



DOI: <http://dx.doi.org/10.29033/ei.v2n4.2017.04>

Artículo original

Factores psicosociales en la recaída de la dependencia al alcohol: Un análisis de ruta

Psychosocial factors in relapse of alcohol dependence: A path analysis

Fabiola Alejandra Useche Torrealba¹, María José Escalona Duin¹, Víctor Manuel López Guerra², Gabriel Josué Ortiz Franciso¹

¹ Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado – Decanato Experimental de Humanidades y Artes – Programa de Licenciatura en Psicología – Barquisimeto – Venezuela

² Universidad Técnica Particular de Loja – Área Sociohumanística – Departamento de Psicología – Loja – Ecuador

Useche TFA, Escalona DMJ, López GVM, Ortiz FGJ. Factores psicosociales en la recaída de la dependencia al alcohol: Un análisis de ruta. *Enferm Inv (Ambato)*. 2017; 2(4): 137-144.

2477-9172 / 2550-6692 Derechos Reservados © 2017 Universidad Técnica de Ambato, Carrera de Enfermería. Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons, que permite uso ilimitado, distribución y reproducción en cualquier medio, siempre que la obra original es debidamente citada.

Historia:

Recibido: 23 octubre 2017
Revisado: 31 octubre 2017
Aceptado: 07 diciembre 2017

Palabras Claves: Adicción; dependencia alcohólica; recaída; análisis de ruta, abstinencia; psicología de la salud

Keywords: Addiction; alcoholic dependence; relapse; path analysis; abstinence; health psychology

Resumen

Introducción: El consumo de alcohol causa alrededor del 6% de muertes a nivel mundial y se espera que el 70% de los pacientes en recuperación recaigan en los primeros seis meses de tratamiento. Esto, aunado a la aceptación social de esta sustancia y su fácil acceso, hacen necesario estudiar las variables asociadas a la recaída.

Objetivo: Estudiar la influencia de variables sociodemográficas y psicosociales, sobre la recaída de la dependencia al alcohol.

Métodos: Se realizó una investigación de campo, transversal y explicativa-correlacional, con la participación de 180 miembros de Alcohólicos Anónimos de Venezuela.

Resultados: Participaron 87 mujeres y 93 hombres, con un promedio de 50 años. El índice de recaída fue de 18%, con un promedio de 130 meses de abstinencia. Se encontraron altos niveles de apoyo social, autoeficacia y autoestima, así como valores intermedios de estrés, impulsividad y resiliencia. Las variables estudiadas se asociaron con el tiempo en abstinencia ($R = 0.615$; $p < 0.05$) explicando el 35% de la varianza total. La edad ($\beta = 0.57$; $p = 0.00$), autoestima ($\beta = -0.156$; $p = 0.02$), apoyo social ($\beta = 0.148$; $p = 0.02$) y sexo ($\beta = -0.135$; $p = 0.03$) fueron las variables con mayor eficacia en la ruta principal.

Conclusiones: El modelo propuesto se cumplió parcialmente. Es necesario profundizar el estudio de relaciones no planteadas entre las variables moderadoras, y si estas tienen otras que las modifiquen. Se recomienda enfatizar el abordaje de las variables que resultaron relevantes en la prevención de la recaída.

Abstract

Introduction: Alcohol consumption causes around 6% of deaths worldwide and it is expected that 70% of recovering patients will relapse in the first six months of treatment. This, coupled with the social acceptance of this substance and its easy access, make it necessary to study the variables associated with relapse.

Objective: To study the influence of sociodemographic and psychosocial variables on the relapse of alcohol dependence.

Methods: A cross-sectional, explanatory-correlational field investigation was carried out, with the participation of 180 members of Alcoholics Anonymous of Venezuela.

Results: 87 women and 93 men with an average age of 50 years participates in the study. The relapse rate was 18%, with an average of 130 months of abstinence. High levels of social support, self-efficacy and self-esteem were found, and intermediate values of stress, impulsivity and resilience. The variables studied were associated with time in abstinence ($r = 0.615$; $p < 0.05$) explaining 35% of the total variance. Age ($\beta = 0.57$; $p = 0.00$), self-esteem ($\beta = -0.156$; $p = 0.02$), social support ($\beta = 0.148$; $p = 0.02$) and sex ($\beta = -0.135$; $p = 0.03$) were the variables with the greatest efficacy in the main route.

Conclusions: The proposed model was partially fulfilled. It is necessary to deepen the study of relationships not proposed between the moderating variables, and if they have others that modify them. It is recommended to emphasize the approach of the variables that were relevant in the prevention of relapse.

Autor de correspondencia:

Fabiola Alejandra Useche Torrealba, Decanato Experimental de Humanidades y Artes, Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado, Carrera 19 entre calles 8 y 9, Edificio Rectorado UCLA, Barquisimeto 3001, Teléfono: +58 251 2592237, Barquisimeto, Venezuela. E-mail: fabiola.useche.18@gmail.com

Introducción

La recaída en los tratamientos para las adicciones de sustancias constituye un aspecto importante de investigación en los últimos años, por suponer un peligro en el proceso de recuperación de personas con alcoholismo¹. Las sustancias lícitas son de más fácil acceso por ser permitidas en la sociedad, siendo el alcohol una de las más utilizadas y Venezuela, el país que ocupa el primer lugar en Latinoamérica en el consumo anual per cápita de alcohol².

La popularidad del consumo de alcohol es notoria, siendo responsable del 6% de muertes a nivel mundial³. Por lo tanto, el desarrollo de tratamientos para tratar la dependencia a esta sustancia ha sido objeto común de investigaciones. Generalmente, la conducta adictiva hace que las personas requieran un tratamiento que les permita retomar su estilo de vida anterior para así recobrar su bienestar, por lo que el alcoholismo y la falta de un tratamiento completamente eficaz para este representan un problema de salud pública. De esta manera, una mejor evolución terapéutica, reflejada en menos recaídas o abandonos del tratamiento, se asocia precisamente con la menor presencia de deterioro psicológico y orgánico⁴.

Pese al avance en la investigación dentro del área, los pacientes alcohólicos están expuestos a sufrir una recaída tras terminar su tratamiento o durante el mismo y mantenerse en abstinencia se les dificulta por encontrarse constantemente expuestos a situaciones de riesgo. Cabe destacar, que las situaciones de riesgo son aquellas donde se aumenta el deseo de consumo y por ende la probabilidad de uso de sustancia⁵. Y cuando se habla de abstinencia, se trata de privarse voluntariamente de alguna sustancia o acción⁶.

