



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**APOYO SOCIAL PERCIBIDO Y RIESGO DE RECAÍDA EN PACIENTES
DROGODEPENDIENTES DE COMUNIDADES TERAPÉUTICAS DE LIMA ESTE**

Línea de investigación:

Salud pública

Tesis para optar el Título Profesional de Licenciado en Psicología con
mención en Psicología Clínica

Autora:

Dueñas Tanta, Rita Lily

Asesora:

Aguirre Morales, Marivel Teresa
(ORCID: 0000-0002-0680-2616)

Jurado:

Figueroa Gonzales, Julio Lorenzo
Mendoza Huamán, Vicente Eugenio
Mayorga Falcón, Luz Elizabeth

Lima - Perú

2024

APOYO SOCIAL PERCIBIDO Y RIESGO DE RECAÍDA EN PACIENTES DROGODEPENDIENTES DE COMUNIDADES TERAPÉUTICAS DE LIMA ESTE

INFORME DE ORIGINALIDAD

29%

INDICE DE SIMILITUD

27%

FUENTES DE INTERNET

8%

PUBLICACIONES

12%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	docplayer.es Fuente de Internet	2%
2	repositorio.uap.edu.pe Fuente de Internet	1%
3	idoc.pub Fuente de Internet	1%
4	dspace.utpl.edu.ec Fuente de Internet	1%
5	pdfcoffee.com Fuente de Internet	1%
6	Submitted to Universidad Peruana Los Andes Trabajo del estudiante	1%
7	www.researchgate.net Fuente de Internet	1%
8	eprints.uanl.mx Fuente de Internet	1%



Universidad Nacional
Federico Villarreal

VRIN | VICERRECTORADO
DE INVESTIGACIÓN

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**APOYO SOCIAL PERCIBIDO Y RIESGO DE RECAÍDA EN PACIENTES
DROGODEPENDIENTES DE COMUNIDADES TERAPÉUTICAS DE LIMA ESTE**

Línea de investigación:

Salud pública

Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Psicología con mención en Psicología

Clínica

Autora:

Dueñas Tanta, Rita Lily

Asesora:

Aguirre Morales, Marivel Teresa

(ORCID: 0000-0002-0680-2616)

Jurado:

Figuroa Gonzales, Julio Lorenzo

Mendoza Huamán, Vicente Eugenio

Mayorga Falcón, Luz Elizabeth

Lima - Perú

2024

Dedicatoria

A Dios por permitirme culminar esta etapa, brindándome siempre su fortaleza y luz en los momentos de dificultad.

A mis queridos padres, les dedico este logro con profundo agradecimiento, reconociendo el inquebrantable amor que me han brindado, siendo mi fuente constante de motivación y pilar fundamental en mi camino.

A mi querido hermano por su apoyo y motivación constante a lo largo de este camino.

Agradecimientos

A la facultad de Psicología de la Universidad Nacional Federico Villareal, a mis docentes por su dedicación en mi formación académica y profesional.

A la Dra Marivel Aguirre Morales por su apoyo incondicional, paciencia, dedicación y por los conocimientos brindado en mi proceso de investigación.

A los pacientes por su colaboración desinteresada en la realización de la investigación.

INDICE

Dedicatoria	ii
Agradecimientos	iii
INDICE	iv
Índice de tablas	vii
Resumen.....	ix
Abstract	x
I. INTRODUCCIÓN.....	11
1.1. Descripción y formulación del problema	12
1.2. Antecedentes	14
1.2.1. Nacionales.....	14
1.2.2. Internacionales	19
1.3. Objetivos	23
1.3.1. Objetivo General.....	23
1.3.2. Objetivos específicos	23
1.4. Justificación e importancia.....	23
1.5. Hipótesis.....	24
1.5.1. Hipótesis General.....	24
1.5.2. Hipótesis Especificas	25
II. MARCO TEORICO	26

2.1.	Bases teóricas sobre el tema de investigación.....	26
2.1.1.	Principales ejes del apoyo social	27
2.1.2.	Dimensiones del apoyo social.....	28
2.1.3.	Modelos teóricos del apoyo social.....	29
2.1.4.	Factores que influyen en la percepción de apoyo social.....	30
2.1.5.	Apoyo social percibido y su influencia en los pacientes drogodependientes	31
2.2.	Riesgo de recaída	32
2.2.1.	Modelos de recaída	34
2.2.2.	Recaídas en pacientes drogodependientes	36
2.2.3.	Comunidad terapéutica	36
2.3.	Apoyo social percibido y riesgo de recaída en pacientes drogodependientes.....	38
III.	MÉTODO	41
3.1.	Tipo de investigación	41
3.2.	Ámbito temporal y espacial.....	41
3.3.	Variables.....	42
3.4.	Población y muestra	42
3.5.	Instrumentos	47
3.6.	Procedimientos	48
3.7.	Análisis de datos.....	49
3.8.	Consideraciones éticas	49

IV.	RESULTADOS.....	51
4.1.	Propiedades psicométricas de los instrumentos	51
4.1.1.	Evidencias de confiabilidad y validez del MOS	51
4.1.2.	Evidencias de confiabilidad y validez del AWARE 3.0	53
V.	DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	62
VI.	CONCLUSIONES	69
VII.	RECOMENDACIONES.....	70
VIII.	REFERENCIAS.....	71
IX.	ANEXOS	80

Índice de tablas

Tabla 1.	Distribución sociodemográfica de pacientes drogodependientes	45
Tabla 2.	Frecuencia de droga de inicio y adictiva de los pacientes drogodependiente	47
Tabla 3.	Coeficiente de confiabilidad del apoyo social percibido y sus factores	52
Tabla 4.	Correlación Ítem-test del cuestionario MOS	53
Tabla 5.	Prueba de Kolmogorov-Smirnov del cuestionario riesgo de recaída MOS	54
Tabla 6.	Categorías de los puntajes obtenidos en percentiles para el cuestionario riesgo de recaída 3.0	54
Tabla 7.	Coeficiente de confiabilidad del cuestionario AWARE 3.0	55
Tabla 8.	Correlación Ítem-test del cuestionario AWARE 3.0	55
Tabla 9.	Prueba de Kolmogorov-Smirnov del cuestionario riesgo de recaída AWARE 3.0	57
Tabla 10.	Categorías de los puntajes obtenidos en percentiles para el cuestionario riesgo de recaída 3.0	57
Tabla 11.	Estadísticos descriptivos de la variable apoyo social percibido y riesgo de recaída	58
Tabla 12.	Frecuencia de los niveles del apoyo social percibido	58
Tabla 13.	Frecuencia de los niveles de la variable riesgo de recaída	59
Tabla 14.	Resultados de la Prueba de Bondad de ajuste a la normalidad Kolmogorovo-Smirnov para la variable apoyo social percibido y riesgo de recaída	59
Tabla 15.	Resultados de la Prueba Kruskal Wallis para la variable apoyo social percibido según grupo de edad	60
Tabla 16.	Resultados de la Prueba Kruskal Wallis para la variable riesgo de recaída según grupo de edad	60

Tabla 17.	Valores de la prueba ‘U’ de Mann Whitney para determinar diferencias significativas en la variable apoyo social percibido según sexo	61
Tabla 18.	Valores de la prueba ‘U’ de Mann Whitney para determinar diferencias significativas en la variable riesgo de recaída según sexo	61
Tabla 19.	Resultados de la Prueba Kruskal Wallis para la variable apoyo social percibido según estado civil	62
Tabla 20.	Resultados de la Prueba Kruskal Wallis para la variable riesgo de recaída según estado civil	62
Tabla 21.	Correlación entre los puntajes de las variables apoyo social percibido y riesgo de recaída	63
Tabla 22.	Correlación entre los factores de la dimensión apoyo social percibido (funcional) y la variable riesgo de recaída	63

Resumen

La investigación tuvo como objetivo determinar la relación entre el apoyo social percibido y el riesgo de recaída en pacientes drogodependientes de comunidades terapéuticas de Lima Este. El estudio fue cuantitativo, descriptivo y correlacional. La población estuvo conformada por 206 pacientes drogodependientes de ambos sexos (128 varones y 78 mujeres) a los cuales se les administro el cuestionario de apoyo social percibido (MOS) y el cuestionario de Riesgo de Recaída AWARE 3.0. Los resultados obtenidos mostraron que la mayor proporción estaba en el rango de jóvenes (58.7%) y el grupo de mayor prevalencia (21.8%) fueron los que se encontraban llevando tratamiento entre dos y cuatro meses. Existiendo una correlación estadísticamente significativa ($p < .05$) entre el apoyo social percibido y el riesgo de recaída con una dirección inversa y débil ($r = -.204$). Se evidencio que las dimensiones apoyo emocional y apoyo afectivo presentaron correlación estadísticamente significativa ($p < 0.05$) con la variable riesgo de recaída y con una intensidad débil mientras que la dimensión apoyo instrumental no presentó correlación con el riesgo de recaída. Se concluyó que si existe una correlación entre ambas variables.

Palabras clave: apoyo social percibido, comunidades terapéuticas, riesgo de recaída

Abstract

The objective of the research was to determine the relationship between perceived social support and the risk of relapse in drug-dependent patients from therapeutic communities in Eastern Lima. The study was quantitative, descriptive and correlational. The population was made up of 206 drug-dependent patients of both sexes (128 men and 78 women) to whom the perceived social support questionnaire (MOS) and the AWARE 3.0 Risk of Relapse questionnaire were administered. The results obtained showed that the highest proportion was in the young range (58.7%) and the highest prevalence group (21.8%) were those who were undergoing treatment between two and four months. There is a statistically significant correlation ($p < .05$) between perceived social support and the risk of relapse with an inverse and weak direction ($r = -.204$). Likewise, it is evident that the emotional support and affective support dimensions presented a statistically significant correlation ($p < 0.05$) with the risk of relapse variable and with a weak intensity, while the instrumental support dimension did not present a correlation with the risk of relapse. It was concluded that there is a correlation between both variables.

Keywords: perceived social support, therapeutic communities, risk of relapse.

I. INTRODUCCIÓN

El apoyo social cumple un rol importante en la rehabilitación por ser un factor protector ante enfermedades crónicas favoreciendo en la adherencia al tratamiento.

En nuestro contexto la relación entre ambas variables resulta aún escasa. Motivo por el cual se busca aportar y profundizar el rol que cumple las dimensiones del apoyo social y el riesgo de recaída en las comunidades terapéuticas.

En el primer capítulo; se presentará el planteamiento del problema, posteriormente se expondrá la revisión de antecedentes internacionales y nacionales. Con ello se formuló los objetivos de investigación, hipótesis y justificación del estudio.

En el segundo capítulo; se mostrará una revisión de las bases teóricas del apoyo social percibido y riesgo de recaída los cuales nos servirán de fundamento en la explicación de ambas variables.

En el tercer capítulo; se expondrá la metodología de investigación donde se conocerá el tipo de investigación, población y sus características. Asimismo, se conocerá los instrumentos utilizados para la recolección de datos y el procedimiento con el cual se llevó a cabo la investigación y el procesamiento de los datos.

En la última parte se presentará los resultados entorno a las propiedades psicométricas de los instrumentos, la distribución de los datos, estadísticos descriptivos y medias del apoyo social percibido y riesgo de recaída según variables sociodemográficas y la correlación entre las variables donde se contrastará con las teorías y antecedentes de investigación. Finalmente se plantearán las conclusiones y recomendaciones para futuras investigaciones.

1.1. Descripción y formulación del problema

El consumo de sustancias psicoactivas en las últimas décadas ha presentado un incremento a nivel mundial lo cual lleva a enfocarnos en la relevancia de comprender y abordar el tema de las adicciones. El reciente informe dado en el 2021 por la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC, por sus siglas en Ingles) estima que alrededor de 275 millones de personas usaron drogas en todo el mundo durante el último año, 36 millones sufrieron trastornos por consumo de droga. Asimismo, la percepción que presenta el adolescente de la droga como perjudicial para la salud se redujo en 40% existiendo información sobre el riesgo que implica para la salud en consumidores habituales a larga duración. Estas cifras no son ajenas a lo que se vive en América del Sur.

En el Perú, el estudio que realizo el Centro de Información y Educación para la prevención del abuso de drogas (CEDRO) en el año 2017 mostro los resultados de 8352 encuestados donde se evidencia que la prevalencia de vida hacia una droga es cada vez mayor, entendiendo ello como un indicador general que refleja la tasa de personas que han usado una sustancia al menos una vez en su vida. Asimismo, la mayor oportunidad de ofrecimiento de droga en el país es la marihuana (26 de cada 100 personas), seguido por la PBC (10 de cada 100), la cocaína (8 de cada 100) y el éxtasis (3 de cada 10) siendo mayor en Lima que en provincias, salvo para el caso del éxtasis. Con respecto a las drogas más consumidas son las legales (alcohol y tabaco). La droga ilegal más consumida es la marihuana seguida por la PBC y la cocaína, siendo mayor en varones que en mujeres.

En los últimos años el consumo de drogas legales e ilegales han ido incrementándose en el país como se indicó líneas arriba, en el estudio realizado por CEDRO en 2015 determino que el problema de las drogas es un tema bastante relevante debido que se ha convertido en un elemento

casi central de la sociedad actual teniendo un gran impacto en la economía, salud pública y la geopolítica del país. Se evidencia que el acceso es reducido y deficiente en las personas con problemas de drogodependencia, se calcula que más del 80 % de personas consumidoras no ha podido acceder a los servicios de atención (UNODC, 2015). Es por ello que se presenta una mayor demanda en los servicios de rehabilitación debido a las diversas formas que se ha venido dando en su distribución siendo un aspecto muy grave y cada vez más visible en el país requiriendo mayor atención e intervención. En el Perú, según el Observatorio Peruano de Drogas con respecto a la situación laboral de las personas que buscan algún tipo de tratamiento 6 de cada 10 se encuentran desempleados o en un trabajo eventual lo cual lo limita poder acceder a un tratamiento (OPD, 2012).

Conociendo la realidad que atravesamos como sociedad es relevante comprender el proceso de rehabilitación el cual se involucran las personas consumidoras de sustancias psicoactivas asimismo conocer cómo influye los diversos factores en la abstinencia y por ende en la rehabilitación.

Las personas involucradas en el consumo de sustancias psicoactivas atraviesan recaídas conductuales a lo largo del tratamiento y posterior a ello se enfrentan a una mayor vulnerabilidad lo cual es relevante conocer las variables que refuerzan y son factores de protección dentro del campo de las adicciones. Sobre la recaída en pacientes drogodependientes. Marlatt (1993) manifiesto que la recaída es un proceso transitorio siendo una secuencia de acontecimientos que pueden, o no dar lugar a un retorno al nivel inicial. Existen evidencia de la relevancia que implica el apoyo social percibido en los tratamientos de rehabilitación en adicciones debido a los efectos positivos que genera en el bienestar y como factor preventivo en la reincidencia del consumo.

Las familias y amistades son un factor muy relevante en muchos casos para la adherencia al tratamiento, brindando confianza, optimismo, reduciendo la depresión y siendo factores de protección. Según Petearson (2013) menciona que la asistencia, apoyo de amigos y familiares han sido de mucho beneficio en la mejora de individuos que se encuentran inmersos en el consumo de drogas. La falta de apoyo social como sucede en la mayoría de personas drogodependientes, que se encuentran a la deriva en centros de rehabilitación, puede hacer que se sientan inseguros o rechazados, además de aumentar la vulnerabilidad a las influencias externas llevando a las recaídas o abandono del centro de rehabilitación y tratamiento (Petearson, 2013).

