



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



Facultad de
Psicología
UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

TRABAJO FINAL DE GRADO

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

***FACTORES DE RECAÍDA EN EL TRATAMIENTO DE ADICCIONES,
A PARTIR DE LA EXPERIENCIA DE ADOLESCENTES
CONSUMIDORES***

Estudiante: Micaela Olid

C.I: 4.914.158-2

Tutor: Dr. Daniel Camparo

Co-tutor: Dr. Paul Ruiz

Revisora: Mag. Leticia Aszkinas

RESUMEN

En el marco del trabajo final de grado de la Licenciatura en Psicología de la Universidad de la República (UdelaR), se presenta este proyecto de investigación con el objetivo general de describir factores presentes en la recaída durante el tratamiento en adolescentes de 15 a 18 años residentes en Montevideo. La muestra consta de 40 adolescentes seleccionados del Portal Amarillo y Centro Aconcagua, que hayan realizado un tratamiento y presenten al menos una recaída en el último año, encontrándose en tratamiento actualmente. La estrategia de investigación es mixta, exploratoria y descriptiva, y se emplearán diversas técnicas, para alcanzar sus objetivos. La Entrevista de Recaídas (ERSA), el Inventario de Situaciones Precipitantes de Recaída (RPI), el Cuestionario Breve de Confianza Situacional (CBCS), el Inventario de Habilidades de Afrontamiento (CBI), la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (EMASP), el Cuestionario APGAR Familiar y grupos focales; permitirán conocer desencadenantes de recaída, estrategias con las que cuentan los adolescentes para hacer frente al consumo, y qué apoyo perciben de su entorno, entre otros.

Palabras claves: Recaída, Adolescencia, Consumo

ÍNDICE

| | |
|---|-----------|
| Resumen..... | 2 |
| Fundamentación..... | 4 |
| Antecedentes..... | 6 |
| Marco conceptual..... | 8 |
| 1- Conceptos claves para la comprensión del consumo de sustancias..... | 8 |
| 2-Consumo de sustancias en la adolescencia..... | 10 |
| 3- Recaída en el consumo de sustancias..... | 12 |
| Problema y preguntas de investigación..... | 16 |
| Objetivos generales y específicos..... | 17 |
| Metodología..... | 17 |
| Muestra..... | 18 |
| Procedimiento..... | 22 |
| Análisis de datos..... | 24 |
| Cronograma de ejecución..... | 27 |
| Consideraciones éticas..... | 28 |
| Resultados esperados y plan de difusión..... | 29 |
| Referencias bibliográficas..... | 30 |

FUNDAMENTACIÓN

El consumo de sustancias en adolescentes es considerado un fenómeno multicausal y por tanto complejo, es así que demanda para su reflexión la inclusión de aspectos sociales, familiares, biológicos y psicológicos entre otros, que permitan comprender cómo se organizan los modelos de abuso. Su abordaje resulta pertinente por tanto debido al efecto que genera la utilización de sustancias sobre sujetos que se encuentran aún en desarrollo, pudiendo repercutir en condiciones negativas tanto a corto como a largo plazo (Cogollo et al., 2011).

En esta línea a nivel mundial, el informe del año 2022 realizado por la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (en adelante UNODC), sostiene que en diversas regiones del mundo el consumo y sus repercusiones a nivel de la salud se han visto incrementadas. Según el informe, aproximadamente 284 millones de personas entre las edades de 15 y 64 años consumieron drogas en todo el mundo en 2020, lo que supone un aumento del 26% en relación a la década anterior. A su vez, manifiestan que el consumo de drogas entre los jóvenes ha aumentado, donde los niveles actuales de consumo en diversos países resultan superiores a los de generaciones anteriores, observándose al mismo tiempo un aumento de mujeres consumidoras de sustancias.

Joza y Chávez-Vera (2022) sostienen que los adolescentes en una edad media de 12 años tienden a consumir de manera regular diversas sustancias, “con mayor frecuencia cannabis (97,09 %), alcohol (88,37 %), tabaco (78,49 %), cocaína (80,81 %)” (p.22), donde a su vez el inicio temprano del consumo de una sustancia conduce de manera frecuente a la utilización de otras a lo largo del tiempo.

Por su parte, en Uruguay la Junta Nacional de Drogas (2022) publicó la IX Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas en Estudiantes de Enseñanza Media realizado de setiembre a noviembre de 2021. La misma tomó en consideración 5096 estudiantes de 13 a 17 años, de donde se observó el consumo elevado persistente de alcohol junto a bebidas energizantes, y una tasa mayor de consumo entre mujeres adolescentes que varones ya sea para el alcohol, tabaco, cannabis y/o tranquilizantes. Señalan a su vez la importancia del sostenimiento familiar, como factor protector, así como la exposición a sustancias dentro del hogar como uno de riesgo.

Casas (1993), en esta línea, plantea que la reincidencia en el consumo de sustancias se vincula con no solo con las características patológicas de los sujetos consumidores, sino

también con un comportamiento usual en las personas, donde reiteradas veces se establecen objetivos que luego no se pueden cumplir, es así entonces que se ha observado como existen sujetos que expresan desear cambiar “pero se observa con demasiada frecuencia que el cambio es muy difícil de mantener” (p.47). En concordancia con el autor, el coordinador del área de adicciones de Médica Uruguaya Juan Triaca (2012, citado por Vanoli, 2013), informó al diario El País de Uruguay, que cerca del 30% de las personas en tratamiento no dejan de consumir o abandonan el tratamiento, donde resulta pertinente a nivel nacional considerar entonces la problemática de las recaídas.

Es así que Sánchez-Hervaz y Llorente del Pozo (2012), sostienen que uno de los problemas que persisten en el tratamiento del consumo de sustancias son las recaídas, ya que las personas parecen no lograr sostener períodos continuados de abstinencia, ni “realizar cambios efectivos en su primer intento de tratamiento, siendo las recaídas frecuentes y las tasas de cumplimiento de los programas de resultados moderados” (p. 270). Este aspecto es el que conduce a los profesionales de salud y ciencias sociales, a considerar un tema de preocupación e interés a la recaída por el consumo de sustancias a nivel mundial, nacional y regional (Joza y Chávez-Vera, 2022).

Por lo desarrollado anteriormente es que se considera pertinente para la presente investigación, identificar factores de recaída en los adolescentes consumidores a través de sus propias experiencias, con el fin de que su análisis facilite la reflexión y así la implementación de estrategias que minimicen el abandono al tratamiento, pudiendo de esta forma mantener un estilo de vida libre de consumo. Para esto no sólo se considerará al sujeto consumidor, sino también al entorno del mismo, ya sea como factor protector o de riesgo.

ANTECEDENTES

Respecto a la búsqueda de los antecedentes, se encontraron distintas investigaciones que hacen referencia a la recaída en el consumo problemático de sustancias, en contextos variados y con objetivos diversos, donde se destaca la escasa investigación a nivel nacional de esta línea.

Martínez y Pedroza (2011) publican la investigación *Factores asociados al proceso de recaída en adolescentes consumidores de alcohol*, con el objetivo de reconocer el uso de estrategias de enfrentamiento y situaciones de riesgo en dos grupos de adolescentes, por un lado aquellos que experimentaron una recaída y por el otro un grupo que se haya mantenido sin consumir durante treinta meses. En total trabajaron con 160 adolescentes de 14 a 18 años, de zonas rurales y urbanas de Aguascalientes, México. Para realizar su objetivo se consideraron evaluar variables relacionadas con la auto-eficacia, el ambiente familiar, escolar y comunitario del sujeto, el patrón de consumo y problemas vinculados a este, y las estrategias de afrontamiento entre otras. Como resultado obtuvieron que las recaídas se vinculan tanto con un consumo superior de sustancias así como también con la presencia de un ambiente familiar desfavorable. A su vez, las situaciones que operan como facilitadoras de las recaídas parecerían ser aquellas donde se presenta una presión social, en conjunto con un ambiente agradable y una necesidad física de consumir.

En esta misma línea, posteriormente, Martínez et al. (2014) realizan la investigación *Estrategias de enfrentamiento y número de recaídas en el proceso de cambio de adolescentes que abusan del alcohol*, este estudio toma como población 61 estudiantes de comunidades urbanas y rurales de Aguascalientes, México, de nivel medio y medio superior de edades de 14 a 18 años, que hayan consumido alcohol o drogas de forma abusiva por al menos dos años con problemas relacionados. Por medio de esta investigación se pretendió vincular las recaídas con las estrategias de enfrentamiento que contaban los adolescentes, concluyendo que aquellos que mejoran sus estrategias cuentan con una probabilidad más baja de recaer.

En esta misma línea, Blanco y Jiménez realizan en Costa Rica en el año 2015 una investigación con el fin de observar los factores de riesgo vinculados con las recaídas en el consumo de drogas en adolescentes que han recibido tratamiento. Para dicha investigación se llevó a cabo un estudio cuantitativo con alcance transversal y correlacional; tomando como muestra a 107 adolescentes que reciben atención ambulatoria en el Centro donde se realizó el tratamiento. Los factores de riesgo determinantes en las recaídas de consumo de

drogas fueron las variables interpersonales como: estados emocionales negativos, búsqueda de sensaciones positivas, regulación emocional y control atencional.

