



Sección de adicciones

Original

Factores pronósticos de la recaída en pacientes adictos en tratamiento de deshabituación

Prognostic Factors of Relapse in Addicted Patients Undergoing Addiction Treatment

Yanetsi Contreras Olive¹ 

Osvaldo Miranda Gómez¹ 

Adonay Martínez Perera¹ 

Jennysey Díaz Rodríguez¹ 

Rachel Muñoz Hernández¹ 

Martha Deysi Pérez Arbolay² 

¹Hospital Militar Central "Dr. Carlos J. Finlay". La Habana, Cuba.

²Universidad de Ciencias Médicas de la Habana.

Recibido: 10/04/2024

Aceptado: 20/04/2024



Resumen

Introducción: El estudio de la recaída y los factores asociados a esta es de vital importancia para poder prevenirlas en los pacientes en tratamiento.

Objetivo: Determinar los factores pronósticos de las recaídas en pacientes adictos a sustancias psicoactivas.

Método: Se desarrolló un estudio observacional, analítico y prospectivo. Se trabajó con 257 pacientes atendidos en el Servicio de Psicología del Hospital Militar Central “Dr. Carlos Juan Finlay” de 2016 a 2019. Las principales variables estudiadas fueron: recaídas, edad, sexo, características clínicas del consumo, sustancia consumida, ideación suicida, deterioro cognitivo, ansiedad, depresión y tiempo de consumo. Se utilizaron técnicas tanto de la estadística descriptiva, como de la estadística inferencial.

Resultados: El promedio del tiempo en tratamiento hasta la recaída fue de 174 días. La probabilidad de pasar más de seis meses en tratamiento fue del 30,8 %. Enero, julio, agosto y diciembre fueron los meses de más recaídas. Los factores pronósticos de la recaída antes de los 6 meses de tratamiento fueron: el consumo persistente a pesar de daño físico o mental (OR=3,8), ideación suicida (OR=2,0), tener 30 años o menos de edad (OR=1,8), necesidad subjetiva de consumo (OR=1,76), ansiedad (OR=1,75), antecedentes familiares de adicción (OR=1,6) e inversión de la tolerancia (OR=1,2).

Conclusiones: Los factores que se comportan como pronóstico de la recaída son: el consumo persistente a pesar de daño físico y mental, la ideación suicida, tener 30 años o menos, la necesidad subjetiva de consumo, la ansiedad, los antecedentes familiares de adicción y la inversión de la tolerancia.

Palabras clave: trastornos relacionados con sustancias; recurrencia; pronóstico; rehabilitación.

Abstract

Introduction: The study of a relapse and the factors associated with it are a matter of vital importance to prevent them in patients undergoing treatment.

Objective: Determine the prognostic factors of relapses in patients addicted to psychoactive substances.

Method: A prospective analytical observational study was carried out. The sample consisted of 257 patients treated at the Psychology Service at Dr. Carlos J. Finlay Central Military Hospital from 2016 to 2019. The main variables studied were: relapses, age, sex, clinical characteristics of consumption, type of substance used, suicidal ideation, cognitive impairment, anxiety, depression and time of consumption. Descriptive and inferential statistics techniques were used.

Results: The average time undergoing treatment until relapse was 174 days. The probability of spending more than six months undergoing treatment was 30.8%. Relapses increased in January, July, August and December. The prognostic factors of relapse before 6 months of treatment were: persistent use despite physical or mental damage (OR=3.8), suicidal ideation (OR=2.0), being 30 years of age or younger (OR=1.8), subjective need for consumption (OR=1.76), anxiety (OR=1.75), family history of addiction (OR=1.6) and tolerance reversal (OR=1, 2).



Conclusions: The factors that function as prognosis of relapse are: persistent consumption despite physical and mental damage, suicidal ideation, being 30 years of age or younger, the subjective need for consumption, anxiety, family history of addiction, and tolerance reversal.

Keywords: Substance-related disorders, recurrence, prognosis, rehabilitation.