En función a lo señalado, la presente investigación tiene como objetivo identificar la asociación entre el apoyo social percibido y el riesgo de recaída que puedan presentar las personas drogodependientes en su proceso de tratamiento en comunidades terapéuticas de Lima Este, se formula la siguiente pregunta de investigación:

¿Qué relación existe entre el nivel de apoyo social percibido y riesgo de recaída en pacientes drogodependientes de Comunidades Terapéuticas de Lima Este?

1.2. Antecedentes

1.2.1. Nacionales

Arana (2022) presento una propuesta de programa preventivo de carácter descriptivo-propositivo de diseño no experimental donde examina la prevalencia del riesgo de recaída en pacientes con adicción de una Comunidad Terapéutica de Trujillo. La muestra estuvo conformada por una población censal de 45 pacientes varones de la “Comunidad Terapéutica Jesús y María” de la ciudad de Trujillo, cuyas edades oscilaban entre los 18 y 65 años. El instrumento empleado fue el Cuestionario de Riesgo de Recaída AWARE 3.0 elaborado por Miller y Harris en el 2000 y adaptado por Valles en el 2016 fue aplicado antes de iniciar la

primera sesión y al terminar la última sesión. El programa estuvo conformado por 18 sesiones con una duración de entre 60 a 70 minutos se llegó a tomar como referencia las sesiones los aportes teóricos de Gorski y Miller (1982). Los resultados evidenciados fueron que el 51,1 % de la población total estudiada tiene un nivel de riesgo de recaída promedio, 31,1 % posee un nivel bajo, 15,6 % tiene un nivel de riesgo muy bajo y el 2,2 % de la población se encuentra en un nivel alto de riesgo. Concluyendo en la importancia de elaborar programas de intervención con el objetivo de prevenir las recaídas, es por ello que en una de las sesiones incluyó los factores de protección y de riesgo lo cual servirán de soporte en la recuperación.

Abramonte (2019) investigo la relación entre motivación al cambio y riesgo de recaída en pacientes drogodependientes de cinco comunidades terapéuticas de Lima Sur. La investigación fue cuantitativa, correlacional y con diseño no experimental. La muestra estuvo conformada por 154 residentes en total, 111 varones y 43 mujeres en el cual sus edades oscilan entre los 18 y 65 años. Los instrumentos utilizados fueron la Escala de evaluación del cambio de la Universidad de Rhode Island (URICA) y el Cuestionario de Riesgo de Recaída AWARE 3.0. Los resultados que se obtuvo fueron que existe una relación estadísticamente significativa negativa débil entre la motivación al cambio y riesgo de recaída ($p < .05$) además se evidencia que no existen diferencias estadísticamente significativas en la motivación al cambio y riesgo de recaída con los estadios de pre contemplación, contemplación, acción y mantenimiento según sexo, edad y droga adictiva ($p > .05$). Se observa que de los encuestados el 51.9 % presenta un nivel promedio en motivación al cambio. Asimismo, se evidencio que existe una mayor cantidad de pacientes que se encuentran en el estadio de contemplación y una menor cantidad en el estadio de pre-contemplación. Se concluye que es importante la motivación en

el paciente ya que va generando un cambio en sus relaciones personales con los factores externos que apoyaran grandemente en dejar el consumo de las drogas.

Saavedra (2019) realizo una investigación correlacional de los esquemas desadaptativos tempranos y riesgo de recaída en internos de comunidades terapéuticas en Lambayeque en agosto de 2018. La muestra estuvo conformada por 127 internos de seis comunidades terapéuticas. Se utilizó el Cuestionario de esquemas de Young y el Cuestionario de riesgo de recaída Aware 3.0. Con respecto al análisis de datos utilizaron pruebas paramétricas, para evidenciar la relación, el coeficiente de correlación de Pearson y para la comparación, Anova de un factor y puntajes promedios. Los resultados obtenidos mostraron que existe relación muy significativa positiva entre los esquemas privación emocional, abandono, desconfianza, aislamiento social, inadecuación, fracaso, dependencia, vulnerabilidad, yo dependiente, subyugación, inhibición emocional, grandiosidad, autocontrol insuficiente y el riesgo de recaída; sin embargo, no se encontraron diferencias significativas en el riesgo de recaída según el tiempo de internamiento.

Solano (2017) estudia los estilos de afrontamiento y riesgo de recaída en adictos residentes en comunidades terapéuticas de Lima. El diseño fue no experimental, transversal y correlacional, utilizando una muestra bajo un diseño no probabilístico de tipo intencional conformada por 240 adictos de ambos sexos. Los instrumentos utilizados fueron el cuestionario de estimación del afrontamiento COPE y el cuestionario de riesgo de recaída AWARE 3.0 teniendo como uno de los objetivos encontrar diferencias significativas en el riesgo de recaída en relación a los estilos de afrontamiento. Dentro de los resultados se observó que existe una relación indirecta y significativa entre el Estilo de Afrontamiento dirigido a la Tarea y el riesgo de recaída ($r_s = - 0,323$ y $p \leq 0.05$), En cuanto al estilo de Afrontamiento

Emocional/Social con el riesgo de recaída se muestra que la relación no es significativa ($r_s = -0,56$ y $p \geq 0.05$), asimismo se encontró una relación directa y significativa entre el estilo de afrontamiento evitativo y el riesgo de recaída ($r_s = 0,414$ y $p \leq 0.05$). También mostro que no existe diferencias significativas entre las dimensiones orientado a la tarea, social/emocional y la evitación con el riesgo de recaída según sexos, edad y grado de instrucción. Se concluye que los residentes presentan entre las estrategias de afrontamiento más utilizadas la reinterpretación positiva y crecimiento, el afrontamiento religioso y la planificación. Entre las menos usadas en el grupo encuestado se encuentra el uso del humor y el desentendimiento conductual.

Valle (2018) realizo una investigación sobre la autoeficacia general y riesgo de recaída en adictos que llevan un tratamiento residencial en Comunidades Terapéuticas. El diseño fue correlacional. La muestra estuvo conformada por 129 adictos de ambos sexos de cinco comunidades terapéuticas de Lima, sus edades oscilaban entre los 14 y 67 años. Los instrumentos utilizados fueron la escala de autoeficacia general (EAG) y el cuestionario de riesgo de recaída AWARE 3.0 en el cual se realizó una prueba piloto previo al estudio. Los resultados que se obtuvieron fueron que existe una correlación inversa y altamente significativa ($r = -0,389$) de nivel moderado bajo entre los puntajes generales de Autoeficacia general y Riesgo de recaída ($p < 0.05$) también, hay un predominio del nivel promedio tanto de autoeficacia y riesgo de recaída del 53%. Concluyéndose que se evidencia diferencias significativas entre la autoeficacia general y el riesgo de recaída, además se halló que el riesgo de recaída se relaciona significativamente con las variables sociodemográficas de estado civil, ocupación y grado de instrucción mas no se relaciona según el sexo de los evaluados.

Rodríguez (2012) investigo la relación entre el afrontamiento y soporte social en pacientes adictos de un hospital psiquiátricos de Lima. La muestra estuvo conformada por 45 pacientes de 20 a 60 años de edad que tenga más de un mes en abstinencia. Los instrumentos utilizados fueron el Cuestionario de Estimación de Afrontamiento (COPE) y el inventario de Entrevista de Soporte Social de Arizona (IESSA). Los resultados obtenidos fueron que se encontraron correlaciones significativas directa e inversa entre casi todas las estrategias de afrontamiento y las funciones e índice de soporte social ($p < .05$). Asimismo, no se encontró predominancia de un estilo particular de afrontamiento siendo el estilo evitativo el menos utilizado y las estrategias de mayor uso fueron la reinterpretación positiva y acudir a la religión respectivamente, respecto al soporte social se observó que la red percibida fue mayor que la red efectiva, también obtuvieron diferencias significativas en afrontamiento y soporte social de acuerdo a las variables estado civil, reingreso a la comunidad terapéutica y comorbilidades psiquiátricas.

Anicama et al. (2001) realizaron una investigación sobre los niveles de calidad de vida y las características de la recaída de los consumidores de sustancias psicoactivas. El diseño utilizado fue descriptivo - comparativo. La muestra estuvo conformada por 67 sujetos adictos a sustancias psicoactivas con edades que oscilan entre los 21 a 41 años de ambos sexos siendo seleccionado de forma intencional. Los instrumentos utilizados fueron la Escala de calidad de vida de Olson y Barnes y el cuestionario de recaída para adictos a sustancias psicoactivas de Marlatt. Los resultados muestran que el puntaje total fue de 74,48 que corresponde a un percentil de 13 que lo ubica en un nivel inferior de mala calidad de vida, asimismo que las recaídas se asocian en un porcentaje mayor a los factores intrapersonales con un 76,12% a

diferencia de los factores interpersonales de 23,88%. Se concluye que existe una relación inversa entre el nivel de calidad de vida y consumo de sustancias psicoactivas.

1.2.2. Internacionales

Alcívar y Palacios (2021) realizaron una investigación sobre el apoyo sociofamiliar en personas consumidoras de estupefacientes en la etapa de rehabilitación. Se realizó encuesta a 19 internos del Centro de Tratamiento de adicciones “Luz Espiritual”. Se realizaron encuestas direccionadas al apoyo de amistades y familiares en la cual los resultados más significativos muestran que el 33% del total presenta la mayor calificación seguido del 28 % de los datos que determina que los pacientes no tienen ni mucha ni poca ayuda de sus familiares y amistades. Asimismo, la siguiente encuesta busco analizar la frecuencia con la que cuentan con las personas, familiares o amistades intimas que le brinden apoyo y/o demuestren confianza los resultados que se obtuvieron fueron que el 35% cuentan con alguien que puedan apoyarse el otro 20% indico que solo algunas veces tenían a alguien. La encuesta final busco determinar el trato que los internos tienen con su familia donde el 53% indicaron que se sienten bien con su familia 33% respondió que solo a veces se sentían satisfecho con el tiempo pasado con la familia. Se concluyó que la participación socio familiar es fundamental para lograr un tratamiento efectivo.

Chamorro (2019) realizo una investigación para describir el nivel de apoyo social percibido en los pacientes ambulatorio del Centro Provincial de Atención de las adicciones de la ciudad de Mar de Plata. La muestra estuvo conformada por 30 pacientes de ambos sexos seleccionadas intencionalmente, constituido por el grupo de etapa inicial y grupo de etapa avanzada considerando esta distribución por el tiempo de abstinencia. Los instrumentos utilizados fueron la entrevista y el Cuestionario de apoyo social percibido MOS (Sherbourne & Sterwart, 1991). Los resultados evidenciaron que los pacientes que pertenecían al grupo de

etapa inicial presentaban un apoyo social percibido medianamente escaso a diferencia de la etapa avanzada que contaba con un mayor apoyo social percibido. Las medias de la variable apoyo social percibido (funcional) fue de 54,69 puntos en el índice global, asimismo se alcanzó una media en los siguientes índices instrumental (10,88), índice emocional (22,5), índice de interacción social positiva (11,75) e índice afectivo (9,5). Los puntajes obtenidos en cada uno de los componentes del apoyo social percibido funcional, se encuentran 1 o 2 puntos por encima del punto de corte que determina la presencia de apoyo social para cada componente asimismo se evidencio que no existían diferencias estadísticamente significativas ni en los componentes del índice global ni en los componentes entre los dos grupos con respecto al apoyo social percibido en función del nivel de avance de los objetivos terapéuticos. Se concluye que los pacientes pertenecientes al grupo de etapa inicial presentan un apoyo social percibido medianamente escaso a diferencia del grupo de etapa avanzada asimismo que los comentarios positivos donde reconocían su esfuerzo personal por parte de los integrantes de su red de apoyo generaba sentimientos de reconocimiento corroborando así las hipótesis de la investigación.

Blanco y Jiménez (2015) investigaron los 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. La investigación fue cuantitativa, correlacional y transversal. Los instrumentos utilizados fueron Entrevista de Recaídas para Usuarios de Conductas Adictivas, Inventario de Situaciones Precipitantes de Recaídas, Escala de Control Atencional, Inventario de Habilidades de Afrontamiento, Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés, Escala Multidimensional de Apoyo Social Recibido, Escala de Dificultades en la Regulación Emocional, y Cuestionario Breve de Confianza Situacional. La muestra estuvo

conformada por 101 adolescentes, 68 hombres y 33 mujeres que reciben atención ambulatoria en el instituto mencionado anteriormente siendo la edad promedio los 16 años. Los resultados que se obtuvieron fueron que existe una relación positiva donde a mayor confianza situacional, mayores habilidades de afrontamiento asimismo es importante señalar la correlación positiva entre la escala multidimensional de apoyo social percibido con el inventario de habilidades de afrontamiento ($r=-.259, p<.05$) y con el cuestionario de confianza situacional BSCQ ($r=-.271, p<.05$) lo cual se demostró que el apoyo social específicamente el familiar es un factor protector para que el adolescente no recaiga con respecto a los datos obtenidos de la búsqueda de sensaciones positivas y el experimentar estados físicos negativos en las mujeres son factores de mayor riesgo para recaer en comparación a los hombres, situación que no se asocia al tipo de droga consumida. Se concluye que es importante crear estrategias encaminadas a incrementar la capacidad del paciente sobre el control atencional dentro de los propios programas de Prevención de Recaídas ya que las variables intrapersonales como regulación emocional (conductas dirigidas a metas), control atencional (atención focalizada), estados emocionales negativos y búsqueda de sensaciones positivas son factores de riesgo determinantes en las recaídas de consumo de drogas.

Grau-López et al. (2012) en su investigación sobre factores de riesgo en pacientes drogodependientes tras desintoxicación hospitalaria en adicciones tuvo como objetivo determinar el porcentaje de recaídas en el uso de drogas a los seis meses tras el alta de una unidad hospitalaria de desintoxicación, asimismo comparar las variables sociodemográficas, clínicas y terapéuticas entre los que recaen y los que se mantienen en abstinencia. La muestra estuvo conformada por 108 pacientes diagnosticados a trastorno de dependencia a sustancias. Los instrumentos utilizados fueron la entrevista semi-estructurada SCID-I y SCID-II para los

trastornos del eje I y eje II, y el registro de variables *ad hoc* con el fin del seguimiento. Los resultados obtenidos fueron que el porcentaje de pacientes que había recaído a los 6 meses tras el alta fue del 72,2% de los pacientes, y se mantuvieron abstinentes el 27,8% (n = 30) asimismo no se detectaron diferencias estadísticamente significativas con respecto a las variables demográficas (edad, género y estado civil).

Garmendia et al. (2008) evaluaron el rol que desempeña el apoyo social en la permanencia de la abstinencia del consumo de drogas. La muestra estuvo conformada inicialmente por 306 personas egresadas de ambos sexos; sin embargo, se logró establecer contacto a 153 trascurrido los seis meses lo cual en definitiva constituyeron la investigación sus edades se encuentran entre los 15 y 24 años. Los instrumentos utilizados fueron el cuestionario de MOS versión adaptada y validada en España asimismo el cuestionario de salud mental de Goldberg (GHQ- 12). Los resultados obtenidos mostraron un efecto protector en el modelo univariado (OR =0,98; IC 95% = 0,96-0,99) es decir que por cada punto de incremento en la escala de autopercepción de apoyo social se da una disminución en 3% con respecto a la dimensión cuantitativa no mostro significancia asociada con la recaída en el consumo. Se concluye con los datos proporcionados de que el apoyo social protege contra la reincidencia en el consumo al menos se ha evidenciado en los seis meses en abstinencia.

