crack, heroína, opiáceos y tabaco).

Sin embargo, difiere a lo encontrado por Kadam et al. (2017), Medlock et al. (2017) y Ottonello et al. (2019) quienes reportan más de tres cuartas partes dependientes del alcohol y el resto usuarios de polisustancias; además una gran parte de los autores solo abordaron el consumo o dependencia al alcohol (D Al Abeiat et al., 2016; Githae 2016; Martínez et al., 2011; Mittal et al., 2015; Mohagheghi, et al., 2015; Obeid et al., 2020; Pilowsky et al., 2013; Reddy & Jagannathan, 2017; Tartter & Ray, 2012; Wang & Chen, 2015).

Esta diferencia entre las sustancias consumidas puede explicarse con el tiempo o época en que se realizaron las investigaciones, ya que el uso legal del alcohol y el aumento exponencial de consumidores de metanfetaminas durante los últimos años dado por la alta disponibilidad de la droga sintética que se procesa en laboratorios clandestinos, aunado a los daños y dependencia a corto plazo, difiere en países latinoamericanos de países europeos o asiáticos, en donde la droga más consumida es el alcohol, seguido de la marihuana y opioides (UNODOC, 2019).

En lo que respecta al primer objetivo que aborda el describir el riesgo de recaída por tipo de sustancia (alcohol, marihuana y metanfetaminas) en adultos en tratamiento, se otorga evidencia de que existen diferencias en el riesgo de recaer de acuerdo con el tipo de sustancia que se consume, siendo más frecuente en adultos que consumen metanfetaminas, seguido de personas que presentan un policonsumo y finalmente de quien ha consumido alcohol. Lo anterior concuerda con lo descrito en la literatura, en donde se destaca que la metanfetamina es un fuerte, potente y muy adictivo psicoestimulante, por lo que los consumidores tienen más recaídas (Jiménez & Castillo, 2011; NIDA 2018b; Wang et al., 2013).

Además, la metanfetamina representa un peligro mayor en comparación de los opioides y es la droga que contribuye más a hechos violentos (Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental [SAMHSA, por sus siglas en inglés], 2017), aunado al fácil acceso, disponibilidad y precios más bajos que otras drogas. Lo anterior puede explicarse con que hasta el momento no existe un tratamiento farmacológico estandarizado, donde se tomen en cuenta los efectos específicos de la metanfetamina; lo que reduce los tipos tratamientos a terapias conductuales, intervenciones cognitivo-conductuales y manejo de contingencias, los cuales han mostrado resultados eficaces, pero aún continúan en investigación debido al crecimiento y demanda exponencial del uso de metanfetaminas (NIDA, 2020c).

De acuerdo con el segundo objetivo, que fue describir el craving, la emoción expresada percibida, el estrés percibido, la espiritualidad y la inteligencia emocional percibida en adultos en tratamiento por sexo, edad, nivel de estudios, estado civil y religión. En relación con el craving, se encontró que fue alto para los tres tipos de sustancias (alcohol, marihuana y metanfetaminas), comparable a Fatseas et al. (2015) que también estudiaron el craving por tipo de sustancias (alcohol, tabaco, cannabis y opiáceos); sin embargo, la mayor parte de la evidencia encontrada esta relacionada con el craving por alcohol y polisustancias, en donde los autores utilizaron un solo

instrumento para la medición de craving por cualquier tipo de sustancias, es importante resaltar que a pesar de no categorizar el craving por tipo de sustancia todos los estudios reportan niveles altos del craving al inicio del tratamiento (Stohs et al., 2019).

Así mismo, en otros estudios el craving se midió al inicio y al final del tratamiento, obteniendo resultados menores al alta (De Sousa et al., 2010; Ottonello et al., 2019), situación que difiere de este estudio en donde solo se realizó una medición dentro del lugar de tratamiento, lo cual podría influir en la percepción del craving, ya que de forma contradictoria más de la mitad de los participantes niega tener deseos de beber, sin embargo, más de la tercera parte mencionaron que beberían si tuvieran la oportunidad.

En relación con el sexo, el craving en los hombres fue alto, sin embargo, fue mayor en las mujeres, esto es similar a lo reportado por Schneekloth et al. (2012), quienes mencionan que cerca de las dos cuartas partes de sus participantes mostraron nivel severo de craving, pero, destacan que fue más alto en las mujeres. Este hallazgo es relevante, ya que son múltiples los motivos que llevan a una mujer al consumo, entre ellos controlar el peso, combatir el cansancio, manejar el dolor emocional o tratar por su cuenta situaciones relacionadas con la salud mental (NIDA 2020d).

Aunado a lo anterior, también pueden ser más susceptibles a cierto tipo de drogas, debido a las hormonas sexuales femeninas; y aquellas víctimas de violencia, o con eventos estresantes como la separación, pérdida de un hijo o muerte de algún familiar, son más propensas al desequilibrio emocional, lo cual puede llevarlas al bucle del consumo, abstinencia, craving y recaída en consumo. Respecto al bajo número de participantes femeninas tanto en esta investigación, como en las ya reportadas, puede explicarse al recordar que la solicitud de tratamiento es difícil para la mujer, debido al temor o vergüenza que siente al buscar tratamiento, por miedo a consecuencias legales o sociales, o por temor de separarse de la familia o hijos durante el tratamiento, además

porque que a la mujer se le estigmatiza de no ser una buena madre y lo oculta en detrimento de su salud (NIDA 2020d).

Para el análisis de la emoción expresada percibida, en primer lugar, se encontró que para el total de la muestra la madre es la figura de mayor influencia en las personas que se encuentran en tratamiento, debido a que la cultura mexicana prioriza la figura materna y la colocan en una posición de alta estima y reconocimiento, además de asignarle un papel de unión familiar, por lo cual, independientemente de la adicción a sustancias, la premisa cultural marca que siempre apoyará a los hijos. Lo anterior difiere a lo reportado en otros estudios (González-Blanch et al., 2015; Kadam et al., 2017; Reddy & Jagannathan, 2017) ya que no se especifica a que integrante de la familia se refiere, al sólo mencionar a la familia en general.

Respecto a la relación con los otros estímulos, solo se encontró que la emoción expresada percibida es negativa en presencia de la espiritualidad, lo que supone que cuando es mayor la crítica de la familia, el adulto en tratamiento contra las adicciones tiende a aumentar su espiritualidad, esto puede ser debido a que en la presente investigación se incluyeron varios CRCA que son administrados por iglesias y llevan esta variable en diversas actividades durante el tratamiento.

Concerniente al estrés percibido, más de la tercera parte de a población estudiada presentó un nivel alto de estrés y no hubo diferencia entre sexos. Los participantes presentaron un interés o preocupación principal por las cosas que no han terminado y por situaciones que no podían controlar; similar a lo que muestra la literatura (D Al Abeiat et al., 2016; Obeid et al., 2020), aunque difiere parcialmente a lo reportado por Wang y Chen (2015) ya que además de reportar altos niveles de estrés, mencionan que la mayoría de sus participantes estaban casados; Pilowsky et al. (2013) da evidencia que las personas separadas o divorciadas también presentaron mayor estrés.

En lo referente a la espiritualidad se encontró que más de las tres cuartas partes de la muestra considera muy importante la espiritualidad y más de la mitad corroboran

realizar diversas prácticas espirituales que les motivan y orientan a tomar decisiones, esto concuerda con la literatura revisada (Galanter et al., 2013; Medlock et al., 2017; Schoenthaler et al., 2015), también se encontró diferencias por sexo, se observa niveles más altos de espiritualidad en las mujeres, similar a lo reportado por Acheampong et al. (2016), factor que puede ser explicado dado que en algunos de los centros de rehabilitación eran católicos o cristianos y la espiritualidad es asociada en gran parte a las mujeres, debido al rol o modelo bíblico de la feminidad que se practica en dichos centros (Hansen, 2020).

En cuanto a la inteligencia emocional percibida predominaron los adultos con problemas emocionales, como el poder expresarse, controlar la ira o la impulsividad, dos terceras partes mencionó no entender los sentimientos de otras personas, en general los participantes presentaron un nivel bajo de inteligencia emocional, lo que concuerda con Mohagheghi et al. (2015), aunque al estudiarlos por sexo, las mujeres muestran mayores niveles de inteligencia emocional, similar a lo reportado por Fox et al. (2011) y Sudraba et al. (2012); esto puede explicarse debido a que las mujeres mencionaron menos de un internamiento.

Lo anterior sugiere que al momento de la recolección de datos, estaban en su primer tratamiento, diferente a los hombres que mencionaron tener más de dos internamientos, esto podría explicar que la prolongación de la adicción o dependencia puede influir en la capacidad para manejar o regular emociones, sin embargo, se necesitan más estudios que expliquen esta relación de los estímulos y la inteligencia emocional en diferentes momentos del tratamiento.

Para dar respuesta al tercer objetivo que menciona analizar la relación entre el craving por consumo de alcohol, marihuana y metanfetaminas, la emoción expresada percibida, estrés percibido, la espiritualidad, la inteligencia emocional percibida y el riesgo de recaída en el consumo de alcohol y drogas ilícitas en adultos en tratamiento, se encontró una relación positiva y significativa de dos tipos de craving (alcohol y

metanfetaminas) con el estrés percibido (Martínez et al., 2011), esto indica que al incrementarse el deseo por la sustancia es mayor el estrés, difiere a lo reportado por Tartter y Ray (2012) quienes mencionan que el craving inducido por el estrés no se asoció al consumo. Esto puede ser diferente porque en el presente estudio se abordaron tres tipos de sustancias, a diferencia de los autores mencionados, que solo reportan alcohol, además de la diferencia del tratamiento involuntario en el que se tomaron los datos de esta investigación, puede ser razón del incremento del estrés.

Con referencia a la emoción expresada percibida no se encontró relación el craving, esto es diferente a lo reportado por Kadam et al. (2017) quienes mencionan que el afecto negativo se correlacionó positivamente con el craving y las críticas percibidas de la familia, lo cual puede explicarse por la diferencia de edad en las poblaciones estudiadas, en el presente estudio la media es de adultos jóvenes y los autores mencionados tenían medias de 41 años, lo que hace suponer que a mayor edad la emoción o críticas que exprese la familia cobran mayor importancia en el adulto en tratamiento.

Por otro lado, en la población mexicana estudiada se destaca que la madre fue la protagonista y responsable del apoyo al adulto y quien regularmente toma la decisión del internamiento para tratamiento contra las adicciones, por lo que los participantes, en lugar de percibir críticas o emociones negativas, perciben apoyo y soporte, no sólo por la figura materna, sino por la familia.

Para la espiritualidad, se encontró una correlación negativa significativa con el craving por alcohol, es decir que, al aumentar la espiritualidad, el craving disminuye, lo cual coincide con lo reportado por Galanter et al. (2013) y Kerlin (2017), quienes mencionan que las personas que tuvieron más prácticas espirituales o mencionaron que la espiritualidad era muy importante en sus vidas, manifestaron menores niveles de craving al alta del tratamiento por drogodependencia.

El papel de la espiritualidad en la disminución del craving puede estar explicado por las diversas prácticas que se llevan a cabo en los CRCA, es importante mencionar que esta variable ha cobrado interés por los equipos sanitarios que implementan el tratamiento en distintos CRCA, ya que la espiritualidad ayuda al adulto a identificar tanto el craving como las emociones relacionadas al consumo, lo cual le permite llegar al autocontrol.

La inteligencia emocional se correlacionó de forma negativa con dos tipos de craving (alcohol y metanfetaminas) y el estrés lo que otorga evidencia a lo reportado por De Sousa et al. (2010) quienes mencionan que, al ser más inteligente emocionalmente, se contará con la capacidad de controlar los impulsos generados por el craving (Ottonello et al., 2019). En relación con el estrés, se sugiere que las personas que presentan niveles más altos de estrés, también se les dificulta más la regulación emocional, similar a lo reportado por otros estudios (Parolin et al., 2017), esto puede ser debido a que el aumento de estrés incrementa los estados de ánimo negativo, además al no contar con habilidades para identificarlo, no se controla y por ende se genera una secuencia de aumento en los niveles de estrés.

La inteligencia emocional también mostró una correlación positiva y significativa con la espiritualidad, como ya se mencionó, la inclusión de esta variable en los tratamientos contra las adicciones ha generado cambios importantes. Confirmando la evidencia revisada (Acheampong et al., 2016; De Sousa et al., 2010; Galanter et al., 2013), entre más espiritual sea una persona, más capaz es de regular sus emociones, esto puede ser explicado por que al poseer creencias en un ser superior impulsan el mantenimiento de conductas positivas, reforzando la decisión del no consumo.

Por otra parte, para dar respuesta a la relación de las variables con el riesgo de recaída, una de las variables que se correlacionó positiva y significativamente con el riesgo de recaer fue el craving, esto concuerda con la literatura (De Sousa et al., 2010; Fatseas et al., 2015; Ottonello et al., 2019; Stohs et al., 2019), que menciona que los

altos niveles de craving llevan al adulto a la recaída en el consumo. Esto es debido a las características del craving, en cuanto a la necesidad irrefrenable de consumo, provoca distintos estados de ánimo negativos, los cuales, al no conseguir la sustancia, pueden llevar al adulto a la pérdida del control y por ende a consumir.

Continuando con el riesgo de recaer, la espiritualidad y la inteligencia emocional se correlacionaron de forma negativa y significativa, se reporta que los adultos estudiados que mencionaron tener menor espiritualidad y un nivel bajo en cuanto a la regulación de emociones tenían más probabilidad de recaer; esto concuerda con diversos autores que reportan que cuando la persona con drogodependencia tiene continuamente prácticas espirituales (Acheampong et al., 2016; Medlock et al. 2017; Schoenthaler et al., 2015), y mejor control de sus emociones, tiende a tener un mejor apego al tratamiento y por lo tanto, un menor riesgo de recaída (Alaei et al., 2017; Fox et al., 2011; Ottonello et al., 2019).

En relación con lo declarado en la primera hipótesis que menciona que el craving por consumo de alcohol, marihuana y metanfetamina (estímulo focal), la emoción expresada percibida, el estrés percibido y la espiritualidad (estímulos contextuales) influyen en la inteligencia emocional percibida (proceso de afrontamiento o *cognator*) del adulto, se encontró que solamente el craving por alcohol, el estrés percibido y la espiritualidad tienen un efecto sobre la inteligencia emocional. En lo que respecta al craving, los hallazgos de la presente investigación coinciden con lo postulado por De Sousa et al. (2010) quienes dan evidencia de cómo la regulación de emociones tiene un efecto sobre el craving. Esto puede ser producto de que las habilidades de la inteligencia emocional favorecen el afrontamiento o control de los impulsos por el consumo (Johnson & Blanchard, 2016) lo que da por resultado el mantenimiento de la abstinencia (Schutte et al., 2011).

Concerniente al estímulo del estrés percibido, este demostró un efecto significativo en la inteligencia emocional, podría decirse que mientras más estrés

perciba el adulto en tratamiento, más difícil será el manejo o regulación de emocional, esto esta en acuerdo con lo descrito por Al Abeiat et al. (2016) quienes mencionan que el estrés fue un predictor significativo del riesgo de recaída. Lo anterior puede atribuirse a que el estrés es la forma en que el adulto enfrenta situaciones que aumentan su estado emocional negativo, pero si el adulto cuenta con habilidades que le permitan afrontar dichas circunstancias, además del correcto manejo de las emociones, se puede producir una mayor tolerancia al estrés en personas con dependencia a las drogas (Johnson & Blanchard, 2016; Mohagheghi et al., 2015; Ungless et al., 2010), lo que puede prevenir el riesgo de recaer en el consumo (Becoña & Cortés, 2011; Hassanbeigi et al., 2013; Kopera et al., 2015).

Respecto a la espiritualidad como estímulo contextual, se encontró un efecto positivo en cuanto a la inteligencia emocional, es similar a los reportado por otros autores (Alaei et al., 2017; Narimani & Pouresmali, 2012) que reportan que al aumentar las creencias o prácticas espirituales aumenta el control emocional. Lo anterior puede explicarse debido a que la espiritualidad esta asociada a creencias que impulsan la acción y ayudan a mantener conductas para lograr o mantener la abstinencia (Delaney, 2005) y por lo tanto puede ayudar en la resolución de problemas, fomentando el apego al tratamiento y por lo tanto la disminución en el riesgo de recaer.

Con respecto a la hipótesis dos que expone que la inteligencia emocional percibida afecta el nivel comprometido o riesgo de recaída en el consumo de alcohol y drogas ilícitas en adultos en tratamiento por consumo de alcohol, marihuana o metanfetaminas. Se encontró un efecto directo de la inteligencia emocional sobre el riesgo de recaída, esto aporta conocimiento al ya generado por Fernández et al., 2009; Jakubczyk et al., 2018; Johnson & Blanchard, 2016; Kopera et al., 2015; Schutte et al., 2011 que menciona que el correcto manejo emocional puede fungir como proceso que ayuda para afrontar los diversos factores que influyen o pueden llevar a una persona al nivel comprometido, es decir, al riesgo de recaer en el consumo de alcohol y drogas.

Esto puede explicarse debido a que las diferentes habilidades de la inteligencia emocional permiten el control de impulsos de consumo (Johnson & Blanchard, 2016) y mediante las estrategias de regulación emocional, el adulto puede mantener hábitos saludables que pueden prevenir la recaída en el consumo (Schutte et al., 2011).

En cuanto a la tercera hipótesis que menciona que la combinación del craving por consumo de alcohol, marihuana o metanfetaminas, la emoción expresada percibida, el estrés percibido y la espiritualidad influyen en el riesgo de recaída en el consumo de alcohol y drogas ilícitas en los adultos en tratamiento por consumo de alcohol, marihuana o metanfetaminas. El presente estudio otorga evidencia de que únicamente el craving por alcohol es un estímulo que tiene un efecto significativo para el nivel comprometido o riesgo de recaída, sin embargo, al examinar los estímulos mediante el análisis de efectos, ninguno mantiene el efecto para el nivel comprometido, esto puede ser debido a que en este método se incorporan todos los efectos que pueden influir en la respuesta, y en cada etapa se eliminan las variables hasta que ya no se pueden eliminar más (González, 2015), en este caso el craving por alcohol terminó por perder el efecto debido a que fue menos influyente o con menor significancia. Lo anterior es parcialmente similar a lo encontrado en la evidencia empírica, autores reportan que el craving (Fatseas et al., 2015; Ottonello et al., 2019; Stohs et al., 2019), la emoción expresada percibida (Atadokht et al., 2015; Mittal et al., 2015), el estrés percibido (Al Abeiat et al., 2016), la espiritualidad (Acheampong et al., 2016; Medlock et al., 2017) sí influyen en el riesgo de recaída.

Lo anterior puede explicarse debido al diseño del estudio, debido a que solo se obtuvieron datos en un sólo momento y en un sólo tipo de tratamiento, puede suponerse que se necesita más tiempo, además de diversos tipos de tratamiento para estudiar a profundidad los estímulos que influyen en la recaída de un adulto con problemas de consumo por alcohol y drogas.

En respuesta al objetivo general que fue analizar el efecto que ejerce el craving por consumo de alcohol, marihuana y metanfetaminas, la emoción expresada percibida, el estrés percibido y la espiritualidad sobre el riesgo de recaída mediado por la inteligencia emocional percibida en adultos en tratamiento por alcohol, marihuana y metanfetaminas, se reporta que solamente el craving por alcohol, el estrés percibido y la espiritualidad tienen efecto sobre el riesgo de recaída, cuando están mediadas por la inteligencia emocional.

Esto es similar a lo reportado en otros estudios que refieren al craving (Schneekloth et al., 2012) y estrés percibido (Al Abeiat et al., 2016) fueron predictores significativos del riesgo de recaída; esta similitud puede explicarse debido a la capacidad predictiva del craving por alcohol sobre la recaída, ya que el deseo e impulso por el alcohol llega a ser automático y autónomo, lo que provoca que el craving en el adulto aumente, aunque intente suprimirlo (Chesa, 2004). Aunado al aumento gradual del craving y la dificultad para afrontarlo, aparece el estrés factor que complica el mecanismo de afrontamiento, debido a la percepción negativa y dificultad de manejo emocional, lo que termina por llevar al adulto de vuelta al consumo.

Por otra parte, la espiritualidad, también tiene un efecto, pero en contraste con el craving por alcohol y estrés, ya que al existir más creencias y prácticas espirituales, el riesgo a recaer en el consumo es menor (Acheampong et al., 2016; Medlock et al., 2017), similar a lo ya reportado, en este estudio la espiritualidad mostró un efecto en el riesgo de recaída, pero cuando pasa por el mecanismo de afrontamiento, en este caso cuando el adulto cuenta con creencias en un ser superior suele encontrar un propósito para su vida (Delaney, 2005), lo que puede favorecer la abstinencia, siempre y cuando el adulto pueda identificar, manejar o afrontar los estímulos negativos, acciones que en sinergia con la espiritualidad se pueden traducir en la disminución del riesgo de recaída.

Es precisamente en el mecanismo de afrontamiento donde radica la importancia de que el adulto aprenda o adquiera capacidades que le permitan analizar, afrontar y

manejar no solo el craving y el estrés, sino otros factores que pudiesen disminuir sin necesidad de consumo. Por lo tanto, la inclusión del estudio del craving y estrés puede ser apropiado en el tratamiento de adultos con dependencia a sustancias, con el objetivo de que el adulto identifique y maneje de forma acertada estos factores (Sánchez-Hervás et al., 2001).

Aunado a lo anterior, el mecanismo de afrontamiento puede identificarse como la capacidad para regular las emociones o eventos estresantes que percibe el adulto en tratamiento, los hallazgos del presente estudio aportan conocimiento paralelo al ya revisado y suponen que la inteligencia emocional percibida funge como proceso de afrontamiento, en la que el adulto identifica, maneja y controla las emociones que se derivan de los diversos estímulos a los que ha sido expuesto, por lo que al tener control de las habilidades para regular emociones el adulto puede mediar, afrontar y por lo tanto disminuir la probabilidad de llegar al nivel comprometido o encontrarse en riesgo de recaer (Alaei et al., 2017; Jakubczyk et al., 2018; Johnson & Blanchard, 2016; Kopera et al., 2015).