Introducción

En las personas que reciben tratamiento para abandonar el consumo de sustancias psicoactivas es común, durante este proceso, que recaigan en viejos patrones de consumo, por lo que es importante reconocer las señales de alerta de una recaída. La importancia radica en el hecho de que el porcentaje de recaídas en personas bajo tratamiento por adicciones, desde hace algún tiempo, es similar al de otras enfermedades crónicas.⁽¹⁾

El concepto de recaída ha evolucionado con el transcurso de los años, en sus inicios comprendido bajo el modelo médico dando prioridad a la sustancia y en la actualidad explicado con el enfoque cognitivo conductual que enfatiza el rol activo del individuo en la aparición de la recaída. Diversas investigaciones^(1,2) dan cuenta que las recaídas, por lo general, se producen después que el sujeto pierde el contacto con el tratamiento, quizás por haber logrado el alta terapéutica o por abandonarlo.

En el presente estudio, el término, comprende el consumo de la sustancia después de un período de abstinencia que implica el retorno al patrón de consumo previo al inicio del tratamiento. 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 antiguo.⁽³⁾

En relación con lo anterior, la evidencia empírica demuestra que alrededor de 70 % de los pacientes con adicción a sustancias recaen a los 6 meses de seguimiento tras la desintoxicación, lo que pone de manifiesto la necesidad de estudiar las variables que influyen en la reincidencia del consumo durante o después del tratamiento.⁽⁴⁾

Al respecto, la literatura señala 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. 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 protección.⁽⁵⁾

En este sentido, se han encontrado evidencias que revelan una relación entre la presencia de alteraciones afectivas y cognitivas en los pacientes y el retorno al consumo; así como entre variables psicosociales, factores emocionales negativos, autoeficacia y funcionamiento familiar como elementos asociados al proceso de recaída.

De igual forma, otra publicación⁽⁶⁾ refiere que se han encontrado relaciones entre determinados fallos cognitivos y el mantenimiento de la conducta adictiva, en especial la tendencia a la perseverancia, la incapacidad para la inhibición de impulsos irrelevantes, las dificultades para procesar y aprender de los errores y la impulsividad. Incluso se ha propuesto que las pruebas neuropsicológicas podrían ser buenos indicadores de riesgo de recaída.

Por todo lo anterior, debido a 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 objetivo determinar los factores pronósticos de las recaídas en los pacientes adictos a sustancias psicoactivas atendidos en el Hospital Militar Central “Dr. Carlos J Finlay”, durante los años 2016-2019.

Métodos

Diseño

Se desarrolló un estudio observacional, analítico y prospectivo. Se trabajó con un universo, que estuvo constituido por los 257 pacientes atendidos en el Servicio de Psicología del Hospital Militar Central “Dr. Carlos J. Finlay”, de 2016 a 2019. Los participantes en el estudio tenían:

- Diagnóstico de adicción a sustancias psicoactivas.
- Nivel de escolaridad de noveno grado o superior.
- Que accedieron a participar en la investigación, para lo cual se recogió consentimiento informado.
- Sin deterioro cognitivo grave.
- Sin recidivas de la adicción en las 3 semanas previas a la evaluación.
- Que no se clasificaran como enfermedad dual.
- Que no presentaron encefalopatías por consumo de sustancias, descartado por evaluación clínica con especialista de Neurología.
- Que no tuvieran familiares de primera línea con trastornos mentales diferentes a las adicciones.

Variables

Las variables estudiadas fueron:

- Recaída: Con recaída, sin recaída.
- Funciones ejecutivas: alterada y normal, posterior a la evaluación con las pruebas neuropsicológicas.
- Edad cronológica.
- Sexo.
- Nivel escolar: sexto grado, noveno grado, duodécimo grado, técnico medio y universitario.
- Características clínicas del consumo (alteración de la capacidad de abstinencia, necesidad subjetiva de consumo, patrón de consumo, tolerancia, alteración de la capacidad para detener el consumo y consumo persistente a pesar de daño físico o mental).