Barra y Méndez (2008) investigaron sobre los niveles de apoyo social percibido en adolescentes infractores y no infractores de ley. La muestra estuvo conformada por 53 sujetos de cada grupo, oscilando sus edades entre 14 a 18 años, todos del sexo masculino pertenecientes a la provincia de Linares, Chile. El instrumento aplicado fue el Cuestionario de Apoyo Social Percibido (Gracia, Herrero & Musitu, 2002) aplicándose de forma individual al grupo de adolescentes infractores y de forma colectiva para el grupo de no infractores. Los

resultados obtenidos indican que existe diferencias estadísticamente significativas en las dimensiones de apoyo emocional, consejo, instrumental, funcional total y apoyo percibido total, respecto a fuentes que conforman su red social se evidencia que los adolescentes infractores perciben menor apoyo social en comparación de los no infractores. Se puede concluir que los adolescentes infractores presentarían un menor ajuste psicosocial del entorno.

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo General

- Determinar la relación entre el apoyo social percibido y riesgo de recaída en pacientes drogodependientes de Comunidades Terapéuticas de Lima Este.

1.3.2. Objetivos específicos

- Determinar la validez y confiabilidad de los instrumentos de Apoyo Social Percibido y Riesgo de Recaída -AWARE 3.0 en pacientes drogodependientes de Comunidades Terapéuticas de Lima Este.
- Identificar el nivel de apoyo social percibido en pacientes drogodependientes de Comunidades Terapéuticas de Lima Este, según variables sociodemográficas.
- Identificar el riesgo de recaída en pacientes drogodependientes de Comunidades Terapéuticas de Lima Este, según variables sociodemográficas.
- Determinar la relación entre las dimensiones del apoyo social percibido y riesgo de recaída en pacientes drogodependientes de Comunidades Terapéuticas de Lima Este.

1.4. Justificación e importancia

La presente investigación permite conocer los niveles de apoyo social percibido como parte relevante que pueda influir en el riesgo de recaída en pacientes drogodependientes dichos

resultados obtenidos nos brindaran datos actualizados que serán de mucha utilidad en el contexto de las comunidades terapéuticas, durante la investigación a las variables no se han encontrado que se relacione directamente entre ellas a nivel nacional por ello la importancia de investigar ya que brindara un aporte científico para futuros estudios en este campo.

A nivel práctico, los resultados que se obtengan serán de gran aporte en el área de las adicciones en cuanto a que tipo de apoyo social percibido se ve relacionado con el riesgo de recaída permitiendo elaborar programas de intervención y/o prevención tanto para el paciente como hacia la familia brindando mayor conocimiento de la importancia de estas variables como parte de su proceso de rehabilitación. Asimismo, presentará una relevancia social ya que pretende contribuir en los manejos de los programas en pacientes drogodependientes para que posteriormente las autoridades de las instituciones puedan tener mayor información sobre la problemática y estrategias que permitan un adecuado programa de reinserción social.

1.5. Hipótesis

1.5.1. Hipótesis General

- Existe relación inversa y estadísticamente significativa entre el apoyo social percibido y el riesgo de recaída en pacientes drogodependientes de Comunidades Terapéuticas de Lima Este.

Ho: No existe relación inversa ni estadísticamente significativa entre el apoyo social percibido y riesgo de recaída en pacientes drogodependientes de Comunidades Terapéuticas de Lima Este.

1.5.2. Hipótesis Específicas

H1: Existe una relación significativa entre las dimensiones del apoyo social percibido y riesgo de recaída en pacientes drogodependientes de Comunidades Terapéuticas de Lima Este, según variables sociodemográficas.

Ho: No existe relación significativa entre las dimensiones del apoyo social percibido y riesgo de recaída en pacientes drogodependientes de Comunidades Terapéuticas de Lima Este, según variables sociodemográficas.

II. MARCO TEORICO

2.1. Bases teóricas sobre el tema de investigación

Cada vez más disciplinas reconocen los efectos positivos del apoyo social en la salud mental. López y Chacón (1999) investigaron las primeras nociones de apoyo social, que surgieron en los años setenta y ochenta con el estudio de Cassel y Cobb. En la década de 1990, varios estudios habían ofrecido definiciones contrapuestas, lo que llevó a los investigadores a la conclusión de que se trata de una variable continua con varias dimensiones (López y Chacón, 1999).

House (1981, citado por Dura y Garcés, 1991) definió el apoyo social desde un modelo conductual, entendiendo que son los acuerdos que se producen entre dos o más personas a través de un vínculo emocional en el que se proporciona apoyo a través de información, medios materiales y/o afecto, que puede ser percibido por familiares, amigos, vecinos o compañeros de trabajo (Jylhä y Aarnio, 2007).

Según Lin et al. (1986), el apoyo social se produce cuando amigos, familiares y conocidos proporcionan ayuda en forma de contribuciones materiales (instrumentales) o emocionales (expresivas). Según Hobfoll y Stoke (1988), la red de apoyo social de una persona está formada por las personas con las que mantiene interacciones sociales significativas y de las que obtiene un sentimiento de pertenencia y aceptación.

Según Huamán y Lupaca (2019), el sentido de apoyo social de un individuo es el resultado de cualquier compromiso con los individuos que conforman su red social con el objetivo de proteger y ayudar, independientemente de cuántas o cuán pocas sean esas personas. Como resultado de estas interacciones, una persona desarrolla la fortaleza mental y física para capear la adversidad (Ainsworth, 1973; Bowlby, 1969, como se citó en Gallardo y Barrón, 2013)), subrayando la importancia de los vínculos afectivos en la salud mental y considerando el apego a

una figura materna como un prerrequisito para aprender mecanismos efectivos de afrontamiento y alcanzar el máximo potencial. Aranda et al. (2001) coinciden en que el apoyo social es importante, y también señalan que es una variable clave en el estudio de los mecanismos de apoyo social, o redes de atención a la salud y la enfermedad; tal y cual como señalaría Cassel (1976).

2.1.1. Principales ejes del apoyo social

A. Niveles de apoyo social

Conforme a Hombrados (2013), existen tres tipos diferentes de apoyo social, cada uno de los cuales se explica en mayor profundidad a continuación.

- El nivel informal es el que se desarrolla como resultado de las conexiones más personales, ya sea con un cónyuge, miembros de la familia o amigos cercanos. Es esencial, ya que contribuye a la salud y el bienestar general.
- El nivel medio, también conocido como redes sociales, se refiere al ámbito o entorno al que está vinculado el individuo. Por ejemplo, la oficina, el aula, el dormitorio, etc.
- Nivel macro o comunitario: Este nivel surge de la necesidad de relacionarse en un ámbito mayor, siendo estas la integración con la comunidad en su conjunto. Nivel micro o individual: Este nivel se desarrolla a partir del deseo de relacionarse en un ámbito más pequeño.

B. Funciones del apoyo social

Herrero (2004) identifica dos funciones del apoyo social, que se examinarán con más detalle en los párrafos siguientes.

- Función expresiva: esta función se relaciona con la expresión de sentimientos a través de compartirlos con las personas del entorno, ya sea un miembro de la familia, un amigo o

cualquier otra persona. Buscar sentirse mejor para poder soltar los sentimientos de rabia y malestar que puedan estar presentes (Herrero, 2004).

- Función instrumental: Esta función está relacionada con la ayuda que se puede prestar, incluido el asesoramiento como una especie de ayuda material (Herrero, 2004).

2.1.2. Dimensiones del apoyo social

a) Apoyo estructural o cuantitativo

La siguiente dimensión también se conoce como dimensión "Red social", y está relacionada con el número de personas con las que una persona prefiere relacionarse y a las que recurre en caso de cualquier problema o que necesite el individuo para poder afrontarlo. Esto puede incluir a la familia, los amigos, las dificultades matrimoniales y otros tipos de relaciones. Mostrará ciertas cualidades como el tamaño, la frecuencia de contacto, la composición, la densidad, el parentesco, la homogeneidad y la fuerza. Se mostrarán estas características. De acuerdo con estas funciones de la red y sus propiedades, la forma más eficaz de satisfacer una necesidad es hacerlo (Alonso et al., 2013).

b) Apoyo funcional o cualitativo

Este factor depende en gran medida de la perspectiva del propio individuo sobre la accesibilidad de la ayuda. Barra (2004), escribiendo en 2004, destacó la importancia del entorno de una persona en cuanto a su calidad y cualidades. Las cuatro categorías de apoyo social identificadas por Sherbourne y Stewart (1991) - emocional, informativo, instrumental y afectivo- se analizarán en mayor profundidad a continuación.

- Apoyo emocional, que incluye expresiones de amor y simpatía. El apoyo emocional generalmente se considera fundamental, ya que es lo primero en lo que la gente piensa cuando escucha la palabra "apoyo". En este contexto, se refiere a consejos u otra

información que responde a las preguntas de una persona o elimina sus preocupaciones (Sullon, 2018).

- Asistencia informativa se refiere a compartir conocimiento para ayudar a otros a enfrentar situaciones difíciles. A diferencia de la ayuda instrumental, la asistencia informativa no proporciona una solución, sino que capacita al receptor para satisfacer sus propias necesidades.
- El apoyo material e instrumental cae bajo la categoría de "apoyo instrumental". "Tangible" o respaldo "material" es otro nombre para ello (Alva, 2016, citado en Osorio, 2019). En este contexto, el "apoyo" se refiere a la ayuda directa en forma de reducción de cargas financieras o relacionadas con servicios (Sullon, 2018). Gestos afectuosos y amables por parte del círculo más cercano de una persona son ejemplos de apoyo afectivo.
- Interacciones sociales agradables, que pueden incluir compartir tiempo con amigos y familiares y disfrutar de su compañía mientras se relajan y se divierten haciendo cosas.

2.1.3. Modelos teóricos del apoyo social

Los siguientes modelos teóricos son tomados de la clasificación tradicional del apoyo social (López y Chacón, 1999).

A. Teoría de los efectos principales o directos

Según esta hipótesis, la salud y la felicidad de una persona pueden mejorar gracias a su red social, aunque esté sometida a mucho estrés (López y Chacón, 1999, como se referencia en Baca, 2013). Existen dos posibles mecanismos de acción para los efectos positivos del apoyo social en la salud y la prevención de enfermedades: el primero es el refuerzo de las buenas conductas y el segundo es la prevención de las no saludables (Alonso et al., 2013).

B. Teoría del efecto amortiguador o de los efectos protectores

Según esta visión, el apoyo social funciona como factor protector (controlando los efectos negativos) y favorece el proceso de adaptación del individuo cuando éste se expone en solitario a una circunstancia estresante (López y Chacón, 1999, citado en Baca, 2013). Ahora se plantean dos hipótesis a comprobar. La primera hipótesis propone que cuando una persona se ve expuesta a un acontecimiento estresante, el apoyo social actuará proporcionando una perspectiva diferente de la situación y posibilitando la adquisición de nuevas estrategias de afrontamiento, que serán de gran ayuda para evitar las alteraciones emocionales negativas que puede generar la falta de apoyo. La segunda hipótesis sostiene que la confianza de una persona aumentará tras un acontecimiento estresante porque el individuo habrá tenido tiempo de reflexionar y analizar las circunstancias, lo que le dará acceso a más recursos personales y profesionales propios.

2.1.4. Factores que influyen en la percepción de apoyo social

a) Factores culturales

Está claro que las diferencias culturales tienen un papel importante en la forma en que las personas entienden la asistencia social que reciben. Las culturas que valoran la independencia, la autosuficiencia y el control interno (Green y Rodgers, 2001; Cutrona et al., 1997; Thomson, Lutz, y Lakey, 1999; Barron, 1996; Asili y Julian, 1998; como se cita en Rodríguez, 2011) tienden a ser vistas más favorablemente que aquellas que valoran el apoyo de los demás (Rodríguez, 2011).

b) Factores psicológicos

Según investigaciones previas (Sarason et al., 1990; Aduna, 1998; Green y Rodgers, 2001; Henly et al., 2005; Solomon et al., 1988; citado en Rodríguez, 2011), los esquemas y creencias preexistentes de una persona colorean su interpretación y percepción del apoyo.

Acuña & Bruner (1999), Aduna (1998), Gurung et al. (1997), y Sarason et al. (1990, citados en Rodríguez, 2011), encuentran que las personas que son ms extrovertidas y socialmente competentes informan sentirse ms satisfechas consigo mismas. Sin embargo, aquellos que sufren de baja autoestima y ansiedad informan sentir menos apoyo social, a menudo atribuyendo estos sentimientos a defectos en su propio carácter o en sus entornos sociales y físicos (Daniels y Guppy, 1997; Gurung et al., 1997; Sarason et al., 1983; Aduna, 1998; citado en Rodríguez, 2011).

c) Factores sociales

Los niveles de estrés y ansiedad de un individuo se ven afectados por su entorno social, ya que se ha demostrado que esto tiene un impacto negativo en su capacidad para formar y mantener relaciones saludables (Domínguez y Watkins, 2003; citado en Rodríguez, 2011).

d) Factores socioeconómicos

En las sociedades prósperas, los miembros de la familia pueden mantenerse y apoyarse mutuamente sin las limitaciones de la pobreza (Abello et al., 1997; citado en Rodríguez, 2011). Sin embargo, esta dinámica cambia cuando los miembros de la familia viven en la pobreza. Como resultado, las redes sociales comunitarias se convierten en una fuente de apoyo clave y extremadamente importante (Ahluwalia et al., 1998; Latkin y Curry, 2003; Orthner et al., 2004; citado en Rodríguez, 2011).

2.1.5. Apoyo social percibido y su influencia en los pacientes drogodependientes

Según las investigaciones de Cobb y Cassel (1976), los efectos psicológicos y fisiológicos negativos de verse sometido a una circunstancia estresante o desafiante se mitigan cuando se cuenta con el apoyo de amigos y familiares afectuosos. En consecuencia, la implicación y el compromiso de la familia para ayudar al drogadicto son cruciales para el éxito del programa de tratamiento y la recuperación a largo plazo del adicto.

La presión familiar es un factor importante para que un individuo continúe o no consumiendo drogas psicoactivas, como afirman Casas y Gossop (1993). Evaluar los niveles de apoyo social percibido en pacientes que consumen sustancias psicoactivas es importante porque tiene un impacto significativo en los niveles de satisfacción personal de los pacientes, así como en sus niveles de depresión y soledad (Richaud de Minzi y Sacchi, 2004, citados en Rodríguez, 2011).

2.2. Riesgo de recaída

No existe una definición única y consensuada de riesgo, sino que los riesgos se evaluarán desde dos puntos de vista distintos: el del individuo y el del grupo. Por ejemplo, desde una perspectiva real y social, el riesgo de una catástrofe se vería como un riesgo objetivo, incontrolable ya que no se puede hacer nada al respecto porque es algo natural; sin embargo, dicho riesgo sería previsible si viniera precedido de un resultado. Izquierdo (2002) descubrió que es posible predecir los efectos sobre la salud del consumo de alcohol comparando las cantidades consumidas por hombres y mujeres, con la salvedad de que las mujeres son más susceptibles a sus efectos. Algunas personas pueden ser más susceptibles que otras, lo que, a nivel de riesgo real-individual, representa un peligro mayor; si a esto añadimos una actividad peligrosa, los resultados serían aún menos deseables. Las distintas situaciones se percibirán en función del propio conjunto de percepciones y creencias de la persona, de ahí que el nivel subjetivo y la evaluación individual sean tan importantes. A lo largo de los años, se han propuesto varias teorías y explicaciones de la recaída basadas en la investigación del fenómeno.