En consonancia Cañaveral et al. (2020) realizan en Medellín un estudio con el objetivo de identificar aspectos específicos de los factores que influyen en la recaída, considerando que su identificación puede ayudar a reducir las consecuencias físicas, psicológicas y sociales para el paciente y su grupo familiar, y al mismo tiempo guiar el curso del tratamiento de una manera más segura. Para esto se utilizaron la realización de entrevistas estructuradas en formato cuestionario para medir la recaída, siendo modificada y adaptada *ad hoc*. Los participantes se caracterizaron por ser en su mayoría hombres, de entre 15 y 60 años, solteros y con estudios secundarios, donde se destaca que un porcentaje elevado de estos estaban desempleados y sin una fuente de ingresos estable. Como conclusión sostienen que los factores de gran influencia identificados son las experiencias vitales negativas, así como estados de ánimo similares en concomitancia con la ansiedad, las dificultades en las relaciones familiares, y finalmente el deseo de consumir acompañado de la incitación de personas de su entorno.

Por su parte Díaz Mazariegos (2021) realiza en San José, Costa Rica, el estudio *Estimación del tiempo de recaída al consumo de drogas en adolescentes*, planteando como objetivo determinar el tiempo que transcurre entre que los sujetos egresan de un programa de desintoxicación y la recaída. Para esto realiza un estudio de cohorte del año 2014 al 2017, a 559 adolescentes de 14 a 17 años. Como resultados obtuvieron que un 80 % de los sujetos sufrieron recaídas, donde un 75% la presentó a los tres meses del egreso, un 50% del total con una o dos recaídas a los seis meses y un 25% del total con más de dos recaídas a los 12 meses. Es así que arribaron a la conclusión de que un 80% de los que completaron el programa tuvo una recaída al consumo, observándose una prevalencia en los varones en torno a los 16 años, lo cual condice con la literatura científica.

A nivel nacional, Mendieta (2017) plantea como objetivo general de su investigación *Percepción que expresan tener los consumidores problemáticos de sustancias psicoactivas acerca de los factores que inciden en su recaída durante el proceso de tratamiento*, comprender las percepciones de los consumidores problemáticos de sustancias psicoactivas y cuáles son las posibles razones de su recaída. Se realizó para esto un estudio a 40 personas que se encontraban en tratamiento por consumo problemático de sustancias de entre 18 y 67 años, durante el periodo comprendido entre septiembre 2014 a julio 2015. Se encontró que la percepción de los usuarios en relación a las recaídas se

vinculan con la experiencia de desamparo, así como también mecanismos evitativos ante situaciones displacenteras, asociado a la repetición de experiencias que no han podido ser elaboradas. De los datos obtenidos se pudo observar que el sexo masculino es el dominante en la muestra, ubicados en la franja etarea de 26 a 33 años, con características similares como son el vivir solos, ciclo escolar completo, y estado predominante de desocupación.

MARCO CONCEPTUAL

1- Conceptos claves para la comprensión del consumo de sustancias

Las conductas adictivas pueden ser diversas y presentar distintos grados de gravedad para el sujeto, por lo que cabe definir algunos conceptos previo a continuar.

El concepto “droga” abarca un significado amplio y ambiguo, es así que en el ámbito de la farmacología tradicional, se empleó para describir un medicamento en su estado natural, tal como se encuentra en la naturaleza. Sin embargo, para algunos, el término hace alusión a un producto que se obtiene mediante algún tipo de modificación química. En consonancia con la Organización Mundial de la Salud [OMS], Lorenzo Fernández et al. (2009) manifiestan que por droga se entiende a cualquier sustancia que, al ser introducida en el organismo a través de diversas vías de administración, provoca de algún modo una alteración del funcionamiento normal del sistema nervioso central de una persona, siendo a su vez susceptible de generar dependencia, ya sea psicológica, física o ambas.

La dependencia, según los autores, se comprende por tanto como un síndrome que implica un patrón de comportamiento en el cual se otorga una gran prioridad al consumo de una o varias sustancias psicoactivas determinadas, en detrimento de otros comportamientos generalmente considerados más importantes. En diversos países existen drogas aceptadas a nivel social en la que su producción, venta y consumo están legalmente autorizadas mientras que otras se encuentran sujetas a sanciones. Es así que se percibe un número significativo de adictos a drogas ilegales, pero aun así las personas consumidoras de alcohol y el tabaco (sustancias legales) es aún mayor. Por lo que cabe destacar que el consumo de estos últimos no solo se encuentra permitido, sino que también se promueve activamente a través de la publicidad asociada a estos productos.

La persona drogodependiente recibe entonces varios nombres asignados por la sociedad misma, lo que hace frecuente escuchar la denominación *adicto*, no obstante no debería ser un término general ya que existen diferentes tipos de vínculos que se pueden establecer

con las sustancias, sin que constituyan adicciones o consumos problemáticos. En este sentido, es que resulta pertinente considerar los patrones de consumo, ya que se han identificado diversos tipos a lo largo del tiempo. Por un lado se puede observar el uso experimental, que implica probar una droga para experimentar sus efectos y luego abandonarla después de un cierto número de usos, esta utilización carece de relevancia clínica o social. Por lo que el término “uso” implica simplemente el consumo, la utilización o el gasto de una sustancia sin que se generen efectos médicos sociales, familiares, etc. En ausencia de otras especificaciones, se debe entender como un consumo aislado, ocasional y episódico, sin manifestar tolerancia ni dependencia (Cañaverall et al., 2020).

Por otra parte se observa el uso regular o social, cuando alguien continúa consumiendo una sustancia y su consumo se integra en su estilo de vida habitual, “el hábito” sería la costumbre de consumir una sustancia por haberse adaptado a sus efectos; hay un deseo de la sustancia pero no llega a vivirse de manera imperiosa, no llega a producirse una alteración conductual y su búsqueda es limitada. Y finalmente el abuso y la dependencia, que son enfermedades asociadas con el consumo de sustancias psicoactivas y se define como “cualquier consumo de droga que dañe o amenace dañar, la salud física, mental o el bienestar social de un individuo, de diversos individuos o de la sociedad en general”, es decir un uso inadecuado por su finalidad o frecuencia (Lorenzo Fernández et al., 2009; Cañaverall et al., 2020).

Es así que el consumo que genera una disfunción, hace referencia a un patrón de consumo de características desadaptativas, en el que la administración de la sustancia adquiere prioridad y/o se realizan excesos cuantitativos en momentos específicos. Todo esto implica una percepción en el funcionamiento personal a nivel psicológico y social, donde esta noción de abuso resulta equivalente al trastorno por abuso de sustancias psicoactivas según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales [DSM] (Lorenzo Fernández et al., 2009).

Marlatt (1985, citado en Beck et al.,1999) expresa otra perspectiva sobre el abuso de sustancias, describiéndolas como un proceso cognitivo de toma de decisiones. Mostró que el abuso de sustancias surge de una serie de decisiones interconectadas que determinan si se usan o no dichas sustancias. Es importante destacar que algunas decisiones en apariencia irrelevantes al abuso de sustancias resultan ser cruciales, ya que a largo plazo aumenta la probabilidad de recaídas al orientarse a situaciones de mayor riesgo. Subraya por tanto cómo la toma de decisiones juega un papel fundamental en el desarrollo y mantenimiento del abuso de sustancias.

En esta línea la Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud [CIE-10] define al consumo nocivo como “patrón de consumo de una sustancia psicoactiva que causa daño a la salud. El daño puede ser físico ... o mental” (OMS, 1992, p.305). Algunos de los criterios para determinar su diagnóstico son: que existan consecuencias sociales adversas, ya sean arrestos policiales, conflictos matrimoniales, y deterioro en el rendimiento laboral, entre otras. Es importante destacar que las intoxicaciones agudas no son suficientes por sí solas para considerarlas como un daño a la salud, donde no se debe realizar un diagnóstico si existen otros trastornos inducidos por drogas o si se cumplen los criterios de dependencia (Martín del Moral y Lorenzo Fernández, 2009).

En concordancia, el Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas de Estados Unidos (2020) define a la drogadicción como un trastorno crónico y recurrente en el que se experimenta una búsqueda y consumo compulsivo de sustancias a pesar de las consecuencias negativas. Se considera un trastorno cerebral dado que causa cambios funcionales en los circuitos cerebrales implicados en la recompensa, el estrés y el autocontrol. Dichos cambios pueden perdurar durante un largo periodo de tiempo incluso después de que la persona haya dejado de consumir drogas.

En esta línea, y tomando en cuenta a la adolescencia, es que Vázquez Fernández et al. (2014), plantean que el consumo de sustancias resulta particularmente perjudicial durante las etapas tempranas de la vida, cuando el organismo, especialmente el cerebro, se encuentra en pleno desarrollo y maduración. Esto conlleva un riesgo significativo para la salud física y mental. Donde en ocasiones, los adolescentes no son plenamente conscientes de las consecuencias que el consumo de sustancias puede acarrear, tanto para su propia salud como para su entorno.

2-Consumo de sustancias en la adolescencia

La adolescencia refiere al periodo del desarrollo que comienza al final de la niñez con la aparición de la pubertad y termina en la edad adulta. Se trata de un periodo de transición lleno de incertidumbres y ambigüedades, particularmente dinámica y cambiante, período donde ocurren eventos vitales variados, algunos de los cuales servirán al adolescente para enriquecerse y otros que implicarán desafíos y problemáticas (Arbex Sanchez, 2002).