- Sustancia consumida: alcohol y sus derivados; otras drogas diferentes al alcohol.
- Antecedentes familiares de adicción: presencia o ausencia.
- Antecedentes familiares de ideación suicida: presencia o ausencia.
- Coeficiente intelectual: Puntuación resultado de alguno de los test estandarizados diseñados para valorar la inteligencia general: muy superior, superior, normal alto, normal, normal bajo y deficiente.
- Deterioro cognitivo: deterioro cognitivo leve, moderado y grave.
- Ansiedad: clasificada en muy baja, baja, normal, alta y muy alta.
- Depresión: clasificada en muy baja, baja, normal, alta y muy alta.
- Tiempo de consumo: tiempo medido en días y meses, desde que inicio el consumo hasta el día de la evaluación.
- Tiempo hasta la recaída: tiempo medido en días y meses, desde que inicio el tratamiento hasta el día de la recaída.

Procedimientos

Para obtener los datos de las variables se obtuvo la información de las historias clínicas de los pacientes, en las que aparecen los resultados obtenidos en la evaluación neuropsicológica integral.

Procesamiento

En el análisis de los datos se utilizaron técnicas de la estadística descriptiva: el porcentaje, la mediana, media aritmética y la desviación estándar como medida de variabilidad.

De la estadística inferencial:

- χ^2 de Pearson de independencia: con el objetivo de conocer si la distribución de la variable estudiada difiere en las "r" poblaciones subyacentes de las cuales se obtuvieron las muestras.
- Corrección por continuidad de Yates: en caso de tablas de contingencia de 2x2 se utilizó la corrección de Yates, en tanto genera probabilidades exactas a cada celda o casilla, al actuar como si se tratara de una distribución hipergeométrica, al considerar los cuatro márgenes estuvieran fijos.
- Prueba de Bartholomew: se empleó en el caso que se analicen las variables ordinales, ya que la prueba es útil cuando se hace inferencia a partir de dos muestras independientes clasificadas de acuerdo a *f* categorías de una variable cualitativa ordinal.
- Regresión logística: se utilizó con el objetivo de predecir la presencia o ausencia de una característica o resultado según los valores de un conjunto de posibles factores de riesgo. Los coeficientes de regresión logística pueden utilizarse para estimar la odds ratio de cada variable independiente del modelo.
- Kaplan-Meier, con el objetivo de estimar modelos hasta el evento en presencia de casos censurados. El modelo de Kaplan-Meier se basa en la estimación de las probabilidades condicionales en cada punto



temporal cuando tiene lugar un evento y en tomar el límite del producto de esas probabilidades para estimar la tasa de supervivencia en cada punto temporal.

▪ **Odds ratio (OR):** El OR se calculan al hacer un cociente entre los individuos que han sufrido el suceso y los que no lo han sufrido dentro de su mismo grupo. Permite medir el grado de asociación entre las variables que se analizan.

Se trabajó con un nivel de confiabilidad del 95 %.

Aspectos bioéticos

La investigación se realizó bajo los principios establecidos en la Declaración de Helsinki.⁽⁷⁾ Se contó con la aprobación del Comité de ética de investigaciones y del Consejo científico de la institución donde se desarrolla la investigación. Los datos solo se emplearon con fines investigativos, sin revelar la identidad de los pacientes.

Resultados

La edad promedio de los pacientes fue de 34 años, la distribución por sexo estuvo dada por 231 hombres y 26 mujeres, con una escolaridad media de estudios secundarios 49,4 % (127 casos) y el 67,7 % poseía vínculo social. De los pacientes estudiados el 56,4 % tenía antecedentes familiares de adicción, de ellos el 20,2 % con más de un familiar con esta condición. La edad de inicio del consumo de sustancias psicoactivas varió de los 5 a los 47 años, con una edad media de 17 años, lo que situó la edad de inicio en los pacientes del estudio en la adolescencia. El 47,9 % se encontraba en el rango de 15 años o más de consumo, los cuales varían desde 1 a 65 años, con una media de 17 años.