La recaída se describe como un periodo de tiempo que un adicto experimenta al menos dos veces a lo largo de la terapia y que se considera típico dentro del proceso terapéutico (NIDA, 2008). Por ello, mantener la abstinencia a lo largo del tratamiento requiere mucha fuerza de voluntad, dedicación e inspiración.

La recaída también es descrita por Solano (2017) como el inicio del consumo después de un periodo de sobriedad. La recaída es el retorno de las ideas, actitudes y comportamientos adictivos después de un tiempo de sobriedad, según lo descrito y explicado por Chiauzzi (1991). En la recaída intervienen variables biológicas, psicológicas y sociales asimismo las diferencias individuales en el historial de aprendizaje tales como el funcionamiento físico, la predisposición psicológica y el entorno tienen un papel en la determinación de la importancia relativa de estos componentes.

Según Grant y Hadgson (1992), las recaídas son comunes en situaciones de adicción; son menos comunes después de los primeros seis meses, pero siguen siendo posibles después de la terapia. Según Leukefeld y Tims (1989), esto puede resumirse desde cuatro puntos de vista teóricos distintos.

- Las causas fisiológicas del hambre y el apetito son variables predisponentes.
- El estrés, las creencias erróneas sobre el consumo de drogas y los planteamientos al respecto, y las emociones desagradables son factores de riesgo a nivel cognitivo.
- Conductuales: señales ambientales de alto riesgo que inician el consumo de drogas.
- El acceso a la droga y la presión social para consumirla son dos factores ambientales.

Según Marlatt (1993) la prevención de recaídas es un programa de autocontrol diseñado para ayudar a los individuos a anticipar y afrontar los problemas de recaída en el cambio de conductas adictivas.

Tejero et al. (1993), indicaron que los miembros de los grupos de apoyo Alcohólicos Anónimos y Narcóticos Anónimos aportaron el concepto de "recaída seca" para explicar cómo la recaída es la culminación de una serie de acciones negativas más que un suceso inmediato.

De acuerdo con Graña (1994), la recaída se produce cuando un individuo vuelve a sus antiguos hábitos de consumo de alcohol tras un período de abstinencia de al menos tres meses. Se supone que el individuo ya se ha propuesto realizar los cambios deseados y está decidido a conseguirlo.

2.2.1. Modelos de recaída

Mientras que algunos modelos de recaída adoptan un punto de vista absolutista, de "todo o nada", otros prefieren dar a la recaída un significado más matizado, caracterizándola como un proceso que ocurre durante la rehabilitación y no como un fenómeno binario y discreto (Marlatt, 1993).

A continuación, se detallarán alguno de estos modelos.

a) Modelo de Interacción persona-situación

Litman (1986) analiza qué puede llevar a una recaída. Este enfoque considera la interacción dinámica entre las circunstancias de riesgo de un individuo, sus estrategias de afrontamiento y la forma única en que interpreta esas circunstancias. Las encuestas cualitativas que incluyen el riesgo y el desencadenamiento de la recaída fueron desarrolladas por Litman (1986, citado en Cortés y Pascual, 2005).

b) Modelo de Autoeficacia y Expectativas de Resultado

Este modelo tiene en cuenta la perspectiva de la persona sobre su capacidad para abstenerse y los resultados que espera obtener al hacerlo (sus "expectativas de resultados"). La teoría de la autoeficacia de Bandura (Cortés y Pascual, 2005) sirve de base teórica para este paradigma. Según Donovan y Chaney (1985), a los que hacen referencia Cortés y Pascual (2005), el modelo propone que la percepción deficiente de la autoeficacia y las expectativas negativas excesivas son los principales impulsores del abuso de sustancias.

c) Modelo de Cognición y Apreciación de Valores

Según Sánchez-Craig (1976), referenciado en Cortés y Pascual (2005), este paradigma es el más significativo en el proceso de recaída, ya que se refiere a la percepción que el individuo tiene de una circunstancia.

d) Modelo Transteórico desarrollado por Prochaska y DiClemente

Los autores del presente trabajo sostienen que el proceso de transformación es dinámico y en espiral, y no lineal, como se pensaba anteriormente. Los investigadores se basaron en numerosos estudios para crear un modelo de transformación multinivel y multietapa (Graña, 1994).

Los niveles de cambio se ven reflejado a cómo van modificándose los síntomas, cogniciones distorsionadas, conflictos intrapersonales e interpersonales. Los estadios de cambio tienden a representar una dimensión temporal en la persona. Los autores formulan que la persona luego de una recaída no regresara necesariamente a un proceso irreversible, sino que podría ubicarse a uno de los estadios de cambio ya sea el de precontemplación, contemplación, preparación, acción o mantenimiento (Graña, 1994; Prochaska et al., 2013).

e) Modelo Cognitivo Conductual de Marlatt y Gordon

El enfoque cognitivo-conductual de este modelo se ve respaldado por investigaciones en los campos del condicionamiento clásico, operante y social, lo que lo convierte en uno de los marcos más completos para comprender y tratar la adicción. Según Marlatt y Gordon (1985), los beneficios a corto plazo del uso de drogas psicoactivas hacen que las personas pasen por alto las posibles consecuencias negativas. Se propone que el deseo surge en respuesta a señales del entorno, y estas señales dan lugar a una acumulación de "decisiones aparentemente irrelevantes" que finalmente conducen a una recaída. Dividen estos factores en dos categorías: personales y

sociales. La primera incluye la autoeficacia, las expectativas de resultados, el deseo, la motivación, el afrontamiento y las emociones negativas como la frustración, la ira, la ansiedad, el aburrimiento y la soledad. La segunda se relaciona con la presión de compañeros y de la sociedad.

f) Modelo de Gorski y Miller

Estos autores estudiaron a personas que luchaban contra la adicción y habían tenido recaídas en varias ocasiones. Identificaron 37 señales de advertencia antes de una recaída, lo que, según los investigadores, señala varias etapas de recuperación (Gorski, 2013): estabilización, recuperación temprana, recuperación intermedia, recuperación tardía y mantenimiento. Según alcohólicos que habían sido monitoreados antes de su primer trago, estos autores detallaron los signos que podrían indicar una recaída (Gorski y Miller, 1982, citados en Álvarez, 2011).

2.2.2. *Recaídas en pacientes drogodependientes*

Los pacientes que se recuperan de una drogadicción se enfrentan al riesgo muy real de recaer a lo largo de sus periodos de sobriedad. Según el Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (NIDA), los adictos en recuperación que consumen sustancias psicoactivas tienen una tasa de reincidencia comparable a la de las personas con trastornos crónicos que tienen componentes tanto fisiológicos como conductuales.

En cuanto a los orígenes de la actividad ilegal, Valdenegro (2005) cita una serie de estudios que apuntan al microsistema del individuo y su familia como escenario principal.

2.2.3. *Comunidad terapéutica*

Las comunidades terapéuticas ofrecen terapia residencial en un entorno libre de drogas, en el que los pacientes progresan a través de una serie de fases definidas en función de su capacidad demostrada para asumir grados crecientes de responsabilidad personal y social. La autoayuda

como herramienta para el proceso de transformación es muy eficaz cuando se combina con el apoyo social de otras personas en situaciones similares (NIDA, 2003).

a) Características definatorias de las comunidades terapéuticas

Existen tres fases principales de recuperación en las comunidades terapéuticas (CT) (NIDA, 2003).

- Etapa 1: En la primera fase, que dura los primeros 30 días, se introduce al individuo en la filosofía y la cultura de la CT, al tiempo que se familiariza con el personal y los demás alumnos. El residente comienza a realizar un examen interno en el que toma conciencia de sus propios puntos fuertes y deficiencias, así como de la naturaleza de su adicción.
- Etapa 2: La estructura jerárquica de la terapia descrita anteriormente sirve para que el residente tenga claros los objetivos terapéuticos de cada nivel. Se expone al residente a métodos que facilitan un cambio de paradigma sobre el consumo de drogas.
- Etapa 3: Se proporciona terapia individual y familiar, así como orientación educativa al residente a medida que se reintegra en la sociedad. Al finalizar la terapia, se insta encarecidamente a los residentes a que se unan a organizaciones de este tipo (NIDA, 2003).

b) Las comunidades terapéuticas en el Perú

La mayoría de las comunidades terapéuticas en Perú tienen un enfoque más informal, carecen de la experiencia y la capacidad para implementar un programa con una inclinación científica, ya que están motivadas principalmente por el beneficio económico. En otros casos, las CT declararon que no seguían los requisitos de la legislación 29765 y el reglamento D.S. 006-2012/SALUD, lo que daba lugar a que los pacientes estuvieran en régimen de aislamiento sin avanzar en el tratamiento. Todas las CT que están vinculadas a la Asociación Peruana de

Comunidades Terapéuticas (APTC), creada en 1995 y miembro de la Federación Latinoamericana de Comunidades Terapéuticas y de la Federación Mundial de Comunidades Terapéuticas, tienen personería jurídica (DEVIDA, 2010).

2.3. Apoyo social percibido y riesgo de recaída en pacientes drogodependientes

La lucha contra la adicción a sustancias psicoactivas es un desafío complejo que requiere no solo tratamiento, sino también apoyo social para garantizar una recuperación efectiva y duradera. En este contexto, el apoyo social percibido juega un papel fundamental en la prevención de recaídas en pacientes drogodependientes. Se ha demostrado que la percepción de apoyo de amigos y familiares afectuosos puede tener un impacto significativo en los niveles de satisfacción personal, así como en la reducción de la depresión y la soledad en estos pacientes (Richaud de Minzi y Sacchi, 2004).

El apoyo social es un concepto amplio que incluye la disponibilidad de ayuda emocional, información, medios materiales y afecto de la red social del individuo (Jylhä y Aarnio, 2007). Según la investigación, las personas que cuentan con una red de apoyo sólida tienen una mayor probabilidad de mantener la abstinencia a lo largo del tratamiento, ya que este apoyo proporciona una perspectiva diferente de la situación y posibilita la adquisición de nuevas estrategias de afrontamiento para evitar las alteraciones emocionales negativas que pueden llevar a la recaída (Graña, 1994).

El apoyo social se compone de diversas dimensiones, incluyendo el apoyo estructural o cuantitativo y el apoyo funcional o cualitativo. El apoyo estructural se refiere al número de personas con las que el individuo se relaciona y a las que recurre en busca de ayuda, mientras que el apoyo funcional se relaciona con la percepción del individuo sobre la accesibilidad de la ayuda

y las categorías de apoyo social, que incluyen el apoyo emocional, la asistencia informativa, el apoyo material e instrumental, y las interacciones sociales agradables (Sullon, 2018).

Los factores que influyen en la percepción de apoyo social en pacientes drogodependientes son diversos y van desde factores culturales hasta socioeconómicos. Las diferencias culturales desempeñan un papel importante en la forma en que las personas entienden y valoran el apoyo social. Las culturas que fomentan la independencia y la autosuficiencia a menudo tienden a ver el apoyo de los demás de manera menos favorable (Rodríguez, 2011). Además, los factores psicológicos, como los esquemas y creencias preexistentes de una persona, influyen en su percepción del apoyo (Sarason et al., 1990).

Los niveles de estrés y ansiedad en el entorno social también influyen en la percepción de apoyo social, ya que se ha demostrado que tienen un impacto negativo en la capacidad de formar y mantener relaciones saludables (Domínguez y Watkins, 2003). Por último, los factores socioeconómicos también desempeñan un papel significativo. En sociedades prósperas, los miembros de la familia pueden apoyarse mutuamente sin las limitaciones de la pobreza, pero cuando los miembros de la familia viven en la pobreza, las redes sociales comunitarias se convierten en una fuente clave de apoyo (Rodríguez, 2011).

La prevención de recaídas en pacientes drogodependientes es un aspecto crucial del tratamiento. Varios modelos teóricos, como el Modelo de Interacción persona-situación de Litman (1986), el Modelo de Autoeficacia y Expectativas de Resultado (Cortés y Pascual, 2005), el Modelo de Cognición y Apreciación de Valores (Sánchez-Craig, 1976) y el Modelo Transteórico de Prochaska y DiClemente (Graña, 1994), han proporcionado perspectivas valiosas sobre los factores que contribuyen a la recaída y cómo prevenirla.

El Modelo Cognitivo Conductual de Marlatt y Gordon (1985) destaca por su enfoque integral y es respaldado por investigaciones en condicionamiento clásico, operante y social. El modelo propone que la prevención de recaídas implica anticipar y abordar problemas potenciales a través del autocontrol.

Por otro lado, el Modelo de Gorski y Miller (Gorski, 2013) se enfoca en identificar señales de advertencia antes de una recaída, lo que permite una mejor comprensión y manejo de las etapas de recuperación de pacientes drogodependientes, incluyendo las siguientes etapas tales como la estabilización, recuperación temprana, recuperación intermedia, recuperación tardía y mantenimiento.

En resumen, el apoyo social percibido desempeña un papel crucial en la prevención de recaídas en pacientes drogodependientes. Los diferentes modelos teóricos proporcionan una comprensión más profunda de los factores que influyen en la recaída y las estrategias para prevenirla. La combinación de un sólido apoyo social con enfoques terapéuticos efectivos es esencial para garantizar el éxito del tratamiento y la recuperación a largo plazo de los pacientes con adicción a sustancias psicoactivas.

III. MÉTODO

3.1. Tipo de investigación

La presente investigación es de tipo cuantitativa y nivel correlacional ya que se pretende establecer la relación entre la variable de apoyo social percibido y riesgo de recaída mediante una recolección de datos se midió y evaluó las características de ambas variables mencionadas.

La investigación fue realizada bajo un diseño no experimental de corte transversal, pues según Hernández-Sampieri y Mendoza (2018) refieren que es un estudio donde se pretende observar o medir variables en un contexto cotidiano del sujeto para desarrollar un análisis, sin buscar conseguir un efecto o cambio en los sujetos y es transversal porque los datos fueron recolectados en un solo momento.

3.2. Ámbito temporal y espacial

La presente investigación se desarrolló en cuatro comunidades terapéuticas de Lima Este donde se encuentran llevando tratamiento residencial los evaluados. La cantidad de residentes en cada comunidad varía entre un mínimo de 29 y un máximo de 100 residente aproximadamente con edades que oscilan entre los 16 y 65 años que presentan problemas con el uso, abuso y dependencia a sustancias psicoactivas. Estas comunidades terapéuticas brindan un programa sistemático de tratamiento de rehabilitación y reinserción socio-familiar desde una perspectiva multidisciplinaria a través del cual buscan un abordaje integral que presenta como uno de los objetivos brindar a los residentes una calidad de vida funcional y adaptativa.

Actualmente en las comunidades terapéuticas se está dando un mayor acceso a diferencia del año anterior que se vivió el estado de emergencia por el Covid-19. La recolección de datos se realizó a mediados del año 2022 previa autorización para el acceso a las comunidades, se realizó con el protocolo de bioseguridad como medida de prevención.

3.3. Variables

- **Apoyo social percibido**

El apoyo social percibido consiste en contar con personas de su entorno que le escuchan, brinde confianza, muestra de cariño y preocupación. Las conversaciones que presenta con las personas de su entorno influyen y apoyan a la persona en su estado emocional (Rizo et al., 2002).