En esta línea, De Caro (2013) describe a la adolescencia como una etapa caracterizada por la curiosidad y el deseo de vivir nuevas experiencias, donde si bien las principales

modificaciones comportamentales, suelen asociarse exclusivamente a cambios hormonales, la realidad es que tienden a producirse debido a la influencia también de los cambios que ocurren en el cerebro. Es así que los procesos que involucran tanto a la corteza prefrontal como a las estructuras subcorticales, por ejemplo en relación al aumento de dopamina, se vincularía con el aumento de conductas asociadas con la búsqueda del placer. Un cerebro en transformación, que aún no se encuentra maduro en términos funcionales y anatómicos, es lo que comprometería las funciones ejecutivas, la capacidad de inhibir los impulsos, y controlar las emociones; por lo que en diversas ocasiones aún entendiendo lo que es planteado como límite por el mundo adulto, los adolescentes no logran evitar seguir sus impulsos.

La adolescencia, como plantea Quiroga (2005) entonces, es esencialmente un proceso de cambio, y por tal razón de transición, donde tanto para el adolescente como para su familia, surgen en esta etapa nuevas situaciones y desafíos. Su apariencia adulta le requiere que actúe como tal, aunque aún no cuente con las funciones para hacerlo, observándose así un comportamiento ocasionalmente desordenado que tiende a abrumar a los padres o a otros adultos, ya que en la adolescencia resulta difícil predecir cuáles serán las consecuencias de dichos comportamientos. Una manifestación habitual es la actitud desafiante de los adolescentes, que coincide con el deseo, aún no logrado, de independizarse de los padres, buscando la separación a través del “no” a casi todo lo que se les solicita. En oportunidades, estas conductas comprometen el desarrollo del adolescente, siendo esta la etapa en la que comienzan a participar en el mundo de los adultos sin conocer sus pautas. Se pueden observar así, actos sexuales prematuros, fugas del hogar, y acciones riesgosas para demostrar poder, que incluirían al consumo de diversas sustancias.

En esta línea Arbex Sanchez (2002), sostiene que la adolescencia constituye una etapa vulnerable para el consumo de sustancias debido a las características propias por las que atraviesan. En este sentido es que el consenso teórico señala que es en la adolescencia donde se observan las primeras experimentaciones con una o más sustancias. Es así que algunas de las particularidades del desarrollo pueden aumentar la posibilidad de que los sujetos desplieguen conductas adictivas. El consumo de sustancias en la adolescencia puede entonces tender tanto a una experiencia transitoria en la vida del mismo, como en un consumo problemático. El establecimiento de un patrón de abuso dependerá por tanto del desarrollo del sujeto y su maduración, así como también de la presencia de factores de riesgo personales y contexto social en el que se encuentre.

En consonancia Cogollo et al. (2011) expresa que el consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes es un fenómeno de gran complejidad que no puede ser explicado mediante causas únicas. Por el contrario, se considera que su origen radica en la interacción de diversos factores de índole biológica, psicológica, y social o contextual, como el entorno familiar, académico y grupo de pares. Estos factores, de una u otra manera proporcionan la consolidación de un patrón de abuso o dependencia. Sostiene que indudablemente el consumo de sustancias plantea un problema que trasciende la salud, ya que impacta negativamente en otras áreas como son la economía, la convivencia familiar, el rendimiento académico y laboral.

Momeñe et al. (2021) señalan que existe una relación entre el consumo de sustancias en adolescentes y factores como la dependencia emocional, el apego y la regulación emocional. Destacan así como la creación de un apego inseguro durante la infancia podría expresar las dificultades que aparecen en las personas dependientes a sustancias para abandonar su consumo. En esta línea Blanco y Jiménez (2015) han vinculado el riesgo de recaídas de consumo de drogas con las dificultades en la regulación emocional, considerada por tanto como un factor importante.

3- Recaída en el consumo de sustancias

La adicción, la recuperación y recaída son entendidos como un proceso, ya que las personas no recaen de un momento a otro, sino que de manera gradual producen modificaciones en su vida cotidiana que finalmente los conduciría a nuevamente consumir, proceso que puede llevar días, meses e incluso años. En este sentido, el tiempo de recaída se encuentra en relación al tratamiento de recuperación y su calidad, donde las recaídas son parte esperable del proceso de recuperación. Podemos decir entonces que la recaída contiene las siguientes características: por un lado ser un proceso que se desarrolla paso a paso y termina con el consumo adictivo, a su vez es progresiva, ya que una vez que se familiarice con una etapa del proceso, será más fácil pasar a la siguiente. Por otro lado se caracteriza por su sutileza, ya que durante el proceso la percepción del riesgo se va reduciendo a través de la normalización de las situaciones, siendo así diagnosticable, donde es posible determinar en qué nivel de recaída se encuentra el sujeto. Por este motivo es que es posible detener su progreso, siendo al mismo tiempo reversible, es decir pudiendo volver al camino de una recuperación adecuada (Martínez, 2009).

En esta línea, Martínez et al. (2014) refieren que se ha desarrollado un modelo que permite comprender la recaída como un proceso de transición vinculado a situaciones de alto riesgo

de consumo. Se ha descubierto que aquellos individuos que fortalecen sus habilidades de enfrentamiento disminuyen por tanto la probabilidad de recaer.

Sanchez-Hervas y Llorente del Pozo (2012) definen a la recaída como la interrupción en el proceso de cambio de cualquier comportamiento y por ende de toda persona drogodependiente que se encuentre en tratamiento, donde posteriormente experimentan deseos de consumir. Estos deseos son nominados como Craving, donde a pesar de los esfuerzos por controlar el deseo de consumo, surge una compulsión durante el periodo de abstinencia, lo que significa que la posibilidad de recaída está presente.

De acuerdo a Valero-Aguayo et al. (2013) esta situación se manifiesta en la primera y segunda etapa terapéutica, mientras que según Sánchez-Hervás y Llorente del Pozo (2012) siempre pueden ocurrir recaídas, especialmente durante los seis meses posteriores al tratamiento. Entre las personas más propensas a experimentar recaídas se encuentran los policonsumidores, aquellos que padecen insomnio y los que carecen de apoyo familiar.

Sin embargo para Tejero et al. (1993) una recaída se produce cuando las estrategias para mantener la abstinencia y la estabilidad fracasan. Los individuos que experimentan una recaída, a menos que sea una decisión consciente y planificada, pueden enfrentarse a sentimientos de fracaso, desesperanza, culpa y frustración, lo que afecta seriamente su sentido de autoeficacia. Por lo que el autor sostiene que la recaída puede ocurrir tanto en la fase de acción como en la de mantenimiento.

En esta línea cabe mencionar brevemente que por fase de acción se entiende a cuando el individuo, ya sea con o sin ayuda profesional, realiza cambios tanto en su comportamiento manifiesto como encubierto, así como en las condiciones ambientales que lo empeoran, con el objetivo de superar la adicción. Exige un compromiso significativo, así como una cantidad considerable de tiempo y energía, y representa los cambios conductuales más evidentes. Estos cambios, como la abstinencia, por ejemplo, al ser más perceptibles para las personas cercanas al adicto, conllevan a un reconocimiento externo y refuerzo social más pronunciado. En la etapa de mantenimiento, el individuo se esfuerza por preservar y fortalecer los logros significativos alcanzados en la etapa anterior, y evitar posibles recaídas en el comportamiento adictivo. Este estadio no implica una falta de cambios, sino más bien una continuación activa de los mismos, por lo que pueden experimentar miedo no solo a recaer, sino también al cambiar en sí mismo, ya que este puede percibirse como amenazante debido al temor a la recaída. Como resultado, pueden adoptar un estilo de vida

excesivamente rígido y estructurado, comportándose como si cualquier modificación en sus nuevas pautas conductuales pudiera desencadenar una recaída (Graña, 1994).

Por su parte Martínez (2009) sostiene que el proceso de recaída resulta singular según las características de cada sujeto, no obstante pueden observarse fases similares, enumerando a estas como: etapa inicial, etapa de desarrollo y etapa de desenlace, donde cada una de ellas contará con aspectos diferenciales.

La etapa Inicial da comienzo al proceso de recaída cuando se observan cambios desencadenados por eventos significativos. Estos pueden ser *relevantes positivos*, es decir, un evento de gran importancia y beneficio con fuerte alteración emocional, como podría ser contraer matrimonio; *irrelevantes positivos*, cuando un hecho aparentemente insignificante crea una acumulación de eventos satisfactorios y refuerza el endiosamiento y exceso de seguridad de la persona con problemas de adicción, tomando como ejemplo las felicitaciones constantes de familiares. Se observan también los cambios *relevantes negativos*, vinculados a pérdidas emocionales significativas, y finalmente los *irrelevantes negativos*, considerados como eventos aparentemente insignificantes que causan acumulación de estrés, pudiendo vincularse con días lluviosos, o exceso de tráfico. Es importante señalar que la clasificación de relevante o irrelevante depende del significado atribuido al evento y las habilidades de afrontamiento que tenga la persona. La negación, sería el segundo paso dentro de la etapa inicial, donde se eluden los cambios emocionales mediante mecanismos de afrontamiento. Se manifiesta en comportamientos como la falta de comunicación, minimizar los sucesos, conductas compulsivas, evasión constante y actividades de descarga emocional. El paso final será el de labilidad emocional, dando cierre a la etapa de inicio con una variabilidad en el estado de ánimo, y en algunos casos acompañada por una posible pérdida ocasional del sentido de la existencia. Esta labilidad puede manifestarse como estados de confusión y poca identificación emocional (Martínez, 2009).