Por su parte, el término recaída, comprende desde un único consumo de la sustancia después de un período de abstinencia, hasta el retorno al patrón de consumo previo al inicio del tratamiento². Este fenómeno se manifiesta de diferentes maneras, y aunque se puede dar el consumo de drogas sustitutivas u otro tipo de adicciones no químicas, la forma más común de recaída es el regreso al estilo de consumo antiguo⁵.

En relación con lo anterior, la evidencia empírica demuestra que alrededor de 70% de los pacientes con adicción a sustancias recaen a los seis meses de seguimiento tras la desintoxicación², lo que pone de manifiesto la necesidad de estudiar las variables que influyen en la reincidencia del consumo durante o después del tratamiento. Es decir, qué factores influyen en la conducta de un individuo para suspender o no el período de abstinencia.

Al respecto, numerosas investigaciones apuntan a una cantidad muy diversa de variables que influyen en el retorno del consumo de los pacientes adictos, ya sea para prevenir o provocar la recaída. De esta forma, es importante distinguir entre factores de riesgo o de protección que, de acuerdo a su presencia o ausencia en el individuo, estos pueden cambiar de signo de acuerdo a la situación. Por tanto, la investigación en este tema va a permitir guiar las estrategias preventivas al minimizar los factores cuando sean de riesgo y reforzarlos al ser de protección⁷.

En este sentido, se ha encontrado evidencia que revela una relación entre la impulsividad y la afectividad negativa en el

retorno al consumo, así como entre variables psicosociales, factores emocionales negativos, autoeficacia y funcionamiento familiar como elementos asociados al proceso de recaída mientras que el estrés, apoyo social y autoestima serían variables intervinientes en la adhesión al tratamiento⁸⁻¹¹.

En contraposición, otros estudios han reportado que la autoestima, habilidades sociales, alteraciones psicológicas, afrontamiento, funcionamiento familiar, habilidades emocionales o estrés de la vida no se encuentran fuertemente asociadas al consumo de sustancias^{12,13}. Estas contradicciones halladas en las investigaciones previas dan cuenta de la necesidad de seguir llevando a cabo estudios que exploren la influencia de estos factores sobre la recaída, debido a que el papel que juegan muchos de ellos sigue estando en discusión¹⁴.

Por todo lo anterior, tomando en cuenta la relevancia social que posee el fenómeno de las adicciones en la salud pública, y que las variables mencionadas han sido estudiadas de manera independiente, el presente estudio tuvo como finalidad estudiar variables psicosociales (impulsividad, autoeficacia, estrés percibido, resiliencia, apoyo social, autoestima) y sociodemográficas (edad y sexo) que inciden en el proceso de recaída en las personas con dependencia al alcohol, tomando como indicador, el tiempo de abstinencia.

Así pues, considerando el carácter multicausal de la conducta¹⁰, y basándose en resultados de investigaciones previas, se planteó el siguiente modelo como hipótesis de investigación (figura 1):

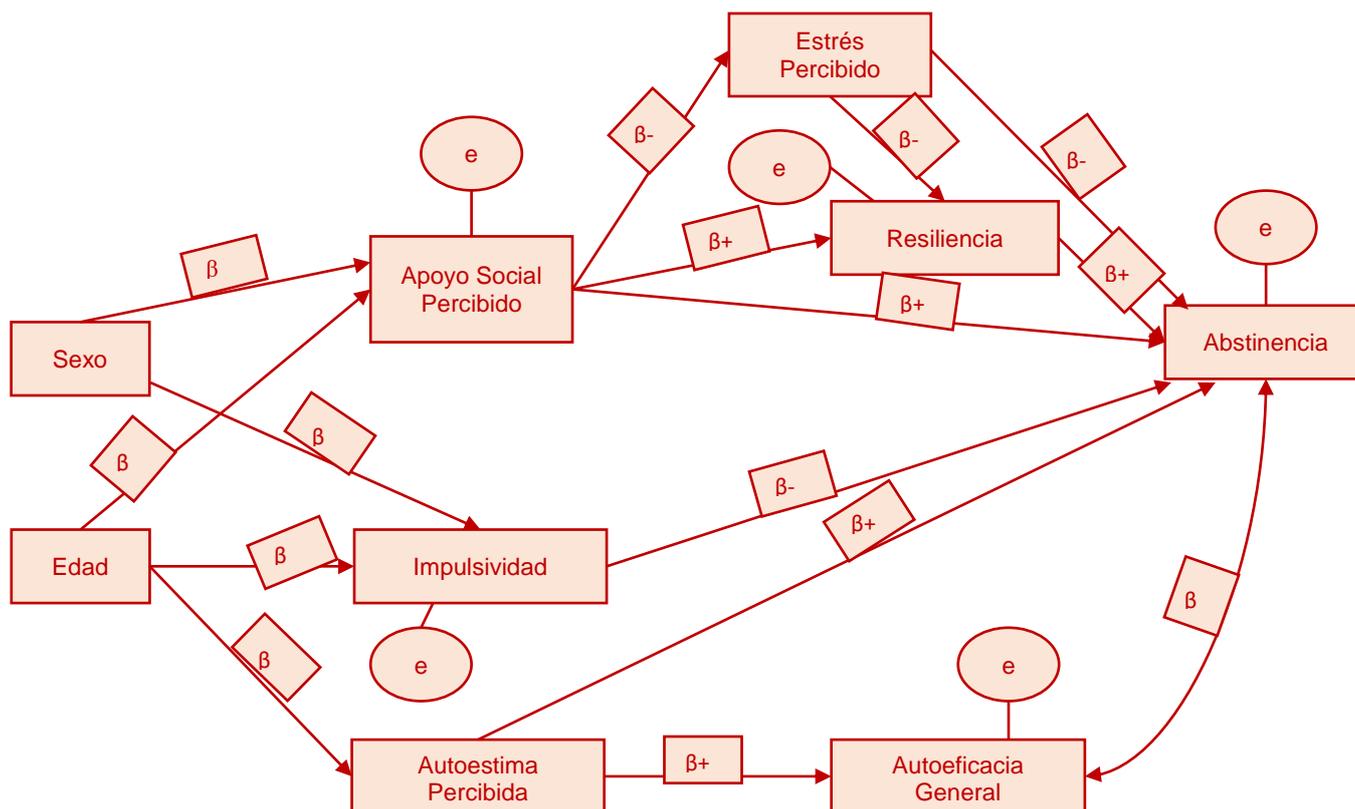
Materiales y métodos

Se realizó una investigación de campo, transversal y explicativa¹⁵ donde se evaluaron los niveles de relación entre las variables haciendo una exploración y explicación entre hipótesis de variables. Al mismo tiempo fue correlacional, evaluando el grado de asociación existente entre dos o más variables¹⁶. Contó con la participación de 180 personas, 87 mujeres y 93 hombres, con un promedio de edad de 50 años, asistentes a la red de centros de Alcohólicos Anónimos (AA) ubicados en las ciudades de Barquisimeto, Caracas, Trujillo, Maracaibo y Mérida (Venezuela), entre abril y noviembre de 2013. Se utilizó un muestreo no probabilístico a conveniencia con el fin de obtener una muestra significativa.