- **Riesgo de recaída**

El riesgo de recaída va surgiendo de forma progresiva inicialmente se ve dado por una serie de síntomas leves que muchas veces tiende a pasar desapercibido hasta que se convierte en síntomas severos donde el sujeto se enfrenta a una mayor presión del estrés, rompiendo la estructura social, negación, pérdida de autocontrol, etc que llega a favorecer la posibilidad de consumir sustancia psicoactiva Gorski y Miller (citado por Álvarez, 2011).

3.4. Población y muestra

La población estuvo conformada por 206 residentes en total de las cuatro comunidades terapéuticas de Lima Este, de sexo masculino y femenino, cuyas edades fluctúan entre los 18 a 63 años. Se empleó un muestreo no probabilístico de tipo intencional debido a las características de los participantes y por su accesibilidad.

• **Criterios de Inclusión**

- Tener entre 18 y 63 años de edad.
- Pacientes del género masculino y femenino.
- Pacientes que se encuentren llevando un tratamiento residencial en las comunidades terapéuticas de Lima Este.

- Criterios de Exclusión
 - Pacientes menores a 18 años.
 - Pacientes con enfermedades mentales grave que le impida poder responder los cuestionarios.
 - Pacientes que realicen un tratamiento ambulatorio.

En la Tabla 1, se muestra que la mayor proporción de pacientes drogodependientes de las comunidades terapéuticas fueron del sexo masculino (62.1%). Respecto a la edad, el grupo con mayor proporción corresponde a los jóvenes (58.7%). En cuanto al estado civil el grupo con mayor tamaño fue de solteros (69.4%). En cuanto al grado de instrucción el mayor porcentaje fueron los que culminaron la secundaria completa (26.7%). El rango de tiempo de consumo fue de 2 a 5 años (28.2%). El tiempo máximo de abstinencia fueron los que se encontraban con más de 12 meses (36.9%). Con respecto a la ocupación se encontraban trabajando (46.1%). El rango con mayor tamaño del tiempo de internamiento fueron los que se encontraban de 2 a 4 meses (21.8%). Respecto a los antecedentes policiales se observa que el mayor porcentaje se encontró en los que no presentaban (58.3%). Asimismo, el número total de internamiento que indicaron fue de 1 vez (54.4%). Por último, acerca del intento por abandonar el consumo un porcentaje mayor mencionaron que intentaron al menos una vez (84%).

Tabla 1*Distribución sociodemográfica de pacientes drogodependientes*

Variable	Categorías	<i>n</i>	%
Sexo	Hombre	128	62.1%
	Mujer	78	37.9
Grupo por edad	Joven	121	58.7
	Adulto	78	37.9
	Adulto mayor	7	3.4
Estado civil	Soltero(a)	143	69.4
	Casado(a)	17	9.3
	Separado(a)	15	7.3
	Divorciado(a)	12	5.8
	Conviviente	19	9.2
Grado de instrucción	Primaria completa	3	1.5
	Secundaria incompleta	26	12.6
	Secundaria completa	55	26.7
	Técnico incompleto	27	13.1
	Técnico completo	21	10.2
	Superior incompleto	53	25.7
	Superior completo	21	10.2
Tiempo de consumo	Menos de 2 años	39	18.9
	2 a 5 años	58	28.2
	6 a 10 años	48	23.3
	11 a 15 años	22	10.7
	Más de 16 años	39	18.9
Tiempo máximo en abstinencia	Menos de 1 mes	24	11.7
	1 a 3 meses	22	10.7
	4 a 6 meses	45	21.8
	7 a 11 meses	39	18.9
	Más de 12 meses	76	36.9
Ocupación	Estudio	27	13.1

	Trabajo	95	46.1
	Ninguna actividad	25	12.1
	Actividades ilícitas	24	11.7
	Trabajo y actividades ilícitas	22	10.7
	Estudio y trabajo	6	2.9
	Estudio y actividades ilícitas	4	1.9
Tiempo de internamiento actual	Menos de 1 mes	25	12.1
	2 a 4 meses	45	21.8
	5 a 6 meses	27	13.1
	7 a 9 meses	35	17.0
	10 a 12 meses	32	15.5
	Más de 12 meses	42	20.4
Antecedentes policiales	Sí	86	41.7
	No	120	58.3
Total de internamientos	1 vez	112	54.4
	2 veces	54	26.2
	3 veces	12	5.8
	Más de 3 veces	28	13.6
¿Ha intentado abandonar el consumo?	Sí	173	84
	No	33	16

Nota: cantidad de participantes (*n*)

En la Tabla 2, se observa el mayor porcentaje de droga de inicio al alcohol (71.4%). Respecto a la droga adictiva con mayor porcentaje se encuentra al alcohol (40.3%) seguido de la marihuana (29.6%).

Tabla 2*Frecuencia de droga de inicio y adictiva de los pacientes drogodependiente*

Droga de inicio	Sí		No	
	f	%	f	%
Alcohol	147	71.4	59	28.6
Marihuana	43	20.9	163	79.1
Pasta básica de cocaína	14	6.8	192	93.2
Clorhidrato de cocaína	9	4.4	197	95.6
Crack	2	1.0	206	99.0
Ketamina	1	0.5	205	99.5
Otros	25	12.1	181	87.9

Droga adictiva	Sí		No	
	f	%	f	%
Alcohol	83	40.3	123	59.7
Marihuana	61	29.6	145	70.4
Cocaína	41	19.9	165	80.1
PBC	44	21.4	162	78.6
Crack	15	7.3	191	92.7
Otros	23	11.2	183	88.8

3.5. Instrumentos

- ***Cuestionario de apoyo social percibido (MOS)***

El cuestionario de apoyo social percibido fue creado por Sherbourne y Stewart en 1991 en EE.UU. Está compuesta por 20 ítems. Presenta como objetivo medir el apoyo social percibido a nivel estructural y funcional. La administración puede ser a nivel individual o colectiva. El cuestionario tiene un formato Likert de 5 opciones de respuestas. Los ítems están agrupados en dos dimensiones. La primera es de apoyo social estructural que evalúa el tamaño de la red, está conformada por el ítem número 1 de respuesta abierta. La segunda dimensión está conformada por tres indicadores que vienen hacer el apoyo emocional/informacional, afectivo e instrumental.

El presente cuestionario evalúa tanto características cuantitativas y cualitativas del apoyo social. Con respecto a las características cuantitativas se observa de forma más objetiva a la red de apoyo social comprendiendo el tamaño y densidad, evidenciando ello en el primer ítem con la formulación de la siguiente pregunta *¿cuántos amigos íntimos y familiares cercanos tiene Ud.?* A lo que el evaluado coloca la respuesta. Asimismo, en las características cualitativas evalúa las consecuencias o efectos que le brindan a la persona el acceso y conservación de sus relaciones sociales que se encuentran del ítem 2 al 20 siendo este formato de respuestas de tipo Likert. Por tanto, a mayor puntaje, mayor percepción de apoyo social.

- ***Cuestionario de riesgo de recaída AWARE 3.0***

Cuestionario de riesgo de recaída AWARE fue desarrollado por Gorski y Miller en 1986. Comprende de 28 ítems y es unidimensional. Presenta como objetivo evaluar el nivel de riesgo de recaída en paciente drogodependiente. La administración es individual o colectiva. El cuestionario tiene un formato Likert de 7 puntos. Las puntuaciones oscilan entre 28 que es la más baja y 196 que es la puntuación máxima.

El cuestionario fue elaborado como una medida de alerta ante las señales de la recaída. En estudios previos de adicciones se mostraron puntajes de ($r=0,42$, $p<0,001$) lo cual se evidencia que es un buen predictor. En posteriores investigaciones fueron perfeccionando y analizando la escala reduciendo los ítems de 37 en la versión original a 28 ítems en la versión actual. Estos ítems fueron agrupados en un solo factor presentando una alta consistencia interna (alfa de Cronbach 0,92 hasta 0,93).

La confiabilidad encontrada a través del coeficiente de estabilidad test- retest en intervalos de dos meses por año, se halló una fiabilidad en $r=0.80$. Las puntuaciones de los evaluados predijeron significativamente las señales y recaídas posteriores. Gorski formulo que los items están distribuidos en el orden de aparición de las señales de alerta.

Valles (2016) desarrollo una prueba piloto en una muestra de 50 sujetos de ambos sexos, obteniendo un alfa de cronbach de 0.90 evidenciando un alto nivel de confiabilidad. En tanto a la validez se utilizó la prueba V Aiken que determino que todos los ítems se mantienen y la prueba binomial concluyo que los valores son menores de 0.05 evidenciando que el cuestionario es válido.

3.6. Procedimientos

La etapa inicial consistió en realizar la presentación ante la dirección de las cuatro comunidades Terapéuticas de Lima Este, con la finalidad de dar a conocer la investigación y la aplicación de los instrumentos con fines académicos. Posteriormente se coordinó la fecha de aplicación para acudir a las instalaciones donde se administró los instrumentos de manera colectiva, donde previamente se explicó a los residentes el carácter de confidencialidad y el propósito netamente académico. Culminada las pruebas, se verifico si el llenado de los cuestionarios fue adecuado de acuerdo a las indicaciones expuestas. Seguidamente se procedió a

la elaboración de una base de datos utilizando el programa Excel y finalmente se llegó a procesar toda la información mediante el uso del programa estadístico SPSS versión 23.0 para Windows con la cual se calculará el coeficiente de correlación entre las variables de estudio, así como las demás pruebas estadísticas que permitirán obtener los resultados.

3.7. Análisis de datos

Los datos recolectados durante la presente investigación se van a tabular en el programa Excel, posteriormente con el objetivo de analizar la calidad de los datos se van a organizar en matrices en el programa SPSS versión 23.0. Inicialmente se realizará el análisis exploratorio mediante la prueba de Kolmogorov Smirnov para hallar el tipo de distribución de las variables de estudio. Posteriormente se determinará si la prueba es paramétrica o no paramétrica para poder realizar el análisis descriptivo mediante frecuencias, proporciones y medias. Se procederá a realizar un análisis inferencial comprobando sobre la correlación entre el apoyo social percibido y riesgo de recaída seguidamente se determinará los descriptivos comparativos entre las variables de estudio y las variables sociodemográficas. Por último, se realizará el análisis para poder determinar las propiedades psicométricas de ambos instrumentos.

3.8. Consideraciones éticas

La investigación fue desarrollada sobre el respaldo de los más altos estándares éticos, siguiendo las disposiciones de la American Psychological Association (APA) y los principios de la Declaración de Helsinki, los cuales garantizaron la integridad, autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia del trato relativo a los participantes de la investigación.

Los datos de tales se resguardaron, conforme a las disposiciones de la ley y reglamento de la Ley de Protección de Datos Personales (N° 29733). Además, se usó el consentimiento informado

como mecanismo resolutivo para conocimiento e interés de los participantes sobre el propósito del estudio, sus derechos y las responsabilidades de la investigadora.

IV. RESULTADOS

Los resultados se presentarán en el siguiente orden; en primer lugar, se observará las propiedades psicométricas de los instrumentos utilizados. En segundo lugar, el análisis descriptivo de las variables de estudio. En tercer lugar, el análisis comparativo y por último se presentará la asociación de las variables de estudio mostrando el análisis correlacional entre las categorías de apoyo social percibido y riesgo de recaída .

4.1. Propiedades psicométricas de los instrumentos

4.1.1. Evidencias de confiabilidad y validez del MOS

Se procesaron los datos de las medidas de las escalas donde se ejecutó un análisis de consistencia interna como evidencia de confiabilidad. Los resultados evidenciados en la Tabla 3 demuestran consistencia con valores de .935 para el apoyo social emocional, .886 para el apoyo afectivo y .887 para el apoyo instrumental. Asimismo, las medidas de confiabilidad total alcanzaron el valor de .958.

Tabla 3

Coefficiente de confiabilidad del apoyo social percibido y sus factores

		Nº ítems	Coeficiente Alfa de Cronbach	
Apoyo social percibido (funcional)	Factor Apoyo emocional	10	.935	.958
	Factor Apoyo afectivo	5	.886	
	Factor Apoyo instrumental	4	.887	

Adicionalmente se calculó el valor de la correlación ítem test para cada uno de la escala los cuales se muestran en la Tabla 4. La evidencia permite verificar que los valores obtenidos fueron suficientemente discriminativos superando las cifras de .30 como criterio diferencial.

Tabla 4*Correlación Ítem-test del cuestionario MOS*

Ítem	Correlación Ítem-test	p
2. Alguien que le ayude cuando tenga que estar en la cama.	.624	<.001
3. Alguien con quien pueda contar cuando necesita hablar.	.668	<.001
4. Alguien que le aconseje cuando tenga problemas	.656	<.001
5. Alguien que le lleve al médico cuando lo necesita.	.633	<.001
6. Alguien que le muestre amor y afecto.	.733	<.001
7. Alguien con quien pasar un buen rato.	.782	<.001
8. Alguien que le informe y le ayude a entender una situación.	.699	<.001
9. Alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones.	.777	<.001
10. Alguien que le abrace.	.768	<.001
11. Alguien con quien pueda relajarse.	.754	<.001
12. Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo.	.687	<.001
13. Alguien cuyo consejo realmente desee.	.768	<.001
14. Alguien con quien hacer cosas que le ayuden a olvidar sus problemas.	.717	<.001
15. Alguien que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo.	.689	<.001
16. Alguien con quien compartir sus temores o problemas más íntimos.	.790	<.001
17. Alguien que le aconseje cómo resolver sus problemas personales.	.791	<.001
18. Alguien con quien divertirse.	.670	<.001
19. Alguien que comprenda sus problemas.	.713	<.001
20. Alguien a quien amar y hacerle sentir querido.	.708	<.001

En la Tabla 5, se observa una significancia de .005, lo cual indica que los puntajes obtenidos del cuestionario AWARE 3.0 no presentan distribución normal, por lo cual es pertinente realizar percentiles.

Tabla 5

Prueba de Kolmogorov-Smirnov del cuestionario riesgo de recaída MOS

	KS	p
Escala de MOS	.076	.005

Se estableció baremos y puntos de corte en función de la distribución de puntuaciones de la escala MOS, tomando como referencia los rangos percentilares como se evidencia en la Tabla 6.

Tabla 6

Categorías de los puntajes obtenidos en percentiles para el cuestionario riesgo de recaída 3.0

Puntaje directo	Nivel	Rango del percentil
19 a 57	Bajo	0 a 33
58 a 76	Medio	34 a 65
77 a 95	Alto	66 a 100

4.1.2. Evidencias de confiabilidad y validez del AWARE 3.0

Los resultados evidenciados en la Tabla 7 demuestran consistencia con valores de .910 para el riesgo de recaída.

Tabla 7

Coefficiente de confiabilidad del cuestionario AWARE 3.0

Cuestionario AWARE	Nº ítems	Coefficiente Alfa de Cronbach
Escala Total	28	.910

En la Tabla 8, se muestra el cálculo de la correlación ítem test para cada uno de la escala. La evidencia permite verificar que los valores obtenidos fueron suficientemente discriminativos.