La etapa de Desarrollo según el autor resulta en la manifestación evidente de la recaída, consolidándose como una crisis característica que requiere evaluación inmediata, que se determina por tres aspectos: la regresión, el fenómeno de bola de nieve y el vaso de agua, y finalmente la ruptura de parámetros. Se observará así una regresión a las conductas del pasado que ya se habían superado, por lo que pueden resurgir identificaciones con la vida pasada, adoptando comportamientos, posturas corporales, vestimenta y forma de hablar propias de un adicto activo. Se manifiesta a través de comportamientos como deshonestidad, mentira, agresividad, intolerancia y presencia de los defectos de carácter

trabajados durante el proceso de recuperación. El fenómeno de la bola de nieve y el vaso de agua por su parte, permite visualizar cómo las actitudes comienzan a afectar las áreas de su vida, alterando aquellas que se habían logrado ordenar y desorientando a familiares y amigos. Es en este momento es donde aparece el fenómeno de bola de nieve, éste radica en una visión de túnel, donde no logra comprender que sus actitudes han causado dificultades en su entorno y justifica que son las respuestas de su medio las que lo tienen en crisis. Este círculo vicioso impulsa el crecimiento exponencial de los sentimientos de impotencia, culpa y rabia, donde de forma paralela se presenta el fenómeno del vaso de agua, caracterizado por la dificultad o falta de respuestas asertivas y claras frente a las diversas situaciones que se enfrentan, resultando en una visión donde los problemas son insuperables. La etapa se cierra en la Ruptura de parámetros, donde la ausencia de rutinas estructuradas que permitan fortalecer la disciplina del sujeto, pueden precipitar el uso de sustancias una vez más, se observa así como la persona deja de lado herramientas de afrontamiento adecuadas, lo que impide dar curso con éxito a situaciones de riesgo que se puedan presentar, retomando a su vez el vínculo con personas cercanas con consumo activo.

Finalmente el proceso de recaída tendrá su Etapa de Desenlace, donde el retorno al consumo es casi inminente, será en este momento donde se observa como un sistema de apoyo adecuado resulta como factor protector que facilita el estado de abstinencia. Serán cuatro los elementos que componen este recorrido final: los autoengaños, violación de la abstinencia, reincidencia y recaída. En relación al autoengaño, este tiene como función reducir los sentimientos de culpa y fracaso que surgen del dolor de recaer, por lo que las funciones cerebrales quedan al servicio de la adicción. La violación de la abstinencia implica la reutilización de sustancias, ya sean legales o ilegales, luego de un período sin ellas; su consumo resultará en la profundización de la culpa ya percibida y a su vez en la sensación de haber perdido la posibilidad de tomar control sobre la situación de consumo. La reincidencia por su parte da cuenta de que la vuelta al consumo no necesariamente se produce de manera compulsiva, sino que por el contrario algunos sujetos podrán valerse de autoengaños con el fin de convencerse de ser capaces de controlar el consumo de sustancias, lo que si bien puede realizar durante un tiempo finalmente conducirá a que la adicción vuelva a aflorar. Cabe destacar que la reincidencia no necesariamente es un paso para todos los sujetos, sino que algunos pasarán directamente de la violación de abstinencia a la recaída. Finalmente la recaída implica la vuelta al consumo, ya sea de manera similar a un comienzo o inclusive aumentada, es así que la persona retomará el

estilo de vida pasado, al que se le sumará la culpa de saber que ha retornado, por lo que el consumo puede darse de manera compulsiva (Martínez, 2009).

PROBLEMA Y PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

El impacto del consumo de alcohol, marihuana y tabaco en Uruguay resulta considerable, siendo no solo motivo de preocupación la cantidad de personas afectadas, sino también la edad temprana a la que se inicia el consumo. Este factor resulta pertinente ya que el consumo de sustancias, produce efectos sobre el desarrollo cerebral de los adolescentes y por tanto del futuro de estos, donde un factor predictor del consumo asociado, sería el malestar psicológico que experimentan los jóvenes (Ruiz, 2023).

A nivel nacional, los tratamientos cuentan con un porcentaje elevado de sujetos que abandona o no logra mantener la abstinencia, por lo que el estudio de las recaídas se considera necesario, con el fin de que las estrategias de abordaje resulten exitosas (Triaca citado en Vanoli, 2013). En esta línea, la búsqueda de investigaciones nacionales, reveló la carencia de estudios desde el ámbito psicológico, encontrándose únicamente la investigación llevada a cabo por Mendieta en 2017, para la obtención del título de Magíster en Salud Mental, por el centro de post grado de Facultad de Enfermería, y orientado a adultos.

Por lo mencionado hasta el momento, es que la presente investigación entiende clave explorar las características de las recaídas en la población adolescente, desde los aportes que la psicología puede brindar. Estableciéndose como pregunta general: ¿si es posible describir a partir de la percepción de los usuarios, los factores asociados a la recaída en adolescentes? En este sentido la hipótesis que se sostiene sería: Recoger la experiencia de consumidores adolescentes, permite identificar factores que intervienen en la recaída del consumo de sustancias.

Otras preguntas que procurará responder el trabajo en relación a la hipótesis y que permitirán un mayor grado de análisis y discusión, son:

¿Qué situaciones desencadenantes puede identificar el adolescente, ya sean situaciones interpersonales y/o emocionales, que resultan de alto riesgo para mantener la abstinencia?

Ante situaciones de riesgo de volver a consumir: ¿cómo percibe su autoeficacia para controlar el consumo? ¿Qué respuestas, actitudes o estrategias utiliza para resistir el deseo de consumir?

¿Qué apoyo social perciben los adolescentes consumidores de su entorno cercano (amigos, familia, otros)?

¿Es posible que los adolescentes identifiquen elementos del dispositivo de tratamiento que favorezca su mantenimiento dentro del mismo?

OBJETIVO GENERAL:

- Describir a partir de la experiencia subjetiva de los adolescentes, los factores que intervinieron en la recaída durante el tratamiento.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Identificar situaciones desencadenantes de recaída, percibidas por los adolescentes.
2. Explorar la percepción que tienen los usuarios sobre su autoeficacia para hacer frente al deseo de consumir, y describir las actitudes o estrategias que realizan.
3. Explorar y describir cómo perciben el apoyo que reciben de amigos, familia u otros cercanos.
4. Describir qué aspectos del tratamiento identifican los adolescentes que favorece su mantenimiento. dentro del mismo.

METODOLOGÍA

En base a los objetivos planteados se realizará una investigación de tipo mixta, lo que facilita un acercamiento al fenómeno de interés de manera integral, considerando sus aspectos cuantitativos y cualitativos, pudiendo obtener información más completa (Hernández Sampieri et al., 2006). Tomar en consideración una metodología mixta para la investigación social permite un estudio de calidad, que incluya las características de cada método, engrandeciendo al estudio debido a una “triangulación con una mayor amplitud, profundidad, diversidad, riqueza interpretativa y sentido de comprensión” (Chaves-Montero, 2018, p.164).

Se considera realizar un diseño del tipo exploratorio y descriptivo, será exploratorio ya que a nivel nacional la búsqueda bibliográfica de antecedentes reveló, la carencia de investigaciones vinculadas a la recaída, salvo el estudio de Mendieta del año 2017. Por lo que en primera instancia se propone abordar un objetivo poco estudiado, de un modo amplio y flexible, desde una perspectiva psicológica, favoreciendo la posibilidad de realizar nuevos estudios a futuro. A su vez será del tipo descriptivo, ya que procurará dar cuenta de características pertinentes del fenómeno, considerando tanto a los adolescentes como sus

familias, buscando a través del análisis de datos describir aspectos familiares que puedan observarse en las recaídas (Hernández Sampieri et al., 2006; Batthyány y Cabrera, 2011).

Muestra: se constituirá de manera intencional, contando con 40 adolescentes de 15 a 18 años que residan actualmente en Montevideo. La muestra será tomada de la siguiente manera: 20 usuarios del Portal Amarillo y 20 del Centro Aconcagua. La elección de los dos centros se realizó considerando la posibilidad de acceder a población de contextos socioeconómicos diversos. El Portal Amarillo, dependiente del Ministerio de Salud Pública, es el Centro de Referencia Nacional de la Red Drogas. El mismo, creado en mayo de 2006, presenta como objetivo la atención a usuarios con consumo problemático de sustancias, contando con dispositivos del tipo ambulatorio, residencial y centro diurno, orientado a la rehabilitación a través de un abordaje integral. Por su parte el Centro Aconcagua, es un servicio del tipo privado, que cuenta a su vez con convenios con mutualistas. Inaugurado desde 2006, realiza tratamientos en base a la metodología de Comunidades Terapéuticas, contando con modalidades diversas del tipo ambulatorias, internación, y casa medio camino, entre otras. Su objetivo se centra en la rehabilitación a través de la organización de la vida de los sujetos, fomentando el desarrollo de la autoestima y cuidado personal, e incorporando al sistema familiar en el proceso.

- Criterios de inclusión: se considerará como aspecto principal que cuenten con una edad de entre 15 a 18 años, debiendo residir actualmente en Montevideo con el fin de poder acceder sin dificultad a ellos. Será una condición necesaria que hayan realizado el tratamiento de rehabilitación y recaído durante el último año, encontrándose nuevamente realizando un proceso de rehabilitación.
- Criterios de exclusión: no se admitirán usuarios que no cumplan los criterios antes mencionados, así como aquellos que presenten trastornos cognitivos que no permitan la comprensión de los cuestionarios a aplicar, o que por su condición mental, por ejemplo usuarios con ideación suicida al momento del estudio, la investigación represente un riesgo para los mismos.