Con base a lo antes mencionado, el Modelo de Adaptación de Roy es una sólida base para la comprobación de las proposiciones que declara, en primer lugar Roy (2008) menciona que las características de los estímulos influyen en la adecuación de los procesos de afrontamiento, el presente estudio da evidencia de que el estímulo focal o craving por consumo de alcohol, así como los estímulos contextuales del estrés y la espiritualidad influyen en la inteligencia emocional percibida que es el proceso mediante el cual el adulto en tratamiento contra la adicción por alcohol y drogas ilícitas afronta o controla los estímulos mencionados.

En segundo lugar, Roy (2008) menciona que la adecuación de los subsistemas regulador y *cognator* afecta las respuestas de adaptación, en este sentido los resultados obtenidos coinciden con lo postulado por Roy (2008), ya que al analizar la inteligencia emocional percibida como un proceso de afrontamiento o *cognator* se observa el efecto

sobre el riesgo de recaída en el consumo de alcohol y drogas ilícitas del adulto en tratamiento; similar con autores ya mencionados (Fernández et al., 2009; Jakubczyk et al., 2018; Johnson & Blanchard, 2016; Kopera et al., 2015; Schutte et al., 2011) quienes también dan evidencia de que el correcto manejo de las emociones es un proceso que ayuda para afrontar los diversos estímulos que influyen o pueden llevar a una persona al nivel comprometido, es decir, al riesgo de recaer en el consumo de alcohol y drogas.

En tercer lugar, Roy (2008) menciona en su tercera proposición que la combinación de los estímulos focal, contextual y residual influyen en nivel de adaptación, dicha proposición no se cumple en el análisis presentado, ya que las variables no muestran un efecto sobre el nivel comprometido o riesgo de recaída. Esto es diferente, no solo a lo reportado por Roy (2008), sino también distinto a lo reportado por diversos autores (Borras et al., 2010; Burke et al., 2014; Haugan et al., 2013; Martínez, 2009), dicho hallazgo puede ser explicado debido a que en general los estímulos focales como el craving por tipo de sustancia, así como el estrés, la emoción expresada y la espiritualidad han sido abordadas en forma singular para conocer el efecto en el riesgo de recaída, pero hasta la fecha no se conoce que hayan sido incluidas conjuntamente en un modelo que explique su comportamiento en el adulto en tratamiento por consumo de alcohol, marihuana y metanfetaminas.

De acuerdo con los hallazgos antes mencionados, es importante la inclusión de estrategias para el desarrollo de las habilidades de la inteligencia emocional, así como el desarrollo de la espiritualidad, en el tratamiento e intervenciones que se realizan en adultos con problemas por abuso de sustancias, ya que son componentes importantes para el tratamiento en adultos con dependencia al alcohol y drogas.

Finalmente, otro de los hallazgos del presente estudio es que tanto los estudios descriptivos o transversales, así como los de intervención son realizados en su mayoría por profesionales de psicología, medicina y neurología. En este sentido, es importante que los profesionales de enfermería tomen un rol activo para el estudio de las

drogodependencias, ya que suelen ser el primer punto de encuentro para las personas que tienen problemas potenciales con el alcohol y drogas (Alonso-Castillo et al., 2014).

Los profesionales de enfermería con diferentes especialidades, como salud mental, psiquiatría, adicciones o en atención primaria, así como en diversos entornos cumplen distintos roles dentro de los equipos que se enfocan en la prevención, tratamiento y rehabilitación del adulto con adicciones; lo anterior los coloca en una posición de suma importancia, no sólo para detectar conductas o consumo de riesgo, sino para intervenir directamente en el tratamiento y recuperación de los adultos. El desarrollo de intervenciones y estrategias basadas en evidencia y cuidado holístico de la profesión de enfermería puede contribuir, no solo en el aporte de conocimiento, sino en el tratamiento y recuperación de personas y familias que han sido víctimas del fenómeno de la adicción. Por lo anterior se resalta la importancia de transmitir el conocimiento generado en la presente investigación con los distintos CRCA donde se realizó la colecta de datos, con la finalidad de que dicho conocimiento sea considerado para su inclusión en el tratamiento de personas adultas con problemas de adicción al alcohol y drogas.

### **Conclusiones**

En relación con los datos sociodemográficos, la mayor parte de los participantes fueron hombres, solteros, con educación secundaria, policonsumidores, con más de dos internamientos en algún CRCA y dos recaídas en promedio, al momento del estudio cursaban un tratamiento forzado con más de tres meses de internamiento.

Existen diferencias respecto al tipo de sustancia consumida y el riesgo de recaída, se reporta que los adultos consumidores de marihuana presentan menor riesgo de recaída, mientras que los adultos consumidores de metanfetaminas presentan mayor riesgo de recaída.

Existen diferencias significativas para el craving por alcohol y el riesgo de recaída, siendo las mujeres quienes mostraron puntajes más altos de craving por alcohol.

Existe diferencia significativa entre la variable de emoción expresada percibida y el estado civil de los participantes.

Existen diferencias significativas entre las variables de craving por metanfetaminas e inteligencia emocional por nivel de estudios de licenciatura.

Se reporta una relación positiva y significativa del número de internamientos, con el número de recaídas, craving por alcohol, marihuana y metanfetaminas, así como con el estrés percibido. Aunado a esto, el número de internamientos se correlacionó de forma negativa y significativa con la inteligencia emocional percibida.

El número de recaídas se relaciona positivamente con los tres tipos de craving, así como con el estrés percibido. Pero se correlaciona de forma negativa con la inteligencia emocional percibida.

El craving por alcohol se relacionó positivamente con el craving por marihuana y el craving por metanfetamina. Pero se correlacionó de forma negativa con la inteligencia emocional percibida.

El craving por marihuana solo se asocia de forma positiva con el craving por metanfetaminas. El craving por metanfetaminas mostró una asociación positiva con el estrés percibido y negativa con la espiritualidad y con la inteligencia emocional percibida.

La emoción expresada percibida también se asoció positivamente con el estrés percibido y de forma negativa con la espiritualidad.

Respecto al estrés percibido se reporta una asociación negativa con la espiritualidad al igual que con la inteligencia emocional percibida.

Por lo que concierne a la espiritualidad, esta sólo se relacionó positivamente con la inteligencia emocional percibida.

El riesgo de recaída se correlaciona de forma positiva con el número de internamientos, el número de recaídas y el craving por alcohol. Además, el riesgo de

recaída se correlaciona de forma negativa con la inteligencia emocional percibida y con la espiritualidad.

Existe un efecto directo y significativo del craving por alcohol, el estrés percibido y la espiritualidad sobre la inteligencia emocional percibida.

Existe un efecto directo y significativo de la inteligencia emocional percibida sobre el riesgo de recaída.

Se encontró que el efecto directo del craving por alcohol sobre riesgo de recaída fue significativo, sin embargo, al aplicar el procedimiento *Backward* (método hacia atrás) la variable antes mencionada pierde dicho efecto.

No se encontró efecto significativo de las variables de craving por consumo de marihuana y metanfetaminas, emoción expresada percibida, mediadas por la inteligencia emocional percibida, sobre el riesgo de recaída.

Solamente los estímulos del craving por alcohol, el estrés percibido y la espiritualidad tienen un efecto sobre el nivel comprometido o riesgo de recaída mediado por la inteligencia emocional percibida como proceso de afrontamiento.

### **Limitaciones**

El presente estudio presentó limitaciones las cuales deben ser consideradas al momento de interpretar los resultados y hallazgos expuestos. En primer lugar, el diseño del estudio es de corte transversal lo cual impide establecer relaciones causales entre las variables, además las variables objeto de estudio solo se evaluaron en un momento específico del tiempo. Es importante mencionar que el tipo de estudio transversal se realizó con la intención de concluir en tiempo con lo solicitado por el programa doctoral, además de cumplir con la normativa impuesta por diversos organismos internacionales ante la pandemia por COVID-19.

En segundo lugar, la medición de las variables se realizó a través de cuestionarios tipo autoinformes, que si bien este tipo de cuestionarios tienen la ventaja de que permiten coleccionar información válida, rápida y de forma económica, tienen

desventajas como la subestimación o sobrestimación de los resultados encontrados, debido a que el adulto puede omitir verdades para dar una buena imagen o de que conteste de forma involuntaria hacia el extremo o hacia valores más centrales.

Otro punto por considerar es que los resultados obtenidos no pueden ser generalizados a poblaciones diferentes a la estudiada, en este caso, solo se abordaron adultos en tratamiento residencial residentes del estado de Nuevo León, por lo que se requiere el abordaje de otro tipo de población en diferentes tipos de tratamiento, con el objetivo de generalizar los resultados.

En tercer lugar y debido a la pandemia por COVID-19, no se logró recolectar en todos los CRCA previstos para la investigación, solamente se recolectó en ocho CRCA quienes fueron los que otorgaron facilidades para la capacitación de una persona o líder del CRCA quien en conjunto con el investigador principal llevó a cabo la recolección en el tiempo estimado, es importante resaltar que el procedimiento de recolección sufrió cambios con la finalidad de cumplir con las disposiciones de los organismos internacionales para la prevención del contagio.

Otra importante limitación es el número reducido de muestra al tomar en cuenta las características de esta, así como la homogeneidad en relación con el sexo y el tipo de tratamiento.

### **Recomendaciones**

Respecto al número de participantes femeninas, se recomienda además de incrementar la muestra, incluir factores que pudieran influir no solo en el consumo de alcohol y drogas o en la recaída en el mismo, sino también factores como el tiempo y tipo de consumo y el rol familiar que desempeña.

Es importante la utilización de otros tipos de diseños de investigación que permitan observar los cambios de las variables a través del tiempo. En el caso del craving por diversas sustancias, se sugiere que se realicen estudios en poblaciones que

lleven otros tipos de tratamiento y observar las diferencias al inicio, al final del tratamiento y después del alta.

En relación con la emoción expresada percibida, se recomienda el abordaje directo de la familia, específicamente del integrante que mayor influencia tiene sobre el adulto con dependencia a las drogas, con la finalidad de conocer la calidad de la relación entre el adulto en tratamiento y sus familiares, además de conocer el efecto de esta relación en el apego al tratamiento y rehabilitación por consumo de alcohol o drogas.

Se sugiere utilizar medidas más objetivas como marcadores de biológicos para la medición del estrés, ya que es una variable que cambia continuamente, además de considerar el tiempo de internamiento y tipo de tratamiento al momento de la medición.

En cuanto a la espiritualidad, es una variable que cobra sentido en la recuperación del adulto, por lo cual requiere ser abordada no solo como percepción, sino como un componente en las intervenciones para la prevención y tratamiento de adultos con problemas de alcohol y drogas.

Con relación a la inteligencia emocional percibida, al ser considerado como un constructo relativamente nuevo en el ámbito de las adicciones, se recomienda continuar investigando su importancia al ingreso, durante y al finalizar al tratamiento, además de la implementación de programas que fortalezcan las habilidades que la componen, al colocar de manifiesto los hallazgos en el presente estudio.

Así mismo, se recomienda replicar el presente estudio en diferentes poblaciones, de diferente área geográfica con la finalidad de poder comparar los resultados obtenidos, además de incrementar el número de muestra.

Otro punto importante para considerar es la inclusión del componente cualitativo en futuras investigaciones, el cual podría brindar más información acerca del comportamiento de las variables estudiadas en el riesgo de recaída del adulto con adicciones.

Es importante que los profesionales de la enfermería conozcan los diferentes tipos de tratamientos en adultos con adicción al alcohol y drogas ilícitas, con el objetivo no solo de aportar conocimiento, sino también incluirse en acciones e intervenciones que trasciendan en la rehabilitación, en el apego al tratamiento, así como la reinserción social de las personas con consumo problemático de sustancias.

El presente estudio comprueba algunos de los supuestos y proposiciones del Modelo de Adaptación de Roy, por lo que se recomienda su uso para el análisis de problemas de salud crónicos, como la adicción. Además de continuar con el aporte a la disciplina de enfermería desarrollando estudios que tengan como base teorías de enfermería con evidencia científica que contribuya a explicar las proposiciones teóricas.

Finalmente, el presente estudio proporciona hallazgos que permiten ser una base para el desarrollo de futuras intervenciones, sin embargo, se recomienda tener presentes las limitaciones de este.

## Referencias

- Acheampong, A. B., Lasopa, S., Striley, C. W., & Cottler, L. B. (2016). Gender differences in the association between religion/spirituality and simultaneous polysubstance use (SPU). *Journal of Religion and Health, 55*(5), 1574-1584. doi.org/10.1007/s10943-015-0168-5
- Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental. (2017). La crisis de los opioides en la población Hispana/Latina: un asunto urgente. [https://store.samhsa.gov/sites/default/files/SAMHSA\\_Digital\\_Download/PEP20-05-02-003%20PDF.pdf](https://store.samhsa.gov/sites/default/files/SAMHSA_Digital_Download/PEP20-05-02-003%20PDF.pdf)
- Al Abeiat, D. D., Hamdan-Mansour, A. M., Hanouneh, S. I., & Ghannam, B. M. (2016). Psychosocial Predictors of Relapse Among Patients with Alcohol Problems. *Current drug abuse reviews, 9*(1), 19-25. <https://doi.org/10.2174/187447370901160318153019>
- Alaei, S., Zabihi, R., Ahmadi, A., Doosti, A., & Mehdi, S. (2017). Emotional Intelligence, Spiritual Intelligence, Self-esteem and Self Control of Substance Abuse. *International Neuropsychiatric Disease Journal, 9*(4), 1-8. <https://doi.org/10.9734/INDJ/2017/33461>
- Allen, J. P., & Wilson, V. B. (Eds.). (2003). *Assessing alcohol problems: A guide for clinicians and researchers* (No. 3). US Department of Health and Human Services, Public Health Service, National Institutes of Health, National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. <https://pubs.niaaa.nih.gov/publications/assessingalcohol/>
- Alonso-Castillo, M., Armendáriz, N., Guzmán, F., López, M., Villegas-Pantoja, M., & Álvarez, A. (2014). Integración de contenidos temáticos de drogas al currículo de Doctorado en Ciencias de Enfermería: El caso de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León. En Esparza, S., Alonso-Castillo, M., López, M & Rodríguez, A (Eds.), *Competencias específicas de enfermería*

*en la reducción de la demanda de drogas*. Universidad Autónoma de Nuevo León.

Álvarez, T. B., & Morales, S. J. (2015). Factores de riesgo que influyen en la recaída de consumo de drogas lícitas e ilícitas en adolescentes atendidos en el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. *Revista costarricense de psicología*, 34(2), 147-157. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=476747240007>

American Psychiatric Association. (2013). Anxiety Disorders. In *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596.dsm05>

Anton, R. F. (1999). What is craving?: Models and implications for treatment. *Alcohol Research & Health*, 23(3), 165. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10890811/>

Aradilla-Herrero, A. (2013). Inteligencia Emocional y variables relacionadas en Enfermería [Tesis doctoral, Universidad de Barcelona]. <http://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/44992?mode=full>

Arévalo, S., Prado, G., & Amaro, H. (2008). Spirituality, sense of coherence, and coping responses in women receiving treatment for alcohol and drug addiction. *Evaluation and program planning*, 31(1), 113-123. <https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2007.05.009>

Askari, J., Hassanbeigi, A., & Fallahzadeh, H. (2011). The rate of various psychological stressors perceived mental strain due to these stressors, and coping strategies in opium addicts compared to normal individuals. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 30, 654-661. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2011.10.127>

Atadokht, A., Hajloo, N., Karimi, M., & Narimani, M. (2015). The role of family expressed emotion and perceived social support in predicting addiction relapse. *International Journal of High Risk Behaviors & Addiction*, 4(1). [doi:10.5812/ijhrba.21250](https://doi.org/10.5812/ijhrba.21250)

- Augusto-Landa, J. M., López-Zafra, E., & Pulido-Martos, M. (2011). Inteligencia Emocional Percibida y estrategias de afrontamiento al estrés en profesores de enseñanza primaria: propuesta de un modelo explicativo con ecuaciones estructurales (SEM). *Revista de Psicología Social, 26*(3), 413-425.  
[doi.org/10.1174/021347411797361310](https://doi.org/10.1174/021347411797361310)
- Baekeland, F., & Lundwall, L. (1975). Dropping out of treatment: a critical review. *Psychological bulletin, 82*(5), 738. [doi.org/10.1037/h0077132](https://doi.org/10.1037/h0077132)
- Bar-On, R. (1997). Bar-On Emotional Quotient Inventory (EQ-I): Technical manual. Toronto, Canada: Multi-Health Systems.
- Bar-On, R. (2000). Emotional and social intelligence: Insights from the Emotional Quotient Inventory. In R. Bar-On, & J. Parker (Eds.), *The handbook of emotional intelligence: Theory, development, assessment, and application at home, school, and in the workplace* (pp. 363-388). Jossey-Bass.
- Bar-On, R. (2002). Bar-On Emotional Quotient Short Form (EQ-I: Short): Technical manual. Toronto: Multi-Health Systems.
- Bar-On, R. (2006). The Bar-On model of emotional-social intelligence. *Psicothema, 18*, 13-25. <https://www.redalyc.org/pdf/727/72709503.pdf>
- Becerra, G. J. (2011). Descripción y limitaciones de los instrumentos de evaluación de la emoción expresada. *Papeles del Psicólogo, 32*(2), 152-158.  
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=778/77818544004>
- Becoña, E. (2002). Bases científicas de la prevención de las drogodependencias. Madrid: Ministerio del Interior, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.  
[https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/catalogoPNSD/publicaciones/pdf/Bases\\_cientificas.pdf](https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/catalogoPNSD/publicaciones/pdf/Bases_cientificas.pdf)
- Becoña, E., & Cortés, M. (2011). Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica. *Barcelona: Socidrogalcohol*, pp 144-166.

<https://socidrogalcohol.org/proyecto/manual-de-adicciones-para-psicologos-especialistas-en-psicologia-clinica-en-formacion-2/>

Becoña, E., Cortés, M., Pedrero, E. J., Fernández, J. R., Casete, L., Bermejo, M. P., & Tomás, V. (2008). Guía clínica de intervención psicológica en adicciones. *Barcelona: Socidrogalcohol, 100.*

[https://www.researchgate.net/publication/260882943\\_Guia\\_clinica\\_de\\_intervencion\\_psicologica\\_en\\_adicciones](https://www.researchgate.net/publication/260882943_Guia_clinica_de_intervencion_psicologica_en_adicciones)

Berger, H., & Smith, M. J. (1978). Voluntary versus prescribed termination of methadone maintenance. *British Journal of Addiction to Alcohol & Other Drugs*, 73(2), 178-180. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1360-0443.1978.tb00140.x>

Bertalanffy, V. L. (1968). *General System Theory: Foundations, Development, Applications*. New York: George Braziller.

Blasco, J., Martínez-Raga, J., Carrasco, E., & Didia-Attas, J. (2008). Atención y craving o ganas compulsivas. Avances en su conceptualización y su implicación en la prevención de recaídas. *Adicciones*, 20(4), 365-376.

<http://adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/259/247>

Boggio, P. S., Sultani, N., Fecteau, S., Merabet, L., Mecca, T., Pascual-Leone, Basaglia, A., & Fregni, F. (2008). Prefrontal cortex modulation using transcranial DC stimulation reduces alcohol craving: a double-blind, sham-controlled study. *Drug and alcohol dependence*, 92(1-3), 55-60. DOI: 10.1016/j.drugalcdep.2007.06.011

Bohórquez, H. L. R., Chaves, R. A. M., & Niño, T. A. J. (2019). *Influencia de las dinámicas familiares en la recaída del consumo de sustancias psicoactivas* [Tesis de grado, Universidad de la Salle].