Las drogas que se comportaron como porteras en los sujetos estudiados fueron el alcohol, la marihuana y la modalidad conocida como policonsumo. Las drogas de mayor impacto en los pacientes estudiados fueron el alcohol, la marihuana, la cocaína, el policonsumo y los medicamentos con fines de abuso. Como droga actual se identificaron entre las principales el alcohol, la marihuana, el policonsumo, la cocaína, las sustancias desconocidas y los medicamentos con fines de abuso. Los mayores consumos se evidenciaron en las edades extremas, los menores de 24 años consumían sustancias consideradas ilegales en el país y los de 50 años o más por lo general alcohol.

En cuanto a las características clínicas del consumo, se pudo identificar:

- Un patrón de consumo de moderado a grave, el 46,7 % de ellos presentó un consumo diario, el 29,6 % al menos 5 veces por semana y el 23,7 % todos los días más de una vez.
- El 33,5 % (86 casos) de los pacientes tenían necesidad subjetiva de consumir.
- El 54,5 % (140 pacientes) presentó signos moderados de incapacidad para mantener la abstinencia del consumo.

- El 50,6 % de los adictos mostraron signos marcados de alteraciones en la capacidad detener el consumo una vez iniciado y el 49,4 % consume en forma de intoxicaciones.
- Todos los pacientes refirieron niveles de tolerancia alto, el 87,5 % marcada tolerancia y el 12,5 % inversión de la tolerancia.
- El 79,8 % mantenían el consumo de sustancias psicoactivas a pesar del daño físico y mental.

Respecto a las alteraciones neuropsicológicas encontradas en estos pacientes se puede plantear que:

- El 56,8 % de los pacientes mostró tener deterioro cognitivo, de ellos el 47,5 % deterioro cognitivo leve y el 9,3 % deterioro cognitivo moderado.
- El 80,5 % de los pacientes presentó alteraciones de la función ejecutiva.
- El 68,9 % mostró poseer un coeficiente normal promedio o superior, y el 31,1 % un puntaje que lo clasifica como normal bajo.
- El 34,6 % de los adictos presentó un nivel de ansiedad rasgo media, el 33,9 % baja y el 31,5 % como alta. En el caso de la ansiedad estado, los niveles altos se presentaron en el 58,8 % de los pacientes estudiados, el 21,4 % baja y el 19,8 % como media.
- El 52,9 % de los adictos presentó un nivel de depresión rasgo baja, el 40,1 % media y el 7 % como alta. En el caso de la depresión estado los niveles altos se presentaron en el 48,6 % de los pacientes estudiados y el 25,7 % de los pacientes presentaron tanto depresión estado media como baja.

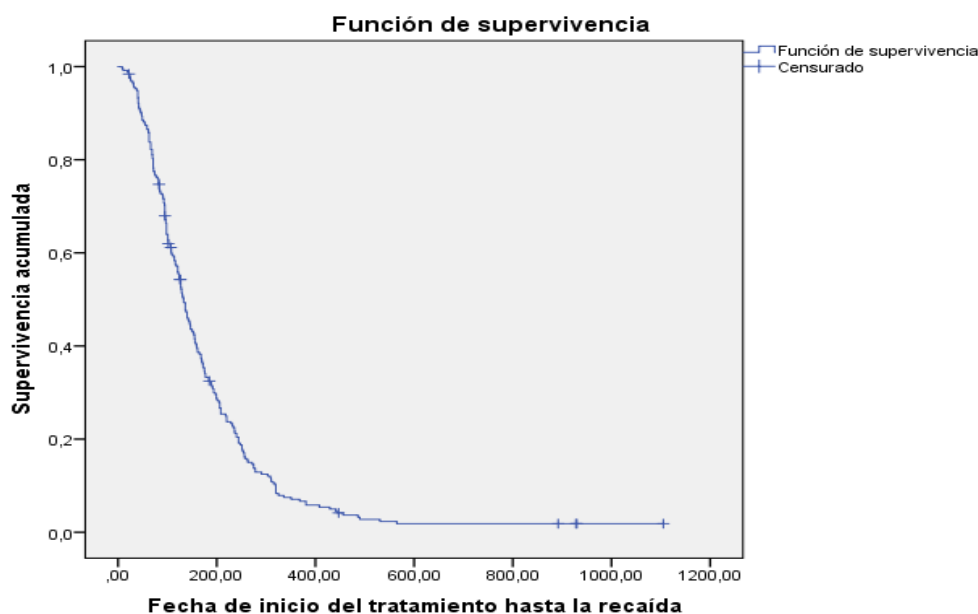


Figura 1. Tiempo en tratamiento de los pacientes adictos hasta la recaída

La figura 1 muestra el tiempo en tratamiento hasta la recaída de los pacientes en el estudio, en la cual se observa que, al final del período de análisis, el promedio fue de aproximadamente 174 días (IC: 153; 195