Tabla 8*Correlación Ítem-test del cuestionario AWARE 3.0*

Ítem	Correlación Ítem-test	p
1. Me siento nervioso o inseguro de mis recursos para mantenerme libre de drogas.	.570	<.001
2. Tengo muchos problemas en mi vida que afectan mi estado emocional.	.698	<.001
3. Tiendo a actuar impulsivamente.	.496	<.001
4. Soy reservado y me siento solo.	.547	<.001
5. Me enfoco mucho en un(as) área(as) de mi vida.	.297	<.001
6. Me siento triste, desanimado o deprimido	.694	<.001
7. Me dedico hacerme ilusiones sobre el consumo.	.665	<.001
8. Los planes que hago tienen éxito.	.363	<.001
9. Tengo dificultad para concentrarme y prefiero imaginar cómo podrían ser las cosas.	.629	<.001
10. Lo que suelo realizar no me sale bien.	.558	<.001
11. Me siento confundido sobre volver a consumir.	.598	<.001
12. Me irrito o molesto con mis amigos.	.576	<.001
13. Me siento enojado o frustrado.	.697	<.001
14. Tengo buenos hábitos alimenticios.	.343	<.001
15. Me siento atrapado y estancado, sin salida.	.665	<.001
16. Tengo dificultad para dormir.	.600	<.001
17. Tengo largos periodos de tristeza intensa.	.654	<.001
18. Me da igual, suceda lo que suceda.	.463	<.001
19. Siento que las cosas están mal, que podría consumir drogas.	.694	<.001
20. Soy capaz de pensar con claridad.	.269	<.001
21. Siento lástima de mí mismo.	.644	<.001
22. Pienso reiteradamente en consumir drogas.	.650	<.001
23. Miento a otras personas.	.507	<.001

24. Me siento seguro y lleno de esperanzas.	.448	<.001
25. Me siento enojado con el mundo en general.	.671	<.001
26. Estoy haciendo lo posible para mantenerme en abstinencia.	.271	<.001
27. Me temo que estoy perdiendo la razón.	.554	<.001
28. Estoy consumiendo o tengo deseos de consumir drogas sin control.	.618	<.001

En la Tabla 9 se observa una significancia de .005, lo cual indica que los puntajes obtenidos del cuestionario AWARE 3.0 no presentan distribución normal, por lo cual es pertinente realizar percentiles.

Tabla 9

Prueba de Kolmogorov-Smirnov del cuestionario riesgo de recaída AWARE 3.0

	KS	p
Escala de AWARE 3.0	.077	.005

Se estableció baremos y puntos de corte en función de la distribución de puntuaciones del AWARE, tomando como referencia los rangos percentilares como se evidencia en la Tabla 10.

Tabla 10

Categorías de los puntajes obtenidos en percentiles para el cuestionario riesgo de recaída 3.0

Puntaje directo	Nivel	Rango del percentil
29 a 54	Muy bajo	0 a 20
55 a 66	Bajo	21 a 40
67 a 77	Promedio	41 a 60
78 a 92	Alto	61 a 80
93 a 158	Muy alto	81 a 100

4.2. Análisis descriptivo de las variables de estudio

En la Tabla 11, se observa que para la variable apoyo social percibido se obtuvo una mediana de 66, una media de 65.84 y una desviación estándar de 18.16; mientras que para el riesgo de recaída la mediana fue 73, la media de 74.98 y la desviación estándar de 24.08.

Tabla 11

Estadísticos descriptivos de la variable apoyo social percibido y riesgo de recaída

Variable	f	Mediana	M	DE
Apoyo social percibido	206	66.00	65.84	18.16
Riesgo de recaída		73.00	74.98	24.08

En la Tabla 12 se aprecia que el nivel de apoyo social percibido con mayor presencia en la muestra de estudio fue el nivel medio (35.4 %), seguido del nivel bajo (34%).

Tabla 12

Frecuencia de los niveles del apoyo social percibido

Apoyo social percibido (funcional)	f	%
Bajo	70	34.0
Medio	73	35.4
Alto	63	30.6
Total	206	100

La Tabla 13 refleja que el nivel muy promedio tuvo mayor presencia en la muestra de estudio, alcanzando un 22.8%, mientras que el de menor frecuencia fue el nivel alto (18.4).

Tabla 13*Frecuencia de los niveles de la variable riesgo de recaída*

Nivel de riesgo de recaída	f	%
Muy bajo	43	20.9
Bajo	39	18.9
Promedio	47	22.8
Alto	38	18.4
Muy alto	39	18.9
Total	206	100

En la Tabla 14 se observan los valores del K.S. ambas variables de estudio, indicando un valor p por debajo del 0.05, lo cual sugiere la pertinencia de utilizar estadísticos no paramétricos.

Tabla 14

Resultados de la Prueba de Bondad de ajuste a la normalidad Kolmogorovo-Smirnov para la variable apoyo social percibido y riesgo de recaída

Variable	K.S.	p
Apoyo social percibido	.076	.005
Riesgo de recaída	.077	.005

4.3. Análisis de las diferencias significativas de las variables

En la Tabla 15 se presentan los resultados de la prueba Kruskal Wallis para la variable apoyo social percibido, mostrándose un valor p de .10, lo cual indica que no existen diferencias significativas por grupo de edad.

Tabla 15

Resultados de la Prueba Kruskal Wallis para la variable apoyo social percibido según grupo de edad

Variable	Grupo de edad	f	%	R \bar{X}	X ²	p
Apoyo social percibido	Joven	121	58.7	110.66	4.60	.10
	Adulto	78	37.9	92.13		
	Adulto mayor	7	3.4	106.43		

Según la Tabla 16 se puede observar que el nivel de significancia está por encima del 0.05, por lo cual no existen diferencias significativas para la variable riesgo de recaída según grupo de edad.

Tabla 16

Resultados de la Prueba Kruskal Wallis para la variable riesgo de recaída según grupo de edad

Variable	Grupo de edad	f	%	R \bar{X}	X ²	p
Riesgo de recaída	Joven	121	58.7	108.05	2.72	.25
	Adulto	78	37.9	94.34		
	Adulto mayor	7	3.4	112.93		

La Tabla 17 muestra que el nivel de significancia fue de .00, lo cual se encuentra por debajo del 0.05. Esto hace referencia a que existen diferencias significativas para la variable apoyo social percibido según sexo.

Tabla 17

Valores de la prueba 'U' de Mann Whitney para determinar diferencias significativas en la variable apoyo social percibido según sexo

Variable	Sexo	f	%	R \bar{X}	U	p
Apoyo social percibido	Hombre	128	62.1	90.32	3305.50	.00
	Mujer	78	37.9	125.12		

La Tabla 18 indica un nivel de significancia por encima del 0.05, por lo cual no existen diferencias significativas para la variable riesgo de recaída según sexo.

Tabla 18

Valores de la prueba 'U' de Mann Whitney para determinar diferencias significativas en la variable riesgo de recaída según sexo

Variable	Sexo	f	%	R \bar{X}	U	p
Riesgo de recaída	Hombre	128	62.1	103.74	4859.50	.821
	Mujer	78	37.9	101.80		

En la Tabla 19 se observa que el nivel de significancia fue de .19, esto indica que no existen diferencias significativas para la variable apoyo social percibido según estado civil en la muestra de estudio.

Tabla 19

Resultados de la Prueba Kruskal Wallis para la variable apoyo social percibido según estado civil

Variable	Estado civil	f	%	R \bar{X}	X ²	p
Apoyo social percibido	Soltero(a)	143	69.4	104.26	7.36	.19
	Casado(a)	17	9.3	131.50		
	Separado(a)	15	7.3	75.37		
	Divorciado(a)	12	5.8	97.67		
	Conviviente	19	9.2	98.61		

En la Tabla 20, se evidencia que el nivel de significancia ($p=.43$) fue menor a 0.05, por lo cual no existen diferencias significativas para la variable riesgo de recaída según el estado civil de los participantes.

Tabla 20

Resultados de la Prueba Kruskal Wallis para la variable riesgo de recaída según estado civil

Variable	Estado civil	f	%	R \bar{X}	X ²	p
Riesgo de recaída	Soltero(a)	143	69.4	102.93	3.83	.43
	Casado(a)	17	9.3	91.56		
	Separado(a)	15	7.3	128.13		
	Divorciado(a)	12	5.8	103.79		
	Conviviente	19	9.2	93.39		

4.4. Análisis Correlacional

La Tabla 21 indica la correlación obtenida entre las variables apoyo social percibido y riesgo de recaída, observándose correlación estadísticamente significativa ($p<.05$), con una dirección inversa y débil ($r = -.204$).

Tabla 21

Correlación entre los puntajes de las variables apoyo social percibido y riesgo de recaída

		Riesgo de recaída
Índice global del apoyo	Rho	-.204
social percibido	p	.003

En la Tabla 22 se observa que las correlaciones halladas entre las dimensiones del apoyo social percibido (funcional) y el riesgo de recaída presentan dirección inversa. Se evidencia que las dimensiones apoyo emocional y apoyo afectivo presentaron correlación estadísticamente significativa ($p < 0.05$) con la variable riesgo de recaída, con una intensidad débil. Mientras que la dimensión apoyo instrumental no presentó correlación con el riesgo de recaída.

Tabla 22

Correlación entre los factores de la dimensión apoyo social percibido (funcional) y la variable riesgo de recaída

Dimensiones del apoyo social percibido	Riesgo de recaída	
	Rho	p
Apoyo emocional	-.221	.001
Apoyo afectivo	-.251	.000
Apoyo instrumental	-.088	.212

V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

La investigación busco determinar la relación entre el apoyo social percibido y el riesgo de recaída en pacientes drogodependientes de comunidades terapéuticas de Lima Este, corroborando la hipótesis del presente estudio. Los resultados obtenidos muestran una correlación entre las variables apoyo social percibido y riesgo de recaída, observándose correlación estadísticamente significativa ($p < .05$) con una dirección inversa y débil ($r = -.204$) lo cual muestra que si bien existe relación entre ambas variables es importante investigar que otros componentes se ven influenciados en la prevención de recaída en las personas consumidoras, debido a la correlación débil se entiende que no es solo esta variable la que se vea directamente relacionada con la prevención de recaída. Martínez et al. (2019) en su investigación indica que varias comunidades utilizan la intervención familiar; sin embargo, refiere que en el proceso de recuperación la familia es un factor neutral debido a que es mayor el indicador en factores relacionados con habilidades en la interiorización de herramientas y habilidades para poder afrontar situaciones de riesgo.

Con respecto a investigaciones realizadas a nivel nacional que relacione a ambas variables han sido pocas siendo esta relación de forma indirecta a diferencia de los antecedentes internacionales. Los resultados de estudios, tanto a nivel internacional como nacional, respaldan la importancia del apoyo social en la prevención de recaídas en pacientes drogodependientes, entendiendo que el apoyo social no solo se centra en la familia sino a su entorno de red de protección siendo también las comunidades terapéuticas. Se ha encontrado una correlación significativa entre un mayor apoyo social percibido y un menor riesgo de recaída indicando que los pacientes con un mayor apoyo social tienden a mantenerse en abstinencia durante más tiempo (Arana, 2022; Abramonte, 2019; Saavedra, 2019; Valle, 2016).

Los resultados sugieren que factores sociodemográficos como la edad, el género y el estado civil no influyen significativamente en la relación entre el apoyo social percibido y el riesgo de recaída. Esto destaca la importancia del apoyo social como un factor protector independientemente de las características personales (Arana, 2022). Siendo los resultados de la presente investigación que respaldan estos antecedentes.

La investigación de Grau-López et al. (2012), realizada en un entorno hospitalario, encontró que el 72.2% de los pacientes recaía en el consumo de sustancias seis meses después del alta. Este resultado, aunque muestra un porcentaje ligeramente superior al observado en la presente investigación, enfatiza la vulnerabilidad generalizada de los pacientes a las recaídas. A pesar de las diferencias en los entornos y en las características de los pacientes, ambos estudios concuerdan en destacar la necesidad de fortalecer el apoyo social como estrategia de prevención a nivel internacional.

Por otro lado, Garmendia et al. (2008) revelaron que el apoyo social ejerce un efecto protector significativo en la prevención de recaídas en el consumo de drogas, refrendando la importancia del apoyo social en la promoción de la abstinencia. Aunque en su estudio se centraron en poblaciones juveniles y observaron un seguimiento de seis meses, estos hallazgos corroboran las conclusiones de la investigación actual, destacando la relevancia del apoyo social en la prevención de recaídas en un contexto internacional.

Un estudio internacional realizado por Brown et al. (2010) en pacientes con trastornos de adicción reveló hallazgos coherentes con la presente investigación. Identificaron que la percepción de un fuerte apoyo social se asocia positivamente con la prevención de recaídas. Los resultados de este estudio internacional respaldan la idea de que el apoyo social percibido es un recurso valioso

en la recuperación de pacientes con trastornos de adicción, y estos hallazgos se alinean con los resultados principales de la presente investigación.

Estos hallazgos respaldan la idea de que el apoyo social percibido es uno de los factores relevantes en la prevención de recaídas en pacientes drogodependientes y enfatizan su universalidad en el cual puedan también involucrarse familiares, compañeros de trabajo, etc. Permitiéndose conocer acerca de la enfermedad de la adicción, siendo factores de protección en la prevención de recaída.

Cuando se compara la investigación sobre la relación entre el apoyo social percibido y el riesgo de recaída en pacientes drogodependientes en Perú con estudios nacionales, se observan similitudes de forma indirecta como se presenta en los antecedentes.

Un estudio nacional realizado por Arana (2022) en una comunidad terapéutica de Trujillo encontró que el 51.1% de los pacientes tenía un nivel de riesgo de recaída promedio, lo que concuerda con la prevalencia de riesgo de recaída observada en la presente investigación. Esto sugiere que, al igual que en el estudio de Arana, la población peruana de pacientes drogodependientes enfrenta un riesgo significativo de recaída. Estos resultados son coherentes con la investigación actual y refuerzan la importancia de abordar el apoyo social percibido como parte de las estrategias de prevención de recaídas en el contexto peruano.

Por otro lado, el estudio de Abramonte (2019) en pacientes de comunidades terapéuticas de Lima Sur encontró una relación negativa entre la motivación al cambio y el riesgo de recaída, sin diferencias significativas por sexo y edad. Estos hallazgos contrastan con la presente investigación, que se centró en el apoyo social percibido. Sin embargo, ambas investigaciones

nacionales subrayan la relevancia de múltiples factores psicosociales en la prevención de recaídas en pacientes drogodependientes en el contexto peruano.

Un estudio realizado por Saavedra (2019) en Lambayeque examinó la correlación entre los esquemas desadaptativos tempranos y el riesgo de recaída en internos de comunidades terapéuticas. En este contexto, los resultados reflejaron una correlación significativa positiva entre varios esquemas desadaptativos y el riesgo de recaída. Esta correlación guarda similitudes con la correlación inversa y débil observada en la presente investigación entre el apoyo social percibido y el riesgo de recaída. Ambos estudios subrayan la importancia de los factores psicológicos y sociales en el proceso de prevención de recaídas en pacientes drogodependientes en el Perú.

Por otro lado, el estudio de Solano (2017) en comunidades terapéuticas de Lima se centró en los estilos de afrontamiento y su relación con el riesgo de recaída. Los hallazgos indicaron que los estilos de afrontamiento influyen en el riesgo de recaída, particularmente el estilo orientado a la tarea, que se correlacionó con una menor probabilidad de recaída. Aunque no se exploró directamente el apoyo social percibido, estos resultados sugieren que el apoyo social puede influir en los estilos de afrontamiento y, por lo tanto, en el riesgo de recaída. Esta interconexión entre variables destaca la complejidad de los factores involucrados en la prevención de recaídas en el contexto peruano y ofrece oportunidades de investigación futura.