[https://ciencia.lasalle.edu.co/trabajo\\_social/337/](https://ciencia.lasalle.edu.co/trabajo_social/337/)

- Borras, L., Khazaal, Y., Khan, R., Mohr, S., Kaufmann, Y., Zullino, D., Huguelet, P., Allamani, A., Bastos, F., Brown, B., Sussman, S., Moos, R., Kleinig, J., Adrian, M., Godlaski, T., Bourgois, P., Hart, L., Magura, S., Montagne, M., & Sloboda, Z. (2010). Dialogue. The Relationship Between Addiction and Religion and its Possible Implication for Care. *Substance Use & Misuse*, *45*(14), 2357-2410. doi.org/10.3109/10826081003747611
- Bowen, S., Chawla, N., & Marlatt, G. A. (2013). *Prevención de recaídas en conductas adictivas basada en Mindfulness. Guía Clínica*. Bilbao: Desclée de Brower.
- Boyatzis, R. (2006). Using tapping points of emotional intelligence and cognitive competencies to predict financial performance of leaders. *Psicothema*, *18*, 124-131. <https://www.redalyc.org/pdf/727/72709519.pdf>
- Boyatzis, R., Goleman, D., & Rhee, K. (2000). Clustering competence in emotional intelligence: insights from the emotional competence inventory (ECI). In R. Baron & J.D.A. Parker (eds.): *Handbook of emotional intelligence* (pp. 343-362). San Francisco: Jossey-Bass.
- Brackett, M. A., Mayer, J. D., & Warner, R. M. (2004). Emotional intelligence and its relation to everyday behavior. *Personality and Individual Differences*, *36*(6), 1387-1402. doi.org/10.1016/S0191-8869(03)00236-8
- Brannon, L., Feist, J., & Updegraff, J. A. (2014). *Health psychology: An introduction to behavior and health* (8th ed.). Belmont, CA: Cengage Learning/Wadsworth.
- Briand, L. A., & Blendy, J. A. (2010). Molecular and genetic substrates linking stress and addiction. *Brain research*, *1314*, 219-234. doi.org/10.1016/j.brainres.2009.11.002
- Brown, G. W., & Rutter, M. (1966). The measurement of family activities and relationships: A methodological study. *Human relations*, *19*(3), 241-263. doi.org/10.1177/001872676601900301

- Brown, G. W., Birley, J. L., & Wing, J. K. (1972). Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: A replication. *The British Journal of Psychiatry*, *121*(562), 241-258. DOI: 10.1192/bjp.121.3.241
- Budney, A. J., Hughes, J. R., Moore, B. A., & Vandrey, R. (2004). Review of the validity and significance of cannabis withdrawal syndrome. *American Journal of Psychiatry*, *161*(11), 1967-1977.  
<https://ajp.psychiatryonline.org/doi/pdfplus/10.1176/appi.ajp.161.11.1967>
- Budney, A. J., Vandrey, R. G., Hughes, J. R., Thostenson, J. D., & Bursac, Z. (2008). Comparison of cannabis and tobacco withdrawal: severity and contribution to relapse. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *35*(4), 362-368. DOI: 10.1016/j.jsat.2008.01.002
- Buelga, S., Ravenna, M., Musitu, G., & Lila, M.S. (2006). Epidemiology and psychosocial risk factors associated with adolescents drug consumption. En S. Jackson & L. Goossens (Eds.), *Handbook of Adolescent Development*. UK: Psychology Press (pp. 337-369).
- Burke, A., Vanolphen, J., Eliason, M., Howell, R., & Gonzalez, A. (2014). Re-examining religiosity as a protective factor: Comparing alcohol use by self-identified religious, spiritual, and secular college students. *Journal of Religion and Health*, *53*(2), 305-316. doi.org/10.1007/s10943-012-9623-8
- Calvo, F., Carbonell, X., Valero, R., Costa, J., Turró, O., Giralt, C., & Ramírez, M. (2018). Abandono precoz y retención en servicios ambulatorios de drogodependencias: análisis transversal comparativo de factores que aumentan o disminuyen la adherencia. *Atención Primaria*, *50*(8), 477-485.  
DOI:10.1016/j.aprim.2017.06.006
- Cannon, W. B. (1939). *The Wisdom of the Body*. NY: W. W. Norton.
- Carroll, K. M., & Onken, L. S. (2005). Behavioral therapies for drug abuse. *American Journal of Psychiatry*, *162*(8), 1452-1460. doi.org/10.1176/appi.ajp.162.8.1452

- Castaño, M. E. F., del Barco, B. L., Delgado, M. G., & González, B. M. (2004). Las habilidades sociales y su relación con el consumo de sustancias en adolescentes. *Ciencia Psicológica*, (9), 30-44.  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3231930>
- Chesa, V. D., Elías, A., Fernández, V. E., Izquierdo, M. E., & Sitjas, C. M. (2004). El craving, un componente esencial en la abstinencia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, (89), 93-112.  
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0211-57352004000100007&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352004000100007&lng=es&tlng=es).
- Chrousos, G. P. (2009). Stress and disorders of the stress system. *Nature reviews endocrinology*, 5(7), 374. doi.org/10.1038/nrendo.2009.106
- Ciarrochi, J., Forgas, J. R., & Mayer, J. D. (Eds.). (2006). *Emotional intelligence in everyday life* (2nd ed.). Psychology Press/Erlbaum (UK) Taylor & Francis.
- Clark, T. T., Nguyen, A. B., Belgrave, F. Z., & Tademy, R. (2011). Understanding the dimensions of parental influence on alcohol use and alcohol refusal efficacy among African American adolescents. *Social Work Research*, 35(3), 147-157.  
DOI: 10.1093/swr/35.3.147
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein. (1983). A Global Measure of Perceived Stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24(4), 385-96.
- Cole, J. D. & Kazarian, S.S. (1988). The level of expressed emotion scale: a new measure of expressed emotion. *Journal Clinical Psychology* 44,(3) 392-397. doi: 10.1002/1097-4679(198805)44:3<392::aid-jclp2270440313>3.0.co;2-3. 3
- Constantinou, N., Morgan, C. J., Battistella, S., O’Ryan, D., Davis, P., & Curran, H. V. (2010). Attentional bias, inhibitory control and acute stress in current and former opiate addicts. *Drug and alcohol dependence*, 109(1-3), 220-225.  
doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2010.01.012

- Copersino, M. L., Boyd, S. J., Tashkin, D. P., Huestis, M. A., Heishman, S. J., Dermand, J. C., Simmons, M.S., & Gorelick, D. A. (2006). Cannabis withdrawal among non-treatment-seeking adult cannabis users. *The American Journal on Addictions, 15*(1), 8-14. doi.org/10.1080/10550490500418997
- Cortés, M. T., & Pascual, P. F. (2005). Incumplimiento de Propósitos en Drogodependencias. Radom House Mondadori, Barcelona, Spain.
- Courtney, K. E., & Ray, L. A. (2014). Methamphetamine: an update on epidemiology, pharmacology, clinical phenomenology, and treatment literature. *Drug and alcohol dependence, 143*, 11-21. doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2014.08.003
- Cox, W. M., & Klinger, E. (2002). Motivational structure: Relationships with substance use and processes of change. *Addictive Behaviors, 27*(6), 925-940.
- Coyle, J. (2002). Spirituality and health: towards a framework for exploring the relationship between spirituality and health. *Journal of Advanced Nursing, 37*(6), 589-597. doi.org/10.1046/j.1365-2648.2002.02133.x
- Curry, S., Marlatt, G. A., & Gordon, J. R. (1987). Abstinence violation effect: validation of an attributional construct with smoking cessation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55*(2), 145. doi.org/10.1037/0022-006X.55.2.145
- De Andrés, M. S. (2017). Factores asociados con la adherencia al tratamiento en pacientes con drogodependencias. *Metas de enfermería, 20*(2), 5. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5856649>
- De Leon, G. (1991). Retention in drug-free therapeutic communities. En R.W. Pickens, C.G. Leukefeld y C.R. Schuster (Eds.), *Improving drug abuse treatment*. NIDA Research Monograph Series, nº 106. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services.
- De Sousa, M. C., de Timary, P., Cortesi, M., Mikolajczak, M., de Blicquy, P. D. R., & Luminet, O. (2010). Moderating effect of emotional intelligence on the role of negative affect in the motivation to drink in alcohol-dependent subjects

- undergoing protracted withdrawal. *Personality and Individual Differences*, 48(1), 16-21. doi.org/10.1016/j.paid.2009.08.004
- Dean, A. C., Groman, S. M., Morales, A. M., & London, E. D. (2013). An evaluation of the evidence that methamphetamine abuse causes cognitive decline in humans. *Neuropsychopharmacology*, 38(2), 259. DOI:10.1038/npp.2012.179
- Delaney, C. (2005). The Spirituality Scale: holistic assessment of the human spiritual dimension. *Journal Holistic Nursing*, 23(2), 145-167. doi.org/10.1177/0898010105276180
- Des Jarlais, D. C., Joseph, H., Dole, V. P., & Schmeidler, J. (1982). Predicting post-treatment narcotic use among patients terminating from methadone maintenance. *Advances in Alcohol & Substance Abuse*, 2(1), 57-68. doi.org/10.1300/J251v02n01\_04
- Díaz, H. L. P., Muñoz, S. A. I., & Vargas, D. D. (2012). Validade e confiabilidade do Questionário de Espiritualidade de Parsian e Dunning em versão espanhola. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 20(3), 559-566. doi.org/10.1590/S0104-11692012000300018
- Díaz, L. (2012). Promoción de salud: Auto trascendencia, espiritualidad y bienestar en no consumidores y consumidores moderados de alcohol [Tesis Doctoral en Enfermería, Universidad Nacional de Colombia] Bogotá, Colombia. <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/10824>
- Directrices internacionales sobre derechos humanos y políticas de drogas. (2019). [https://www.humanrights-drugpolicy.org/site/assets/files/1671/hrdp\\_guidelines\\_spanish\\_2020.pdf](https://www.humanrights-drugpolicy.org/site/assets/files/1671/hrdp_guidelines_spanish_2020.pdf)
- Douaihy, A., Stowell, K., Park, T., Daley, D. (2007). Relapse prevention: Clinical strategies for substance use disorders. In: Witkiewitz, K. Marlatt, G. *Therapist guide to evidence-Based relapse prevention*. London: Academic Press

- Elkashef, A., Vocci, F., Hanson, G., White, J., Wickes, W., & Tihonen, J. (2008).  
Pharmacotherapy of methamphetamine addiction: an update. *Substance Abuse*,  
29(3), 31-49. DOI:10.1080/08897070802218554
- Enoch, M. A. (2011). The role of early life stress as a predictor for alcohol and drug  
dependence. *Psychopharmacology*, 214(1), 17-31. doi: 10.1007/s00213-010-  
1916-6
- Esarte, E. S. (2017). Evaluación de la eficacia de un programa de tratamiento  
ambulatorio para pacientes alcohólicos [Tesis Doctoral, Universidad Pública de  
Navarra].  
[https://www.proyctohombrenavarra.org/imagenes/documentos/es/evaluacion-  
de-la-eficacia-de-un-programa-de-tratamiento-ambulatorio-para-pacientes-  
alcoholicos-24.pdf](https://www.proyctohombrenavarra.org/imagenes/documentos/es/evaluacion-de-la-eficacia-de-un-programa-de-tratamiento-ambulatorio-para-pacientes-alcoholicos-24.pdf)
- Estévez, A., Jáuregui, P., Sánchez-Marcos, I., López-González, H., & Griffiths, M. D.  
(2017). Attachment and emotion regulation in substance addictions and  
behavioral addictions. *Journal of Behavioral Addictions*, 6(4), 534-544.  
doi:10.1556/2006.6.2017.086
- Fatahi, N., Sharifeian, M., Zarrin, H. K., Fatemi, A., & Khaledian, M. (2015).  
Comparison of Emotional Intelligence between Normal People and Addicts.  
*Journal of Social Issues & Humanities*, 3(3), 90-93.  
[https://www.researchgate.net/publication/303486650\\_Comparison\\_of\\_Emotiona  
l\\_Intelligence\\_between\\_Normal\\_People\\_and\\_Addicts](https://www.researchgate.net/publication/303486650_Comparison_of_Emotional_Intelligence_between_Normal_People_and_Addicts)
- Fatseas, M., Serre, F., Alexandre, J. M., Debrabant, R., Auriacombe, M., & Swendsen,  
J. (2015). Craving and substance use among patients with alcohol, tobacco,  
cannabis or heroin addiction: A comparison of substance-and person-specific  
cues. *Addiction*, 110(6), 1035-1042. <https://doi.org/10.1111/add.12882>
- Fawcett, J. (1999). The relationship of theory and research. (3a ed.). Filadelfia: F. A.  
Davis Company.

- Fernández-Berrocal, P., Berrios-Martos, M. P., Extremera, N., & Augusto, J. M. (2012). Inteligencia emocional: 22 años de avances empíricos. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 20(1), 5.  
<https://www.behavioralpsycho.com/producto/inteligencia-emocional-22-anos-de-avances-empiricos/>
- Fernández-Serrano, M. J., Moreno-López, L., Pérez-García, M., & Verdejo- García, A. (2012). Inteligencia emocional en individuos dependientes de cocaína. *Trastornos Adictivos*, 14(1), 27-33. <https://www.elsevier.es/es-revista-trastornos-adictivos-182-pdf-X1575097312403197>
- Fernández, A. J. M. (2011). El método de comunidad terapéutica para drogodependientes: un análisis desde las ciencias sociales. *Adicción y Ciencia*, 1(4), 3-13. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3874122.pdf>.
- Fernández, B., Jorge, V., & Bejar, E. (2009). Función protectora de las habilidades emocionales en la prevención del consumo de tabaco y alcohol: una propuesta de intervención. *Psicooncología*, 6(1), 243-256.  
<https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0909120243A>
- Ferrer, J. E. S., Nóbregas, J. A. D., Álvarez, A. A., & Guerra, E. F. (2013). Factores de riesgo de recaídas en el alcoholismo y su relación con el funcionamiento familiar. *Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana*, 10(3).  
<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/cum-55085>
- Fischer, B., Rehm, J., Kirst, M., Casas, M., Hall, W., Krausz, M., Metrebian, N., Reggers, J., Uchtenhagen, A., Brink, W. V., & Van Ree J. M. (2002). Heroin-assisted treatment as a response to the public health problem of opiate dependence. *European Journal of Public Health*, 12, 228-234.  
doi:10.1093/eurpub/12.3.228
- Forcehimes, A., & Scott Tonigan, J. (2009). Spirituality and Substance Use Disorders. In P. Huguelet & H. Koenig (Authors), *Religion and Spirituality in Psychiatry*

(pp. 114-127). Cambridge: Cambridge University Press.

doi:10.1017/CBO9780511576843.009

Foster, D., Ecker, A., Zvolensky, M., & Buckner, J. (2015). Social anxiety and cannabis cravings: the influences of parent injunctive norms and tension reduction expectancies. *Journal of Social and Clinical Psychology, 34*(9), 731-746.

<https://guilfordjournals.com/doi/pdf/10.1521/jscp.2015.34.9.731>

Fox, H. C., Bergquist, K. L., Casey, J., Hong, K. A., & Sinha, R. (2011). Selective cocaine-related difficulties in emotional intelligence: Relationship to stress and impulse control. *The American Journal on Addictions, 20*(2), 151-160.

doi.org/10.1111/j.1521-0391.2010.00108.x

Galanter, M. (2007). Spirituality and recovery in 12-step programs: An empirical model. *Journal of Substance Abuse Treatment, 33*(3), 265-272.

doi.org/10.1016/j.jsat.2007.04.016

Galanter, M., Dermatis, H., Post, S., & Sampson, C. (2013). Spirituality-based recovery from drug addiction in the twelve-step fellowship of narcotics anonymous. *Journal of Addiction Medicine, 7*(3), 189-195.

doi:10.1097/ADM.0b013e31828a0265

Galloway, G. P., & Singleton, E. G. (2009). How long does craving predict use of methamphetamine? Assessment of use one to seven weeks after the assessment of craving: Craving and ongoing methamphetamine use. *Substance abuse: research and treatment, 1*, 63-79.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2773437/>

Gálvez, B. P., Maroto, J. D., Fernández, L. G., Ivorra, N. C., & De Vicente Manzanaro, M. P. (2016). Validación de tres instrumentos de evaluación del craving al alcohol en una muestra española: PACS, OCDS-5 y ACQ-SF-R. *Salud y drogas, 16*(2), 73-79. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83946520001>

- García-Cardona, M., & Ramírez-Elías, A. (2010). La educación de enfermería y las adicciones. Una revisión de la literatura. *Revista Enfermería IMSS*, 18(1), 35-42. [http://revistaenfermeria.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista\\_enfermeria/article/view/406](http://revistaenfermeria.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_enfermeria/article/view/406)
- García, C. H. (2016). Inteligencia emocional y bienestar. En *Inteligencia Emocional y Bienestar II: reflexiones, experiencias profesionales e investigaciones* (pp. 32-44). Ediciones Universidad de San Jorge.
- Githae, E. N. (2016). Family expressed emotion in relapse of alcoholism. *Journal of Humanities and Social Science*, 21(9), 33-41. <https://pdfs.semanticscholar.org/4827/2ebccd8deef03b7c0f3cf30152f521cbc7d.pdf>
- Glöckner-Rist, A., Lémenager, T., & Mann, K. (2013). Reward and relief craving tendencies in patients with alcohol use disorders: results from the PREDICT study. *Addictive Behaviors*, 38(2), 1532-1540. <http://doi.org/10.1016/j.addbeh.2012.06.018>
- Goeb, J. L., Coste, J., Bigot, T., & Ferrand, I. (2000). Prospective study of favorable factors in follow-up of drug addicted patients apropos of 257 patients of the Cassini Center in Paris. *L'Encephale*, 26(6), 11-20. <https://europepmc.org/article/med/11217533>
- Gold, A. K., Stathopoulou, G., & Otto, M. W. (2020). Emotion regulation and motives for illicit drug use in opioid-dependent patients. *Cognitive behaviour therapy*, 49(1), 74-80. <https://doi.org/10.1080/16506073.2019.1579256>
- Goleman, D. (1998). La práctica de la inteligencia emocional. Barcelona: Kairós.
- Gómez-Fraguela, J. A., Luengo-Martín, Á., Romero-Triñanes, E., Villar-Torres, P., & Sobral-Fernández, J. (2006). Estrategias de afrontamiento en el inicio de la adolescencia y su relación con el consumo de drogas y la conducta problemática.

*International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(3), 581-597.

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33760305>

- Gonzalez-Blanch, C., Gleeson, J. F., Cotton, S. M., Crisp, K., McGorry, P. D., & Alvarez-Jimenez, M. (2015). Longitudinal relationship between expressed emotion and cannabis misuse in young people with first-episode psychosis. *European Psychiatry*, 30(1), 20-25. doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.07.002
- González, A. (2015). Selección de variables: Una revisión de métodos existentes. [Tesis Doctoral, Universidad da Coruña].  
[https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/8473/Tesis\\_Oscar\\_Gualdron.pdf?sequence=1](https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/8473/Tesis_Oscar_Gualdron.pdf?sequence=1)
- Gorski, T. T. (2000). The CENAPS model of relapse prevention therapy (CMRPT). *Approaches to Drug Abuse Counseling*, National Institute on Drug Abuse, U.S. Department of Health and Human Services, pp. 23-38.
- Graña, J. L., Muñoz, J. J. & Navas, E. (2009). Normal and pathological personality characteristics in subtypes of drug addicts undergoing treatment. *Personality and Individual Differences*, 46(4), 418-423. doi.org/10.1016/j.paid.2008.11.011
- Grau-López, L., Roncero, C., Daigre, C., Gonzalvo, B., Bachiller, D., Rodríguez-Cintas, L., Egido, A., & Casas, M. (2012). Factores de riesgo de recaída en pacientes drogodependientes tras desintoxicación hospitalaria. *Adicciones*, 24(2), 115-122.  
<https://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/103/100>
- Grove, S. K. & Gray, J. R. (2019). Investigación en enfermería: Desarrollo de la práctica enfermera basada en la evidencia. (7ª ed.). Barcelona: Elsevier.
- Haber, J. R., Grant, J. D., Jacob, T., Koenig, L. B., & Heath, A. (2011). Alcohol Milestones, Risk Factors, and Religion/Spirituality in Young Adult Women. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 34-43. DOI: 10.15288/jsad.2012.73.34
- Haney, M. (2005). The marijuana withdrawal syndrome: diagnosis and treatment. *Current Psychiatry Reports*, 7(5), 360-366. DOI: 10.1007/s11920-005-0036-1

- Haney, M., Hart, C. L., Vosburg, S. K., Nasser, J., Bennett, A., Zubaran, C., Foltin, R. W. (2004). Marijuana withdrawal in humans: effects of oral THC or divalproex. *Neuropsychopharmacology* 29, 158-170. <https://doi.org/10.1038/sj.npp.1300310>
- Hansen, R. G. (2020). Mujeres en comunidades terapéuticas de adicciones: perfil psicosocial, prevalencia de violencia de género en el ámbito de la pareja y barreras en el tratamiento. [Tesis Doctoral, Universidad Autónoma de Barcelona]. <http://hdl.handle.net/10803/670557>
- Hartz, D. T., Frederick-Osborne, S. L., & Galloway, G. P. (2001). Craving predicts use during treatment for methamphetamine dependence: a prospective, repeated-measures, within-subject analysis. *Drug and alcohol dependence*, 63(3), 269-276. DOI: 10.1016/s0376-8716(00)00217-9
- Hassanbeigi, A., Askari, J., Hassanbeigi, D. & Pourmovahed, Z. (2013). The relationship between stress and addiction. *Social and Behavioral Sciences*, 84, 1333-1340. doi: 10.1016/j.sbspro.2013.06.752
- Haugan, G., Hanssen, B., & Moksnes, U. K. (2013). Self-transcendence, nurse-patient interaction and the outcome of multidimensional well-being in cognitively intact nursing home patients. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27(4), 882-893. doi.org/10.1111/scs.12000
- Heinz, A., Deserno, L., Zimmermann, U. S., Smolka, M. N., Beck, A., & Schlagenhauf, F. (2017). Targeted intervention: Computational approaches to elucidate and predict relapse in alcoholism. *Neuroimage*, 151, 33-44. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2016.07.055>
- Heishman, S. J., Singleton, E. G., & Liguori, A. (2001). Marijuana Craving Questionnaire: Development and initial validation of a self-report instrument. *Addiction*, 96(7), 1023-1034. DOI: 10.1046/j.1360-0443.2001.967102312.x
- Helson, H. (1964). Adaptation-level theory: an experimental and systematic approach to behavior. Harper and Row: New York.

- Higley, A. E., Crane, N. A., Spadoni, A. D., Quello, S. B., Goodell, V., & Mason, B. J. (2011). Craving in response to stress induction in a human laboratory paradigm predicts treatment outcome in alcohol dependent individuals. *Psychopharmacology*, *218*(1), 121-9. <http://doi.org/10.1007/s00213-011-2355-8>
- Hillemacher, T., Bayerlein, K., Wilhelm, J., Frieling, H., Thürauf, N., Ziegenbein, M., Bleich, S. (2006). Nicotine dependence is associated with compulsive alcohol craving. *Addiction*, *101*(6), 892-897. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2006.01442.x>
- Holmes, T. H., & Rahe, R. H. (1967). The Social Readjustment Rating Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, *11*(2), 213-218. [doi.org/10.1016/0022-3999\(67\)90010](https://doi.org/10.1016/0022-3999(67)90010)
- Horcajadas, F. A. (2011). Tratamiento de los trastornos psiquiátricos asociados al consumo de cannabis. *Trastornos adictivos*, *13*(3), 113-118. <https://www.elsevier.es/es-revista-trastornos-adictivos-182-articulo-tratamiento-trastornos-psiquiatricos-asociados-al-X1575097311981450>
- Imkome, E. U. (2018). Nursing Care for Persons with Drug Addiction. *Drug Addiction*, *49*. DOI: 10.5772/intechopen.73334
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública, Comisión Nacional Contra las Adicciones, Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017: Reporte de Drogas. Villatoro-Velázquez JA., Resendiz-Escobar, E., Mujica-Salazar, A., Bretón-Cirett, M., Cañas-Martínez, V., Soto-Hernández, I., Fregoso-Ito, D., Fleiz-Bautista, C., Medina-Mora ME., Gutiérrez-Reyes, J., Franco-Núñez, A., Romero-Martínez, M. & Mendoza-Alvarado, L. Ciudad de México, México: INPRFM; 2017. Disponible en: [www.inprf.gob.mx](http://www.inprf.gob.mx), [www.conadic.gob.mx](http://www.conadic.gob.mx), [www.insp.mx](http://www.insp.mx)
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública, Comisión Nacional Contra las Adicciones, Secretaría de Salud.

Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017: Reporte de Alcohol. Villatoro-Velázquez JA, Resendiz Escobar, E., Mujica Salazar, A., Bretón-Cirett, M., Cañas-Martínez, V., Soto Hernández, I., Fregoso-Ito, D., Fleiz-Bautista, C., Medina-Mora ME., Gutiérrez-Reyes, J., Franco-Núñez, A., Romero-Martínez, M. & Mendoza-Alvarado, L. Ciudad de México, México: INPRFM; 2017. Disponible en: [www.inprf.gob.mx](http://www.inprf.gob.mx), [www.cenadic.salud.gob.mx](http://www.cenadic.salud.gob.mx)

Instituto Nacional del Abuso de Drogas. (2018a). Enfoques de tratamiento para la drogadicción. <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/drugfacts/enfoques-de-tratamiento-para-la-drogadiccion>

Instituto Nacional del Abuso de Drogas. (2018b). La metanfetamina altera las estructuras cerebrales y perjudica la flexibilidad mental. <https://www.drugabuse.gov/es/news-events/nida-notes/2018/08/la-metanfetamina-altera-las-estructuras-cerebrales-y-perjudica-la-flexibilidad-mental>

Instituto Nacional del Abuso de Drogas. (2019a). Enfoques de tratamiento para la drogadicción. <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/drugfacts/enfoques-de-tratamiento-para-la-drogadiccion> en 2020, June 1

Instituto Nacional del Abuso de Drogas. (2019b). Serie de Reportes La metanfetamina. <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/drugfacts/la-metanfetamina> en 2019

Instituto Nacional del Abuso de Drogas. (2020a) Principios de tratamientos eficaces (EE.UU). Principios de tratamientos eficaces. 2020. <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/principios-de-tratamientos-para-la-drogadiccion-una-guia-basada-en-las-investigaciones/principios-de-tratamientos-eficaces>

- Instituto Nacional del Abuso de Drogas. (2020b). Avances de la ciencia de la adicción y soluciones prácticas. <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/las-drogas-el-cerebro-y-la-conducta-la-ciencia-de-la-adiccion/avances-de-la-ciencia-de-la-adiccion-y-soluciones-practicas> en 2021, May 7
- Instituto Nacional del Abuso de Drogas. (2020c). ¿Qué tratamientos se están estudiando para el consumo de metanfetamina y su adicción?. <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/serie-de-reportes/abuso-y-adiccion-la-metanfetamina/que-tratamientos-se-estan-estudiando-para-el-consumo-de-metanfetamina-y-su-adiccion> en 2021, May 20
- Instituto Nacional del Abuso de Drogas. (2020d). NIDA. 2020, Marzo 27. El consumo de sustancias en las mujeres - DrugFacts. <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/drugfacts/el-consumo-de-sustancias-en-las-mujeres> en 2021, May 23
- International Center for Alcohol Policies. (2009). Determinants of Drinking. <http://www.icap.org/LinkClick.aspx?fileticket=opSIJDbBI%2BU%3D&tabid=24>
- Isart, G. M. (2017). La retrotraducción como herramienta de comprobación de la equivalencia y de la adaptación intercultural en la traducción de instrumentos de valoración de la salud. [http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/174318/TFM\\_2017\\_IsartGilMaria.pdf?sequence=1](http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/174318/TFM_2017_IsartGilMaria.pdf?sequence=1)
- Jakubczyk, A., Trucco, E. M., Kopera, M., Kobyliński, P., Suszek, H., Fudalej, S., Brower, K. J., & Wojnar, M. (2018). The association between impulsivity, emotion regulation, and symptoms of alcohol use disorder. *Journal of substance abuse treatment, 91*, 49-56. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2018.05.004>
- James, D., Davies, G., & Willner, P. (2004). The development and initial validation of a questionnaire to measure craving for amphetamine. *Addiction, 99*(9), 1181-1188. [doi.org/10.1111/j.1360-0443.2004.00819.x](https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2004.00819.x)

- Jankowski, P. J., Hardy, S. A., Zamboanga, B. L., & Ham, L. S. (2013). Religiousness and hazardous alcohol use: A conditional indirect effects model. *Journal of Adolescence, 36*(4), 747-758. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2013.06.001>
- Jiménez, S. K., & Castillo, F. P. (2011). A través del cristal. La experiencia del consumo de metanfetaminas en Tijuana. *Región y sociedad, 23*(50), 153-183.
- Johnson, S. K., & Blanchard, A. (2016). Emotional intelligence and mental health: Stress and symptom reporting pathways. *Journal of Mental Health Counseling, 38*(1), 79-92. [doi.org/10.17744/mehc.38.1.06](https://doi.org/10.17744/mehc.38.1.06)
- Kadam, M., Sinha, A., Nimkar, S., Matcheswalla, Y. & De Sousa, A. (2017). A comparative study of factors associated with relapse in alcohol dependence and opioid dependence. *Indian journal of psychological medicine, 39*(5), 627. doi: 10.4103/IJPSYM.IJPSYM\_356\_17
- Karatzas, E., Kourou, D., Galanakis, M., Varvogli, L., & Darviri, C. (2014). Validation of the greek version of perceived stress questionnaire: Psychometric properties and factor structure in a population-based survey. *Psychology, 5*, 1268-1284. doi: 10.4236/psych.2014.510139.
- Kassel, J. D; Stroud, L. R., & Paronis, C. A. (2003). Smoking stress and negative affect: correlation, causation and context across stages of smoking. *Psychological Bulletin, 129*, 270-304.
- Kavanagh, D. J., Sitharthan, G., Young, R. M., Sitharthan, T., Saunders, J. B., Shockley, N., & Giannopoulos, V. (2006). Addition of cue exposure to cognitive-behaviour therapy for alcohol misuse: a randomized trial with dysphoric drinkers. *Addiction, 101*(8), 1106-1116. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2006.01488.x>
- Kelly, J. F., Stout, R. L., Magill, M., Tonigan, J. S., & Pagano, M. E. (2011). Spirituality in recovery: A lagged mediational analysis of Alcoholics Anonymous' principal theoretical mechanism of behavior change. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 35*(3), 454-463. doi: 10.1111/j.1530-0277.2010.01362.x

- Kerlin, A. M. (2017). Therapeutic change in a Christian SUD program: Mental health, attachment, and attachment to God. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 35(4), 395-411. doi.org/10.1080/07347324.2017.1355218
- Kopera, M., Jakubczyk, A., Suszek, H., Glass, J. M., Klimkiewicz, A., Wnorowska, A., Brower, K., & Wojnar, M. (2015). Relationship between emotional processing, drinking severity and relapse in adults treated for alcohol dependence in Poland. *Alcohol and Alcoholism*, 50(2), 173-179. DOI: 10.1093/alcalc/agu099
- Kreek, M. J., LaForge, K. S., & Butelman, E. (2002). Pharmacotherapy of addictions. *Nature reviews Drug discovery*, 1(9), 710. doi.org/10.1038/nrd897
- Krentzman, A. R., Strobbe, S., Harris, J. I., Jester, J. M., & Robinson, E. A. (2017). Decreased drinking and Alcoholics Anonymous are associated with different dimensions of spirituality. *Psychology of religion and spirituality*, 9(1), 40. <https://doi.org/10.1037/rel0000121>
- Kuipers, L. (1992). Expressed emotion research in Europe. *British Journal of Clinical Psychology*, 31(4), 429-443. doi.org/10.1111/j.2044-8260.1992.tb01017.x
- Laespada, T., Iraurgi, J., & Aróstegi, E. (2004). Factores de Riesgo y de Protección frente al Consumo de Drogas: Hacia un Modelo Explicativo del Consumo de Drogas en Jóvenes de la CAPV [Tesis de licenciatura, Universidad de Deusto]. <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Factores%20CAPV.pdf>
- Langmantel, S. K., Mandagará, D. O. M., Pereira, N. B., Farias, P. A., & Botelho, P. G. (2019). Craving in crack cocaine users according to individual and behavioral characteristics. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 28(1). doi.org/10.5123/S1679-49742019000100022
- Lawst, D. R. (1995). Central elements in relapse prevention procedures with sex offenders. *Psychology, Crime y Law*, 2(1), 41-53. doi.org/10.1080/10683169508409763

- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1986). Estrés y procesos cognitivos. *Evaluación, afrontamiento y consecuencias adaptativas*. Nueva York: Martínez Roca.
- Leite, K. P., Martins, F., Trevizol, A. P., Noto, J., & Brietzke, E. (2019). A critical literature review on emotional intelligence in addiction. *Trends in psychiatry and psychotherapy*, 41(1), 87-93. <https://doi.org/10.1590/2237-6089-2018-0002>
- Levenstein, S., Prantera, C., Varvo, V., Scribano, M. L., Berto, E., Luzi, C., & Andreoli, A. (1993). Development of the Perceived Stress Questionnaire: a new tool for psychosomatic research. *Journal of psychosomatic research*, 37(1), 19-32. [doi.org/10.1016/0022-3999\(93\)90120-5](https://doi.org/10.1016/0022-3999(93)90120-5)
- Limonero, J. T., Tomás-Sábado, J., Fernández-Castro, J., & Gómez-Benito, J. (2004). Influencia de la inteligencia emocional percibida en el estrés laboral de enfermería. *Ansiedad y estrés*, 10(1). [https://www.researchgate.net/profile/Joaquin\\_Limonero2/publication/235325244\\_Influencia\\_de\\_la\\_inteligencia\\_emocional\\_percibida\\_en\\_el\\_estres\\_laboral\\_de\\_enfermeria\\_Influence\\_of\\_perceived\\_emotional\\_intelligence\\_in\\_nursing\\_work\\_stress/links/566ece1308aea0892c52aa64.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Joaquin_Limonero2/publication/235325244_Influencia_de_la_inteligencia_emocional_percibida_en_el_estres_laboral_de_enfermeria_Influence_of_perceived_emotional_intelligence_in_nursing_work_stress/links/566ece1308aea0892c52aa64.pdf)
- Lingford-Hughes, A. (2005). Human brain imaging and substance abuse. *Current opinion in pharmacology*, 5(1), 42-46. [doi.org/10.1016/j.coph.2004.10.002](https://doi.org/10.1016/j.coph.2004.10.002)
- López-Zafra, E., Pulido, M., & Berrios, P. (2014). EQ-I versión corta (EQI-C): adaptación y validación al español del EQ-I en universitarios. *Boletín de Psicología*, 110, 21-36.
- Love, A., James, D., & Willner, P. (1998) A comparison of two alcohol craving questionnaires. *Addiction*, 93(7): 1091-1102. [doi.org/10.1046/j.1360-0443.1998.937109113.x](https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.1998.937109113.x)
- Lowman, C., Hunt, W. A., Litten, R. Z., & Drummond, D. C. (2000). Research perspectives on alcohol craving: an overview. *Addiction*, 95(8s2), 45-54. DOI: [10.1080/09652140050111636](https://doi.org/10.1080/09652140050111636)

- Lyons, G., Deane, F., & Kelly, P. (2011). Faith-based substance abuse treatment: Is it just about God? Exploring treatment providers' attitudes toward spirituality, forgiveness and secular components of treatment. *Counselling and Spirituality*, 30(1), 135. <https://ro.uow.edu.au/hbspapers/2204/>
- Machielsen, M., Beduin, A. S., Dekker, N., Kahn, R. S., Linszen, D. H., Vanos, J., Wiersma, D., Bruggeman, R., Cahn, W., de Haan, L., Krabbendam, L., & Myin-Germeys, I. (2012). Differences in craving for cannabis between schizophrenia patients using risperidone, olanzapine or clozapine. *Journal of psychopharmacology*, 26(1), 189-195. <https://doi.org/10.1177/0269881111408957>
- Maremmani, A. G. I., Dell'Osso, L., Pacini, M., Popovic, D., Rovai, L., Torrens, M., Perugi, G., & Maremmani, I. (2011). Dual diagnosis and chronology of illness in treatment-seeking Italian patients dependent on heroin. *Journal of Addictive Diseases*, 30(2), 123-135. <https://doi.org/10.1080/10550887.2011.554779>
- Marlatt, G. A., & Donovan, D. M. (Eds.). (2007). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors* (2nd ed.). New York: The Guilford Press.
- Marlatt, G. A., & George, W. H. (1984). Relapse prevention: Introduction and overview of the model. *British Journal of Addiction*, 79(4), 261-273. [doi.org/10.1111/j.1360-0443.1984.tb03867.x](https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1984.tb03867.x)
- Martínez, L. A. (2016). Importancia de la resiliencia e inteligencia emocional en el consumo de cocaína. [Tesis Doctoral, Universidad de Castilla-La Mancha] España. <https://ruidera.uclm.es/xmlui/bitstream/handle/10578/8693/TESIS%20Mart%C3%ADnez%20L%C3%B3pez.pdf?sequence=1>

- Martínez, E. (2009). *Prevención de recaídas: Un libro de herramientas para personas en recuperación*. Buenos Aires: Editorial Colectivo Aquí y Ahora.  
<https://www.lasdrogas.info/escaparate/producto/prevencion-de-recaidas/>
- Martínez, G. J., Graña, G. J., & Trujillo, M. H. (2011). Estudio longitudinal sobre calidad de vida, craving y ajuste psicológico en pacientes dependientes del alcohol: variaciones en función de los trastornos de la personalidad. *Adicciones*, 23(3), 227-235. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-92267>
- Maxwell, J. C., & Rutkowski, B. A. (2008). The prevalence of methamphetamine and amphetamine abuse in North America: a review of the indicators, 1992-2007. *Drug and alcohol review*, 27(3), 229-235. doi.org/10.1080/09595230801919460
- Mayer, J. D., & Salovey, P. (1997). What is emotional intelligence? In P. Salovey & D. Sluyter (eds.): *Emotional development and emotional intelligence: educational applications* (pp. 3-31). New York: Basic Books.
- McLellan, A. T., & Marsden, J. (2003). *Tratamiento contemporáneo del abuso de drogas: Análisis de las pruebas científicas*.  
[https://www.unodc.org/pdf/report\\_2002-11-30\\_1\\_es.pdf](https://www.unodc.org/pdf/report_2002-11-30_1_es.pdf)
- McRae, A. L., Hedden, S. L., Malcolm, R. J., Carter, R. E., & Brady, K. T. (2007). Characteristics of cocaine-and marijuana-dependent subjects presenting for medication treatment trials. *Addictive behaviors*, 32(7), 1433-1440. doi: 10.1016/j.addbeh.2006.10.007
- Medlock, M. M., Rosmarin, D. H., Connery, H. S., Griffin, M. L., Weiss, R. D., Karakula, S. L., & McHugh, R. K. (2017). Religious coping in patients with severe substance use disorders receiving acute inpatient detoxification. *The American Journal on Addictions*, 26(7), 744-750. doi: 10.1111/ajad.12606
- Miklowitz, D. J. (2004). The role of family systems in severe and recurrent psychiatric disorders: a developmental psychopathology view. *Development and psychopathology*, 16(3), 667-688. DOI: 10.1017/s0954579404004729

- Mikolajczak, M., Nelis, D., Hansenne, M., & Quoidbach, J. (2008). If you can regulate sadness, you can probably regulate shame: Associations between trait emotional intelligence, emotion regulation and coping efficiency across discrete emotions. *Personality and individual differences, 44*(6), 1356-1368.  
<https://doi.org/10.1016/j.paid.2007.12.004>
- Miller, W. R., & Bogenschutz, M. P. (2007). Spirituality and addiction. *Southern Medical Journal, 100*(4), 433- 437. DOI: 10.1097/SMJ.0b013e3180316fbf
- Mittal, S., Koganti, C. T., Yadiyal, A., Chandini., & Rao, P. (2015). Expressed Emotion and Relapse of Alcohol Use Disorder. *Indian Journal of Psychiatry, 5*(4), 55-57.  
<http://www.ijsrp.org/research-paper-0415/ijsrp-p4029.pdf>
- Mohagheghi, A., Amiri, S., Mousavi Rizi, S., & Safikhanlou, S. (2015). Emotional intelligence components in alcohol dependent and mentally healthy individuals. *The Scientific World Journal, 2015*. doi.org/10.1155/2015/841039
- Mohammadzadeh, A., Khosravani, V., & Feizi, R. (2018). The comparison of impulsivity and craving in stimulant-dependent, opiate-dependent and normal individuals. *Journal of Substance Use, 23*(3), 312-317.  
<https://doi.org/10.1080/14659891.2017.1394384>
- Moretti, L. S., & Medrano, L. (2014). Estructura factorial del cuestionario de estrés percibido en la población universitaria. *Revista Evaluar, 14* (1), 67-83.  
[doi.org/10.35670/1667-4545.v14.n1.11518](https://doi.org/10.35670/1667-4545.v14.n1.11518)
- Muela, J., & Godoy, J. (2001). El estrés crónico en la esquizofrenia: la emoción expresada. *REME. Revista electrónica de Motivación y Emoción, 4*, 7.  
<http://reme.uji.es/articulos/amuelyj9391302101/texto.html>
- Muñoz, R. A. (2009). *Tratamiento ambulatorio del paciente farmacodependiente: propuesta de intervención psicosocial basada en la inteligencia emocional*. [Trabajo de Ascenso, Universidad de Oriente].  
<http://hdl.handle.net/123456789/3887>

- Narimani, M., & Pouresmali, A. (2012). The Comparison of Alexithymia and Spiritual Intelligence in Addicts, Addicts under Methadone Treatment, and Non-Addicts. *Scientific Quarterly Research on Addiction*, 6(22), 7-22.
- Navarro, R. E. (2003). El rendimiento académico: concepto, investigación y desarrollo. *Revista Electrónica Iberoamericana Sobre Calidad, Eficacia y Cambio En Educación*, 1(2). <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=55110208>
- Nizama-Valladolid, M., Luna, F., & Cachay, C. (2019). La adiccionología una especialidad médica y subespecialidad de la psiquiatría. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*, 19(2), 89-99.  
<http://dx.doi.org/10.25176/RFMH.v19.n2.2078>
- Norma Oficial Mexicana para la prevención, tratamiento y control de las adicciones. (2009). NOM-028-SSA2-2009. México, D.F. Recuperado el 10 de agosto del 2019, de <http://www.slpsalud.gob.mx/tramites-y-sevicios/file/287-nom-028-ssa2-2009.html>
- Novak, S. P., & Clayton, R. R. (2001). The influence of school environment and self-regulation on transitions between stages of cigarette smoking: A multilevel analysis. *Health Psychology*, 20(3), 196. [doi.org/10.1037/0278-6133.20.3.196](https://doi.org/10.1037/0278-6133.20.3.196)
- Obeid, S., Lahoud, N., Haddad, C., Sacre, H., Fares, K., Akel, M., Salameh, P., & Hallit, S. (2020). Factors associated with anxiety among the Lebanese population: the role of alexithymia, self-esteem, alcohol use disorders, emotional intelligence and stress and burnout. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 1-12. DOI: 10.1080/13651501.2020.1723641
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, (2019). Informe Mundial de Drogas 2019. [https://wdr.unodc.org/wdr2019/prelaunch/WDR2019\\_B1\\_S.pdf](https://wdr.unodc.org/wdr2019/prelaunch/WDR2019_B1_S.pdf)
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, Informe Mundial sobre las Drogas (2018). Crisis de opioides, abuso de medicamentos y niveles récord de opio y cocaína. Nueva York/Vienna/Ginebra/Nairobi.[26 de junio de 2018].

- Organización Mundial de la Salud (2004). Neurociencia del Consumo y Dependencia de Sustancias Psicoactivas. Washington DC: Biblioteca sede OPS.  
[https://www.who.int/substance\\_abuse/publications/neuroscience\\_spanish.pdf](https://www.who.int/substance_abuse/publications/neuroscience_spanish.pdf)
- Organización Mundial de la Salud (2018). Alcohol. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>
- Oslin, D. W., Cary, M., Slaymaker, V., Colleran, C., & Blow, F. C. (2009). Daily ratings measures of alcohol craving during an inpatient stay define subtypes of alcohol addiction that predict subsequent risk for resumption of drinking. *Drug and Alcohol Dependence*, *103*(3), 131-6.  
<http://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2009.03.009>
- Ottonello, M., Fiabane, E., Pistarini, C., Spigno, P., & Torselli, E. (2019). Difficulties In Emotion Regulation During Rehabilitation For Alcohol Addiction: Correlations With Metacognitive Beliefs About Alcohol Use And Relapse Risk. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, *15*, 2917. doi: 10.2147/NDT.S214268
- Owens L., Gilmore I. T., & Pirmohamed, M. (2005) How do the NHS general hospitals in England deal with patients with alcohol-related problems? A questionnaire survey. *Alcohol and Alcoholism*, *40*(5), 409-412. DOI: 10.1093/alcalc/agh184
- Parker, J. D., Keefer, K. V., & Wood, L. M. (2011). Toward a brief multidimensional assessment of emotional intelligence: Psychometric properties of the Emotional Quotient Inventory-Short Form. *Psychological Assessment*, *23*(3), 762.
- Parolin, M., Simonelli, A., Cristofalo, P., Sacco, M., Bacciardi, S., Maremmanni, A. G.I., Cimino, S., Trumello, C., & Cerniglia, L. (2017). Drug addiction and emotional dysregulation in young adults. *Heroin Addiction and Related Clinical Problems*, *19*(3), 37-48.  
[https://www.researchgate.net/publication/311427739\\_Drug\\_addiction\\_and\\_emotional\\_dysregulation\\_in\\_young\\_adults](https://www.researchgate.net/publication/311427739_Drug_addiction_and_emotional_dysregulation_in_young_adults)

- Parsian, N., & Dunning, T. (2009). Spirituality and coping in young adults with diabetes: a cross-sectional study. *European diabetes nursing*, 6(3), 100-104. doi.org/10.1002/edn.144
- Pedrero, P. (2013). Inteligencia emocional y adicciones. *Revista de la Asociación Proyecto Hombre*, 81, 14-15. [http://archivo.proyectohombre.es/wp-content/uploads/2013/07/Revista-PH\\_81\\_BAJA.pdf](http://archivo.proyectohombre.es/wp-content/uploads/2013/07/Revista-PH_81_BAJA.pdf)
- Pedrero, P. E., Ruiz, J. M., Olivar, A., Rojo, M. G., Llanero, L. M., & Puerta, G. C. (2011). Diferencias de personalidad entre adictos al alcohol y controles emparejados: relación con sintomatología frontal y subtipos de adictos. *Psicothema*, 23(1), 100-6.
- Peñafiel, E. (2009). Factores de riesgo y protección en el consumo de sustancias en adolescentes. *Pulso*, 32, 147-173. <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:bZba-jDiiBgJ:https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3130577.pdf+&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=mx>
- Piderman, K. M., Schneekloth, T. D., Shane, P. V., Maloney, S. D., & Altchuler, S. I. (2007). Spirituality in alcoholics during treatment. *American Journal on Addictions*, 16(3), 232-237. <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/10550490701375616?scroll=top&needAccess=true>
- Pilowsky, D. J., Keyes, K. M., Geier, T. J., Grant, B. F., & Hasin, D. S. (2013). Stressful life events and relapse among formerly alcohol dependent adults. *Social Work in Mental Health*, 11(2), 184-197. doi.org/10.1080/15332985.2012.711278
- Polít, D. F., & Tatano, B. C. (2018). Investigación en enfermería: fundamentos para el uso de la evidencia en la práctica de la enfermería.(9a ed). España: Wolters Kluwer Health.