días), mientras que la mediana fue de 133 días (IC: 131; 135 días). La curva de tiempo se caracterizó por un rápido decrecimiento inicial del número de sujetos en abstinencia. La probabilidad de que un sujeto que inicia tratamiento continúe en el mismo pasados 6 meses (medido el inicio del tratamiento hasta la fecha de la recaída), fue del 30,8 %. Dicha condición, al año de tratamiento, disminuyó hasta el 0,67%.

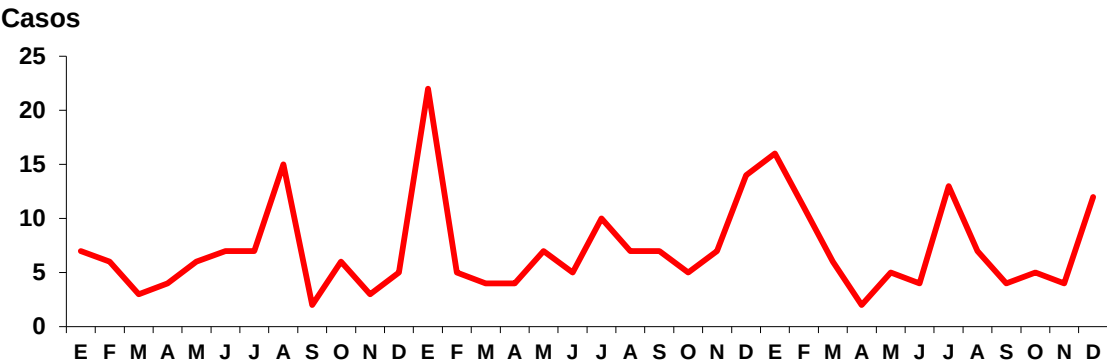


Figura 2. Distribución de pacientes adictos según mes donde tuvo la recaída

La figura 2 muestra que los meses en que se presentaron más recaídas en los pacientes fueron enero, julio, agosto y diciembre. Estos resultados pudieran estar debidos a que en los meses antes referidos se realizan las actividades festivas más importantes del país, por lo que aumentan los niveles de consumo.

El consumo persistente a pesar de daño físico o mental (OR=3,4) y la presencia de ideación suicida (OR=2,0) constituyeron factores de riesgo para presentar una recaída antes de los seis meses, según resultados del análisis bivariado (tabla 1) del tiempo hasta la recaída, el consumo persistente y la ideación suicida.

Tabla 1. Distribución de pacientes adictos según tiempo hasta la recaída, consumo persistente e ideación suicida

Características clínicas		Tiempo hasta la recaída				Total	X2; Sig. OR
		Hasta los 6 meses		Más de 6 meses			
		n	%	n	%		
Consumo persistente	Presente	152	74,1	53	25,9	205	X2=13,789; p= 0,000 OR= 3,35
	Ausente	24	46,2	28	53,8	52	
Ideación suicida	Con ideación suicida	104	75,4	34	24,6	138	X2=5,865; p= 0,015 OR= 2,00
	Sin ideación suicida	72	60,5	47	39,5	119	

Nota: El porcentaje fue calculado en base al total de pacientes por filas según el síntoma clínico.

El análisis multivariado del tiempo hasta la recaída (tabla 2) permite afirmar que los pacientes que presentaron consumo persistente a pesar de daño físico o mental (OR=3,8), ideación suicida (OR=2,0), tenían 30 años o menos de edad (OR=1,8), necesidad subjetiva de consumo (OR=1,76), ansiedad estado



alta (OR=1,75), antecedentes familiares de adicción (OR=1,6) e inversión de la tolerancia (OR=1,2), tuvieron mayor probabilidad de tener una recaída antes de los 6 meses que los que no presentaron estos síntomas y signos.