Instrumentos.

Inventario de Impulsividad de Dickman traducido por Pedrero¹⁷. Esta escala consta de 23 ítems, con respuestas en formato verdadero o falso, divididos en dos sub escalas, 11 de los reactivos miden Impulsividad Funcional (IF) y los otros 12 Impulsividad Disfuncional (ID), cuya confiabilidad medida a través de alfa de Cronbach fue de 0.86 y 0.74 respectivamente. Este instrumento, ha mostrado adecuada validez de constructo y apropiadas propiedades psicométricas en diversos idiomas, similares a las obtenidas en el instrumento original.

Figura 1. Modelo estructural propuesto.



Fuente: Elaboración propia.

Escala de Autoeficacia Generalizada de Bähler, Schwarzer y Jerusalem, versión en español elaborada por Cid, Orellana y Barriga¹⁸. Está conformada por 10 reactivos en escala de Likert de cuatro opciones. Se estudió su validez de criterio concurrente con las escalas de Autoestima y Estado de Salud Percibido, en población chilena, y la confiabilidad medida a través de alfa de Cronbach fue de 0.84.

Escala de Estrés Percibido de Cohen adaptada al español por Remor y Carroble¹⁹ compuesta por 12 ítems en escala de Likert de cinco opciones (desde “nunca” hasta “muy a menudo”), arrojando un puntaje máximo de 56. En relación con las propiedades psicométricas, es un instrumento con una estructura interna adecuada, validez convergente y un índice de consistencia interna obtenido a través de alfa de Cronbach de 0.81⁸.

Escala de resiliencia de Wagnild y Young, adaptado para población mexicana, mostrando validez de contenido. Se compone por 23 reactivos en escala de Likert de 7 puntos y arroja puntajes entre 25 y 175, siendo los mayores valores indicadores de mayor resiliencia. El instrumento está conformado por dos dimensiones: competencia personal (17 reactivos) y aceptación de sí mismo y la vida (8 reactivos)²⁰. Presenta una consistencia interna de 0.90 para competencia personal y 0.87 para aceptación de uno mismo y la vida²¹.

Cuestionario de apoyo social elaborado por Dumm y adaptado a la población venezolana por Angelucci²². El cuestionario se compone de tres sub escalas (apoyo de la familia, de amigos y de personas cercanas y de grupos religiosos) y 28 ítems en escala de Likert de cuatro opciones. Su confiabilidad, medida a través de alfa de Cronbach en diversos estudios con población venezolana, ha arrojado índices de entre 0.73 y 0.96²³.

Escala de autoestima de Rosenberg compuesto por 10 ítems dentro de los cuales se valora el respeto y la aceptación de sí mismo. Así, la mitad de la escala está formada por enunciados positivos y cinco negativos. De igual modo, la escala de respuestas va desde 1 (muy en desacuerdo) hasta 4 (muy de acuerdo)²⁴. La escala posee un alfa de Cronbach superior a 0.7 según diferentes autores que han estudiado sus propiedades psicométricas^{25,26}.

Resultados

En primer lugar, se calculó el coeficiente alfa de Cronbach de cada una de las escalas utilizadas. Como se muestra en la tabla 1, todas arrojaron valores entre 0,6 y 0,9, lo que indica que los instrumentos utilizados son confiables.

Tabla 1. Índice de consistencia interna de los instrumentos utilizados.

Instrumento	Alfa de Cronbach
Apoyo social	0.82
Impulsividad	0.67
Autoestima	0.72
Estrés percibido	0.60
Resiliencia	0.92

Fuente: Instrumentos aplicados a participantes de la investigación.

Análisis Descriptivo.

La muestra estuvo conformada por 87 mujeres (48%) y 93 hombres (52%) con un promedio de edad de 50 años (DE=12). La abstinencia se evaluó en función del tiempo en meses sin consumir alcohol, arrojando un valor promedio de 133.48 meses (DE=120.3), es decir, la mayoría de la muestra tenía entre 13 y 253 meses sin consumir, con claro predominio en los primeros meses.

En cuanto a las variables psicosociales, se encontró que la muestra estudiada poseía altos niveles de apoyo social

($\mu=85.58$; $DE=10.3$), autoeficacia ($\mu=31.77$; $DE=5.98$) y autoestima ($\mu=31.46$; $DE=4.12$), así como valores intermedios de estrés percibido ($\mu=33.58$; $DE=6.19$), impulsividad ($\mu=12.14$; $DE=3.92$) y resiliencia ($\mu=126.21$; $DE=21.51$).

Con la finalidad de verificar las hipótesis de investigación, se sometió a verificación empírica el modelo planteado

inicialmente, por medio de un análisis de correlaciones, de regresión simple y múltiple. Así pues, la regresión se llevó a cabo tomando las variables del modelo calculando de derecha a izquierda. Durante el análisis fueron significativos los coeficientes menores o iguales a 0.05. Se evaluó la tolerancia de la muestra y la autocorrelación bajo el modelo de Durbin-Watson arrojando resultados favorables que permiten la aplicación del análisis propuesto (tabla 3).

Tabla 2. Estadísticos descriptivos de variables incluidas en el modelo.

Variable	Mín.	Máx.	Media	Error típico	Desv. típ.	CV
Abstinencia	2.00	552.00	133.483	8,96156	120.23	90
Edad	19.00	80.00	50.217	0.88827	11.91	24
Apoyo Social	47.00	111,00	87.272	0.87449	11.732	13
Estrés	20.00	53.00	33.578	0.46155	6.192	13
Autoeficacia	15.00	40.00	31.778	0.43807	5.877	19
Autoestima	17.00	40.00	31.456	0.30760	4.126	13
Impulsividad	2.00	21.00	12.139	0.29202	3.917	32
Resiliencia	44.00	161.00	126.211	1.60357	21.514	17

Fuente: Instrumentos aplicados a participantes de la investigación.

Tabla 3. Diagnóstico de colinealidad y autocorrelación.

Autocorrelación según Durbin- Watson		
	1,748	
Colinealidad	Tolerancia	FIV
Autoeficacia	0.804	1.243
Sexo	0.894	1.119
Edad	0.969	1.032
Apoyo Social	0.858	1.166
Estrés	0.956	1.046
Autoestima	0.800	1.250
Resiliencia	0.806	1.241

Fuente: Instrumentos aplicados a participantes de la investigación.