- Pourmand, D., Kavanagh, D. J., & Vaughan, K. (2005). Expressed emotion as predictor of relapse in patients with comorbid psychoses and substance use disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39(6), 473-478.  
doi.org/10.1080/j.1440-1614.2005.01606.x
- Pujol, J., Blanco-Hinojo, L., Batalla, A., López-Solá, M., Harrison, B.J., Soriano, C., Crippa, J. A., Fagundo, A. B., Deus, J., de la Torre, R., Nogué, S., Farré, M., Torrens, M., & Martín-Santos, R. (2014). Functional connectivity alterations in brain networks relevant to self-awareness in chronic cannabis users. *Journal Psychiat*, 51, 68-78. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2013.12.008>
- Ramada-Rodilla, J. M., Serra-Pujadas, C., & Delclós-Clanchet, G. L. (2013). Adaptación cultural y validación de cuestionarios de salud: revisión y recomendaciones metodológicas. *Salud publica de Mexico*, 55(1), 57-66.
- Rassool, G. H. (2011). *Addiction for nurses*. John Wiley & Sons. pp 1-13.  
DOI:10.1002/9781444327816
- Rawson, R. A., Marinelli-Casey, P., Anglin, M. D., Dickow, A., Frazier, Y., Gallagher, C., & Obert, J. (2004). A multisite comparison of psychosocial approaches for the treatment of methamphetamine dependence. *Addiction*, 99(6), 708-717. DOI: 10.1111/j.1360-0443.2004.00707.x
- Reddy, A. S., & Jagannathan, A. (2017). Predictors of coping and perceived expressed emotions in persons with alcohol dependence in India: a pilot study. *Asian Journal of Psychiatry*, 28, 38-40. doi.org/10.1016/j.ajp.2017.03.011
- Reed, P. G. (1991). Spirituality and mental health in older adults: Extant knowledge for nursing. *Family & Community Health*, 14(2), 14-25.  
[https://journals.lww.com/familyandcommunityhealth/citation/1991/07000/spirituality\\_and\\_mental\\_health\\_in\\_older\\_adults\\_4.aspx](https://journals.lww.com/familyandcommunityhealth/citation/1991/07000/spirituality_and_mental_health_in_older_adults_4.aspx)
- Regadera, M. (2016). La recaída en el consumo de alcohol y sustancias: un tratamiento alternativo desde la perspectiva de mindfulness. *Infonova*, 27, 37-53.

[https://www.researchgate.net/publication/284142210\\_La\\_recaida\\_en\\_el\\_consumo\\_de\\_alcohol\\_y\\_sustancias\\_un\\_tratamiento\\_alternativo\\_desde\\_la\\_perspectiva\\_de\\_mindfulness\\_Paginas\\_37-53\\_Infonova\\_n\\_27](https://www.researchgate.net/publication/284142210_La_recaida_en_el_consumo_de_alcohol_y_sustancias_un_tratamiento_alternativo_desde_la_perspectiva_de_mindfulness_Paginas_37-53_Infonova_n_27)

- Remor, E., & Carrobles, J. A. (2001). Versión española de la Escala de Estrés Percibido (PSS-14): estudio psicométrico en una muestra VIH+. *Ansiedad y Estrés*, 7, 195-201.
- Robinson, E.A., Krentzman, A.R., Webb, J.R., & Brower, K.J. (2011). Six-month changes in spirituality and religiousness in alcoholics predict drinking outcomes at nine months. *Journal of studies on alcohol and drugs*, 72(4), 660-668. <https://doi.org/10.15288/jsad.2011.72.660>
- Robinson, T. E., & Berridge, K. C. (1993). The neural basis of drug craving: an incentive sensitization theory of addiction. *Brain research reviews*, 18(3), 247-291.
- Robledo, P. (2008). Las anfetaminas. *Trastornos adictivos*, 10(3), 166-174. DOI: 10.1016/S1575-0973(08)76363-3
- Rodríguez-Puente, L. A., Villar-Luis, M. A., Alonso-Castillo, M. M., Díaz-Heredia, L. P., Alvarez, B. J., García, Armendáriz, N. A., & Castillo, V. R. (2019). Eventos estresantes, espiritualidad y consumo de alcohol en participantes del programa de 12 pasos de AA. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24, 641-648.
- Romero-Ayuso, D., Mayoral-Gontán, Y., & Triviño-Juárez, J. M. (2016). Emotional intelligence, risk perception in abstinent cocaine dependent individuals. *Actas españolas de psiquiatría*, 44(2), 72-78. <https://europepmc.org/article/med/27099213>
- Roncero, C., Rodríguez-Cintas, L., Barral, C., Fuste, C., Daigre, C., Blanco, Ramos-Quiroga, J., & Casas, B. (2012). Adherencia al tratamiento en drogodependientes remitidos desde urgencias de psiquiatría a tratamiento ambulatorio. *Actas*

*Españolas de Psiquiatría*, 40(2), 63-9.

<https://actaspsiquiatria.es/repositorio/14/76/ESP/14-76-ESP-63-69-901133.pdf>

Roy, C. (2008). *The Roy Adaptation Model* (3a ed.). Upper Saddle River, N J: Pearson.

Rubio, G., Martínez-Gras, I., & Manzanares, J. (2009). Modulation of impulsivity by topiramate: implications for the treatment of alcohol dependence. *Journal of clinical psychopharmacology*, 29(6), 584-589.

<https://doi.org/10.1097/JCP.0b013e3181bfdb79>

Salovey, P., Stroud, L. R., Woolery, A., & Epel, E. S. (2002). Perceived emotional intelligence, stress reactivity, and symptom reports: Further explorations using the trait meta-mood scale. *Psychology and Health*, 17(5), 611-627.

[doi.org/10.1080/08870440290025812](https://doi.org/10.1080/08870440290025812)

Sánchez-Hervás, E. (2001). Intervención psicológica en conductas adictivas. *Trastornos adictivos*, 3(1), 21-27. <https://www.elsevier.es/es-revista-trastornos-adictivos-182-articulo-intervencion-psicologica-conductas-adictivas-13012721>

Sánchez-Hervás, E., Bou, N. M., Gurrea, R. D. O., Gradolí, V. T., & Gallús, E. M. (2001). Craving y adicción a drogas. *Trastornos adictivos*, 3(4), 237-243.

Sánchez-Hervás, E., Gradolí, V. T., & Gallús, E. M. (2004). Un modelo de tratamiento psicoterapéutico en adicciones. *Trastornos adictivos*, 6(3), 159-166.

[doi.org/10.1016/S1575-0973\(04\)70159-2](https://doi.org/10.1016/S1575-0973(04)70159-2)

Sánchez, H. B. (2004). Dimensión espiritual del cuidado en situaciones de cronicidad y muerte: Surgen luces de esperanza para acoger mejor el reto de la totalidad, tras años de investigación en enfermería. *Aquichan*, 4(1), 6-9.

[http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-59972004000100002&script=sci_arttext&tlng=pt)

[59972004000100002&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-59972004000100002&script=sci_arttext&tlng=pt)

Sandín, B. (1995). El estrés. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (eds.), *Manual de Psicopatología* (vol. 2, pp. 3-52). Madrid: McGraw-Hill.

- Santos, P., Palomares, J. V., & Pastor, M. A. (2000). Variables predictoras de evolución en una unidad de deshabitación residencial. *Adicciones*, 12, 487-491.  
<https://adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/659/648>
- Sauer-Zavala, S., Burris, J. L., & Carlson, C. R. (2014). Understanding the relationship between religiousness, spirituality, and underage drinking: The role of positive alcohol expectancies. *Journal of religion and health*, 53(1), 68-78. DOI: 10.1007/s10943-012-9598-5
- Schneekloth, T. D., Biernacka, J. M., Hall-Flavin, D. K., Karpyak, V. M., Frye, M. A., Loukianova, L. L., Stevens, S. R, Drews, M. S., Geske, J. R., & Mrazek, D. A. (2012). Alcohol craving as a predictor of relapse. *The American journal on addictions*, 21(2), 20-26. <https://doi.org/10.1111/j.1521-0391.2012.00297.x>
- Schoenthaler, S. J., Blum, K., Braverman, E. R., Giordano, J., Thompson, B., Oscar-Berman, M., Badgaiyan, R. D., Madigan, M.A., Dushaj, K., Li, L., Demetrovics, Z., Waite, R. L., & Gold, M. S. (2015). NIDA-Drug Addiction Treatment Outcome Study (DATOS) relapse as a function of spirituality/religiosity. *Journal of reward deficiency syndrome*, 1(1), 36. DOI: 10.17756/jrds.2015-007
- Schutte, N. S., Malouff, J. M., & Hine, D. W. (2011). The association of ability and trait emotional intelligence with alcohol problems. *Addiction Research & Theory*, 19(3), 260-265. <https://doi.org/10.3109/16066359.2010.512108>
- Secades, R., & Fernández, J. R. (2000). Cómo mejorar las tasas de retención en los tratamientos de drogodependencias. *Adicciones*, 12, 353-363.  
<https://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/646>
- Secretaría de Salud (1987). Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud. Última reforma publicada (DOF- 02-04-2014). México. México, D.F. <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/comp/rlgsmis.html>

- Sepúlveda, A. R., Anastasiadou, D., del Río, A. M., & Graell, M. (2011). The Spanish Validation of Level of Expressed Emotion for Families of People with Eating Disorders. *The Spanish Journal of Psychology*, 15, 825-839.
- Serre, F., Fatseas, M., Denis, C., Swendsen, J., & Auriacombe, M. (2018). Predictors of craving and substance use among patients with alcohol, tobacco, cannabis or opiate addictions: Commonalities and specificities across substances. *Addictive behaviors*, 83, 123-129. doi.org/10.1016/j.addbeh.2018.01.041
- Singleton, E., Tiffany, S., & Henningfield, J. (1995). Development and validation of a new questionnaire to assess craving for alcohol: problems of drug dependence. En *Proceeding of the 56th Annual Meeting, The College on Problems of Drug Dependence. National Institute on Drug Abuse, Rockville, MD* (p. 289).
- Sinha, R. (2007). The role of stress in addiction relapse. *Current psychiatry reports*, 9(5), 388-395. doi.org/10.1007/s11920-007-0050-6
- Sirvent, C. (2009). Fracaso, abandono y cumplimiento terapéutico. *Revista Norte de Salud Mental*, 8(33), 51-58. https://fispiral.com.es/wp-content/uploads/2009/03/Fracaso-abandono-y-cumplimiento-terapeutico.pdf
- Sirvent, C.; Villa Moral, M.; Blanco, P.; Rivas, C.; Linares, M., & Quintana, L. (2010). Predicción del abandono (vs. éxito) terapéutico en adicciones. Presentación del cuestionario VPA-30 de variables predictoras de abandono y adherencia al tratamiento en adicciones(Sirvent, 2009). Interpsiquis 2010: 11º Congreso Virtual de Psiquiatría; feb-mar 2010.  
http://www.revistahph.sld.cu/2014/nro%202/sumario.html
- Spielberger, C. D. (2004). *Encyclopedia of applied psychology*. Amsterdam: Elsevier Academic Press.
- Srisurapanont, M., Jarusuraisin, N., & Kittirattanapaiboon, P. (2001). Treatment for amphetamine dependence and abuse. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4). https://doi.org/10.1002/14651858.CD003022.pub2

- Stohs, M. E., Schneekloth, T. D., Geske, J. R., Biernacka, J. M., & Karpyak, V. M. (2019). Alcohol Craving Predicts Relapse After Residential Addiction Treatment. *Alcohol and Alcoholism*, *54*(2), 167-172. doi: 10.1093/alcalc/agy093. PMID: 30796778.
- Sudraba, V., Rancans, E., & Millere, I. (2012). The emotional intelligence features of substance use disorders patients: pilot research results. *International Journal of Collaborative Research on Internal Medicine & Public Health*, *4*(5), 485. <https://www.iomcworld.org/articles/the-emotional-intelligence-features-of-substance-use-disorders-patients-pilot-research-results.pdf>
- Sussman, S., Milam, J., Arpawong, T. E., Tsai, J., Black, D. S., & Wills, T. A. (2013). Spirituality in addictions treatment: Wisdom to know... what it is. *Substance use & misuse*, *48*(12), 1203-1217. DOI: 10.3109/10826084.2013.800343
- Tapia, D., Cruz, C., Gallardo, I., & Dasso, M. (2007). Análisis de la Escala de Percepción Global de Estrés (EPGE) en estudiantes adultos de escasos recursos en Santiago, Chile. *Psiquiatría y Salud Mental*, *24*(1-2), 109-119. <https://docplayer.es/97714958-Adaptacion-de-la-escala-de-percepcion-global-de-estres-epge-en-estudiantes-adultos-de-escasos-recursos-en-santiago-chile.html>
- Tarter, M. A., & Ray, L. A. (2012). A prospective study of stress and alcohol craving in heavy drinkers. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*, *101*(4), 625-631. doi.org/10.1016/j.pbb.2012.03.007
- Tarzan-Kiyaga, B., & Benítez-Grey, T. (2017). El afrontamiento ante situaciones de riesgo de recaída en poli adictos adultos medios. *Santiago*, (142), 172-181. <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:oqBtTDn4BFYJ:https://santiago.uo.edu.cu/index.php/stgo/article/view/2168/2186+&cd=2&hl=es&ct=clnk&gl=mx>
- Torres, G., & Fiestas, F. (2012). Efectos de la marihuana en la cognición: una revisión desde la perspectiva neurobiológica. *Revista Peruana de Medicina Experimental*

- y *Salud Pública*, 29(1), 127-134.  
<http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v29n1/a19v29n1.pdf>
- Treloar, H. R., Dubreuil, M. E., & Miranda, J. R. (2014). Spirituality and treatment of addictive disorders. *Rhode Island medical journal*, 97(3).  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24596929/>
- Trinidad, D. R., & Johnson, C. A. (2002). The association between emotional intelligence and early adolescent tobacco and alcohol use. *Personality and Individual Differences*, 32(1), 95-105. doi.org/10.1016/S0191-8869(01)00008-3
- Tsavou, E., & Petkari, E. (2020). Associations of Personality Traits and Emotional Intelligence: Comparing Individuals in Rehabilitation from Drug Misuse, Occasional Users and Non-Users. *Substance use & misuse*, 55(2), 252-260.  
<https://doi.org/10.1080/10826084.2019.1663359>
- Tucker, J. A., Vuchinich, R. E., & Gladsjo, J. A. (1991). Environmental influences on relapse in substance use disorders. *International Journal of the Addictions*, 25(sup7), 1017-1050. doi.org/10.3109/10826089109071032
- Ungless, M. A., Argilli, E., & Bonci, A. (2010). Effects of stress and aversion on dopamine neurons: implications for addiction. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 35(2), 151-156. doi.org/10.1016/j.neubiorev.2010.04.006
- Valentino, R., & Aston-Jones, G. (2010). Special issue on neuropeptides in stress and addiction: Overview. *Brain Research*, 1314, 12. DOI:  
 10.1016/j.brainres.2010.01.028
- Valero, L., Ortiz-Tallo, M., del Mar Parra-García, M., & Jiménez-Guerra, M. (2013). Valoración de resultados y perfil psicosocial de un programa de rehabilitación de personas con drogodependencias. *Anales de Psicología*, 29(1), 38-47.  
[doi.org/10.6018/analesps.29.1.159131](https://doi.org/10.6018/analesps.29.1.159131)
- Van Humbeeck, G., Van Audenhove, Ch., De Hert, M., Pieters, G., & Storms, G. (2002). Expressed emotion: A review of assessment instruments. *Clinical*

*Psychological Review*, 22, (3), 321-341. doi.org/10.1016/S0272-7358(01)00098-8

Vanderplasschen, W., Colpaert, K., Autrique, M., Rapp, R. C., Pearce, S., Broekaert, E., & Vandeveld, S. (2013). Therapeutic communities for addictions: a review of their effectiveness from a recovery-oriented perspective. *The Scientific World Journal*, 2013. doi: 10.1155/2013/427817

Villa, R. S., & Hermida, J. F. (2000). Cómo mejorar las tasas de retención en los tratamientos de drogodependencias. *Adicciones*, 12(3), 353-363.  
<http://www.internet.drugabuse.tusalud.ucm.teachhealth.tol.centroreleax.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/646>

Vondras, D. D., Schmitt, R. R., & Marx, D. (2007). Associations between aspects of spiritual well-being, alcohol use, and related social-cognitions in female college students. *Journal of Religion and Health*, 46(4), 500-515.  
 doi.org/10.1007/s10943-007-9119-0

Walker, L. O., & Avant, K. C. (2011). Strategies for theory construction in nursing. (5a ed.). Upper Sadder River, N. J.: Prentice H.

Walton, M. A., Castro, F. G., & Barrington, E. H. (1994). The role of attributions in abstinence, lapse, and relapse following substance abuse treatment. *Addictive Behaviors*, 19(3), 319-331. doi.org/10.1016/0306-4603(94)90033-7

Wang, G., Shi, J., Chen, N., Xu, L., Li, J., Li, P., Sun, Y., & Lu, L. (2013). Effects of length of abstinence on decision-making and craving in methamphetamine abusers. *PloS one*, 8(7). DOI: 10.1371/journal.pone.0068791

Wang, Y., & Chen, X. (2015). Stress and alcohol use in rural Chinese residents: A moderated mediation model examining the roles of resilience and negative emotions. *Drug and alcohol dependence*, 155, 76-82.  
 /doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2015.08.014

- Watts, M. (2007). High expressed emotion, severe mental illness and substance use disorder. *British Journal of Nursing*, *16* (20), 1259-1262. DOI: 10.12968/bjon.2007.16.20.27572
- Wearden, A. J., Tarrrier, N., Barrowclough, C., Zastowny, T. R., & Rahill, A. A. (2000). A review of expressed emotion research in health care. *Clinical psychology review*, *20*(5), 633-666. DOI: 10.1016/s0272-7358(99)00008-2
- Weiner, B. (1985). An attributional theory of achievement motivation and emotion. *Psychological review*, *92*(4), 548-573. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.92.4.548>
- Witkiewitz, K., & Bowen, S. (2010). Depression, craving, and substance use following a randomized trial of mindfulness-based relapse prevention. *Journal of consulting and clinical psychology*, *78*(3), 362. <https://doi.org/10.1037/a0019172>
- Witkiewitz, K., & Marlatt, G. A. (2004). Relapse prevention for alcohol and drug problems: that was Zen, this is Tao. *American psychologist*, *59*(4), 224-235. DOI: 10.1037/0003-066X.59.4.224
- Wong, Y. J., Rew, L., & Slaikou, K. D. (2006). A systematic review of recent research on adolescent religiosity/spirituality and mental health. *Issues in mental health nursing*, *27*(2), 161-183. [doi.org/10.1080/01612840500436941](https://doi.org/10.1080/01612840500436941)
- Wood, L. M., Parker, J. D. A., & Keefer, K. V. (2009). Assessing emotional intelligence using the Emotional Quotient Inventory (EQ-I) and related instruments. In Stough, D. H. Saklofske, & J. D. A. Parker (Eds.), *Assessing emotional intelligence: Theory, research, and applications* (pp. 67-84). New York, NY: Springer, doi: 10.1007/978-0-387-88370-0\_4

## **Apéndices**

## Apéndice A

Folio: \_\_\_\_\_

## Cédula de Datos Sociodemográficos (CDSD)

1. • Sexo: Hombre _____ Mujer _____	2. • ¿Cuántos años tiene Ud.?: _____ _____
3. ¿Cuál es su estado civil? 1. Soltero/a 2. Casado/a 3. Unión libre 4. Separado/a 5. Divorciado/a 6. Viudo/a	4. ¿Cuál es el nivel de estudios más alto que ha completado o aprobado? 1. Ninguno 2. Primaria 3. Secundaria 4. Preparatoria 5. Licenciatura 6. Posgrado
5. ¿Cuál es su religión?: _____ _____	6. ¿Cuentas veces ha estado internado en algún centro de rehabilitación contra las adicciones?: _____ _____
7. ¿Cuánto tiempo lleva interno/a? 1. Menos de un mes 2. Un mes 3. 3 meses 4. 6 meses 5. 1 año 6. Más de un año	8. ¿Cuántas veces ha recaído?: _____  9. ¿Cuáles son las sustancias que ha consumido? 1. Alcohol 2. Marihuana 3. Metanfetaminas
10. ¿Cuál es la principal sustancia por la que ingreso al tratamiento?: 1. Alcohol 2. Marihuana 3. Metanfetaminas	11. ¿Cuál es el tipo de tratamiento en el que se encuentra actualmente?: _____ _____