Tabla 2. Factores pronósticos de la recaída en los pacientes adictos estudiados

Variables en la ecuación	B	Error estándar	Wald	gl	Sig.	Exp (B)	95% CI para EXP (B)	
							Inferior	Superior
Nivel Escolar	0,450	0,338	1,770	1	0,183	1,568	0,808	3,043
Vínculo Social	0,492	0,346	2,014	1	0,156	1,635	0,829	3,224
Necesidad subjetiva de consumo	0,565	0,335	2,840	1	0,042	1,759	1,912	3,391
Droga actual	0,634	0,519	1,491	1	0,222	1,885	0,682	5,214
Patrón de consumo	-0,201	0,227	0,789	1	0,035	0,818	1,524	2,275
Alteración de la capacidad de detener el consumo	0,090	0,315	0,081	1	0,776	1,094	0,590	2,027
Tolerancia Invertida	-0,673	0,518	1,688	1	0,019	1,510	1,185	1,708
Consumo persistente	1,343	0,359	13,998	1	0,000	3,830	1,895	7,741
Alteración de la capacidad de abstinencia	0,064	0,323	0,039	1	0,843	1,066	0,566	2,009
Función ejecutiva	-0,046	0,646	0,005	1	0,944	0,955	0,269	3,390
Ansiedad estado	-0,282	0,392	0,518	1	0,042	1,754	1,350	2,625
Depresión estado	-0,144	0,377	0,147	1	0,701	0,865	0,414	1,811
Antecedentes familiares de adicción	-0,428	0,213	4,017	1	0,045	1,652	1,429	4,991
Ideación suicida	0,692	0,318	4,748	1	0,029	1,998	1,072	3,723
Relación de pareja	0,463	0,364	1,623	1	0,203	1,589	0,779	3,242
Grupos de edades	-0,583	0,642	0,827	1	0,363	0,558	0,159	1,962
Edad de inicio del consumo	0,292	0,579	0,255	1	0,013	1,840	1,431	4,168
Tiempo de consumo agrupado	0,700	0,608	1,325	1	0,250	2,013	1,612	6,628
Funcionamiento cognitivo.	-0,113	0,367	0,095	1	0,758	0,893	0,435	1,834

Discusión

El presente estudio mostró que la mayoría de los pacientes con adicción a sustancias recaen a los 6 meses de seguimiento, posterior a la desintoxicación y durante el proceso de deshabituación.

Estos resultados son similares a otros estudios realizados tras la desintoxicación hospitalaria. Joza Bravo y otros⁽⁸⁾ encontraron un porcentaje de recaídas al año del 83 % de los pacientes. Asimismo, Smith y otros⁽⁹⁾ detectaron que, una vez desintoxicados, hasta un 91 % de los pacientes informaron de una recaída. En dependientes de cocaína que seguían tratamiento ambulatorio, Sánchez-Hervás y otros,⁽¹⁰⁾ hallaron un 50,5 % de recaídas a los 6 meses de tratamiento.

Los resultados obtenidos en la presente investigación son coherentes con un estudio publicado por Martínez y otros en la Revista de Adicciones,⁽¹¹⁾ en el cual se obtuvo una curva de recaída con un rápido decremento inicial del número de sujetos en retención. La probabilidad de que un sujeto que inicia tratamiento lo continúe pasados 6 meses, es del 46,1 %. Dicha condición, al año, disminuye hasta el 29,8 %.

Grau López y otros⁽¹²⁾ en su estudio sobre factores predictores de la recaída encontró que el porcentaje de pacientes que había recaído a los 3 meses fue del 48,4 % y a los 6 meses del 66,7 %. Otros estudios^(13,14) han reportado un alto porcentaje de recaída en el primer año de tratamiento, situándolo desde el 75 % hasta el 90 % de los pacientes.