Posteriormente, se analizó la ruta principal (figura 1) para estudiar la relación existente entre el tiempo en abstinencia de consumo de alcohol y las variables involucradas en el modelo (autoeficacia, resiliencia, estrés, autoestima, impulsividad, apoyo social, sexo y edad). Se encontró una correlación positiva y moderada-alta de 0.615, donde las variables que componen el modelo explican un 35% de la varianza total del tiempo en abstinencia (tabla 4). Es decir, las variables psicosociales estudiadas, son factores protectores que explican los periodos de abstinencia de los sujetos.

Tabla 4. Coeficientes de determinación de la ruta principal.

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado-correctado	Error típ. de la estimación
1	0.615(a)	0.378	0.349	97.00787

Fuente: Instrumentos aplicados a participantes de la investigación.

En relación con lo anterior, los resultados arrojaron que las variables con mayor eficacia en la ruta principal fueron la edad ($\beta=0.57$; $p=0.00$) seguida de la autoestima ($\beta=-0.156$; $p=0.02$), el apoyo social ($\beta=0.148$; $p=0.02$) y el sexo ($\beta=-0.135$; $p=0.03$) (tabla 5), lo que indica que, a mayor edad, apoyo social y menor autoestima, es más prolongando el tiempo de abstinencia y por ende menor la probabilidad de recaída.

En vista de que la variable de apoyo social se asoció con el tiempo de abstinencia, se evaluó la correlación entre cada una de sus dimensiones con el tiempo sin recaer, encontrando una relación estadísticamente significativa entre el tiempo sin consumir y el apoyo social por parte de amigos y cercanos ($\beta=0.296$; $F=4.924$; $p=0.02$), explicando el 6.3% de la varianza total de tiempo de abstinencia (tabla 6).

Tabla 5. Coeficiente de regresión de la recaída con los factores psicosociales y sociodemográficos.

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.	Correlaciones		
	B	Error típ.	Beta			Semiparcial	B	Error típ.
(Constante)	-150.285	94.818		-1.58	0.115			
Estrés	-1.090	1.208	-0.056	-0.902	0.368	-0.010	-0.069	-0.054
Resiliencia	0.233	0.378	0.042	0.617	0.538	0.086	0.047	0.037
Autoeficacia	0.876	1.367	0.043	0.641	0.523	0.112	0.049	0.039
Apoyo Social	1.519	0.659	0.148	2.304	0.022	0.196	0.174	0.139
Impulsividad	-0.252	1.910	-0.008	-0.132	0.895	-0.083	-0.010	-0.008
Autoestima	-4.549	2.006	-0.156	-2.26	0.025	0.024	-0.171	-0.137
Sexo	-32.442	14.916	-0.135	-2.17	0.031	-0.107	-0.164	-0.131
Edad	5.822	0.623	0.577	9.348	0.000	0.570	0.582	0.564

Fuente: Instrumentos aplicados a participantes de la investigación.

Tabla 6. Coeficiente de regresión entre el tiempo sin recaer y las sub escalas de apoyo social

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	T	Sig.	Correlaciones		
	B	Error típ.	Beta			Semi-parcial	B	Error típ.
(Constante)	-71.481	66.871		-1.06	0.287			
Amigos y Cercanos	6.931	1.995	0.296	3.473	0.001	0.276	0.253	0.251
Familiar	-0.360	1.922	-0.016	-0.187	0.852	0.122	-0.014	-0.014
Grupos Religiosos	-0.997	2.166	-0.036	-0.460	0.646	0.047	-0.035	-0.033

Fuente: Instrumentos aplicados a participantes de la investigación.

Se encontró que la autoestima y la edad se asociaban de forma estadísticamente significativa con la autoeficacia ($F=7.790$; $p=0.001$) explicando el 7% de su varianza total (tabla 7).

Tabla 7. Coeficientes de determinación de la subruta: autoestima y edad en la autoeficacia.

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado-correctado	Error típ. de la estimación
4	0.284(a)	0.081	0.071	5.66628

Fuente: Instrumentos aplicados a participantes de la investigación.

Asimismo, el sexo ($\beta = -0.146$; $p=0.031$) y la edad ($\beta = 0.105$; $p=0.158$) mostraron ser predictores del apoyo social ($F=3.226$; $p=0.042$), explicando el 2% de la varianza total de apoyo social percibido.

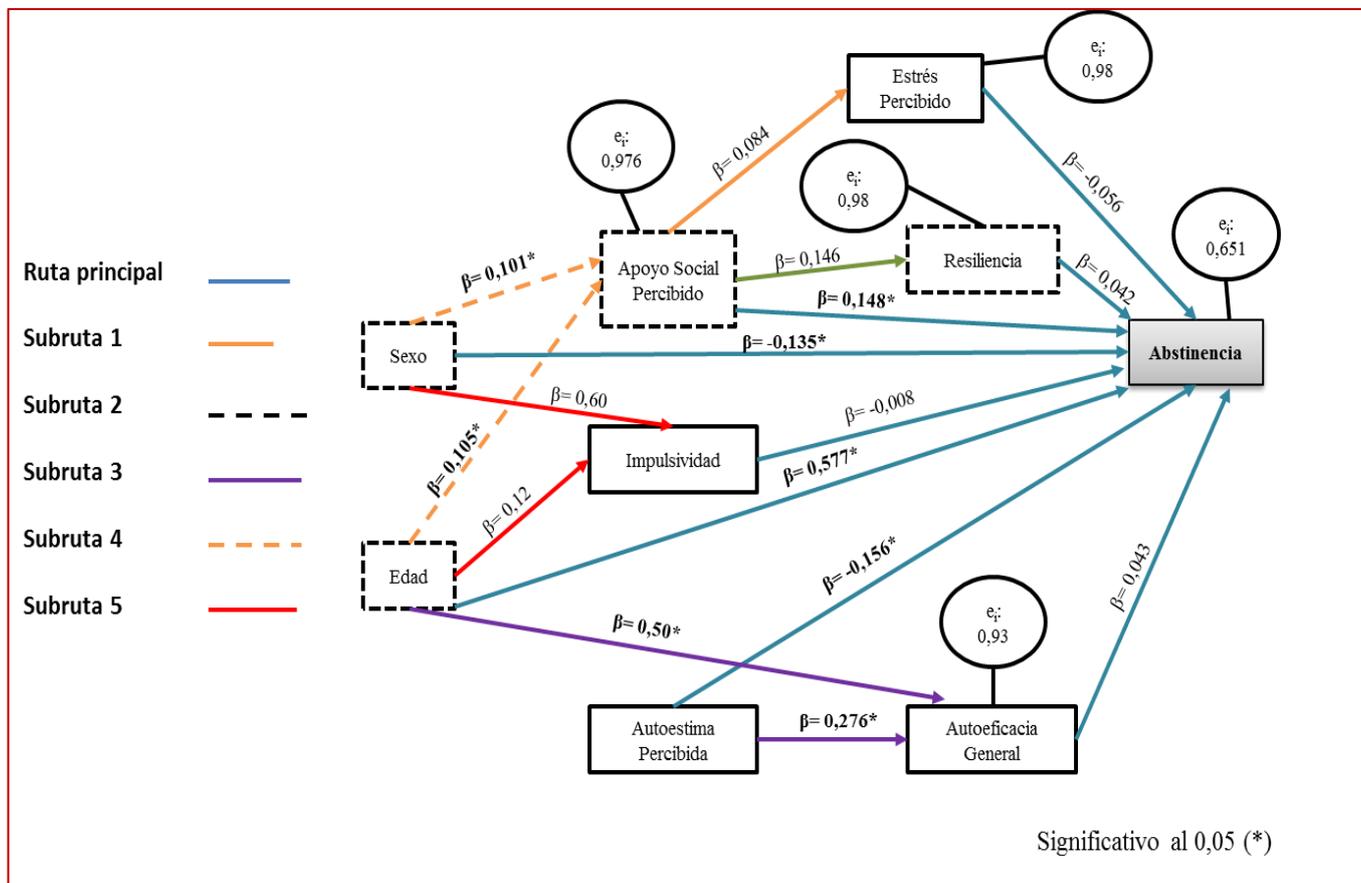
Tabla 8. Coeficientes de determinación subruta: edad y sexo sobre apoyo social