## Apéndice B

<b>Cuestionario de Craving por Alcohol (Alcohol Craving Questionnaire [ACQ-NOW])</b>								
Por favor lea cada afirmación e indique sinceramente señalando con una X el grado en el que se ha sentido, actuado o no de esta manera. Lea atentamente e indique utilizando el número de la escala que encontrará a continuación la frecuencia con que últimamente le ocurren cosas que en ellos se describen.		Totalmente de acuerdo	Bastante de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
1	Si hubiera alcohol justo aquí delante de mí, sería difícil no usarlo.	1	2	3	4	5	6	7
2	Beber alcohol no sería agradable en este momento.	1	2	3	4	5	6	7
3	Me sentiría mejor si pudiera beber.	1	2	3	4	5	6	7
4	Si tuviera la oportunidad de consumir alcohol, creo que bebería.	1	2	3	4	5	6	7
5	Beber sería maravilloso.	1	2	3	4	5	6	7
6	Incluso si fuera posible, probablemente no bebería ahora.	1	2	3	4	5	6	7
7	En este momento, extraño beber.	1	2	3	4	5	6	7
8	Voy a beber lo antes posible.	1	2	3	4	5	6	7
9	Me sentiría menos nervioso si consumiera alcohol en este momento.	1	2	3	4	5	6	7
10	Beber haría que las cosas parecieran perfectas.	1	2	3	4	5	6	7
11	Tengo ganas de beber ahora.	1	2	3	4	5	6	7
12	En este momento, no estoy haciendo ningún plan para beber.	1	2	3	4	5	6	7
13	Me sentiría más en control de las cosas en este momento si pudiera beber.	1	2	3	4	5	6	7
14	Beber me haría sentir menos nervioso.	1	2	3	4	5	6	7
15	No podría evitar beber si tuviera algo de alcohol aquí.	1	2	3	4	5	6	7
16	Si tomara un poco de alcohol en este momento, no podría dejar de usarlo.	1	2	3	4	5	6	7
17	Quiero beber tanto que casi puedo saborearlo.	1	2	3	4	5	6	7
18	Nada sería mejor que beber en este momento.	1	2	3	4	5	6	7

19	Haría casi cualquier cosa por un trago.	1	2	3	4	5	6	7
20	Tomar una copa sería lo ideal.	1	2	3	4	5	6	7
21	Quiero usar alcohol ahora mismo.	1	2	3	4	5	6	7
22	Me sentiría menos irritable ahora si usara alcohol.	1	2	3	4	5	6	7
23	Estoy pensando en formas de obtener alcohol.	1	2	3	4	5	6	7
24	Todo lo que quiero hacer ahora es beber.	1	2	3	4	5	6	7
25	Sería difícil rechazar una bebida en este momento.	1	2	3	4	5	6	7
26	A partir de ahora, podría pasar mucho tiempo sin beber.	1	2	3	4	5	6	7
27	Beber no sería muy satisfactorio en este momento.	1	2	3	4	5	6	7
28	Si usara alcohol en este momento, me sentiría menos tenso.	1	2	3	4	5	6	7
29	No disfrutaría beber en este momento.	1	2	3	4	5	6	7
30	Si tuviera la oportunidad de consumir alcohol, creo que bebería.	1	2	3	4	5	6	7
31	No podría controlar la cantidad de alcohol que bebería si tuviera algo aquí.	1	2	3	4	5	6	7
32	Sería genial usar alcohol ahora.	1	2	3	4	5	6	7
33	Si tuviera algo de alcohol en este momento, probablemente lo tomaría.	1	2	3	4	5	6	7
34	Me sentiría menos inquieto si bebiera alcohol ahora.	1	2	3	4	5	6	7
35	Podría limitar fácilmente la cantidad de alcohol que tomé en este momento.	1	2	3	4	5	6	7
36	No necesito usar alcohol ahora.	1	2	3	4	5	6	7
37	Beberé tan pronto como tenga la oportunidad.	1	2	3	4	5	6	7
38	No tengo ganas de beber en este momento.	1	2	3	4	5	6	7
39	Si estuviera usando alcohol ahora, me sentiría menos nervioso.	1	2	3	4	5	6	7
40	No tengo ganas de beber ahora.	1	2	3	4	5	6	7
41	Beber no me contentaría.	1	2	3	4	5	6	7
42	Creo que podría resistirme al consumo de alcohol en este momento.	1	2	3	4	5	6	7
43	Sería fácil dejar pasar la posibilidad de usar alcohol.	1	2	3	4	5	6	7
44	Anhelo el alcohol en este momento.	1	2	3	4	5	6	7
45	Si me ofrecieran algo de alcohol, lo bebería de inmediato.	1	2	3	4	5	6	7
46	Beber me pondría de mejor humor.	1	2	3	4	5	6	7
47	Mi deseo de beber parece abrumador.	1	2	3	4	5	6	7

(Singleton et al., 1995)

### Apéndice C

<b>Cuestionario de Craving por Marihuana (Marijuana Craving Questionnaire, [MCQ])</b>							
Por favor lea cada afirmación e indique sinceramente señalando con una X el grado en el que se ha sentido, actuado o no de esta manera. Lea atentamente e indique utilizando el número de la escala que encontrará a continuación la frecuencia con que últimamente le ocurren cosas que en ellos se describen.	Totalmente de acuerdo	Bastante de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
1. Si hubiera marihuana justo aquí delante de mí, sería difícil no fumarla	1	2	3	4	5	6	7
2. Fumar marihuana no sería agradable en este momento	1	2	3	4	5	6	7
3. Me sentiría mejor si pudiera fumar marihuana	1	2	3	4	5	6	7
4. Si tuviera la oportunidad de fumar marihuana, creo que lo usaría	1	2	3	4	5	6	7
5. Fumar marihuana sería maravilloso	1	2	3	4	5	6	7
6. Incluso si fuera posible, probablemente no fumaría marihuana en este momento	1	2	3	4	5	6	7
7. En este momento, extraño fumar marihuana	1	2	3	4	5	6	7
8. Voy a fumar marihuana tan pronto como sea posible	1	2	3	4	5	6	7
9. Me sentiría más ansioso si fumara marihuana ahora mismo	1	2	3	4	5	6	7
10. Fumar marihuana hará que las cosas parezcan perfectas	1	2	3	4	5	6	7
11. Tengo ganas de usar marihuana ahora	1	2	3	4	5	6	7
12. En este momento, no estoy haciendo ningún plan para usar marihuana	1	2	3	4	5	6	7
13. Me sentiría menos en control de las cosas en este momento si pudiera fumar marihuana	1	2	3	4	5	6	7
14. Fumar marihuana me ayudaría a dormir mejor por la noche	1	2	3	4	5	6	7
15. No podría evitar fumar marihuana si tuviera algo aquí	1	2	3	4	5	6	7
16. Si fumara un poco de marihuana en este momento, no podría dejar de usarla	1	2	3	4	5	6	7
17. Quiero fumar marihuana tanto que casi puedo saborearlo	1	2	3	4	5	6	7
18. Nada sería mejor que fumar marihuana en este momento	1	2	3	4	5	6	7

19. Haría casi cualquier cosa por un "porro"	1	2	3	4	5	6	7
20. Tener un "porro" sería ideal	1	2	3	4	5	6	7
21. No quiero usar marihuana en este momento	1	2	3	4	5	6	7
22. Me sentiría menos irritable si pudiera fumar marihuana ahora mismo	1	2	3	4	5	6	7
23. Estoy pensando en formas de obtener marihuana	1	2	3	4	5	6	7
24. Todo lo que quiero hacer ahora es fumar marihuana	1	2	3	4	5	6	7
25. Sería difícil rechazar un "porro" en este momento	1	2	3	4	5	6	7
26. A partir de ahora, podría pasar mucho tiempo sin fumar marihuana	1	2	3	4	5	6	7
27. Fumar marihuana sería muy satisfactorio en este momento	1	2	3	4	5	6	7
28. Si fumara marihuana en este momento, me sentiría más tenso	1	2	3	4	5	6	7
29. No disfrutaría fumar marihuana en este momento	1	2	3	4	5	6	7
30. Si tuviera la oportunidad de fumar marihuana, creo que lo usaría	1	2	3	4	5	6	7
31. No podría controlar la cantidad de marihuana que fumaría si tuviera algo aquí	1	2	3	4	5	6	7
32. Sería genial fumar marihuana en este momento	1	2	3	4	5	6	7
33. Si tuviera un poco de marihuana en este momento, probablemente no la usaría	1	2	3	4	5	6	7
34. Me sentiría más inquieto si fumara marihuana en este momento	1	2	3	4	5	6	7
35. Podría limitar fácilmente la cantidad de marihuana que fumaría en este momento	1	2	3	4	5	6	7
36. No necesito fumar marihuana ahora	1	2	3	4	5	6	7
37. Fumaré marihuana tan pronto como tenga la oportunidad	1	2	3	4	5	6	7
38. No tengo ganas de fumar marihuana en este momento	1	2	3	4	5	6	7
39. Si estuviera fumando marihuana en este momento, me sentiría menos nervioso	1	2	3	4	5	6	7
40. No tengo ganas de usar marihuana ahora	1	2	3	4	5	6	7
41. Fumar marihuana no me contentaría	1	2	3	4	5	6	7
42. Creo que podría resistir fumar marihuana en este momento	1	2	3	4	5	6	7
43. Sería fácil dejar pasar la oportunidad de fumar marihuana	1	2	3	4	5	6	7
44. Ahora anhelo la marihuana	1	2	3	4	5	6	7
45. Si me ofrecieran un poco de marihuana, la usaría de inmediato	1	2	3	4	5	6	7
46. Fumar marihuana me pondría de mejor humor	1	2	3	4	5	6	7
47. Mi deseo de fumar marihuana parece abrumador	1	2	3	4	5	6	7

(Heishman et al., 2001)

### Apéndice D

<b>Cuestionario de Craving por Anfetaminas (Desires for Speed Questionnaire [DSQ])</b>							
<p>Por favor lea cada afirmación e indique sinceramente señalando con una X el grado en el que se ha sentido, actuado o no de esta manera. Lea atentamente e indique utilizando el número de la escala que encontrará a continuación la frecuencia con que últimamente le ocurren cosas que en ellos se describen.</p>	Totalmente de acuerdo	Bastante de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
1. Aceptaría algo de metanfetamina si me lo ofrecieran ahora	1	2	3	4	5	6	7
2. Tomar metanfetamina ahora haría que las cosas buenas de mi vida parecieran aún mejores	1	2	3	4	5	6	7
3. Me falta usar metanfetamina ahora	1	2	3	4	5	6	7
4. Sentiría como si las cosas malas de mi vida hubieran desaparecido por completo si tomara algo de metanfetamina ahora	1	2	3	4	5	6	7
5. Si tuviera un suministro de metanfetamina, me mantendría “arriba” o drogado hasta que se agotara	1	2	3	4	5	6	7
6. Podría limitar fácilmente la cantidad de metanfetamina que tomaría si comenzara a tomar un poco ahora	1	2	3	4	5	6	7
7. Necesito algo de metanfetamina ahora	1	2	3	4	5	6	7
8. Si tuviera el suministro de metanfetamina para una semana, me duraría toda la semana	1	2	3	4	5	6	7
9. Mi deseo de metanfetamina ahora parece abrumador	1	2	3	4	5	6	7
10. Incluso los problemas más importantes de mi vida no me molestarían ahora si tomara algo de metanfetamina	1	2	3	4	5	6	7
11. Estoy haciendo planes para tomar algo de metanfetamina ahora	1	2	3	4	5	6	7
12. Tomar metanfetamina ahora me haría sentir en la cima del mundo	1	2	3	4	5	6	7
13. Tomar metanfetamina ahora me haría sentir menos tenso	1	2	3	4	5	6	7
14. Tomar metanfetamina sería satisfactorio ahora	1	2	3	4	5	6	7
15. Haría casi cualquier cosa por tomar metanfetamina ahora	1	2	3	4	5	6	7

16. Tomar metanfetamina ahora haría que las cosas malas de mi vida parecieran menos malas	1	2	3	4	5	6	7
17. Anhele algo de metanfetamina ahora	1	2	3	4	5	6	7
18. Me sentiría más en control de las cosas si tomara algo de metanfetamina ahora	1	2	3	4	5	6	7
19. Consideraría tomar algo de metanfetamina ahora	1	2	3	4	5	6	7
20. Tomar algo de metanfetamina sería maravilloso ahora	1	2	3	4	5	6	7
21. Me gustaría un poco de metanfetamina ahora	1	2	3	4	5	6	7
22. Nada sería mejor que tomar algo de metanfetamina ahora	1	2	3	4	5	6	7
23. Tomar metanfetamina ahora me haría sentir bien	1	2	3	4	5	6	7
24. Si tomara algo de metanfetamina ahora, las pequeñas molestias diarias se sentirían menos importantes	1	2	3	4	5	6	7
25. Si tuviera la oportunidad de usar metanfetamina ahora, creo que lo haría	1	2	3	4	5	6	7
26. Tengo ganas de tomar metanfetamina ahora	1	2	3	4	5	6	7
27. Quiero tanta metanfetamina que casi puedo sentirlo	1	2	3	4	5	6	7
28. Puedo controlar mi uso de metanfetamina	1	2	3	4	5	6	7
29. Tomar metanfetamina sería agradable ahora	1	2	3	4	5	6	7
30. Probablemente me sentiría menos preocupado por mis problemas diarios si tomara algo de metanfetamina ahora	1	2	3	4	5	6	7
31. No tengo ganas de tomar metanfetamina ahora	1	2	3	4	5	6	7
32. Estoy pensando en formas de obtener metanfetamina	1	2	3	4	5	6	7
33. No me gustaría ninguna metanfetamina ahora	1	2	3	4	5	6	7
34. Tomar metanfetamina ahora me haría sentir menos estresado	1	2	3	4	5	6	7
35. Usaré algo de metanfetamina, sin importar lo que se interponga	1	2	3	4	5	6	7
36. Si comenzara a usar metanfetamina ahora, no pararía hasta haber agotado todo mi suministro	1	2	3	4	5	6	7
37. Tomar metanfetamina ahora haría que las cosas parecieran perfectas	1	2	3	4	5	6	7
38. Voy a tener algo de metanfetamina tan pronto como sea posible	1	2	3	4	5	6	7
39. Si comenzara a tomar metanfetamina ahora, no podría parar	1	2	3	4	5	6	7
40. Toda mi tensión desaparecería por completo si tomara algo de metanfetamina ahora	1	2	3	4	5	6	7

(James et al., 2004)

## Apéndice E

### Escala de Emoción Expresada (LEE)

<p>Las siguientes son una serie de declaraciones que describen la forma en que alguien puede actuar hacia usted. Identifique y escriba el parentesco de la persona que ha tenido más influencia en su vida durante los últimos tres meses, (pueden ser, madre, padre, hermano, hermana, esposo, esposa, pariente, tía, abuelo)</p> <p>Familiar: _____</p> <p>Luego, lea cada declaración e indique si esta persona ha actuado de esta manera hacia usted en los últimos tres meses e indique rodeando con un círculo V (Verdadero) o F (Falso).</p>		
1. Entiende si a veces no quiero hablar	V	F
2. Me calma cuando estoy molesto	V	F
3. Dice que me falta autocontrol	V	F
4. Es tolerante conmigo incluso cuando no estoy cumpliendo con sus expectativas	V	F
5. No se mete en mis conversaciones	V	F
6. No me pone nervioso	V	F
7. Dice que sólo quiero atención cuando digo que no estoy bien	V	F
8. Me hace sentir culpable por no cumplir con sus expectativas	V	F
9. No es sobreprotector conmigo	V	F
10. Pierde la razón cuando no me siento bien	V	F
11. Es comprensivo conmigo cuando estoy enfermo o molesto	V	F
12. Puede ver mi punto de vista	V	F
13. Siempre está interfiriendo	V	F
14. No entra en pánico cuando las cosas empiezan a salir mal	V	F
15. Me alienta a buscar ayuda externa cuando no me siento bien	V	F
16. No siente que le estoy causando muchos problemas	V	F
17. No insiste en hacer las cosas conmigo	V	F
18. No puedo pensar con claridad cuando las cosas van mal	V	F
19. No me ayuda cuando estoy molesto o sintiéndome mal	V	F
20. Me desanima si no estoy a la altura de sus expectativas	V	F
21. No insiste en estar conmigo todo el tiempo	V	F
22. Me culpa de que las cosas no vayan bien	V	F
23. Me hace sentir valioso como persona	V	F
24. No puedo soportarlo cuando estoy molesto	V	F
25. Me deja sintiéndome abrumado	V	F
26. No sabe cómo manejar mis sentimientos cuando no me siento bien	V	F
27. Dice que hago que ocurran mis problemas para volver a él / ella	V	F
28. Entiende mis limitaciones	V	F
29. A menudo me revisa para ver lo que estoy haciendo	V	F
30. Es capaz de tener el control en situaciones estresantes	V	F
31. Trata de hacerme sentir mejor cuando estoy molesto o enfermo	V	F
32. Es realista acerca de lo que puedo y no puedo hacer	V	F

33. Siempre está metiéndose en mis cosas	V	F
34. Me oye	V	F
35. Dice que no esta bien buscar ayuda profesional	V	F
36. Se enoja conmigo	V	F
37. Siempre tiene que saber todo sobre mí	V	F
38. Me hace sentir relajado cuando está cerca	V	F
39. Me acusa de exagerar cuando digo que no estoy bien	V	F
40. Se lo tomará con calma, incluso si las cosas no van bien	V	F
41. Insiste en saber a dónde voy	V	F
42. Se enoja conmigo sin razón	V	F
43. Es considerado cuando estoy enfermo o molesto	V	F
44. Me apoya cuando lo necesito	V	F
45. Se mete en mis asuntos privados	V	F
46. Puede lidiar bien con el estrés	V	F
47. Está dispuesto a obtener más información para entender mi condición, cuando no me siento bien	V	F
48. Es comprensible si cometo errores	V	F
49. No se mete en mi vida	V	F
50. Está impaciente conmigo cuando no estoy bien	V	F
51. No me culpa cuando me siento mal	V	F
52. Espera demasiado de mí	V	F
53. No hace muchas preguntas personales	V	F
54. Empeora las cosas cuando las cosas no van bien	V	F
55. A menudo me acusa de inventar cosas cuando no me siento bien	V	F
56. "Se sale de quicio"o "Pierde los estribos" cuando no hago algo bien	V	F
57. Se molesta cuando no me comunico con él / ella	V	F
58. Se irrita cuando las cosas no salen bien	V	F
59. Trata de tranquilizarme cuando no me siento bien	V	F
60. Espera el mismo nivel de esfuerzo de mi parte, incluso si no me siento bien	V	F

(Cole &amp; Kazarian, 1988)

## Apéndice F

### Escala Estrés Percibido (EEP)

Por favor, marque la opción que mejor se adecuó a tu situación actual, teniendo en cuenta el último mes.	Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
1. ¿Con qué frecuencia has estado afectado/a por algo que ha ocurrido inesperadamente?	1	2	3	4	5
2. ¿Con qué frecuencia te has sentido incapaz de controlar las cosas importantes de tu vida?	1	2	3	4	5
3. ¿Con qué frecuencia te has sentido nervioso/a o estresado/a (lleno de tensión)?	1	2	3	4	5
4. ¿Con qué frecuencia has manejado con éxito los pequeños problemas irritantes de la vida?	1	2	3	4	5
5. ¿Con qué frecuencia has sentido que has afrontado efectivamente los cambios importantes que han estado ocurriendo en tu vida?	1	2	3	4	5
6. ¿Con qué frecuencia has estado seguro/a sobre tu capacidad de manejar tus problemas personales?	1	2	3	4	5
7. ¿Con qué frecuencia has sentido que las cosas te van bien?	1	2	3	4	5
8. ¿Con qué frecuencia has sentido que no podías afrontar todas las cosas que tenías que hacer?	1	2	3	4	5
9. ¿Con qué frecuencia has podido controlar las dificultades de tu vida?	1	2	3	4	5
10. ¿Con qué frecuencia has sentido que tienes el control de todo?	1	2	3	4	5
11. ¿Con qué frecuencia has estado enfadado/a porque las cosas que te han ocurrido estaban fuera de tu control?	1	2	3	4	5
12. ¿Con qué frecuencia has pensado sobre las cosas que no has terminado (pendientes de hacer)?	1	2	3	4	5
13. ¿Con qué frecuencia has podido controlar la forma de pasar el tiempo (organizar)?	1	2	3	4	5
14. ¿Con qué frecuencia has sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puedes superarlas?	1	2	3	4	5

(Cohen et al., 1983)

## Apéndice G

### Cuestionario de Espiritualidad

Por favor lea cada afirmación e indique sinceramente señalando con una X el grado en el que se ha sentido, actuado o no de esta manera	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
<b>Autoconciencia</b>				
1. Creo que soy una persona valiosa	1	2	3	4
2. Creo que tengo las mismas cualidades y defectos que otras personas	1	2	3	4
3. Siento que tengo muchas cualidades	1	2	3	4
4. Tengo una actitud positiva conmigo mismo	1	2	3	4
5. En general me siento satisfecho con la persona que soy	1	2	3	4
6. Siento que soy una persona compasiva y amable	1	2	3	4
7. En general soy una persona que cree en sí misma	1	2	3	4
8. Creo que mi vida tiene algún significado	1	2	3	4
9. Soy capaz de entender lo que representan las situaciones difíciles	1	2	3	4
10. Pienso en aspectos positivos cuando evalúo mi vida	1	2	3	4
<b>Importancia de las creencias espirituales</b>				
11. La espiritualidad me ayuda a definir las metas que establezco en mi vida	1	2	3	4
12. La espiritualidad me ayuda a decidir quién soy	1	2	3	4
13. La espiritualidad me ayuda a decidir mi orientación general en la vida	1	2	3	4
14. La espiritualidad está integrada en mi vida	1	2	3	4
<b>Prácticas espirituales</b>				
15. Reflexiono para alcanzar la paz interior	1	2	3	4
16. Leo libros de crecimiento espiritual y autoayuda	1	2	3	4
17. Empleo el silencio para ponerme en contacto con mi yo interior	1	2	3	4
18. Trato de vivir en armonía con la naturaleza	1	2	3	4
19. A menudo me involucro en programas para cuidar el medio ambiente	1	2	3	4
20. Trato de encontrar momentos para ampliar mi espiritualidad	1	2	3	4
<b>Necesidades espirituales</b>				
21. Busco la belleza física, espiritual y emocional en la vida	1	2	3	4
22. Trato de encontrar respuesta a los misterios o dudas de la vida	1	2	3	4
23. Trato de alcanzar la paz interior y la armonía	1	2	3	4
24. Realmente disfruto escuchar música	1	2	3	4
25. Estoy buscando un propósito en la vida	1	2	3	4
26. Mi vida es un proceso de cambio y está en evolución	1	2	3	4
27. Necesito tener un vínculo emocional fuerte con las personas que me rodean	1	2	3	4
28. Mantener y fortalecer las relaciones con los demás es importante para mí	1	2	3	4
29. Estoy desarrollando una visión particular de vida	1	2	3	4