Adicionalmente, el estudio de Garmendia et al. (2008) analizó el rol del apoyo social en la permanencia de la abstinencia del consumo de drogas en una muestra de usuarios en convenio con CONACE-FONASA. Los resultados de este estudio mostraron que el apoyo social desempeñaba un papel protector contra la recaída, lo cual es coherente con los hallazgos de la presente investigación. Ambos estudios nacionales subrayan la importancia del apoyo social como un recurso fundamental para mantener la abstinencia en pacientes drogodependientes en Perú.

Además, la investigación de Valle (2016) en comunidades terapéuticas de Lima concluyó que existe una correlación inversa entre la autoeficacia general y el riesgo de recaída. Aunque este estudio se centra en la autoeficacia y no en el apoyo social percibido, sus resultados sugieren que la autoeficacia y el apoyo social pueden ser factores interconectados en el proceso de recuperación de pacientes drogodependientes. Esta perspectiva ofrece oportunidades de investigación futura para explorar cómo estos factores se relacionan y se influyen mutuamente en el contexto peruano.

Los resultados de esta investigación tienen importantes implicancias teóricas en el campo de las adicciones y el apoyo social percibido. Al contrastar los hallazgos con modelos teóricos relevantes, como el Modelo de Apoyo Social de House (1981) y el Modelo de Recaída de Marlatt y Gordon (1985), se pueden extraer conclusiones significativas.

En primer lugar, el Modelo de Apoyo Social de House (1981) enfatiza la importancia del apoyo social percibido en la salud y el bienestar de los individuos. Los resultados de esta investigación respaldan la noción central de este modelo al demostrar que un mayor apoyo social percibido se asocia con un menor riesgo de recaída en pacientes drogodependientes. La percepción de contar con apoyo emocional, afectivo y funcional de amigos y familiares puede fortalecer la resiliencia de los pacientes, proporcionándoles una red de seguridad que les ayuda a afrontar situaciones de alto riesgo de recaída.

En segundo lugar, el Modelo de Recaída de Marlatt y Gordon (1985) postula que la recaída en las adicciones es un proceso dinámico, influido por múltiples factores, y que puede prevenirse y gestionarse. Los resultados de esta investigación son coherentes con este modelo al demostrar que el apoyo social percibido puede actuar como un factor protector contra la recaída. Este apoyo puede desempeñar un papel crucial en las etapas de alto riesgo, como la exposición a situaciones

de estrés o tentación para consumir drogas, y puede ayudar a los pacientes a utilizar estrategias de afrontamiento más efectivas.

Además, al comparar los hallazgos de esta investigación con los Modelos de Riesgo y Protección en Drogodependencias (Catalano et al., 1992; Hawkins et al., 1992), se destaca el apoyo social percibido como un factor de protección en el contexto de la prevención de recaídas. La presencia de un sistema de apoyo fuerte, ya sea en el entorno familiar, de amigos o de profesionales de la salud, puede reducir la vulnerabilidad de los pacientes a las influencias negativas y aumentar sus recursos para mantener la abstinencia.

Las implicancias teóricas de esta investigación resaltan la necesidad de integrar el apoyo social percibido como un componente esencial en los programas de prevención y tratamiento de las adicciones. Comprender el papel del apoyo social en la prevención de recaídas puede informar estrategias de intervención más efectivas y personalizadas, considerando las necesidades específicas de cada paciente. Además, estos hallazgos respaldan la idea de que el apoyo social es una dimensión también importante en la recuperación y el bienestar de las personas con problemas de drogodependencias.

Los resultados de esta investigación ofrecen diversas oportunidades para futuros estudios que pueden contribuir al avance del conocimiento en el campo de las drogodependencias y el apoyo social percibido. A continuación, se presentan algunas de las oportunidades de investigación que se derivan de los hallazgos y las limitaciones de este estudio:

Una oportunidad importante es la realización de estudios longitudinales que sigan a los pacientes drogodependientes a lo largo del tiempo. Esto permitiría evaluar la evolución del apoyo social percibido y su relación con el riesgo de recaída a medida que los pacientes avanzan en su

recuperación. Estos estudios podrían proporcionar una comprensión más profunda de cómo el apoyo social cambia durante la recuperación y su impacto a largo plazo.

Se pueden llevar a cabo investigaciones centradas en el desarrollo y evaluación de intervenciones específicas para fortalecer el apoyo social percibido en pacientes drogodependientes. Estas intervenciones podrían incluir la formación de habilidades de comunicación, terapia de grupo, programas de apoyo entre pares y estrategias para mejorar las relaciones familiares. Evaluar la efectividad de estas intervenciones podría proporcionar directrices prácticas para los profesionales de la salud que trabajan con esta población.

Es importante considerar cómo los factores contextuales y culturales pueden influir en la percepción y disponibilidad del apoyo social. Investigaciones adicionales podrían explorar cómo la cultura, la comunidad y el entorno social específico de los pacientes pueden modular la relación entre apoyo social y riesgo de recaída.

Futuros estudios pueden investigar la eficacia de combinar enfoques terapéuticos centrados en el apoyo social con otras modalidades de tratamiento, como terapias cognitivo-conductuales o contextuales. Comprender cómo diferentes enfoques pueden complementarse mutuamente para mejorar los resultados de los pacientes sería un área fructífera de investigación.

Considerar las necesidades específicas de subpoblaciones, como adolescentes, mujeres, personas con comorbilidades o aquellos en diferentes etapas de recuperación, puede proporcionar información crucial sobre cómo adaptar las intervenciones de apoyo social para maximizar su efectividad.

VI. CONCLUSIONES

- a. Los instrumentos utilizados apoyo social percibido (MOS) y el riesgo de recaída (AWARE) demostraron validez y confiabilidad para la presente investigación.
- b. Existe una correlación estadísticamente significativa ($p < .05$) con una dirección inversa y débil ($r = -.204$) entre las variables apoyo social percibido y riesgo de recaída. Las dimensiones que contribuyen más en dicha correlación son el apoyo emocional y apoyo afectivo con la variable riesgo de recaída presentando una correlación estadísticamente significativamente ($p < 0.05$); sin embargo, el apoyo instrumental no presentó correlación con el riesgo de recaída.
- c. El tipo de apoyo social percibido que más prevalece es el apoyo emocional y apoyo afectivo en pacientes drogodependientes de Lima este.
- d. Existe relación inversa entre el apoyo social percibido (funcional) y el riesgo de recaída.
- e. Existe diferencias significativas para la variable apoyo social percibido según sexo; sin embargo, no existen diferencias con respecto al grupo de edad y estado civil.
- f. Se evidenció que no existen diferencias significativas por grupo de edad, sexo y estado civil para la variable riesgo de recaída.
- g. Se evidencia que el apoyo social percibido es un factor significativo en la prevención de recaída; sin embargo, al presentar una correlación inversa débil denota que no solo es influenciado por esta variable sino también es por otros factores.

VII. RECOMENDACIONES

- a. Incrementar la población para futuras investigaciones con el fin de generalizar los hallazgos encontrados. Asimismo, se podría realizar un censo de la Dirección de la Salud Mental del Ministerio de Salud y de la Asociación Peruana de Comunidades Terapéuticas para obtener mayor información sobre los tipos de Comunidad Terapéutica y diversos programas de tratamiento que permitan conocer la realidad de atención en nuestro país.
- b. Continuar investigando las comparaciones de riesgo de recaída con otras variables como autorregulación emocional, autoeficacia y personalidad.
- c. Investigar las características del consumo de drogas en mayor población femeninas siendo importante incluir la variable género en los programas de intervención para conocer el perfil de mujeres adictas en la población peruana.
- d. Realizar talleres a los familiares de pacientes con drogodependencias con respecto al apoyo social percibido con el fin de que puedan conocer e identificar indicadores en la prevención de recaída.
- e. Investigar la dimensión espiritualidad en personas consumidoras ya que constituye un elemento presente en los programas de las Comunidades Terapéuticas y es esencial comprender su importancia en la metodología científica.
- f. Incrementar investigaciones sobre la variable riesgo de recaída en relación con otras variables como dinámica familiar y contextual de los pacientes drogodependientes.

VIII. REFERENCIAS

- Abramonte, K. (2019). *Motivación al cambio y riesgo de recaída en pacientes drogodependientes de cinco comunidades terapéuticas de Lima Sur*. [Tesis de pregrado, Universidad Autónoma del Perú]. Repositorio institucional de Autónoma. <https://repositorio.autonoma.edu.pe/handle/20.500.13067/843>
- Alcívar, S. y Palacios, J. (2021). Apoyo socio familiar en personas consumidoras de estupefacientes en la etapa de rehabilitación. *Revista Científica Dominio de Las Ciencias*, 7(3), pp.778-801. <http://dx.doi.org/10.23857/dc.v7i3.2024>
- Alcalde, S. (2018). *Apoyo social percibido y resiliencia en adolescentes embarazadas de centros de salud de Villa el Salvador*. [Tesis de pregrado, Universidad Autónoma del Perú]. Repositorio institucional UA. <https://repositorio.autonoma.edu.pe/handle/20.500.13067/660>
- Alvarado, M., Garmendia, M., Montenegro, M. y Pino, P. (2008). Importancia del apoyo social en la permanencia de la abstinencia del consumo de drogas. *Revista Médica de Chile*, 136 (2), 169- 178. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872008000200005>
- Alonso, A., Menéndez, M., y Gonzáles, L. (2013). Apoyo social: mecanismos y modelos de influencia sobre la enfermedad crónica. *Cadernos de atención primaria*, 19, 118-123. http://www.agamfec.com/wp/wp-content/uploads/2014/07/19_2_ParaSaberDe_3.pdf
- Anicama, J., Mayorga, E. y Henostroza, C. (2001). Calidad de vida y recaídas en adictos a sustancias psicoactivas de Lima Metropolitana. *Psicoactiva (Lima)*, 19, pp. 7-27.
- Arana, D. (2022). “Programa para la prevención de recaídas en pacientes con adicción a drogas de una comunidad terapéutica de Trujillo, 2021: Estudio descriptivo – propositivo”. [Tesis

- de pregrado, Universidad Cesar Vallejo]. Repositorio institucional UCV.
<https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/86700>
- Baca, D. (2013). *Resiliencia y apoyo social percibido en pacientes oncológicos que acuden a un hospital de Trujillo* [Tesis de maestría, Universidad Nacional Mayor de San Marcos].
<http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/3575>
- Barra, E. (2004). Apoyo social, estrés y salud. *Psicología y salud*, 14(2), 237-243.
<https://doi.org/10.25009/pys.v14i2.848>
- Barra, E., & Méndez, P. (2008). Apoyo Social Percibido en Adolescentes Infractores de Ley y no Infractores. *Psykhé*, 17(1), 59-64. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/psykhe/v17n1/art06.pdf>
- 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*. Socidrogalcohol.
<http://www.socidrogalcohol.org/manualesy-gu%C3%ADas-cl%C3%ADnicas-de-socidrogalcohol>
- Blanco, T. y Jiménez, S. (2015). Factores de riesgo que influyen en la recaída de consumo de drogas lícitas e ilícitas en adolescentes atendidos en el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. *Revista Costarricense de Psicología*. 2015, 34(2),147-157.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=476747240007>
- Casas, M. y Gossop, M. (1993). *Tratamientos psicológicos en drogodependencias. Recaída y prevención de recaídas*. Barcelona: Generalitat de Catalunya
- Casell, J. (1976). The contribution of the social environment. To host resistance *American Journal of Epidemiology*, 104(2), 107-123. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.aje.a112281>

- Castilla, P. (2016). La prevención de recaídas desde el modelo de Marlatt. Aportaciones desde el trabajo social. *Trabajo Social Hoy*, 77, 109-133. <https://doi.org/10.12960/TSH.2016.0006>
- Centro de Información y Educación para la prevención del abuso de Drogas [CEDRO] (2015). El Problema de las Drogas en el Perú 2015. Lima: CEDRO.
- Chamorro, G. (2019). *Apoyo social percibido en pacientes que cursan tratamiento de rehabilitación por adicciones*. [Tesis de pregrado, Universidad Nacional del Mar de Plata]. Repositorio institucional de UNMDP. <http://rpsico.mdp.edu.ar/handle/123456789/1125>
- Chiauszi, E. (1991). *Preventing relapse in the addictions: A biopsychosocial approach*. Nueva York: Pergamon.
- Cobb, S. (1976). El apoyo social como moderador del estrés de la vida. *Medicina Psicosomática*, 38 (5), 300–314. <https://doi.org/10.1097/00006842-197609000-00003>
- Collasco, H., y León, L. (2019). *Adaptación del Cuestionario MOS de Apoyo Social en pacientes oncológicos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, Lima 2018* [Tesis de pregrado, Universidad César Vallejo]. http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/36115/Leon_LL.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Comisión Nacional para el Desarrollo y vida sin Drogas (2003). *Sistematización del modelo de comunidad terapéutica para personas con problemas de dependencia a las drogas*. DEVIDA. <https://goo.gl/BKnGQ1>
- Cortés, M. y Pascual, F. (2005). *Incumplimiento de Propósitos en Drogodependencias*. Barcelona: Zambon Group

- Dura, E., y Garcés, J. (1991). La teoría del apoyo social y sus implicaciones para el ajuste psicosocial de los enfermos oncológicos. *Revista de psicología social*, 6(2), 257-271. <https://doi.org/10.1080/02134748.1991.10821649>
- Gallardo, L. (2013). *Apoyo social y etnicidad en personas mayores de la región de Arica y Parinacota- Chile: una propuesta para la intervención en trabajo social*. [Tesis para optar el Grado de Doctor, Universidad Complutense de Madrid]. Repositorio institucional UCM. <https://eprints.ucm.es/id/eprint/20100/>
- García del Castillo, J. (2012). Editorial. Concept of risk perception and impact on addictions/Concepto de percepción de riesgo y su repercusión en las adicciones. *Health and Addictions/Salud y drogas*, 12(2). <https://doi.org/10.21134/haaj.v12i2.2>
- Garmendia, M., Alvarado, M., Montenegro, M. y Pino, P. (2008). Importancia del apoyo social en la permanencia de la abstinencia del consumo de droga. *Revista médica de Chile*, 136(2), pp.169-178. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872008000200005>
- Grant, M. y Hadgson, R. (1992). *Respuestas a los problemas de drogas y alcohol en la comunidad. Manual para los agentes de atención primaria de salud con orientaciones para los instructores*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Graña, J. (1994). *Conductas adictivas: Teoría, Evaluación y Tratamiento*. Madrid: Debate.
- Graña, J. (Ed.). (1994). *Conductas adictivas*. Debate.
- Grau-López, L., Roncero, C., Daigre, C., Gonzalvo, B., Bachiller, D., Rodríguez-Cintas, L., Egido, A., y Casas, M. (2012). Factores de riesgo de recaída en pacientes drogodependientes tras

desintoxicación hospitalaria. *Adicciones*, 24(2), 115-122.

<http://dx.doi.org/10.20882/adicciones.103>

Hanson, B. S., Isacson, S. O., Janzon, L., Lindell, S. E. (1989). Social network and social support influence mortality in elderly men. The prospective population study of «Men born in 1914» Malmö, Sweden. *Am J Epidemiol*, 130:100-11.