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado-correctado	Error típ. de la estimación
5	0.188(a)	0.035	0.024	11.58930

Fuente: Instrumentos aplicados a participantes de la investigación.

De acuerdo con los resultados obtenidos se pudo constatar que la ruta planteada en la figura 2 se cumplió de manera parcial. Así, se encontró que el sexo, edad, apoyo social y autoestima son determinantes para prevenir la recaída. A su vez, el apoyo social de amigos y cercanos se encuentra estrechamente relacionado con el tiempo en abstinencia. Es importante destacar que, en la muestra estudiada, la autoestima y la edad resultaron predictores de la autoeficacia. En base al análisis realizado, se obtuvo la ruta final (figura 2).

Figura 2. Diagrama de ruta obtenido.



Fuente: Elaboración propia.

Discusión

En la muestra estudiada, el índice de recaída fue de 18.4%, resultados similares a los reportados por otros investigadores, quienes han encontrado que entre 74.4 y 79% de los miembros de alcohólicos anónimos reportaban no haber consumido alcohol tras entrar al grupo^{27,28}. Este hallazgo podría explicarse por el hecho de que la muestra formaba parte de AA, pues la probabilidad de recaer es menor en los adictos que completan un programa de rehabilitación²⁹, encontrándose índices de recaída mucho mayores en otros estudios con alcohólicos que no habían participado en este tipo de programas³⁰. Es necesario continuar explorando los factores protectores ofrecidos en AA que llevan a una alta efectividad del tratamiento y tomarlo de apoyo para fortalecer otros grupos terapéuticos y tratamientos.

Los participantes del estudio mostraron niveles de autoeficacia superiores a la norma. Esto puede deberse al largo período de abstinencia de la muestra, pues de acuerdo al modelo de prevención de recaídas de Marlatt y Gordon, cuando se produce la recaída disminuye el grado de autoeficacia³¹, lo que explicaría este resultado. Asimismo, toman relevancia los hallazgos de Gantiva, Gómez y Flores³², quienes encontraron que el grado de autoeficacia de un grupo de dependientes al alcohol aumentaba después de la terapia, en comparación con el grupo sin terapia.

Esto es relevante, debido a que los grupos de autoayuda pueden fomentar el uso de nuevas herramientas para que los pacientes puedan afrontar las situaciones de riesgo³³. En el caso de AA, la meta en común es mantenerse en abstinencia y el hecho de que en su mayoría lo han logrado, puede aumentar su creencia sobre el éxito que pueden tener ante un escenario de riesgo de consumo.

Los resultados arrojan que la resiliencia no está asociada de forma estadísticamente significativa con el período de abstinencia. Esto contradice hallazgos previos^{34,35}, que indican que la resiliencia es un factor protector ante el consumo. Posiblemente esta contradicción se deba a que los estudios mencionados trabajaron con población adolescente no alcohólica, en quienes esta variable les permite resistir la presión de los pares para iniciar el consumo de alcohol. Considerando que la población estudiada tiene algo más de 130 meses sin consumir, ya habría superado las consecuencias de la enfermedad, por lo que no se enfrentarían a la presión por retornar al consumo, como sí ocurriría en las primeras etapas del proceso de recuperación, situación en la que sí sería relevante la resiliencia.

El estrés se asoció de forma estadísticamente significativa con la recaída. Esto puede ser porque, al presentarse una situación de estrés, se activan en el cerebro las zonas relacionadas con el placer y el hecho de consumir alcohol elimina momentáneamente el displacer producido por la tensión sobre el individuo. Luego de asociadas estas variables, al presentarse más adelante situaciones estresantes o señales relacionadas con la dependencia, se activan nuevamente estas zonas, es decir, el estrés se relaciona con la necesidad o deseo de consumo³⁶.

En la muestra estudiada, los valores normales de estrés se pueden explicar por la etapa de recuperación en la que se encuentran, que les ha permitido reducir su percepción de estrés a medida que consolidan la abstinencia⁸. Además, el hecho de poder encontrar un espacio de expresión emocional en las reuniones puede haberles brindado herramientas para construir un clima de confianza y

empatía, permitiéndoles percibir las dificultades como menos estresantes.

Se encontraron niveles de autoestima superiores a la norma, a diferencia de investigaciones previas, donde los pacientes alcohólicos mostraban un nivel bajo de esta variable^{11,37-39}. Esta discrepancia puede deberse a que la recaída fue poco reciente, en comparación con las investigaciones mencionadas, cuyos participantes verían mermada su autoestima por haber vuelto a consumir alcohol. Cabe destacar que, en estos grupos de autoayuda como AA, se busca eliminar el sentimiento de culpa y fomentar la aceptación mutua, confianza y concepto de sí mismo³⁷, lo que también puede explicar los elevados niveles de autoestima y autoeficacia hallados en esta población.

Asimismo, se encontró que a mayor autoestima, mayor probabilidad de recaer. En este sentido, se hace necesario promover que las personas en proceso de recuperación alcancen niveles adecuados de autoestima y autoeficacia. Es decir, ni muy bajos para sentir que no pueden recuperarse, ni excesivamente altos, que las hagan sentirse inmune frente a la recaída y se exponga a mayores situaciones de riesgo.