Instrumentos de recolección de datos:

Entrevista Semiestructurada: Se caracterizan por ofrecer un mayor nivel de adaptabilidad en comparación con las entrevistas estructuradas, facilitando a través de preguntas previamente planificadas, las cuales pueden ser ajustadas según las necesidades y características individuales de los entrevistados, adaptándose así a cada sujeto. Por lo que permiten un amplio margen para motivar al interlocutor, aclarar términos, abordar

ambigüedades y evitar rigidez formal (Díaz et al., 2013). No obstante, más allá del guión de preguntas preestablecido, el formato de entrevista seleccionado habilita al entrevistador a obtener mayor información a partir de la posibilidad de adicionar nuevas preguntas (Hernández Sampieri et al., 2006). La elección del presente instrumento se encuentra en estrecha relación con el objeto de investigación, ya que permite realizar un diseño flexible, donde el lugar central lo ocupan los entrevistados. Es así que el énfasis estará en “estudiar los fenómenos sociales en el propio entorno en el que ocurren, primando lo subjetivo de la conducta humana y la exploración del significado del actor” (Tonon de Toscano, 2012, p. 47). Algunas preguntas incluidas en el guion estarán relacionadas con aspectos sociodemográficos, recogiendo información sobre edad, sexo, nivel socioeconómico, tipo de droga y edad de inicio, entre otras. A su vez se preguntará sobre los factores que consideran han ayudado a recaer, así como los que podrían haberlo evitado, la ayuda recibida por la familia a nivel general y durante el tratamiento, y el lugar que estos ocuparon en la recaída.

Entrevista de Recaídas para usuarios de conductas adictivas (ERSA): La presente entrevista se utiliza para identificar situaciones asociadas con recaídas y se enfoca en detectar los desencadenantes de recaídas en personas que están recibiendo tratamiento y buscan poner fin a su consumo de sustancias adictivas. Se estructura en dos partes principales, por un lado recopilando los antecedentes de consumo, a través de 10 preguntas distribuidas en secciones A, B y C; y por el otro en 47 reactivos que indagan aspectos específicos de la recaída en secciones del 1 al 4. En la primera parte, la Sección A de dos preguntas, obtiene datos generales relevantes, mientras que en la B se centra en el patrón de consumo a partir de seis preguntas, indagando sobre la forma en que la persona ha utilizado la sustancia en cuestión, y finalmente la C se concentra en la abstinencia, con dos preguntas que ayudan a identificar la forma y duración del periodo de abstinencia previo a la recaída. En la segunda parte, se encuentra la sección 1 llamada Contexto de Recaída, donde a través de siete preguntas abiertas, procura identificar detalles clave sobre la recaída, como la fecha, situación, lugar, día y hora en que ocurrió el evento, así como la presencia o ausencia de otras personas en ese momento. En la sección 2, se considerará lo que se llama Categorías de Recaída, indagando sobre los disparadores que llevaron a la recaída de la persona entrevistada, estando conformada por 27 reactivos divididos en tres aspectos fundamentales: la categoría específica de la recaída, la influencia que dicha categoría tiene, y el grado en el que fue capaz de influenciar. Posteriormente la sección 3, considera los Disparadores de Recaída, identificando los factores específicos que provocaron la recaída, relacionándolos con las categorías establecidas en la Sección 2, por

lo que se emplean nueve reactivos que permiten respuestas tanto en formato abierto como de opción múltiple. Finalmente la Sección 4, será la de Similitud entre Recaídas, que tiene como objetivo identificar la similitud entre la recaída actual y las experiencias previas del usuario. Esta sección está compuesta por cuatro reactivos, divididos en dos partes distintas, por un lado identificando la semejanza de las recaídas y por el otro señalando el grado en que se parecen (García et al., 2009). En relación a la confiabilidad García et al. (2009) realizaron un estudio para comprobarla, donde sostienen que presenta consistencia temporal, por lo que no es casual que los usuarios dieran las respuesta que se obtuvieron, donde si bien no resulta una propiedad psicométrica absoluta, permite asumir la confiabilidad de la herramienta. A su vez concluyen que en comparación con otras entrevistas que comparten objetivos, como puede ser la Cocaine Relapse Interview y la Relapse Interview, la ERSA presenta ventajas al evaluar el afecto previo al consumo, aspecto que resulta pertinente ya que se considera un disparador clave de las recaídas; se centra a su vez en el patrón de consumo brindando información sobre el contexto en el que se precipita la recaída; y considera una comparación entre las recaídas vividas por los usuarios indagando sobre la representatividad de la recaída estudiada. Por todo lo mencionado es que la ERSA resulta un instrumento confiable, que permite realizar una evaluación amplia de la recaída, favoreciendo el análisis del fenómeno, así como su comprensión, elementos clave para conducir de forma adecuada los tratamientos y realizar intervenciones preventivas en relación a la recaída.

Inventario de Situaciones Precipitantes de Recaída (RPI): es un cuestionario diseñado para identificar situaciones interpersonales y emocionales que la persona percibe como de alto riesgo o amenazantes para su abstinencia. El formato de respuesta utilizado en el inventario es tipo Likert, y el análisis factorial revela cuatro factores principales: estados emocionales negativos, vigilancia cognitiva reducida, reuniones y ocio, y estímulos previamente asociados con el consumo de alcohol (Blanco y Jiménez, 2015).

Cuestionario Breve de Confianza Situacional (BSCQ): El presente instrumento cuenta con una variedad de situaciones problemáticas relacionadas con el abuso del alcohol, que pueden ser clasificadas siguiendo una categoría de determinantes de recaídas similar a la propuesta por Marlatt. Su objetivo es medir la autoeficacia de los individuos en relación con su percepción para controlar el consumo en diferentes situaciones de riesgo (Blanco y Jiménez, 2015). El Cuestionario Breve de Confianza Situacional (CBCS), es la versión abreviada del Cuestionario de confianza situacional (CCS), elaborado por Annis y colaboradores en 1987. Originalmente estuvo compuesto por 100 ítems, y ambas versiones

fueron diseñadas para evaluar la autoeficacia en ocho situaciones que los usuarios reportaron como desencadenantes de recaídas: las emociones agradables, el malestar físico, la prueba del autocontrol, la necesidad de consumo, los momentos agradables con otros, el conflicto con otros, las emociones desagradables y la presión social. Tanto en el CCS como en el CBCS se han observado niveles de consistencia interna similares, siendo validados tanto en adultos como en menores de edad, donde sus puntajes mostraron suficiente estabilidad, consistencia interna y validez (López y Gutiérrez, 2020).

Inventario de Habilidades de Afrontamiento (CBI): es un cuestionario autoadministrado compuesto por 36 ítems con respuestas del tipo Likert, que evalúa respuestas, actitudes y estrategias de afrontamiento utilizadas por las personas con dependencia del alcohol para resistir el deseo de beber (Blanco y Jiménez, 2015). Para la presente investigación se utilizará la versión castellana traducida por García en 1993, el que presenta un nivel alto de fiabilidad y validez de constructo. El afrontamiento es considerado como una respuesta personalizada ante situaciones internas o externas, donde implementar ciertas estrategias serían beneficiosas para enfrentar situaciones de riesgo de recaída. No obstante, en ocasiones aunque se cuente con las habilidades adecuadas, los usuarios deciden no emplearlas. Es relevante destacar que la formación de estas estrategias de afrontamiento estará condicionada por el grado de deterioro cognitivo causado por el consumo de alcohol en el individuo. Poder acceder a las herramientas de afrontamiento resulta clave para desarrollar intervenciones que puedan prevenir las recaídas, facilitando a su vez el entrenamiento de aquellas habilidades que resultan deficitarias (García y Alonso 2002).

Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (EMASP): esta escala tiene como propósito obtener datos acerca del apoyo social que las personas perciben en su entorno, y consta de 12 ítems, agrupados en tres subescalas: familia, amigos y otros significativos. Estudios han demostrado a través de diversos modos de validación, las buenas propiedades psicométricas con las que cuenta. Señalan por tanto, que los participantes pueden distinguir estas tres fuentes de apoyo social, y que, junto con el apoyo social percibido en general, están relacionados con la reducción de diversos síntomas psicopatológicos (Matrángolo et al., 2022). A su vez, se ha demostrado que existe “una relación directa entre la percepción de apoyo social y la estrategia de afrontamiento y una relación inversa entre la hostilidad y la percepción de apoyo social” (Landeta y Calvete, 2002, p.173).

Cuestionario APGAR Familiar: Es un instrumento que evalúa la percepción conjunta de los miembros de una familia acerca del funcionamiento general de su unidad, abarcando tanto

a los niños como a los adultos, lo que la hace especialmente útil para evaluar la población infantil. Por lo que permite captar la percepción que una persona tiene acerca del funcionamiento de su familia en un momento específico. Su registro resulta especialmente significativo en ámbitos como la atención ambulatoria, donde los pacientes rara vez expresan directamente sus problemas familiares, y donde puede ser difícil encontrar profesionales de la salud capacitados para abordar estas cuestiones cuando surgen en una consulta. Asimismo, este instrumento contribuye a mejorar y fortalecer la relación médico-paciente en su totalidad (Suarez y Alcalá, 2014).

Grupos focales: esta técnica representa un espacio valioso para captar las opiniones, pensamientos y experiencias de los individuos, lo que provoca que ellos mismos proporcionen información detallada y valiosa, mostrando datos cualitativos de gran relevancia. Es una forma de entrevista grupal que fomenta la comunicación entre el investigador y los participantes, con el objetivo de obtener información significativa, por lo que se caracteriza por ser un método de investigación colectivo en lugar de individualista, ya que se centra en la diversidad de actitudes, experiencias y creencias de los participantes, abarcando todo esto en un período de tiempo relativamente corto. Esta técnica resulta especialmente útil para explorar los conocimientos y vivencias de las personas en un ambiente de interacción grupal, lo que permite analizar cómo piensan y las razones detrás de sus pensamientos. El hecho de trabajar en grupo facilita la discusión y estimula a los participantes a compartir sus comentarios y opiniones, incluso en temas que podrían resultar tabú, por lo que esta apertura promovida por el grupo focal, habilita a generar una gran riqueza de testimonios, brindando una perspectiva más completa y profunda sobre las percepciones y experiencias de los individuos (Hamui-Sutton y Varela, 2013).