(Parsian &amp; Dunning, 2009)

## Apéndice H

### Inventario de inteligencia emocional (EQ-I: Short)

Este cuestionario contiene una serie de frases cortas que permiten hacer una descripción de Ud. mismo(a). Para ello, debe indicar en qué medida cada una de las oraciones que aparecen a continuación es verdadera, de acuerdo con como se siente, piensa o actúa la mayoría de las veces. Hay cinco respuestas por cada frase.	Rara vez o nunca es mi caso	Pocas veces es mi caso	A veces es mi caso	Muchas veces es mi caso	Con mucha frecuencia o siempre es mi caso
1. Soy una persona bastante alegre.	1	2	3	4	5
2. Me gusta ayudar a las personas.	1	2	3	4	5
3. No puedo expresar mis ideas a otros.	1	2	3	4	5
4. Es un problema controlar mi ira.	1	2	3	4	5
5. Mi enfoque para superar las dificultades es avanzar paso a paso.	1	2	3	4	5
6. No hago nada malo en mi vida.	1	2	3	4	5
7. Me siento seguro de mí mismo en la mayoría de las situaciones.	1	2	3	4	5
8. No puedo entender cómo se sienten otras personas.	1	2	3	4	5
9. Prefiero que otros tomen decisiones por mí.	1	2	3	4	5
10. Mi impulsividad (apresuramiento) crea problemas.	1	2	3	4	5
11. Trato de ver las cosas como realmente son, sin fantasear y soñar despierto sobre ellas.	1	2	3	4	5
12. Nada me perturba.	1	2	3	4	5
13. Creo que puedo estar al tanto de las situaciones difíciles.	1	2	3	4	5
14. Soy bueno para comprender cómo se sienten otras personas.	1	2	3	4	5
15. Me cuesta entender cómo me siento.	1	2	3	4	5
16. Siento que es difícil para mí controlar mi ansiedad	1	2	3	4	5
17. Cuando me enfrento a una situación difícil, me gusta recopilar toda la información que pueda sobre ella.	1	2	3	4	5
18. No he dicho una mentira en mi vida.	1	2	3	4	5
19. Soy optimista sobre la mayoría de las cosas que hago.	1	2	3	4	5
20. Mis amigos pueden decirme cosas íntimas (personales) sobre ellos mismos.	1	2	3	4	5
21. En los últimos años, he logrado poco (nada).	1	2	3	4	5

22. Tiendo a explotar con ira fácilmente.	1	2	3	4	5
23. Me gusta obtener una visión general de un problema antes de intentar resolverlo.	1	2	3	4	5
24. No he violado ninguna ley de ningún tipo.	1	2	3	4	5
25. Me importa lo que les pase a otras personas.	1	2	3	4	5
26. Es difícil para mí disfrutar la vida.	1	2	3	4	5
27. Es difícil para mí tomar decisiones por mi cuenta.	1	2	3	4	5
28. Tengo impulsos fuertes que son difíciles de controlar.	1	2	3	4	5
29. Cuando enfrento un problema, lo primero que hago es parar y pensar.	1	2	3	4	5
30. No tengo días malos.	1	2	3	4	5
31. Estoy satisfecho con mi vida.	1	2	3	4	5
32. Mis relaciones cercanas significan mucho para mí y para mis amigos.	1	2	3	4	5
33. Es difícil expresar mis sentimientos íntimos.	1	2	3	4	5
34. Soy impulsivo (apresurado).	1	2	3	4	5
35. Cuando trato de resolver un problema, miro cada posibilidad y decido la mejor manera de resolverlo.	1	2	3	4	5
36. No me ha avergonzado nada de lo que he hecho.	1	2	3	4	5
37. Me deprimó.	1	2	3	4	5
38. Puedo respetar a los demás.	1	2	3	4	5
39. Soy más seguidor que líder.	1	2	3	4	5
40. Tengo mal genio.	1	2	3	4	5
41. Al manejar situaciones que surgen, trato de pensar en todos los enfoques que pueda.	1	2	3	4	5
42. Por lo general, espero que todo salga bien, a pesar de los retrasos ocasionales.	1	2	3	4	5
43. Soy sensible al sentimiento de los demás.	1	2	3	4	5
44. Otros piensan que me falta asertividad (forma de expresar lo que se piensa o quiere de manera clara y respetuosa).	1	2	3	4	5
45. Estoy impaciente.	1	2	3	4	5
46. Creo en mi capacidad para manejar la mayoría de los problemas molestos.	1	2	3	4	5
47. Tengo buenas relaciones con los demás.	1	2	3	4	5
48. Es difícil para mí describir mis sentimientos.	1	2	3	4	5
49. Antes de comenzar algo nuevo, generalmente siento que voy a fallar.	1	2	3	4	5
50. Es difícil para mí defender mis derechos.	1	2	3	4	5
51. La gente piensa que soy sociable.	1	2	3	4	5

(Bar-On, 2002)

## Apéndice I

### Cuestionario de Variables Predictoras de Abandono y Adhesión al Tratamiento

#### VPA-30

Por favor lea cada afirmación e indique sinceramente señalando con una X el grado en el que se ha sentido, actuado o no de esta manera.

<p>1. Me agobia la rutina</p> <p><input type="checkbox"/> Muy de acuerdo</p> <p><input type="checkbox"/> De acuerdo</p> <p><input type="checkbox"/> Ni de acuerdo ni en desacuerdo</p> <p><input type="checkbox"/> En desacuerdo</p> <p><input type="checkbox"/> Muy en desacuerdo</p>	<p>2. Respecto a la vitalidad ¿Cómo te sientes?</p> <p><input type="checkbox"/> Me siento con vitalidad</p> <p><input type="checkbox"/> Me siento más vital que desvitalizado</p> <p><input type="checkbox"/> No me siento ni vital ni desvitalizado</p> <p><input type="checkbox"/> Me siento más desvitalizado que vital</p> <p><input type="checkbox"/> Me siento desvitalizado</p>
<p>3. Dejaría el tratamiento porque el equipo que me atiende no es apropiado para lo que necesito</p> <p><input type="checkbox"/> Muy de acuerdo</p> <p><input type="checkbox"/> De acuerdo</p> <p><input type="checkbox"/> Ni de acuerdo ni en desacuerdo</p> <p><input type="checkbox"/> En desacuerdo</p> <p><input type="checkbox"/> Muy en desacuerdo</p>	<p>4. ¿Como está tu ánimo?</p> <p><input type="checkbox"/> Me siento deprimido</p> <p><input type="checkbox"/> Me siento más deprimido que optimista</p> <p><input type="checkbox"/> No me siento ni deprimido ni optimista</p> <p><input type="checkbox"/> Me siento más optimista que deprimido</p> <p><input type="checkbox"/> Me siento optimista</p>
<p>5. Es preferible estar “puesto” o “empastillado” antes que pasarla mal</p> <p><input type="checkbox"/> Muy de acuerdo</p> <p><input type="checkbox"/> De acuerdo</p> <p><input type="checkbox"/> Ni de acuerdo ni en desacuerdo</p> <p><input type="checkbox"/> En desacuerdo</p> <p><input type="checkbox"/> Muy en desacuerdo</p>	<p>6. Sinceramente, pienso estar en tratamiento el tiempo que yo me propuse, aunque el equipo opine otra cosa</p> <p><input type="checkbox"/> Muy de acuerdo</p> <p><input type="checkbox"/> De acuerdo</p> <p><input type="checkbox"/> Ni de acuerdo ni en desacuerdo</p> <p><input type="checkbox"/> En desacuerdo</p> <p><input type="checkbox"/> Muy en desacuerdo</p>
<p>7. Este tratamiento parece adecuado para mí</p> <p><input type="checkbox"/> Muy de acuerdo</p> <p><input type="checkbox"/> De acuerdo</p> <p><input type="checkbox"/> Ni de acuerdo ni en desacuerdo</p> <p><input type="checkbox"/> En desacuerdo</p> <p><input type="checkbox"/> Muy en desacuerdo</p>	<p>8. Mi estancia en el centro es necesaria</p> <p><input type="checkbox"/> Muy de acuerdo</p> <p><input type="checkbox"/> De acuerdo</p> <p><input type="checkbox"/> Ni de acuerdo ni en desacuerdo</p> <p><input type="checkbox"/> En desacuerdo</p> <p><input type="checkbox"/> Muy en desacuerdo</p>

<p>9. Tengo imaginaciones o fantasías de consumo</p> <p><input type="checkbox"/> Muy de acuerdo</p> <p><input type="checkbox"/> De acuerdo</p> <p><input type="checkbox"/> Ni de acuerdo ni en desacuerdo</p> <p><input type="checkbox"/> En desacuerdo</p> <p><input type="checkbox"/> Muy en desacuerdo</p>	<p>10. Respecto a las ganas de hacer las cosas, ¿Cómo te sientes?</p> <p><input type="checkbox"/> Me siento motivado, con ganas de hacer cosas</p> <p><input type="checkbox"/> Me siento más bien motivado que desmotivado</p> <p><input type="checkbox"/> No me siento ni motivado ni desmotivado</p> <p><input type="checkbox"/> Me siento más bien desmotivado que motivado</p> <p><input type="checkbox"/> Me siento desmotivado, sin ganas de hacer cosas</p>
<p>11. Sinceramente, mi atención está más fuera que dentro del tratamiento</p> <p><input type="checkbox"/> Muy de acuerdo</p> <p><input type="checkbox"/> De acuerdo</p> <p><input type="checkbox"/> Ni de acuerdo ni en desacuerdo</p> <p><input type="checkbox"/> En desacuerdo</p> <p><input type="checkbox"/> Muy en desacuerdo</p>	<p>12. Tengo el sentimiento o sensación de estar atrapado en algo y no poder escapar</p> <p><input type="checkbox"/> Muy de acuerdo</p> <p><input type="checkbox"/> De acuerdo</p> <p><input type="checkbox"/> Ni de acuerdo ni en desacuerdo</p> <p><input type="checkbox"/> En desacuerdo</p> <p><input type="checkbox"/> Muy en desacuerdo</p>
<p>13. Tengo deseos de consumo</p> <p><input type="checkbox"/> Muy de acuerdo</p> <p><input type="checkbox"/> De acuerdo</p> <p><input type="checkbox"/> Ni de acuerdo ni en desacuerdo</p> <p><input type="checkbox"/> En desacuerdo</p> <p><input type="checkbox"/> Muy en desacuerdo</p>	<p>14. ¿Cómo recibes la presión del tratamiento?</p> <p><input type="checkbox"/> La presión del tratamiento no me afecta</p> <p><input type="checkbox"/> La presión del tratamiento me afecta alguna vez, pero la llevo bien</p> <p><input type="checkbox"/> La presión del tratamiento me afecta a veces</p> <p><input type="checkbox"/> La presión del tratamiento me provoca bastante sufrimiento</p> <p><input type="checkbox"/> La presión del tratamiento me provoca intenso sufrimiento</p>
<p>15. Este tratamiento me satura de cosas, me carga</p> <p><input type="checkbox"/> Muy de acuerdo</p> <p><input type="checkbox"/> De acuerdo</p> <p><input type="checkbox"/> Ni de acuerdo ni en desacuerdo</p> <p><input type="checkbox"/> En desacuerdo</p> <p><input type="checkbox"/> Muy en desacuerdo</p>	<p>16. Dejaría el tratamiento porque las terapias no me parezcan adecuadas para mí</p> <p><input type="checkbox"/> Muy de acuerdo</p> <p><input type="checkbox"/> De acuerdo</p> <p><input type="checkbox"/> Ni de acuerdo ni en desacuerdo</p> <p><input type="checkbox"/> En desacuerdo</p> <p><input type="checkbox"/> Muy en desacuerdo</p>

<p>17. ¿Sientes ilusión?</p> <p><input type="checkbox"/> Me siento ilusionado</p> <p><input type="checkbox"/> Me siento más ilusionado que desilusionado</p> <p><input type="checkbox"/> No me siento ni ilusionado ni desilusionado</p> <p><input type="checkbox"/> Me siento más desilusionado que ilusionado</p> <p><input type="checkbox"/> Me siento desilusionado</p>	<p>18. Me agobio con lo que me dicen los compañeros de tratamiento</p> <p><input type="checkbox"/> Muy de acuerdo</p> <p><input type="checkbox"/> De acuerdo</p> <p><input type="checkbox"/> Ni de acuerdo ni en desacuerdo</p> <p><input type="checkbox"/> En desacuerdo</p> <p><input type="checkbox"/> Muy en desacuerdo</p>
<p>19. Siento ansiedad, intranquilidad interior</p> <p><input type="checkbox"/> Muy de acuerdo</p> <p><input type="checkbox"/> De acuerdo</p> <p><input type="checkbox"/> Ni de acuerdo ni en desacuerdo</p> <p><input type="checkbox"/> En desacuerdo</p> <p><input type="checkbox"/> Muy en desacuerdo</p>	<p>20. Sinceramente, confiás o desconfiás de este tratamiento.</p> <p><input type="checkbox"/> Confío en este tratamiento</p> <p><input type="checkbox"/> Siento más confianza que desconfianza de este tratamiento</p> <p><input type="checkbox"/> Siento tanta confianza como desconfianza del tratamiento</p> <p><input type="checkbox"/> Siento más desconfianza que confianza del tratamiento</p> <p><input type="checkbox"/> Desconfío de este tratamiento</p>
<p>21. Cuánta motivación tengo para recuperarme</p> <p><input type="checkbox"/> Me siento muy motivado para recuperarme</p> <p><input type="checkbox"/> Me siento más bien motivado para recuperarme</p> <p><input type="checkbox"/> No me siento ni motivado ni desmotivado para recuperarme</p> <p><input type="checkbox"/> Me siento más bien desmotivado para recuperarme</p> <p><input type="checkbox"/> Me siento absolutamente desmotivado para recuperarme</p>	<p>22. Cuando llevo tiempo sin consumir con frecuencia empiezo a pensar en el consumo y no consigo sacarlo de la cabeza</p> <p><input type="checkbox"/> Muy de acuerdo</p> <p><input type="checkbox"/> De acuerdo</p> <p><input type="checkbox"/> Ni de acuerdo ni en desacuerdo</p> <p><input type="checkbox"/> En desacuerdo</p> <p><input type="checkbox"/> Muy en desacuerdo</p>
<p>23. Dejaría el tratamiento por encontrarme en condiciones de seguir yo solo</p> <p><input type="checkbox"/> Muy de acuerdo</p> <p><input type="checkbox"/> De acuerdo</p> <p><input type="checkbox"/> Ni de acuerdo ni en desacuerdo</p> <p><input type="checkbox"/> En desacuerdo</p> <p><input type="checkbox"/> Muy en desacuerdo</p>	<p>24. Me siento motivado para seguir el tratamiento</p> <p><input type="checkbox"/> Muy de acuerdo</p> <p><input type="checkbox"/> De acuerdo</p> <p><input type="checkbox"/> Ni de acuerdo ni en desacuerdo</p> <p><input type="checkbox"/> En desacuerdo</p> <p><input type="checkbox"/> Muy en desacuerdo</p>

<p>25. Me resulta difícil llevar a cabo este tratamiento</p> <p><input type="checkbox"/> Muy de acuerdo</p> <p><input type="checkbox"/> De acuerdo</p> <p><input type="checkbox"/> Ni de acuerdo ni en desacuerdo</p> <p><input type="checkbox"/> En desacuerdo</p> <p><input type="checkbox"/> Muy en desacuerdo</p>	<p>26. Me siento malhumorado, disgustado</p> <p><input type="checkbox"/> Muy de acuerdo</p> <p><input type="checkbox"/> De acuerdo</p> <p><input type="checkbox"/> Ni de acuerdo ni en desacuerdo</p> <p><input type="checkbox"/> En desacuerdo</p> <p><input type="checkbox"/> Muy en desacuerdo</p>
<p>27. ¿Cuántos años llevás consumiendo?</p> <p><input type="checkbox"/> 2 años ó menos</p> <p><input type="checkbox"/> Más de 2 y menos de 6 años</p> <p><input type="checkbox"/> Más de 6 y menos de 10 años</p> <p><input type="checkbox"/> 10 años ó más</p>	<p>28. ¿Cuántos años llevás enganchado?</p> <p><input type="checkbox"/> 2 años ó menos</p> <p><input type="checkbox"/> Más de 2 y menos de 5 años</p> <p><input type="checkbox"/> Más de 5 y menos de 9 años</p> <p><input type="checkbox"/> Más de 9 y menos de 11 años</p> <p><input type="checkbox"/> Más 11 años</p>
<p>29. Por favor di el número aproximado de tratamientos que hayas abandonado hasta la fecha</p> <p><input type="checkbox"/> 0 o 1 tratamientos abandonados</p> <p><input type="checkbox"/> 2 tratamientos abandonados</p> <p><input type="checkbox"/> 3 tratamientos abandonados</p> <p><input type="checkbox"/> 4 tratamientos abandonados</p> <p><input type="checkbox"/> 5 o más tratamientos abandonados</p>	<p>30. Cabe la posibilidad de que abandone el tratamiento a corto plazo por decisión propia</p> <p><input type="checkbox"/> Muy de acuerdo</p> <p><input type="checkbox"/> De acuerdo</p> <p><input type="checkbox"/> Ni de acuerdo ni en desacuerdo</p> <p><input type="checkbox"/> En desacuerdo</p> <p><input type="checkbox"/> Muy en desacuerdo</p>

(Sirvent, 2009)

**Apéndice J**  
**Consentimiento Informado**

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

Título del Proyecto: Modelo Explicativo del Riesgo de Recaída en Adultos en Tratamiento por Alcohol y Drogas Ilícitas

Autor del estudio: MCE. Julia Lizeth Villarreal Mata.

Director de Tesis: Dra. Edna Idalia Paulina Navarro Oliva.

**Prólogo:**

Estamos interesados en conocer algunos aspectos relacionados al consumo dependiente de alcohol y drogas ilícitas (específicamente marihuana y metanfetamina). Por lo cual, lo invitamos a participar en este estudio. Antes de que decida participar es necesario que conozca el propósito del estudio. El presente estudio se realiza como requisito parcial para obtener el grado de doctorado.

**Propósito del Estudio:**

Proponer una teoría de rango medio denominada: Modelo Explicativo del Riesgo de Recaída en Adultos en Tratamiento por Alcohol y Drogas Ilícitas, es decir, reunir y validar información acerca de los factores o variables que influyen en el riesgo de recaída; con la finalidad de que los resultados encontrados sirvan de base para proporcionar conocimiento que sirva para realizar acciones que contribuyan al apego al tratamiento y a la prevención de recaídas y por ende al término y éxito del tratamiento. Toda la información que usted proporcione será confidencial y completamente anónima.

**Descripción del procedimiento:**

En primer lugar se le proporcionará un consentimiento para que lo lea y lo firme si es que usted decide participar. Posteriormente se le proporcionarán una serie de cuestionarios en un área designada especialmente para esta aplicación, dentro del centro de rehabilitación en el que usted se encuentra y se destinará un horario específico que no interrumpa con sus actividades, cuidando en todo momento su privacidad y anonimato.

Es importante que usted tenga conocimiento de que tendrá la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento que usted lo decida, no tendrá ningún perjuicio en sus actividades dentro del grupo.

**Riesgos e inquietudes:**

No existe ningún riesgo serio relacionado con su participación en el estudio. Si usted se siente indispuesto o no desea seguir participando, puede retirarse en el momento que lo decida.

**Beneficios esperados:**

No existe ningún beneficio personal en la participación en este estudio, sin embargo, en un futuro con los resultados encontrados, se podrán diseñar programas con la finalidad de contribuir en el apego al tratamiento o en la prevención de recaídas en los usuarios de alcohol y drogas ilícitas.

**Autorización para uso y distribución de la información para la investigación:**

Las únicas personas que sabrán que usted está participando en este estudio serán usted y el investigador principal responsable del mismo. Ninguna información que usted proporcione durante la aplicación de los cuestionarios será proporcionada a otros. Los resultados encontrados serán publicados de manera general en artículos de investigación, nunca se presentará información personalizada. Recuerde que la información que usted proporcione será completamente anónima y confidencial.

**Preguntas:**

Si tiene alguna pregunta sobre los derechos como participante en este estudio, favor de comunicarse al Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería [FAEN] de la Universidad Autónoma de Nuevo León [UANL], en la Subdirección de Posgrado e Investigación de la FAEN/UANL, al teléfono 83 48 18 47, en horario de 9 a 14 horas. Dirección Avenida Gonzalitos 1500. Colonia Mitras Centro.

**Consentimiento:**

Yo voluntariamente autorizo participar en este estudio y que se colecte información sobre mi persona. Yo he leído esta información y se han respondido todas mis preguntas. Aunque estoy aceptando participar en el estudio, no estoy renunciando a ningún derecho.

---

Nombre y Firma del Participante

---

Fecha

---

Firma del testigo (1)

---

Fecha

---

Firma del testigo (2)

---

Fecha

---

Firma del Investigador Principal

---

Fecha

## Apéndice K

### Autorizaciones de los Centros de Rehabilitación para el Tratamiento de Adicciones



**UANL**  
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



**FAEN**  
FACULTAD DE ENFERMERÍA / Secretaría de Investigación

SI-031/2020

**SR. FRANCISCO JAVIER OVALLE MONSIVÁIS**  
Centro de Rehabilitación "Adictos a Cristo" AC  
Presente.-

Por medio de la presente reciba un cordial saludo, asimismo me permito solicitar a usted de la manera más atenta su autorización para que la estudiante **MCE. JULIA LIZETH VILLARREAL MATA** quien cursa el **Programa de Doctorado en Ciencias de Enfermería** que se oferta en esta Facultad pueda recolectar datos de la prueba piloto de su estudio de tesis titulado, "**MODELO EXPLICATIVO DEL APEGO AL TRATAMIENTO CONTRA LA ADICCIÓN AL ALCOHOL Y DROGAS EN ADULTOS**". De ser favorecida con esta petición consistirá en la aplicación de los siguientes instrumentos: 1) Cédula de datos sociodemográficos (CDS), 2) Cuestionario de craving por alcohol, 3) Cuestionario de craving por Marihuana (MCQ), 4) Cuestionario de craving por anfetaminas, 5) Escala de Nivel de Emoción Expresada, 6) Escala Estrés Percibido 7) Cuestionario de Espiritualidad, 8) Inventario de inteligencia emocional, 9) Cuestionario de Variables Predictoras de Abandono y Adhesión al Tratamiento VPA-30 y 10) Consentimiento Informado, a personas que asisten a la institución que Usted dignamente dirige. Asimismo, me permito hacer de su conocimiento que dicho proyecto fue revisado y aprobado por los Comités de Ética en Investigación e Investigación de esta Facultad los días 16 y 17 de Noviembre del 2019. Quedó registrado en esta secretaría con el número **FAEN-D-1575**.