Por otra parte, la impulsividad se encontró en niveles ajustados a la norma, en concordancia con estudios previos, que encontraron niveles más bajo de impulsividad en quienes se mantenían abstinentes, en comparación con aquellos que habían recaído recientemente^{9,40}. Los niveles adecuados de impulsividad pueden deberse a que los participantes en el estudio tienen años asistiendo a los diferentes grupos y a la adquisición de nuevas conductas más eficaces para la vida diaria y la toma de decisiones.

Se encontró un nivel alto de apoyo social en la muestra estudiada. Es decir, que los participantes consideraban estar rodeados de personas en quienes pueden confiar y acudir durante una crisis. Esto concuerda con otras investigaciones que han encontrado que aquellas personas con grupos de apoyo, bien sea compañeros de terapia grupal, otros amigos o familiares, tendían a recaer con menor frecuencia⁴¹, mientras que los conflictos familiares y sociales eran eventos que propiciaban la recaída³⁹.

Ahora bien, las relaciones entre pares y cercanos que poseen los participantes son las que se asociaron en mayor grado con la abstinencia, lo que puede explicarse por la participación de los sujetos en AA, cuyas terapias grupales promueven el establecimiento de relaciones interpersonales basadas en un clima de confianza entre sus miembros³³. Este resultado resalta la importancia de las terapias grupales en el tratamiento de la dependencia alcohólica, que además tiene la ventaja de llegar a un número mayor de personas, reduciendo gastos y tiempos de espera por atención individual.

A su vez, el apoyo social de amigos y cercanos se asoció positivamente con la edad, lo que contradice a Ahumada, Del Castillo, Muñoz y Moruno⁴². Esta diferencia puede deberse, principalmente, a que las poblaciones donde fueron evaluadas estas variables eran diferentes. La de esta investigación, se encontraba asistiendo a un grupo de apoyo, mientras que el otro estudio comprendía población general, de la cual solo algunos tenían alguna patología (diferente al alcoholismo) y no se encontraban asistiendo formalmente a algún grupo terapéutico.

También, se encontró una relación positiva entre la edad y el período de abstinencia, lo que concuerda con los hallazgos de Gil-Martín¹⁴ y puede deberse a que a mayor edad, los sujetos alcanzarían un mayor grado de madurez que les facilitaría superar la toxicomanía²⁹. Asimismo, el

sexo mostró una relación significativa con la recaída, siendo ligeramente mayor en hombres (53.1%) que en mujeres (46.8%). Esto puede deberse a que los hombres suelen estar expuestos a mayores situaciones de riesgo, en tanto el uso y abuso de bebidas alcohólicas es más tolerado socialmente.

Si bien es cierto que las relaciones planteadas anteriormente representan la ruta principal indirecta o directa hacia la recaída, existen otras relaciones que interactúan hasta llegar a la recaída, funcionando como variables moderadoras. En este caso, la variable autoestima, que tiene una relación significativa con el mantenimiento de la abstinencia, se encuentra moderada por otras variables.

Se encontró que, a pesar de que la autoeficacia no es la más significativa en la ruta principal, está altamente moderada por la autoestima, es decir, funciona como moderadora entre la autoestima y el tiempo sin consumir, pues se encontró que en la subruta entre la edad, la autoestima y la autoeficacia, esta es la que más la influye, concluyendo que la edad hace variar los niveles de autoestima y además tienen relación pues la autoeficacia es parte de la autoestima y al aumentar una, lo hace la otra⁴³⁻⁴⁵.

Conclusiones

A modo de conclusión, se puede afirmar que aquellos sujetos de mayor edad, con apoyo social percibido y con niveles de autoestima normales, mantuvieron la abstinencia por más tiempo. De esta manera, se comprobó de forma parcial el modelo propuesto en la hipótesis de estudio. A pesar de que todas las relaciones planteadas entre las variables no fueron significativas, hubo hallazgos que permiten fortalecer los planes de tratamiento para la dependencia al alcohol, resultando un aporte informativo sobre el alcoholismo en población venezolana que indaga sobre los factores que han favorecido una abstinencia prolongada.

Resulta importante señalar que aún quedan preguntas sin responder y han surgido nuevas interrogantes para futuras investigaciones en cuanto a, con cuales otras variables están relacionada la recaída, cuales más la influyen directamente y como se interrelacionan entre ellas para llevar a la persona al consumo.

Para futuras investigaciones, se recomienda trabajar con población que asista a centros de desintoxicación, psicoterapia individual, entre otros, con la finalidad de obtener datos que permitan observar el comportamiento de estas variables y su incidencia en la recaída en pacientes que reciben otro tipo de tratamiento.

Asimismo, se debe profundizar sobre las relaciones no planteadas entre las variables moderadoras y si estas, a su vez, tienen otras más que las modifiquen, y si las variables sociodemográficas influyen directamente sobre la recaída o algunas de las variables moderadoras que no se habían planteado inicialmente.

Finalmente, se recomienda diseñar y someter a prueba empírica planes de tratamiento que enfatizan en el abordaje de las variables relevantes en la recaída, de acuerdo a los hallazgos obtenidos, con la finalidad de optimizar la respuesta a esta problemática tan importante para la sociedad por su nivel de incidencia, el fácil acceso a la sustancia y la aceptación cultural del consumo del alcohol.

Conflicto de intereses

Ninguno declarado por los autores.

Agradecimientos

Ninguno declarado por los autores.