Procedimiento:

Primera Etapa: En esta instancia se realizará el contacto con las autoridades del Portal Amarillo y Aconcagua, con el fin de realizar la presentación del proyecto, así como obtener los avales institucionales. A su vez, se presentarán los criterios de inclusión y exclusión a los profesionales de las instituciones con el fin de realizar la selección de los participantes. Una vez reducida a la cantidad determinada, es decir, 40 participantes, se realizará un primer encuentro con el fin de presentar el proyecto de manera detallada a estos, explicando cómo se va a llevar a cabo y realizar la firma del consentimiento informado. Cabe destacar que en el caso de los menores, se les leerá el consentimiento informado solicitándoles el asentimiento verbal de su parte, así como también la firma de un mayor a cargo de los mismos.

Segunda Etapa: Esta etapa consta de encuentros individuales y grupales que se llevarán al cabo de dos meses aproximadamente, orientados a poder responder a los objetivos planteados.

Inicialmente se realizarán entrevistas semiestructuradas del tipo individual para recoger información del tipo sociodemográfica, que permitirá posteriormente ser analizada a través de la creación de tablas de excel y la codificación realizada sobre las mismas, e incluirá datos etarios, y de género, entre otros; y por otra parte se aplicarán cuestionarios que permitan la concreción del objetivo 1. Objetivo 1- Identificar situaciones desencadenantes de recaída, percibidas por los adolescentes: Durante la entrevista semiestructurada, realizada de manera individual, se aplicará la Entrevista de Recaídas para usuarios de conductas adictivas (ERSA) obteniendo información sobre, los antecedentes y patrones de consumo, duración y forma del período de abstinencia, fecha, situaciones, personas presentes o ausentes y disparadores de recaídas, entre otros. Por su parte el inventario de Situaciones Precipitantes (RPI), permitirá identificar situaciones interpersonales y emocionales que el adolescente percibe ponen en riesgo la abstinencia, vinculado con estados emocionales negativos, vigilancia cognitiva reducida, reuniones y ocio, y estímulos previamente asociados con el consumo.

Posteriormente en formato grupal focal se realizarán encuentros, de cuatro subgrupos de 10 personas cada uno, donde tanto al comienzo como al final del mismo se establecerá un tiempo para que los participantes puedan volcar sus resonancias. Los relatos obtenidos se sistematizarán a través de un análisis de contenido, que permitirá aproximarse a los objetivos y preguntas de investigación, en consonancia con la hipótesis al recoger la experiencia de los usuarios. Durante este período se obtendrá por tanto la información necesaria para alcanzar los objetivos 2, 3 y 4.

Objetivo 2- Explorar la percepción que tienen los usuarios sobre su autoeficacia para hacer frente al deseo de consumir, y describir las actitudes o estrategias que realizan: con este fin en el primer grupo focal se aplicará el BSCQ, que brinda situaciones problemáticas identificadas como desencadenantes de recaídas, como pueden ser las emociones agradables y desagradables, malestar físico, prueba del autocontrol, la necesidad de consumo, los momentos agradables y conflictos con otros, y la presión social. A partir de dichas situaciones se podrá medir la autoeficacia considerada un factor clave para el mantenimiento de la abstinencia y prevención de recaídas, siendo considerada la autoeficacia como la percepción de la capacidad para conseguir un objetivo. En esta línea se aplicará a su vez el CBI, ya que se vinculará con las respuestas, actitudes y estrategias

de afrontamiento que identifican los usuarios. Junto con la autoeficacia, las estrategias de afrontamiento resultan beneficiosas ante las recaídas.

Objetivo 3- Explorar y describir cómo perciben el apoyo que reciben de amigos, familia u otros cercanos: el segundo grupo focal se orientará a obtener información pertinente en relación al objetivo, por lo que se aplicará la Escala Multidimensional de apoyo social, ya que permite obtener información sobre el apoyo social que se percibe del entorno, ya sean familia, amigos u otros significativos. Resulta pertinente su utilización ya que considera aspectos subjetivos, es preciso en sus clasificaciones y se presenta de manera clara y breve en la aplicación. Por otra parte se utilizará a su vez el Apgar Familiar, evaluando la percepción del funcionamiento general de su unidad familiar. Recoger estos datos son de importancia ya que la familia resulta clave para el bienestar y salud mental de los adolescentes, accediendo a través de las preguntas al contexto que puede estar en relación con la situación de recaída.

Objetivo 4- Describir qué aspectos del tratamiento identifican los adolescentes que favorece su mantenimiento dentro del mismo: durante el tercer grupo focal se realizarán preguntas, vinculadas a las características del dispositivo ya sea en su parte logística como del personal que faciliten alcanzar el presente objetivo.

Tercera Etapa: si bien durante las etapas anteriores se irán sistematizando los datos obtenidos, ésta se caracterizará por ser el tiempo de análisis de la información recogida, donde una vez finalizada se procederá a realizar la discusión de los resultados obtenidos, considerando a su vez los antecedentes seleccionados y se establecerá el plan de difusión.

ANÁLISIS DE DATOS:

Para realizar el análisis y procesamiento de datos obtenidos se utilizarán dos programas: Por un lado el software Statistical Package for Social Sciences (IBM SPSS Statistics), ya que permitirá establecer asociaciones y correlaciones de la información proporcionada, a través de un modelo de regresión lineal. En este sentido el SPSS facilita la posibilidad de almacenar datos y consultarlos, así como establecer hipótesis, y analizar de manera segura y rápida datos de gran volumen (IBM Corp., 2016). Por otro lado, el Atlas.ti, brindará la posibilidad de mejorar la calidad de la investigación robusteciendo los procedimientos analíticos, debido a ventajas significativas como el ahorro del tiempo, donde se “destaca la velocidad en la gestión, búsqueda y exposición de los datos y códigos” (San Martín, 2014, p. 115). Otro elemento que justifica su elección es debido a que la codificación y exploración

de datos presenta la posibilidad de incorporar notas, lo que favorece incluir ideas y reflexiones teóricas que el investigador pueda ir realizando, así como su capacidad inclusiva, permitiendo ingresar datos diversos como videos, textos, notas de observación, y materiales del tipo pictóricos entre otros.

A nivel cualitativo será necesaria entonces, la realización de un análisis de contenido, que se define como un conjunto de técnicas que explican y sistematizan las comunicaciones en diversos formatos, permitiendo obtener indicadores a partir de su análisis, facilitando la realización de inferencias (Abela, 2002). Será aplicado tanto a las entrevistas semidirigidas, como a los grupos focales, donde cada instancia se considerará una unidad de contexto. Este análisis permitirá dar cuenta, en parte, del objetivo general que procura describir la experiencia subjetiva de los adolescentes en relación a las recaídas y sus posibles factores. En este sentido el Atlas.ti, servirá como una herramienta de apoyo en el proceso de análisis de datos cualitativo, favoreciendo la organización en cuatro pasos o etapas: inicialmente codificando la información, luego categorizándola, posteriormente realizando una creación de redes de relaciones entre categorías y finalmente estructurando los hallazgos (Varguillas, 2006). Se establecerán categorías de análisis vinculadas con las recaídas, considerando palabras claves como unidades de registro. Algunas de ellas podrán ser: situaciones precipitantes, factores de riesgo, factores protectores, apoyo social, percepción de la autoeficacia, estrategias de afrontamiento, características del tratamiento, y vínculo con el personal de salud tratante, entre otras. Estas categorías se encuentran en congruencia con los objetivos establecidos para la investigación, siendo utilizado específicamente para el análisis y concreción del objetivo 4, permitiendo a su vez acceder a las opiniones, actitudes, y creencias del grupo estudiado. Las inferencias que se realizarán del análisis de contenido, no solo se basarán en la información obtenida, sino que se sostendrán en los aspectos teóricos propuestos en esta investigación, siendo una fundamentación para la discusión posterior (Saldanha et al., 2015).

A nivel cuantitativo, con el fin de organizar la información y producir un análisis descriptivo se considerarán los datos obtenidos en cada inventario tomando a su vez variables sociodemográficas, con el fin de determinar datos paramétricos asociados, como tendencia central y desvío, entre otros. Se realizará una regresión lineal múltiple entre las variables: edad, sexo, apoyo social, confianza situacional, afrontamiento, y recaída, con el fin de dar cuenta sobre cual de ellas presenta mayor peso. A su vez, será pertinente la realización de un análisis de correlación de Pearson entre los cuestionarios aplicados (Blanco y Jiménez, 2015), ya que permitirá establecer relaciones entre las variables estudiadas, es decir, entre

las habilidades de afrontamiento, la confianza que presentan los sujetos ante distintas situaciones, y el apoyo social percibido, y a su vez las situaciones precipitantes de recaída, entre otros.

En relación a la concreción de los objetivos:

Objetivo 1- Identificar situaciones desencadenantes de recaída, percibidas por los adolescentes: para esto se corregirán los cuestionarios ERSA y RPI, y una vez obtenida la información se realizará el análisis descriptivo para cada inventario, donde a través del SPSS se accederá a las respuestas más frecuentes en relación a: antecedentes y patrones de consumo, duración y forma del período de abstinencia, fecha, situaciones, personas presentes o ausentes y disparadores de recaídas; situaciones interpersonales y emocionales que el adolescente percibe ponen en riesgo la abstinencia, estados emocionales negativos, vigilancia cognitiva reducida, reuniones y ocio, y estímulos previamente asociados con el consumo.