Agradezco las atenciones que se sirva brindar a la presente y en espera de una respuesta favorable a esta solicitud, aprovecho la oportunidad para reiterarle mi más atenta y distinguida consideración.

Atentamente,  
"Alere Flammam Veritatis"  
Monterrey Nuevo León, 21 de Enero de 2020



**DRA. KARLA SELENÉ LÓPEZ GARCÍA**  
Secretario de Investigación



**SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN**

c.c.p. Archivo

Ave. Gonzalitos No. 1500 nte. C.P., 64460  
Monterrey, Nuevo León, México  
Tel. 8348 89 43



**DESAFÍO AL CAMBIO**  
Santa Catarina N.L., México  
TABACÓ No. 913 COL. ZIMIX  
SANTA CATARINA, N.L. TEL. 83 88 78 17  
REUNIONES: JUEVES 7:00 PM Y DOMINGOS:11:00 AM

**#SOMOS**  
PARADIGMA TRANSICIONAL COLECTIVO



UANL

FAEN



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN □ FACULTAD DE ENFERMERÍA / Secretaría de Investigación

SI-404/2020

**LIC. JOSÉ HUMBERTO ÁLVAREZ VALDIVIA**Director del Centro de Rehabilitación Fortaleza Alvaldi  
Presente.-

Por medio de la presente reciba un cordial saludo, asimismo me permito solicitar a Usted de la manera más atenta su autorización para que la estudiante **MCE. JULIA LIZETH VILLARREAL MATA**, quien cursa el **Programa de Doctorado en Ciencias de Enfermería** que se oferta en esta Facultad, pueda recolectar datos, para la prueba final de su estudio de tesis titulado, "**MODELO EXPLICATIVO DEL APEGO AL TRATAMIENTO CONTRA LA ADICCIÓN AL ALCOHOL Y DROGAS EN ADULTOS**". De ser favorecida con esta petición, consistirá en la aplicación de los instrumentos: 1) Cédula de datos sociodemográficos (CSDS), 2) Cuestionario de craving por alcohol [ACQ-NOW], 3) Cuestionario de craving por Marihuana [MCQ], 4) Cuestionario de craving por anfetaminas [DSQ], 5) Escala de Nivel de Emoción Expresada (LEE), 6) Escala de Estrés Percibido (EEP), 7) Cuestionario de Espiritualidad, 8) Inventario de inteligencia emocional (Bar-On), 9) Cuestionario de Variables Predictoras de Abandono y Adhesión al Tratamiento VPA-30 y 9) Consentimiento Informado, estos serán aplicados a personas adultas que asisten a la institución que Usted dignamente dirige. Así también, me permito hacer de su conocimiento que dicho proyecto fue revisado y aprobado por los Comités de Ética en Investigación e Investigación de esta Facultad los días 26 y 27 de Noviembre del año 2019. Quedó registrado en esta secretaría con el número **FAEN-D-1575**.

Agradezco las atenciones que se sirva brindar a la presente y en espera de una respuesta favorable a esta solicitud, aprovecho la oportunidad para reiterarle mi más atenta y distinguida consideración.

Atentamente,  
"Alere Flammam Veritatis"

Monterrey Nuevo León, 14 de Septiembre de 2020

**DRA. KARLA SELENE LÓPEZ GARCÍA**

Secretario de Investigación



SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN

Recibido Sep/20/20

c.c.p. Lic. Francisco Javier Tapia Rodríguez  
c.c.p. Archivo

Ave. Gonzalitos No. 1500 nte. C.P., 64460  
Monterrey, Nuevo León, México  
Tel. 8348 18 47 Ext. 112





UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ENFERMERÍA

Secretaría de Investigación

FAEN



SI-403/2020

**SR. FERNANDO CERVANTES**Grupo Empezando a Vivir de Alcohólicos Anónimos  
Presente.-

Por medio de la presente reciba un cordial saludo, asimismo me permito solicitar a Usted de la manera más atenta su autorización para que la estudiante **MCE. JULIA LIZETH VILLARREAL MATA**, quien cursa el **Programa de Doctorado en Ciencias de Enfermería** que se oferta en esta Facultad, pueda recolectar datos, para la prueba final de su estudio de tesis titulado, "**MODELO EXPLICATIVO DEL APEGO AL TRATAMIENTO CONTRA LA ADICCIÓN AL ALCOHOL Y DROGAS EN ADULTOS**". De ser favorecida con esta petición, consistirá en la aplicación de los instrumentos: 1) Cédula de datos sociodemográficos (CDS), 2) Cuestionario de craving por alcohol [ACQ-NOW], 3) Cuestionario de craving por Marihuana [MCQ], 4) Cuestionario de craving por anfetaminas [DSQ], 5) Escala de Nivel de Emoción Expresada (LEE), 6) Escala de Estrés Percibido (EEP), 7) Cuestionario de Espiritualidad, 8) Inventario de inteligencia emocional (Bar-On), 9) Cuestionario de Variables Predictoras de Abandono y Adhesión al Tratamiento VPA-30 y 9) Consentimiento Informado, estos serán aplicados a personas adultas que asisten a la institución que Usted dignamente dirige. Así también, me permito hacer de su conocimiento que dicho proyecto fue revisado y aprobado por los Comités de Ética en Investigación e Investigación de esta Facultad los días 26 y 27 de Noviembre del año 2019. Quedó registrado en esta secretaría con el número **FAEN-D-1575**.

Agradezco las atenciones que se sirva brindar a la presente y en espera de una respuesta favorable a esta solicitud, aprovecho la oportunidad para reiterarle mi más atenta y distinguida consideración.

Atentamente,

"Alere Flammam Veritatis"

Monterrey Nuevo León, 14 de Septiembre de 2020

**DRA. KARLA SELENE LÓPEZ GARCÍA**

Secretario de Investigación

SU ALMATEZES  
NO CADUCEVA

Recibido SEP 2020  
  
c.c.p. Archivo

Ave. Gonzalitos No. 1500 nte. C.P., 64460  
 Monterrey, Nuevo León, México  
 Tel. 8348 18 47 Ext. 112



EDUCACIÓN DE CALIDAD PARA TRANSFORMAR Y  
 TRANSFORMAR EN BENEFICIO DE LA HUMANIDAD



UANL

FAEN



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN □ FACULTAD DE ENFERMERÍA / Secretaría de Investigación

SI-408/2020

**SR. GILBERTO MONTEMAYOR CERVANTES**

Director del Centro de Rehabilitación D.A.R.E.H., A.C.

Presente.-

Por medio de la presente reciba un cordial saludo, asimismo me permito solicitar a Usted de la manera más atenta su autorización para que la estudiante **MCE. JULIA LIZETH VILLARREAL MATA**, quien cursa el Programa de Doctorado en Ciencias de Enfermería que se oferta en esta Facultad, pueda recolectar datos, para la prueba final de su estudio de tesis titulado, "**MODELO EXPLICATIVO DEL APEGO AL TRATAMIENTO CONTRA LA ADICCIÓN AL ALCOHOL Y DROGAS EN ADULTOS**". De ser favorecida con esta petición, consistirá en la aplicación de los instrumentos: 1) Cédula de datos sociodemográficos (CDS), 2) Cuestionario de craving por alcohol [ACQ-NOW], 3) Cuestionario de craving por Marihuana [MCQ], 4) Cuestionario de craving por anfetaminas [DSQ], 5) Escala de Nivel de Emoción Expresada (LEE), 6) Escala de Estrés Percibido (EEP), 7) Cuestionario de Espiritualidad, 8) Inventario de inteligencia emocional (Bar-On), 9) Cuestionario de Variables Predictoras de Abandono y Adhesión al Tratamiento VPA-30 y 9) Consentimiento Informado, estos serán aplicados a personas adultas que asisten a la institución que Usted dignamente dirige. Así también, me permito hacer de su conocimiento que dicho proyecto fue revisado y aprobado por los Comités de Ética en Investigación e Investigación de esta Facultad los días 26 y 27 de Noviembre del año 2019. Quedó registrado en esta secretaría con el número **FAEN-D-1575**.

Agradezco las atenciones que se sirva brindar a la presente y en espera de una respuesta favorable a esta solicitud, aprovecho la oportunidad para reiterarle mi más atenta y distinguida consideración.

Atentamente,  
"Alere Flammam Veritatis"

Monterrey Nuevo León, 14 de Septiembre de 2020



SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN

**DRA. KARLA SELENE LÓPEZ GARCÍA**

Secretario de Investigación

D.A.R.E.H.

Tel: 83939850.

AVE. ELOY CAVAZOS # 302-A  
COL. RINCON DE LA SIERRA  
GUADALUPE, N.L. C.P. 67190  
RFC: CDA0907032165

c.c.p. Archivo

Ave. Gonzalitos No. 1500 nte. C.P., 64460  
Monterrey, Nuevo León, México  
Tel. 8346 18 47 Ext. 112

Recibi: 17 Septiembre 2020





UANL

FAEN



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN □ FACULTAD DE ENFERMERÍA / Secretaría de Investigación

SI-407/2020

**SRA. SANDRA SALINAS TREVIÑO**

Directora del Centro de Rehabilitación Mujer Renovada, A.C.  
Presente.-

Por medio de la presente reciba un cordial saludo, asimismo me permito solicitar a Usted de la manera más atenta su autorización para que la estudiante **MCE. JULIA LIZETH VILLARREAL MATA**, quien cursa el Programa de Doctorado en Ciencias de Enfermería que se oferta en esta Facultad, pueda recolectar datos, para la prueba final de su estudio de tesis titulado, "**MODELO EXPLICATIVO DEL APEGO AL TRATAMIENTO CONTRA LA ADICCIÓN AL ALCOHOL Y DROGAS EN ADULTOS**". De ser favorecida con esta petición, consistirá en la aplicación de los instrumentos: 1) Cédula de datos sociodemográficos (CDS), 2) Cuestionario de craving por alcohol [ACQ-NOW], 3) Cuestionario de craving por Marihuana [MCQ], 4) Cuestionario de craving por anfetaminas [DSQ], 5) Escala de Nivel de Emoción Expresada (LEE), 6) Escala de Estrés Percibido (EEP), 7) Cuestionario de Espiritualidad, 8) Inventario de inteligencia emocional (Bar-On), 9) Cuestionario de Variables Predictoras de Abandono y Adhesión al Tratamiento VPA-30 y 9) Consentimiento Informado, estos serán aplicados a personas adultas que asisten a la institución que Usted dignamente dirige. Así también, me permito hacer de su conocimiento que dicho proyecto fue revisado y aprobado por los Comités de Ética en Investigación e Investigación de esta Facultad los días 26 y 27 de Noviembre del año 2019. Quedó registrado en esta secretaría con el número **FAEN-D-1575**.

Agradezco las atenciones que se sirva brindar a la presente y en espera de una respuesta favorable a esta solicitud, aprovecho la oportunidad para reiterarle mi más atenta y distinguida consideración.

Atentamente,  
"Alere Flammam Veritatis"  
Monterrey Nuevo León, 14 de Septiembre de 2020

**DRA. KARLA SELENE LÓPEZ GARCÍA**  
Secretario de Investigación



SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN  
FACULTAD DE ENFERMERÍA

c.c.p. Archivo

Ave. Gonzalitos No. 1500 nte. C.P., 64460  
Monterrey, Nuevo León, México  
Tel. 8348 18 47 Ext. 112

**Mujer Renovada A.C.**  
**Centro de Tratamiento**  
**Especializado p/mujeres**  
**con Adicciones**  
**Ramon Treviño 1619 ote.**  
**Col. Terminal**  
**Tel. 88826965**  
**MRE100810CD3**



EDUCACIÓN DE CALIDAD PARA TRANSFORMAR Y  
TRANSFORMAR EN BENEFICIO DE LA HUMANIDAD



UANL

FAEN



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN □ FACULTAD DE ENFERMERÍA / Secretaría de Investigación

SI-409/2020

**SR. JORGE DE LA CRUZ PALOMO**Subdirector del Centro de Rehabilitación Una Luz en tu Camino  
Presente.-

Por medio de la presente reciba un cordial saludo, asimismo me permito solicitar a Usted de la manera más atenta su autorización para que la estudiante **MCE. JULIA LIZETH VILLARREAL MATA**, quien cursa el **Programa de Doctorado en Ciencias de Enfermería** que se oferta en esta Facultad, pueda recolectar datos, para la prueba final de su estudio de tesis titulado, **"MODELO EXPLICATIVO DEL APEGO AL TRATAMIENTO CONTRA LA ADICCIÓN AL ALCOHOL Y DROGAS EN ADULTOS"**. De ser favorecida con esta petición, consistirá en la aplicación de los instrumentos: 1) Cédula de datos sociodemográficos (CDS), 2) Cuestionario de craving por alcohol [ACQ-NOW], 3) Cuestionario de craving por Marihuana [MCQ], 4) Cuestionario de craving por anfetaminas [DSQ], 5) Escala de Nivel de Emoción Expresada (LEE), 6) Escala de Estrés Percibido (EEP), 7) Cuestionario de Espiritualidad, 8) Inventario de inteligencia emocional (Bar-On), 9) Cuestionario de Variables Predictoras de Abandono y Adhesión al Tratamiento VPA-30 y 9) Consentimiento Informado, estos serán aplicados a personas adultas que asisten a la institución que Usted dignamente dirige. Así también, me permito hacer de su conocimiento que dicho proyecto fue revisado y aprobado por los Comités de Ética en Investigación e Investigación de esta Facultad los días 26 y 27 de Noviembre del año 2019. Quedó registrado en esta secretaría con el número **FAEN-D-1575**.

Agradezco las atenciones que se sirva brindar a la presente y en espera de una respuesta favorable a esta solicitud, aprovecho la oportunidad para reiterarle mi más atenta y distinguida consideración.

Atentamente,  
"Alere Flammam Veritatis"

Monterrey Nuevo León, 14 de Septiembre de 2020

**DRA. KARLA SELENE LÓPEZ GARCÍA**  
Secretario de Investigación



SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN  
FACULTAD DE ENFERMERÍA

Recibido  
18 Sep 20  
c.c.p. Archivo

Ave. Gonzalitos No. 1500 nte. C.P., 64460  
Monterrey, Nuevo León, México  
Tel. 8348 18 47 Ext. 112



EDUCACIÓN DE CALIDAD PARA TRANSFORMAR Y  
TRASCENDER EN BENEFICIO DE LA HUMANIDAD



UANL

FAEN



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN □ FACULTAD DE ENFERMERÍA / Secretaría de Investigación

SI-402/2020

**ARMANDO VELÁZQUEZ ACOSTA**

Director

Centro de Recuperación y Rehabilitación para Enfermos de Alcoholismo y

Drogadicción (CRREAD)

Presente.-

Por medio de la presente reciba un cordial saludo, asimismo me permito solicitar a Usted de la manera más atenta su autorización para que la estudiante **MCE. JULIA LIZETH VILLARREAL MATA**, quien cursa el **Programa de Doctorado en Ciencias de Enfermería** que se oferta en esta Facultad, pueda recolectar datos, para la prueba final de su estudio de tesis titulado, **"MODELO EXPLICATIVO DEL APEGO AL TRATAMIENTO CONTRA LA ADICCIÓN AL ALCOHOL Y DROGAS EN ADULTOS"**. De ser favorecida con esta petición, consistirá en la aplicación de los instrumentos: 1) Cédula de datos sociodemográficos (CDS), 2) Cuestionario de craving por alcohol [ACQ-NOW], 3) Cuestionario de craving por Marihuana [MCQ], 4) Cuestionario de craving por anfetaminas [DSQ], 5) Escala de Nivel de Emoción Expresada (LEE), 6) Escala de Estrés Percibido (EEP), 7) Cuestionario de Espiritualidad, 8) Inventario de inteligencia emocional (Bar-On), 9) Cuestionario de Variables Predictoras de Abandono y Adhesión al Tratamiento VPA-30 y 9) Consentimiento Informado, estos serán aplicados a personas adultas que asisten a la institución que Usted dignamente dirige. Así también, me permito hacer de su conocimiento que dicho proyecto fue revisado y aprobado por los Comités de Ética en Investigación e Investigación de esta Facultad los días 26 y 27 de Noviembre del año 2019. Quedó registrado en esta secretaría con el número **FAEN-D-1575**.

Agradezco las atenciones que se sirva brindar a la presente y en espera de una respuesta favorable a esta solicitud, aprovecho la oportunidad para reiterarle mi más atenta y distinguida consideración.

Resibi 17-09-20

Jose Reyes  
Muchas Gracias

Atentamente,

"Alere Flammam Veritatis"

Monterrey Nuevo León, 14 de Septiembre de 2020

Centros de Recuperación y Rehabilitación  
para Enfermos de Alcoholismo y  
Drogadicción, Mich. A.C.Petra Zambrano No. 438 Col. Vito Luz  
Apodaco, N.L.Director Armando Velázquez Acosta  
R.F.C. CRR-950315-P15

DRA. KARLA SELENE LÓPEZ GARCÍA

Secretario de Investigación



c.c.p. Archivo

Ave. Gonzalitos No. 1500 nte. C.P., 64460  
Monterrey, Nuevo León, México  
Tel. 8348 18 47 Ext. 112



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

□ FACULTAD DE ENFERMERÍA

/ Secretaría de Investigación

FAEN



SI-410/2020

**SR. ELVIS EVERARDO SILVA**

Director del Centro Tratamiento Regalo, A.C.

Presente.-

Por medio de la presente reciba un cordial saludo, asimismo me permito solicitar a Usted de la manera más atenta su autorización para que la estudiante **MCE. JULIA LIZETH VILLARREAL MATA**, quien cursa el **Programa de Doctorado en Ciencias de Enfermería** que se oferta en esta Facultad, pueda recolectar datos, para la prueba final de su estudio de tesis titulado, "**MODELO EXPLICATIVO DEL APEGO AL TRATAMIENTO CONTRA LA ADICCIÓN AL ALCOHOL Y DROGAS EN ADULTOS**". De ser favorecida con esta petición, consistirá en la aplicación de los instrumentos: 1) Cédula de datos sociodemográficos (CDS), 2) Cuestionario de craving por alcohol [ACQ-NOW], 3) Cuestionario de craving por Marihuana [MCQ], 4) Cuestionario de craving por anfetaminas [DSQ], 5) Escala de Nivel de Emoción Expresada (LEE), 6) Escala de Estrés Percibido (EEP), 7) Cuestionario de Espiritualidad, 8) Inventario de inteligencia emocional (Bar-On), 9) Cuestionario de Variables Predictoras de Abandono y Adhesión al Tratamiento VPA-30 y 9) Consentimiento Informado, estos serán aplicados a personas adultas que asisten a la institución que Usted dignamente dirige. Así también, me permito hacer de su conocimiento que dicho proyecto fue revisado y aprobado por los Comités de Ética en Investigación e Investigación de esta Facultad los días 26 y 27 de Noviembre del año 2019. Quedó registrado en esta secretaría con el número **FAEN-D-1575**.

Agradezco las atenciones que se sirva brindar a la presente y en espera de una respuesta favorable a esta solicitud, aprovecho la oportunidad para reiterarle mi más atenta y distinguida consideración.

Atentamente,

"Alere Flammam Veritatis"

Monterrey Nuevo León, 14 de Septiembre de 2020

Recibí  
17 Septiembre 20  
Elvis Everardo Silva

**DRA. KARLA SELENÉ LÓPEZ GARCÍA**

Secretario de Investigación


 ESCUELA DE ENFERMERÍA  
 H. UANL

c.c.p. Archivo

 Ave. Gonzalitos No. 1500 nte. C.P., 64460  
 Monterrey, Nuevo León, México  
 Tel. 8348 18 47 Ext. 112

 EDUCACIÓN DE CALIDAD PARA TRANSFORMAR Y  
 TRANSICIÓN EN BENEFICIO DE LA REGIÓN

## **Resumen Autobiográfico**

**MCE. Julia Lizeth Villarreal Mata**

**Candidato para obtener el Grado de Doctor en Ciencias de Enfermería**

**Tesis:** Modelo Explicativo del Riesgo de Recaída en Adultos en Tratamiento por Alcohol y Drogas Ilícitas.

**LGAC:** Prevención de Adicciones: Drogas Lícitas e Ilícitas.

**Biografía:** Nacida en Monterrey, Nuevo León, el 18 de Marzo de 1982, hija del Sr. Ramón Villarreal Rivera y la Sra. Francisca Mata Navarro. Madre de dos hombres, Santiago Lechuga Villarreal y David Lechuga Villarreal.

**Educación:** Egresada de la carrera de Licenciatura en Enfermería de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, generación 2002-2005.  
Egresada de la Maestría en Ciencias de Enfermería de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, generación 2008-2010.

### **Experiencia Profesional:**

Coordinadora de Enfermería de las Áreas Quirúrgicas del Servicio de Cirugía General del Hospital Universitario, de la U.A.N.L.

Instructor Soporte Vital Avanzado (ACLS) por la American Heart Association

Instructor Soporte Vital Avanzado Pediátrico (PALS) por la American Heart Association

Docente por horas en el programa de Licenciatura en Enfermería de la Universidad Tec Milenio, Campus Las Torres.

Miembro de la Sociedad de Honor de Enfermería, Sigma Theta Tau International, Capítulo Tau Alpha desde el 2009.

**Correo electrónico:** lizethvillarrealmata@gmail.com