Referencias

- Sullivan E, Pfefferbaum A (eds). The neurobiology of alcohol craving and relapse. En: Aminoff M, Boller F, Swaab D. Alcohol and the Nervous System: Handbook of Clinical Neurology. New Haven: Elsevier; 2014. p. 355-68.
- López M, Quirantes A, Pérez J. Pesquisaje de alcoholismo en un área de salud. Rev Cubana Med Gen Integr [en línea]. 2006 [citado 18 de diciembre de 2014]; 22(2). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v22n2/mgi17206.pdf>
- Bermúdez M, Otero E, Tomé S. Tratamiento del paciente alcohólico y del síndrome de abstinencia alcohólica. Programa de Formación Médica Continuada Acreditado [en línea]. 2016 [citado 10 de septiembre de 2017]; 12(10): 583-590. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304541216300488>
- Monrás M, Ortega L. Alcohólicos ingresados en una sala de psiquiatría: mortalidad a los 14 años. Adicciones [en línea]. 2011 [citado 18 de diciembre de 2014]; 23(4): 317-325. Disponible en: <http://www.redalyc.org/html/2891/289122824005/>
- Lorenzo P, Ladero J, Leza J, Lizasoain I. Drogodependencias: farmacología, patología, psicología y legislación. 3a ed. Barcelona: Editorial Médica Panamericana; 2009.
- Bello J. Diccionario de psicología. Caracas: Editorial Panapo; 2008.
- Mavrou I. Los factores de protección, de riesgo y la prevención de recaída en población drogodependiente: Análisis Socioeducativo del programa de comunidad de proyecto hombre en Granada y del programa de Pyksida en Nicosia. [en línea]. Granada: Universidad de Granada; 2012 [citado 02 de octubre de 2017]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/dctes?codigo=61639>
- Pedrero E, Olivar A. Estrés percibido en adictos a sustancias en tratamiento mediante la escala de Cohen: Propiedades psicométricas y resultados de su aplicación. Anales de Psicología [en línea]. 2010 [citado 10 de octubre de 2017]; 26(2): 302-309. Disponible en: <http://www.redalyc.org/html/167/16713079014/>
- Perea J, Oña S. Impulsividad como predictor de recaída en el abandono de tabaco. Anales de Psicología [en línea]. 2011 [citado 11 diciembre de 2014]; 27(1): 1-6. Disponible en: <https://search.proquest.com/openview/4a1657c794e21fa235800571fd515ab4/1?pq-origsite=gscholar&cbl=1606360>
- Sánchez-Hervás E, Llorente J. Recaídas en la adicción a cocaína: una revisión. Adicciones [en línea]. 2012 [citado 10 de diciembre de 2014]; 24(3): 269-279. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=289123569011>
- Sandoval E, Díaz J, Alonso A, Fraga G. Factores de riesgo de recaídas en el alcoholismo y su relación con el funcionamiento familiar. Rev Hosp Psiquiátrico de La Habana [en línea]. 2013 [citado 12 de octubre de 2017]; 10(3). Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revhospsihab/hph-2013/hph133g.pdf>
- Varela-Arevalo MT, Salazar-Torres IC, Cáceres de Rodríguez DE, Tovar-Cuevas JR. Consumo de sustancias psicoactivas ilegales en jóvenes: factores psicosociales asociados. Pensamiento Psicológico [en línea]. 2007 [citado 10 de diciembre de 2014]; 3(8): 31-45. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80130804>
- Alonso-Castillo M, Álvarez J, López K, Guzmán F, Martínez R. Factores personales, psicosociales y consumo de alcohol en mujeres adultas. Anuario de Investigación en Adicciones [en línea]. 2015 [citado 12 de octubre de 2017]; 9(1). Disponible en: <http://www.revistascientificas.udg.mx/index.php/AIA/article/view/4700/4420>
- Gil-Martín D, Arias F, Rubio G. Factores de riesgo de recaída en dependientes de alcohol al año de seguimiento tras un trasplante hepático. Revista de Patología Dual [en línea]. 2017 [citado 11 de octubre de 2017]; 4(1): 1-9. Disponible en: http://www.patologiadual.es/publishingimages/revista/pdfs/2017_02.pdf
- Díaz L. Promoción de la salud: autotrascendencia, espiritualidad y bienestar en no consumidores y consumidores moderados de alcohol. [Tesis doctoral]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2012.
- Hernández-Sampieri R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación. 3a ed. México: Mc Graw Hill; 2003.
- Pedrero-Pérez E. Evaluación de la impulsividad funcional y disfuncional en adictos a sustancias mediante el Inventario de Dickman. Psicothema [en línea]. 2009 [citado 11 de noviembre de 2017]; 21(4): 503-508. Disponible en: <http://www.psicothema.com/pdf/503-508>