Objetivo 2- Explorar la percepción que tienen los usuarios sobre su autoeficacia para hacer frente al deseo de consumir, y describir las actitudes o estrategias que realizan: a través de los datos obtenidos en el cuestionario BSCQ y su posterior corrección, se podrá dar cuenta del grado de autoeficacia que perciben los adolescentes para resistirse al consumo, donde la calificación será la puntuación directa observada en un porcentaje de 0 a 100%. Por su parte el análisis de los resultados del CBI, permitirá en primera instancia describir las estrategias de afrontamiento que realizan y a través del cálculo de la tendencia central y dispersión de datos describir a su vez las estrategias observadas como predominantes en los adolescentes investigados. Un análisis comparativo entre los resultados permitiría dar cuenta de las estrategias que se vinculan con mayores grados de confianza en los adolescentes.

Objetivo 3- Explorar y describir cómo perciben el apoyo que reciben de amigos, familia u otros cercanos: con este fin se realizará un análisis descriptivo de las respuestas obtenidas en la Escala Multidimensional de apoyo social percibido (EMASP) y el APGAR Familiar. En relación al EMASP se considerará que cuanto mayor es el puntaje, la percepción del apoyo social es mayor también. A su vez, los ítems separados en tres categorías: Apoyo familiar (ítems 3, 4, 8 y 11); Apoyo Social (ítems 6,7,9 y 12); Apoyo de pareja u otros significativos (ítems 1, 2, 5 y 10), facilitan la interpretación de los resultados, al poder agrupar las categorías más frecuentes en los usuarios. En la corrección del APGAR Familiar, la descripción inicial se realizará a partir de los datos individuales, clasificándolos según el

puntaje obtenido donde existen los siguientes puntos de corte: menor o igual a 9- Disfunción Severa; entre 10 y 12 puntos- Disfunción Moderada; de 13 a 16 puntos-Disfunción Leve, y entre 17 y 20 puntos- Normal. Posteriormente se buscará a través de un análisis paramétrico dar cuenta de los resultados más usuales.

Resultaría pertinente a su vez, realizar pruebas ANOVA, ANOVA Factorial y Fischer, sobre:

EMASP, considerando como variables el apoyo social percibido y la recaída, donde tomando en cuenta las tres categorías que presenta el inventario: social, familiar, pareja y otros significativos, se podría establecer un vínculo entre estos y la recaída.

EMASP y BSCQ lo que podría facilitar determinar si el patrón de recaída es el mismo, por lo que las variables serían tipo de apoyo social, grado de confianza situacional y recaída.

CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN

| Actividad / Mes | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|--|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| Presentación a las autoridades del Portal Amarillos y Centro Aconcagua, y firma de avales Institucionales. Selección de los participantes junto a profesionales de las instituciones. | | | | | | | |
| Firma de consentimiento informado y entrevista semiestructurada Individual con los participantes. Aplicación de: ESRA y RPI | | | | | | | |
| Grupo Focal 1: Aplicación de BSCQ y CBI. | | | | | | | |
| Grupo Focal 2: Aplicación de EMASP y APGAR Familiar. | | | | | | | |
| Grupo Focal 3: Indagación sobre factores del tratamiento que permiten su mantenimiento. | | | | | | | |
| Análisis de la información. | | | | | | | |
| Difusión de la Información. | | | | | | | |

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El proyecto se llevará a cabo siguiendo las directrices establecidas en el Decreto No 379/008 del Poder Ejecutivo (2008), que rige la investigación con seres humanos. El compromiso es, por tanto, preservar la dignidad y respetar los derechos humanos de todos los participantes involucrados. Es relevante considerar ciertas posturas y acciones que el rol profesional/investigador debe adoptar en el desarrollo de esta investigación. Se garantizará que el estudio se lleve a cabo en estricto cumplimiento del Código de ética profesional del psicólogo/a (Coordinadora de Psicólogos; Sociedad de Psicología; Facultad de Psicología UDELAR; Facultad de Psicología UCU, 2001). Donde en particular, se destaca el artículo 10°, que hace referencia al deber del profesional de mantener el secreto profesional en relación con la información obtenida, por lo que es crucial que el investigador se asegure de no exponer públicamente información inapropiada; donde su responsabilidad radica en la selección del material que se incluirá en el trabajo, garantizando el respeto y la confidencialidad de los datos obtenidos.

En esta línea para garantizar la integridad ética del estudio, se enviará el proyecto al Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Psicología, quien llevará a cabo una revisión exhaustiva, donde si la resolución es positiva, se procederá a informar de dicho proyecto a los usuarios. Se hará entrega así, del consentimiento libre e informado, donde además de detallarse los objetivos, la metodología, la duración y la finalidad de la investigación, se garantiza la reserva, confidencialidad y anonimato de los datos obtenidos. Como ya fue mencionado el consentimiento será firmado por los representantes de la institución, los participantes mayores de edad, y los tutores de los adolescentes, donde a su vez, se les solicitará un asentimiento informado a los adolescentes que deberán firmar. El objetivo es llevar a cabo el estudio con el máximo rigor ético, salvaguardando la privacidad y el bienestar de los participantes, y asegurando que los resultados contribuyan significativamente al conocimiento en el área de estudio, sin comprometer la dignidad y la privacidad de quienes han brindado su testimonio.

Si bien la presente investigación no implica riesgo para los participantes, tomando en cuenta la sensibilidad de la temática que puede implicar para los sujetos, y los afectos que se puedan ver movilizados, se contará con un plan de contingencia, que implica tener la información necesaria para realizar una derivación pertinente en caso de que los usuarios lo necesiten.

RESULTADOS ESPERADOS Y PLAN DE DIFUSIÓN

Tomando en cuenta los antecedentes que se utilizaron para la presente investigación, se espera recoger información en concordancia con estos, es decir, aspectos emocionales y familiares, que en el proceso de tratamiento y recuperación de consumo, puedan resultar como factores de riesgo o prevención de recaídas, en este caso centrado en la población adolescente uruguaya.

En esta línea es esperable que la familia se constituya como un factor protector fundamental, ya sea por el apoyo percibido de estos o por las presiones que puedan ejercer sobre los adolescentes. A su vez, las habilidades para afrontar las experiencias que atraviesan y la confianza situacional, podría observarse como una relación directa positiva, donde una mayor confianza en su capacidad para enfrentar situaciones difíciles se relacione con mejores habilidades para hacer frente a los desafíos relacionados con la recuperación.

En relación al plan de difusión el mismo consta no solo de una devolución a la institución donde fue efectuada la investigación, sino de una convocatoria a otros centros relacionados con la temática, con el fin de brindarles material que pueda resultar pertinente para sus abordajes. A su vez, se procurará la publicación en revistas arbitradas, así como también la presentación en instancias de congreso y conferencias.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abela, J. (2002). *Las técnicas de Análisis de Contenido: Una revisión actualizada*. Fundación Centro de Estudios. <https://abacoenred.com/wp-content/uploads/2019/02/Las-t%C3%A9cnicas-de-an%C3%A1lisis-de-contenido-una-revisi%C3%B3n-actualizada.pdf>

Arbex Sánchez, C. (2002). *Guía de intervención: menores y consumos de drogas*. Juma. <https://www.ucm.es/data/cont/media/www/pag-43058/menoresyconsumos.pdf>

Batthyány, K. y Cabrera, M. (coord). (2011). *Metodología de la investigación en Ciencias Sociales. Apuntes para un curso inicial*. (pp.33-37). Unidad de comunicaciones de la Universidad de la República. https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/26551/1/Metodologia%20de%20la%20investigaci%C3%B3n%20en%20CCSS_Batthyany_Cabrera.pdf

Beck, A., Wright, F., Newman, C y Liese, B. (1999). *Terapia Cognitiva de las Drogodependencias*. Paidós

Blanco, T. y Jimenez, 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* 34(2), 147-157. <https://www.scielo.sa.cr/pdf/rcp/v34n2/1659-2913-rcp-34-02-00147.pdf>

Cañaveral, D., Chaparro, D. y Mesa, M. (2020). Factores relacionados con la recaída en el consumo de sustancias psicoactivas en una institución de la ciudad de Medellín en el año 2020. [Tesis de grado, Facultad Ciencias de la Salud]. Repositorio UNAC <http://repository.unac.edu.co/bitstream/handle/11254/1104/Proyecto%20de%20Grado.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Chaves-Montero, A. (2018). La utilización de una metodología mixta en la investigación social. En: Delgado, K., Gadea, W., y Vera, S. (coord). (2018). *Rompiendo Barreras en la Investigación*. (164-184). https://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/15178/La_utilizacion_de_una_metodologia_mixta.pdf?sequence=2&fbclid=IwAR0skLv7_0tkBC8mERJqeOxul_gwUTrgCksUCBNr_TJc9j0hBiwoz8ZsD0U

Cogollo, Z., Arrieta-Vergara, K., Blanco-Bayuelo, S., Ramos-Martínez, L., Zapata, K. y Rodríguez-Berrio, Y. (2011). Factores psicosociales asociados al consumo de sustancias en estudiantes de una universidad pública. *Revista de Salud Pública*, 13(3), 470-479. <https://www.redalyc.org/pdf/422/42219910009.pdf>