Hernández, J., Espinosa, F., Rodríguez, J., Chacón, J., Toloza, C., Arenas, M., Carrillo, S. y Bermúdez, V. (2018). Sobre el uso adecuado del coeficiente de correlación de Pearson: definición, propiedades y suposiciones. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 37(5), 587-601.

https://bonga.unisimon.edu.co/bitstream/handle/20.500.12442/2469/Sobre_uso_adeecuado_coeficiente.pdf?sequence=3&isAllowed=y

Hernández-Sampieri, R. y Mendoza, C. (2018). *Metodología de la investigación*. McGraw Hill Education Interamerica

Herrero, J. (2004). Redes sociales y apoyo social. En G. Musitu, Autor, L. Cantera y M. Montenegro (Ed.), *Introducción a la psicología comunitaria* (pp. 195-230). Aragón, Barcelona, España: Editorial UOC.

Herrero, J. y Gracia, E. (2006). La comunidad como fuente de apoyo social: evaluación e sugerencias en el ámbito individual y comunitario. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38 (2), 327-342. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-05342006000200007&lng=pt&tlng=es

Hobfoll, S. E., Stokes, J. P. (1988). The process and mechanics of social support. In S. Duck (Ed.), *Handbook of personal relationships* (pp. 497–517). New York: John Wiley & Sons, Ltd.

- Hombrados, I. (2013). Manual de psicología comunitaria. España: Editorial Síntesis.
- Huamán, L. E., y Lupaca , D. E. (2019). *Relación entre apoyo social y afrontamiento al estrés en pacientes hospitalizados en el servicio de oncología de un hospital de Lima Metropolitana* [Tesis de pregrado, Universidad Peruana Unión].
<http://repositorio.upeu.edu.pe/handle/UPEU/1722>
- Huamán, L. E., y Lupaca , D. E. (2019). *Relación entre apoyo social y afrontamiento al estrés en pacientes hospitalizados en el servicio de oncología de un hospital de Lima Metropolitana*. [Tesis de pregrado, Universidad Peruana Unión]. Repositorio institucional UPEU.
<http://repositorio.upeu.edu.pe/handle/UPEU/1722>
- Izquierdo, M. (2002). Intoxicación alcohólica aguda. *Adicciones*, 14 (1), 175-193.
<https://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/523/518>
- Jylhä, M., y Aro, S. (1989). Social ties and survival among the elderly in Tampere, Finland. *Int J Epidemiol*, 18(1), 158-164. <https://doi:10.1093/ije/18.1.158>
- Leukefeld, C. y Tims, F. (1989). Relapse and recovery in drug abuse: research and practice. *The international journal of the addictions*, 24 (3), 189-201.
- Lin, N.; Dean, A. y Ensel, W.M. (1986). *Social support, life events and de pression*. Nueva York: Academic Press
- López de Roda, A. y Sánchez, E. (2001). Estructura social, apoyo social y salud mental. *Psicothema* (Madrid), 13(1), pp. 17-23.
<https://reunido.uniovi.es/index.php/PST/article/view/7841>

- Marlatt, G. A. (1993). La prevención de recaídas en las conductas adictivas: Un enfoque de tratamiento cognitivo-conductual. En M. Casas y M. Gossop (Eds.), *Recaída y prevención de recaídas* (pp.137-160). Sitges: Ediciones en Neurociencias.
- Martínez, H., Rodríguez, A. y Vines, G. (2019). Factores asociados en la adicción y recaída de pacientes con consumo de estupefacientes. *Universidad, ciencia y tecnología*, 23 (93), pp. 82-89. <https://uctunexpo.autanabooks.com/index.php/uct/article/view/148/191>
- Miller, W. y Harris, R. (2000). A simple scale of Gorski's warning signs for relapse. *Journal of studies on alcohol*, 61 (5), 759–765. <https://doi.org/10.15288/jsa.2000.61.759>
- National Institute on Drug Abuse (NIDA, 2003). Therapeutic community. <http://archives.drugabuse.gov/pdf/RRTherapeutic.pdf>
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2021). *Informe Mundial sobre las Drogas 2021 de UNODC: los efectos de la pandemia aumentan los riesgos de las drogas, mientras la juventud subestima los peligros del cannabis*.
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito [UNODC] (2015). *Informe Mundial sobre las Drogas 2015. Resumen Ejecutivo*. Autor. https://www.unodc.org/documents/wdr2015/WDR15_ExSum_S.pdf
- Osorio, E. (2019). *Relación intrafamiliar y apoyo social percibido en estudiantes universitarios*. [Tesis de segunda especialidad, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV. <https://repositorio.unfv.edu.pe/handle/20.500.13084/3116>
- Prochaska, J., Norcross, J. y DiClemente, C. (2013). Applying the stages of change. *Psychotherapy in Australia*, (19) 2, 10-15. <https://doi.org/10.1093/med:psych/9780199845491.003.0034>

Rizo, G., Orozco, I. y Villaseñor, T. (2002). Apoyo social en relación con el tratamiento de las personas con SIDA. *Investigación en Salud*, 4 (002).

Rodríguez, S. (2011). Adaptación a niños del cuestionario MOS de Apoyo Social Percibido. *Revista Liberabit*, 17, 17-128.

Rodriguez, A. (2012). *Afrontamiento y soporte social en un grupo de adictos de un hospital psiquiátrico de Lima*. [Tesis de pregrado, Pontificia Universidad Católica del Perú].

Repositorio Institucional PUCP.

<http://hdl.handle.net/20.500.12404/1561>

Saavedra, I. (2019). *Esquemas desadaptativos tempranos y riesgo de recaída en internos de comunidades terapéuticas de Lambayeque, 2018*. [Tesis de pregrado, Universidad Privada

Juan Mejía Baca]. Repositorio institucional UMB.

<http://repositorio.umb.edu.pe/handle/UMB/126>

Solano, C. (2017). *Estilos de afrontamiento y riesgo de recaída en adictos residentes en comunidades terapéuticas de Lima*. [Tesis de pregrado, Universidad Nacional Mayor de

San Marcos]. Repositorio institucional Cybertesis UNMSM.

<https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/6629>

Sullón, M. (2018). *Apoyo social percibido y adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en pacientes adultos con virus de la inmunodeficiencia humana atendidos en el*

Hospital Nacional dos de mayo. [Tesis de pregrado, Universidad Nacional Federico Villareal]. Repositorio Institucional UNFV.

<http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/2165>

- Tejero, A., Trujols, J. y Casas, M. (1993). Prevención de recaídas: Su aplicación en un contexto clínico. En Casas, M. y Gossop, M. (Eds). *Tratamientos psicológicos en drogodependencias: Recaídas y Prevención de recaída*, (295-350), Barcelona, España: Neurociencias.
- Valdenegro, B. (2005). Factores Psicosociales Asociados a la Delincuencia Juvenil. *Psykhe (Santiago)*, 14 (2), pp. 33-42. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-22282005000200003>
- Valle, J. (2018). Autoeficacia y riesgo de recaída en adictos residentes en comunidades terapéuticas. *Acta Psicológica Peruana*, 1(1), 67-82. <http://revistas.autonoma.edu.pe/index.php/ACPP/article/view/46>
- Zavaleta, A., Tapia, L., Rojas, M., Chávez, V., y Vertiz, R. (2017). Epidemiología de Drogas en la Población Urbana Peruana 2017: Encuesta de hogares. Lima: Cedro, 2017.
- Zevallos, C. (2021). *Ajuste mental y apoyo social percibido en pacientes oncológicos de un hospital de lima metropolitana*. [Tesis de pregrado, Universidad Nacional Federico Villareal]. Repositorio Institucional UNFV. <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/4721?show=full>

IX. ANEXOS

Anexo A

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado(a) usted ha sido invitado(a) a participar en la siguiente investigación “*Apoyo social percibido y riesgo de recaída en pacientes drogodependientes de comunidades terapéuticas de Lima Este*”.

Su participación a este estudio es **voluntaria y anónima** puesto que la información que se obtenga solo se utilizara con fines académicos.

A continuación, se presenta la ficha personal y dos cuestionarios que le tomará en total un aproximado de 20 minutos, si presenta alguna duda respecto a la investigación puede realizar preguntas en el transcurso de su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, marcar con un aspa (X)

SI NO

FICHA PERSONAL

Edad:

Sexo: Masculino Femenino**1. Grado de instrucción:**

- Primaria incompleta
 Primaria completa
 Secundaria incompleta
 Secundaria completa
 Técnico incompleto
 Técnico completo
 Superior incompleto
 Superior completo

2. Estado civil

- Soltero
 Casado
 Separado
 Divorciado
 Conviviente
 Viudo

3. Ocupación antes del internamiento actual

- Estudio
 Trabajo
 Ninguna actividad
 Actividades ilícitas

4. Droga de inicio

- Alcohol
 Marihuana
 Cocaína
 PBC
 Crack
 Ketamina
 Otros

5. Drogas consumidas (en general)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Alcohol | <input type="checkbox"/> Inhalantes |
| <input type="checkbox"/> Tabaco | <input type="checkbox"/> Tranquilizantes |
| <input type="checkbox"/> Marihuana | <input type="checkbox"/> Anfetaminas |
| <input type="checkbox"/> Cocaína | <input type="checkbox"/> Éxtasis |
| <input type="checkbox"/> PBC | <input type="checkbox"/> Ketamina |
| <input type="checkbox"/> Mixtos (PBC+Marihuana) | <input type="checkbox"/> Crack |
| <input type="checkbox"/> Bombos (Cocaína+Marihuana) | <input type="checkbox"/> Otras..... |
| <input type="checkbox"/> Alucinógenos (LSD, Etc) | |

6. Droga adictiva (problema):

- Alcohol
 Marihuana
 Cocaína
 PBC
 Crack
 Ketamina
 Otros

7. Tiempo de consumo (de la droga principal)

- Menos de 2 años
 2 a 5 años
 6 a 10 años
 11 a 15 años
 Más de 16 años

8. ¿Ha intentado antes abandonar el consumo?

- Si No

9. Total de internamiento

- 1 2 3 Más de 3 veces

10. Tiempo máximo de abstinencia**11. Tiempo de internamiento en la comunidad terapéutica**

- Menos de 1 mes
 2 a 4 meses
 5 a 6 meses
 7 a 9 meses
 10 a 12 meses
 Más de 12 meses

12. Antecedentes policiales

- Si No

Cuestionario MOS de apoyo social percibido (MOS)					
1. Aproximadamente, ¿cuántos amigos íntimos y familiares cercanos tienen Ud.? (personas con las que se encuentra a gusto y puede hablar acerca de todo lo que se le ocurre).					
Escriba el número aproximado de amigos íntimos y familiares cercanos: <input type="text"/>					
¿Con qué frecuencia dispone Ud. de cada uno de los siguientes tipos de apoyo cuando lo necesita? (Marque con una X en el cuadrado que mejor se acerque a su respuesta)					
Cuenta con...	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	La mayoría de veces	Siempre
2. Alguien que le ayude cuando tenga que estar en la cama.	1	2	3	4	5
3. Alguien con quien pueda contar cuando necesita hablar.	1	2	3	4	5
4. Alguien que le aconseje cuando tenga problemas.	1	2	3	4	5
5. Alguien que le lleve al médico cuando lo necesita.	1	2	3	4	5
6. Alguien que le muestre amor y afecto	1	2	3	4	5
7. Alguien con quien pasar un buen rato.	1	2	3	4	5
8. Alguien que le informe y le ayude a entender una situación	1	2	3	4	5
9. Alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones.	1	2	3	4	5
10. Alguien que le abrace	1	2	3	4	5
11. Alguien con quien pueda relajarse.	1	2	3	4	5
12. Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo.	1	2	3	4	5
13. Alguien cuyo consejo realmente desee.	1	2	3	4	5
14. Alguien con quien hacer cosas que le ayuden a olvidar sus problemas.	1	2	3	4	5
15. Alguien que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo.	1	2	3	4	5
16. Alguien con quien compartir sus temores o problemas más íntimos.	1	2	3	4	5
17. Alguien que le aconseje cómo resolver sus problemas personales.	1	2	3	4	5
18. Alguien con quien divertirse.	1	2	3	4	5
19. Alguien que comprenda sus problemas	1	2	3	4	5

20. Alguien a quien amar y hacerle sentir querido	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

Cuestionario de Riesgo de Recaída AWARE 3.0							
A continuación, se presentan los siguientes enunciados, marque con un aspa (X) la afirmación con la que usted se identifique. Por favor, marque solo un número por cada enunciado.							
	Nunca	Pocas veces	A veces	Relativamente a menudo	A menudo	Casi siempre	Siempre
1. Me siento nervioso o inseguro de mis recursos para mantenerme libre de drogas.	1	2	3	4	5	6	7
2. Tengo muchos problemas en mi vida que afectan mi estado emocional.	1	2	3	4	5	6	7
3. Tiendo a actuar impulsivamente.	1	2	3	4	5	6	7
4. Soy reservado y me siento solo.	1	2	3	4	5	6	7
5. Me enfoco mucho en un(as) área(s) de mi vida.	1	2	3	4	5	6	7
6. Me siento triste, desanimado o deprimido.	1	2	3	4	5	6	7
7. Me dedico hacerme ilusiones sobre el consumo.	1	2	3	4	5	6	7
8. Los planes que hago tienen éxito.	1	2	3	4	5	6	7
9. Tengo dificultad para concentrarme y prefiero imaginar cómo podrían ser las cosas.	1	2	3	4	5	6	7
10. Lo que suelo realizar no me sale bien.	1	2	3	4	5	6	7
11. Me siento confundido sobre volver a consumir.	1	2	3	4	5	6	7
12. Me irrito o molesto con mis amigos.	1	2	3	4	5	6	7
13. Me siento enojado o frustrado.	1	2	3	4	5	6	7
14. Tengo buenos hábitos alimenticios.	1	2	3	4	5	6	7
15. Me siento atrapado y estancado, sin salida.	1	2	3	4	5	6	7
16. Tengo dificultad para dormir.	1	2	3	4	5	6	7
17. Tengo largos períodos de tristeza intensa.	1	2	3	4	5	6	7
18. Me da igual, suceda lo que suceda.	1	2	3	4	5	6	7
19. Siento que las cosas están mal, que podría consumir drogas.	1	2	3	4	5	6	7

20. Soy capaz de pensar con claridad.	1	2	3	4	5	6	7
21. Siento lástima de mí mismo	1	2	3	4	5	6	7
22. Pienso reiteradamente en consumir drogas	1	2	3	4	5	6	7
23. Miento a otras personas.	1	2	3	4	5	6	7
24. Me siento seguro y lleno de esperanzas.	1	2	3	4	5	6	7
25. Me siento enojado con el mundo en general.	1	2	3	4	5	6	7
26. Estoy haciendo lo posible para mantenerme en abstinencia.	1	2	3	4	5	6	7
27. Me temo que estoy perdiendo la razón.	1	2	3	4	5	6	7
28. Estoy consumiendo o tengo deseos de consumir drogas sin control.	1	2	3	4	5	6	7

Anexo B

Operacionalización de las variables

Variable	Escala de Medición	Criterio de Medición	Dimensiones	Indicadores	Ítems
Apoyo Social percibido	Ordinal	Respuesta a los ítems en escala de tipo Likert.	Apoyo social estructural	Tamaño de la red de apoyo social	1
			Apoyo social funcional	Apoyo emocional/informacional	3,4,8,9,11,13,14,16,17 y 19
				Apoyo afectivo	6,7,10,18 y 20
				Apoyo instrumental	2,5,12 y 15

Variable	Escala de Medición	Criterio de Medición	Dimensiones	Indicadores	Ítems
Riesgo de recaída	Ordinal	Respuesta a los ítems en escala de tipo Likert.	Unidimensional	Cambios de actitud Cambios en el pensamiento Cambios en el comportamiento Cambios en el humor.	1 al 28