- 2014]; 21(4): 585-591. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72711895014>
18. Cid P, Orellana A, Barriga O. Validación de la escala de autoeficacia general en Chile. *Rev. méd. Chile* [en línea]. 2010 [citado 16 de septiembre de 2017]; 138(5): 551-557. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872010000500004>
 19. Remor E, Carroles J. Versión Española de la Escala de Estrés Percibido (PSS-14): Estudio psicométrico en una muestra VIH+. *Ansiedad y Estrés* [en línea]. 2001 [citado 16 de septiembre de 2013]; 7(2-3): 195-201. Disponible en: <http://psycnet.apa.org/record/2002-15104-002>
 20. Álvarez A. El proceso de recaída en el alcoholismo. *Rev. Hosp. Psiquiátrico de La Habana* [en línea]. 2011 [citado 11 octubre 2013]; 8(2). Disponible en: <http://www.revistahph.sld.cu/hph0211/hph12211.html>
 21. Guerrero J, Sánchez J. Factores protectores, estilos de vida saludable y riesgo cardiovascular. *Psicología y Salud* [en línea]. 2015 [citado 03 de septiembre de 2017]; 25(1). Disponible en: <http://docplayer.es/40940651-Factores-protectores-estilos-de-vida-saludable-y-riesgo-cardiovascular.html>
 22. Angelucci L. Influencia de las variables sociodemográficas, el apoyo social y locus de control de salud sobre la salud en empleados universitarios. *CENDA Universidad Simón Bolívar* [en línea]. 2001 [citado 03 de septiembre de 2017] Disponible en: <http://sistema.cenda.usb.ve/trabajos/ver/1310>
 23. Feldman L, Goncalves L, Chacón G, Zaragoza J, Bagés N, De Paulo J. Relaciones entre estrés académico, apoyo social, salud mental y rendimiento académico en estudiantes universitarios venezolanos. *Universitas Psychologica* [en línea]. 2008 [citado 10 de octubre de 2013]; (3), 739-751. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v7n3/v7n3a11.pdf>
 24. Fernández M. Estrés percibido, estrategias de afrontamiento y sentido de coherencia en estudiantes de enfermería: su asociación con salud psicológica y estabilidad emocional. [en línea]. León: Universidad de León; 2009 [citado 10 de octubre de 2013]. Disponible en: <https://buleria.unileon.es/bitstream/handle/10612/902/2009FERN%20C3%81NDEZ%20MART%20C3%8DA%20ELENA.pdf?sequence=1>
 25. De León C, Gacriá M. Escala de Rosenberg en población de adultos mayores. *Ciencias Psicológicas* [en línea]. 2016 [citado 02 de septiembre de 2017]; 10(2): 119-127. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-42212016000200002&lng=es&tlng=es
 26. Rojas-Barahona C, Zegers B, Förster C. La escala de autoestima de Rosenberg: Validación para Chile en una muestra de jóvenes adultos, adultos y adultos mayores. *Rev Méd Chile* [en línea]. 2009 [citado 16 de octubre de 2013]; 137: 791-800. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872009000600009>
 27. Solís L, Tapia R, Gallardo A, Gamiochipi A. Cursos del postratamiento y recaídas en pacientes dependientes al etanol del Centro de Ayuda al Alcohólico y sus Familiares. *Salud Mental*. 1998; 21: 14-18.
 28. Gutiérrez R, Andrade P, Jiménez A, Juárez F. Alcohólicos Anónimos (AA): Aspectos relacionados con la adherencia (afiliación) y diferencias entre recaídos y no recaídos. *Salud Ment* [en línea]. 2009 [citado 12 de enero de 2014]; 32(5): 427-433. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0185-33252009000500009&script=sci_arttext
 29. Sirvent C, Rodríguez J. *Drogodependencias: Sociología, evaluación, proceso*. 3ª ed. Madrid: Universidad de Oviedo; 2011.
 30. Castaño-Monsalve B, Bernabeu-Guitart M, López R, Bulbena-Vilarasa A, Quemada I. Consumo de alcohol y tóxicos en pacientes con traumatismo craneoencefálico: Repercusión neuroconductual y sobrecarga del cuidador. *Rev Neurol* [en línea]. 2013 [citado 02 de octubre de 2017]; 56(7): 363-369. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Beatriz_Castano/publication/236071937_Alcohol_and_drug_use_disorders_in_patients_with_traumatic_brain_injury_Neurobehavioral_consequences_and_caregiver_burden/links/550d8f050cf212874164eaae/Alcohol-and-drug-use-disorders-in-patients-with-traumatic-brain-injury-Neurobehavioral-consequences-and-caregiver-burden.pdf
 31. Jiménez K, Carballo JL, Cano MÁ, Marín-Vila M. Relación entre el riesgo de suicidio, estrategias de afrontamiento y autoeficacia en dependientes del alcohol. *Salud y drogas* [en línea]. 2014 [citado 10 de agosto de 2017]; 14(2): 121-129. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83932799004>
 32. Gantiva C, Gómez C, & Flores, L. Evaluación del impacto de un programa de autoayuda dirigida: una alternativa para el tratamiento de personas que abusan del consumo de alcohol. *Revista Colombiana de Psicología* [en línea]. 2003 [citado 04 de noviembre de 2013]; 12: 38-48. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80401204>
 33. Hurtado J. *Procesos grupales y Psicología de la Integración*. 3ª ed. Caracas: Fundación Sypal y Ediciones Quirón; 2006.
 34. Alonso M, Camacho J, Armendáriz N, Alonso B, Ulloa J, Pérez S. Resiliencia y consumo de alcohol en adolescentes del municipio de Cuncucacán, Tabasco. *Ciencia UANL* [en línea]. 2016 [citado 02 de septiembre de 2017]; 19(7): 56-61. Disponible en: <http://eprints.uanl.mx/10952/1/Documento9.pdf>
 35. Pimentel-Jaimes J, Telumbre-Terrero J, Ruiz-Gómez G, Higuera-Sainz J, Bautista-Álvarez T. Resiliencia y consumo de alcohol en adolescentes de Chilpancingo Guerrero, México. *Revista de Psicología y Ciencias del Comportamiento* [en línea]. 2015 [citado 09 de octubre de 2017]; 6(2): 36-49. Disponible en: <http://www.revistapcc.uat.edu.mx/index.php/RPC/article/view/101>
 36. Martin R, Weiss F. Modeling relapse in animals. *Curr Top Behav Neurosci* [en línea]. 2013 [citado 10 de noviembre de 2013]; 13: 403-32. Disponible en: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-642-28720-6_202
 37. Cava M, Arango C, Musitu G. Autoestima, percepción de estrés y ánimo depresivo en grupos de riesgo. *Cuadernos de trabajo social* [en línea]. 2001 [citado 10 de octubre de 2013]; 14: 17-28. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Maria_Jesus_Cava/publication/39282797_Autoestima_percepcion_de_estres_y_animo_depresivo_en_grupos_de_riesgo/links/0deec527ccbe7a17b5000000/Autoestima-percepcion-de-estres-y-animo-depresivo-en-grupos-de-riesgo.pdf
 38. Ximenes D, Mokwa A, Garziera A, Stella R, Paim F, Marcelli C. Autoestima e esperança em homens usuários de álcool internados em unidade especializada: dados preliminares. *Clin Biomed Res* [en línea]. 2015 [citado 12 de agosto de 2017]; 35: 314. Disponible en: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/142008/000987662.pdf?sequence=1>
 39. González Y, Herrera M. Las recaídas en la rehabilitación del alcohólico. Factores que la sustentan. *Panorama Cuba y Salud*. 2010; 5(especial): 101-103.
 40. Cano G, Araque F, Ortiz A. Adicción, impulsividad y curvas temporales de deseo. *Adicciones* [en línea]. 2011 [citado 12 de agosto de 2013]; 23(2): 141-148. Disponible en: <http://www.redalyc.org/html/2891/289122828007/>
 41. Calvo P, Pérez A, Sacristán P, Paricio C. Terapia grupal en prevención de recaídas del alcoholismo frente a seguimiento ambulatorio habitual. *Adicciones* [en línea]. 2008 [citado 09 de agosto de 2013]; 21(1): 15-20. Disponible en: <http://adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/247>
 42. Ahumada R, Del Castillo L, Muñoz B, Moruno M. Validación del cuestionario MOS de apoyo social en Atención Primaria. *Medicina de Familia* [en línea]. 2005 [citado 18 de octubre de 2013]; 6(1): 10-18. Disponible en: <http://www.samfyc.es/Revista/PDF/v6n1/03.pdf>
 43. Aguirre C, Vauro R. Autoestima y autoeficacia de los chilenos. *Cienc Trab* [en línea]. 2009 [citado 19 de noviembre de 2013]; 11(32): 111-116. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Isabel_Rodriguez10/publication/41126175_El_Estres_Como_Amenaza_y_Como_Reto_Un_Analisis_de_su_Relacion/links/00b7d51433c0281c60000000/El-Estres-Como-Amenaza-y-Como-Reto-Un-Analisis-de-su-Relacion.pdf#page=95
 44. Castro L. Autoestima y autoeficacia en pacientes adictos en el centro de rehabilitación de Ñaña. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental* [en línea]. 2012 [citado 11 de agosto de 2013]; XIII(2): 03-21. Disponible en: http://www.hhv.gob.pe/revista/2012/2012_12_01.pdf
 45. Oramas A, Santana S, Vergara A. El bienestar psicológico, un indicador positivo de la salud mental. *Revista Cubana de Salud y Trabajo* [en línea]. 2006 [citado 01 de diciembre de 2013]; 7(1-2): 34-39. Disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/insat/rst06106.pdf>