Coordinadora de psicólogos del Uruguay, Sociedad de Psicología, Facultad de Psicología UDELAR y Facultad de Psicología UCU. (2001). *Código de Ética del programa de psicólogo/a*. www.psicologos.org.uy/index.php/codigo-de-etica

De Caro, D. (2013). El estudio del cerebro adolescente: contribuciones para la psicología del desarrollo. *V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XX Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires*. <https://www.aacademica.org/000-054/332.pdf>

Díaz Mazariegos, J. (2021). Estimación del tiempo de recaída al consumo de drogas en adolescentes-San José, Costa Rica, 2014-2017. *Revista Cúpula*, 2(35), 9-22. <https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v35n2/art02.pdf>

Díaz, L., Torruco, U., Martínez, M. y Varela, M. (2013). La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Revista de Investigación en Educación Médica*, 2(7), 162-167. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-50572013000300009

García, Q., Roberta, L., Oropeza, R. y Vázquez, F. (2009). Confiabilidad de la Entrevista de Recaídas para Usuarios de Sustancias Adictivas (ERSA). *Revista Psicología Iberoamericana*, 17(2), 41-48. <https://www.redalyc.org/pdf/1339/133912609006.pdf>

García, R. y Alonso, M. (2002). Evaluación en programas de prevención de recaída: adaptación española del Inventario de Habilidades de Afrontamiento (CBI) de Littmann en dependientes del alcohol. *Revista adicciones*, 14(4), 455-464. <https://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/476/472>

Graña, J. (1994). *Conductas adictivas: Teoría, evaluación y tratamiento*. Debate. <https://www.conducteam.com/recursos-libros/conductas-adictivas-teoria-evaluacion-y-tratamiento/>

Hamui-Sutton, A. y Varela, M. (2013). La técnica de grupos focales. *Revista Investigación en Educación Médica*, 2(5), 55-60.
<https://www.redalyc.org/pdf/3497/349733230009.pdf>

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, C. (2014). *Metodología de la Investigación*. Mc Graw Hill Education.

IBM Corp. (2016). IBM SPSS Statistics for Windows, Version 24.0. Armonk, NY: IBM Corp.

Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas de Estados Unidos. (2020). Las drogas, el cerebro y la conducta: bases científicas de la adicción.
https://nida.nih.gov/sites/default/files/soa_sp.pdf

Joza, S. y Chávez-Vera, M. (2022). Factores desencadenantes de recaídas en personas drogodependientes. *Revista Psicología UNEMI*, 6(10), 21-35.
<https://ojs.unemi.edu.ec/index.php/faso-unemi/article/view/1372/1366>

Junta Nacional de Drogas. (2022). *IX Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas en Estudiantes de Enseñanza Media. Informe de investigación 2022*.
https://www.gub.uy/junta-nacional-drogas/sites/junta-nacional-drogas/files/documentos/publicaciones/IX.Encuesta.EstudiantesDrogas_2022.pdf

Landeta, O. y Calvete, E. (2002). Adaptación y validación de la escala multidimensional de apoyo social percibido. *Revista Ansiedad estrés*, 8(2-3), 173-182.
<https://www.ansiedadestres.es/sites/default/files/rev/ucm/2002/anyes2002a13.pdf>

Lopez, A. y Gutierrez, M. (2020). Validación del Cuestionario Breve de Confianza Situacional en muestra clínica con drogodependencia. *Revista Internacional de Investigación en Adicciones*, 6(2), 6-10.
https://www.researchgate.net/publication/346757638_Validacion_del_Cuestionario_Breve_de_Confianza_Situacional_en_muestra_clinica_con_drogodependencia

Martin del Moral, M. y Lorenzo Fernández, P. (2009). Conceptos fundamentales en drogodependencia. En: Lorenzo, P. (Ed), *Drogodependencias: farmacología, patología, psicología, legislación*, (3ra edición), (1-25). Panamericana
https://web.vocespara.info/comparte/2017_vcs/Drogodependencias_y_adicciones/O_K_Terminos_en_adiciion.pdf

Martínez, E (2009). *Prevención de Recaídas, un libro de herramientas para personas en recuperación*. Colectivo Aquí y Ahora.

[https://img1.wsimg.com/blobby/go/ae37389c-a794-45ad-b384-](https://img1.wsimg.com/blobby/go/ae37389c-a794-45ad-b384-5afb19bd14bc/downloads/Prevencio%CC%81n%20de%20Recai%CC%81das%20-%20Efren%20Marti%CC%81nez.pdf?ver=1659497499210)

[5afb19bd14bc/downloads/Prevencio%CC%81n%20de%20Recai%CC%81das%20-%20Efren%20Marti%CC%81nez.pdf?ver=1659497499210](https://img1.wsimg.com/blobby/go/ae37389c-a794-45ad-b384-5afb19bd14bc/downloads/Prevencio%CC%81n%20de%20Recai%CC%81das%20-%20Efren%20Marti%CC%81nez.pdf?ver=1659497499210)

Martínez, K. y Pedroza, F. (2011). Factores asociados al proceso de recaída en adolescentes consumidores de alcohol. *Revista International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(1), 215-224.
<https://www.redalyc.org/pdf/3498/349832329021.pdf>

Martínez, K., Pedroza, F., Salazar, M. y Vacío, M. (2014). Estrategias de enfrentamiento y número de recaídas en el proceso de cambio de adolescentes que abusan del alcohol. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 40(3), 11-31
<https://www.redalyc.org/pdf/593/59335812002.pdf>

Mendieta, A. (2017). Percepción que expresan tener los consumidores problemáticos de sustancias psicoactivas acerca de los factores que inciden en su recaída durante el proceso de tratamiento. *Revista Uruguaya de Enfermería*, 12(2), 93-155.
<https://rue.fenf.edu.uy/index.php/rue/article/view/233/228>

Metrangolo, G., Smoking, H. y Azzollini, S. (2022). Evidencia de validez de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (EMASP) en población adulta Argentina. *Revista CES Psicología*, 15(1), 163-181.
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2011-30802022000100163

Momeñe, J., Estévez, A., Pérez, A., Jimenez, J., Chavez, M., Olave, L. e Iruarrizaga, I. (2021). El consumo de sustancias y su relación con la dependencia emocional, el apego y la regulación emocional en adolescentes. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 37(1), 121-132.
<https://revistas.um.es/analesps/article/view/404671/295721>

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2022). *Informe mundial sobre las drogas 2022*. <https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/world-drug-report-2022.html>

Organización Mundial de la salud. (1992). Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. Décima Revisión. (CIE-10) <https://ais.paho.org/classifications/chapters/pdf/volume1.pdf>

Quiroga, S. (2005). *Adolescencia: del goce orgánico al hallazgo de objeto*. EUDEBA. <https://clea.edu.mx/biblioteca/files/original/e0f84fc8ae6f04aa3f82acdea8e49cbd.pdf>

Ruiz, P. (11 de mayo de 2023). La mayoría de quienes beben alcohol desde edades tempranas “debuta” en ese consumo a los 12 años y en el ámbito familiar. Semanario Búsqueda. <https://www.búsqueda.com.uy/Secciones/La-mayoria-de-quienes-beben-alcohol-desde-edades-tempranas-debuta-en-ese-consumo-a-los-12-anos-y-en-el-ambito-familiar-uc56605>

Saldanha, D., Colomé, C., Heck, T., Nunes, M., y Viero, V. (2015). Grupo focal y análisis de contenido en investigación cualitativa. *Revista Index de enfermería*, 24(1-2), 71-75. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962015000100016

Sánchez-Hervás, E. y Llorente Del Pozo, J. (2012). Recaídas en la adicción a cocaína: una revisión. *Revista Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las otras Toxicomanías*, 24(3), 269-279. <https://www.redalyc.org/pdf/2891/289123569011.pdf>

San Martín Cantero, D. (2014). Teoría fundamentada y Atlas. ti: recursos metodológicos para la investigación educativa. *Revista electrónica de investigación educativa*, 16(1), 104-122. <https://www.scielo.org.mx/pdf/redie/v16n1/v16n1a8.pdf>

Suarez, M. y Alcalá M. (2014). APGAR Familiar: Una herramienta para detectar disfunción familiar. *Revista Médica La Paz*, 20(1), 53-57. http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582014000100010

Tonon de Toscano (comp). (2012). *La entrevista semi-estructurada como técnica de investigación*. Departamento de Derecho y Ciencia Política de la Universidad Nacional de La Matanza, Argentina. https://colombofrances.edu.co/wp-content/uploads/2013/07/libro_reflexiones_latinoamericanas_sobre_investigacin_cu.pdf#page=48

Uruguay. Decreto No 379/008. (2008). Investigación en seres humanos. Poder Ejecutivo. [https://odon.edu.uy > uploads > sites > 2019/08](https://odon.edu.uy/uploads/sites/2019/08)

Varguillas, C. (2006). El uso de Atlas.Ti y la creatividad del investigador del análisis cualitativo de contenido UPEL. Instituto Pedagógico Rural El Mácaro. *Revista de Educación Laurus*, 12, 73-87 <https://www.redalyc.org/pdf/761/76109905.pdf>

Vázquez, M., Muñoz, M., Fierro, A., Alfaro, M., Rodríguez, M. y Rodríguez, L. (2014). Consumo de sustancias adictivas en los adolescentes de 13 a 18 años y otras conductas de riesgo relacionadas. *Revista Pediátrica de Atención Primaria*, 16(62), 125-134. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322014000300005

Vanoli, S. (12 de enero de 2013). El camino de salida. *Diario El País*. http://www.elpais.com.uy/suplemento/quepasa/el-camino-desalida/quepasa_687504_130112.html [2023, 07 de mayo].