La edad de inicio del consumo en los pacientes estudiados, de forma general, coincide con la adolescencia, lo que tiene un impacto negativo en la cognición, la estructura y el funcionamiento del cerebro en adolescentes y adultos sanos, y se asocia con mayores déficits neuropsicológicos, mayor probabilidad de padecer depresión y las recaídas por el carácter crónico de la enfermedad, los que constituyen factores de riesgo para la ideación suicida y hasta el propio suicidio.⁽¹⁵⁾

A los pacientes que participaron en la investigación se les realizó un estudio neuropsicológico ya que se han encontrado relaciones entre determinados fallos cognitivos y el mantenimiento de la conducta adictiva, especialmente la tendencia a la perseverancia, la incapacidad para la inhibición de impulsos irrelevantes, las dificultades para procesar y aprender de los errores, y la impulsividad. Incluso se ha propuesto que las pruebas neuropsicológicas podrían ser buenos indicadores de riesgo de recaída.⁽¹⁶⁾ Sin embargo, en el estudio que se analiza, las alteraciones cognitivas encontradas no constituyeron un predictor de la recaída en los análisis multivariados realizados.

Los meses en que se presentan mayores recaídas en los pacientes estudiados coinciden con los períodos festivos, resultado similar a otros encontrados en la literatura sobre el tema. Según Sánchez Menéndez y otros,⁽¹⁷⁾ la estacionalidad es un factor que influye en las adicciones y en el repunte de las recaídas, especialmente en lo que a los adictos al alcohol y a la cocaína se refiere. El buen clima, la ausencia de rutinas, una mayor socialización y los festivales de música, son algunos de los factores y situaciones que hacen del verano una época del año donde el consumo de sustancias adictivas es mayor. González d'Huicque y otros⁽¹⁸⁾ expresa que los pacientes que se encuentran en tratamiento explican que en estas fechas hay más contactos sociales que en otros meses y por ello **las situaciones de riesgo frente a las recaídas aumentan.**

Las variables que se comportaron como factores de riesgo para la recaída en los pacientes estudiados (consumo persistente a pesar de daño físico y mental, la ideación suicida, tener 30 años o menos de edad, la necesidad subjetiva de consumo, la ansiedad, los antecedentes familiares de adicción y la tolerancia invertida) coinciden con las presentadas en otros estudios encontrados sobre el tema.

Monrás Ortega y otros⁽¹⁹⁾ estudiaron la mortalidad de pacientes adictos tras tratamiento durante 14 años, en los que obtuvieron como resultado que existen variables que han mostrado tener individualmente relación con la mortalidad como el deterioro neuropsicológico, la prescripción de antidepresivos, la recaída/abandono antes de los 6 meses, antecedentes familiares de alcoholismo, ingresos previos y bajo nivel educativo, además de la edad de inicio de consumo en edades tempranas. La presencia de deterioro cognitivo conjuntamente con una edad superior a 41 años en el estudio realizado por los autores se comportó como factores de riesgo de muerte para el 66,7 % de los pacientes.

Grau López y otros⁽²⁰⁾ refieren en su estudio que los factores que se asocian de forma independiente a la recaída, en el análisis multivariado, son ingresar para desintoxicación de heroína como sustancia principal de consumo y consumir horas previas al ingreso a modo de despedida producto de la necesidad o craving. Otras variables que se asocian al riesgo de recaída, en el análisis univariado, son presentar comorbilidad médica, alteraciones afectivas comórbidas y el policonsumo de sustancias.

Los resultados de la presente investigación solo pueden ser generalizables para una población mayor de 18 años de edad. De igual forma, tiene como limitación que el seguimiento de los pacientes fue ambulatorio, en el que pueden suceder hechos vitales difícilmente controlables que provoquen la recaída en el consumo, o los diferentes cambios farmacológicos y los tratamientos psicoterapéuticos que realizan los pacientes.

Como conclusión se puede plantear que los factores que se comportaron como pronóstico de la recaída en los pacientes adictos a sustancias psicoactivas en deshabituación fueron: el consumo persistente a pesar de daño físico y mental, la ideación suicida, tener 30 años o menos, la necesidad subjetiva de consumo, la ansiedad, los antecedentes familiares de adicción y la inversión de la tolerancia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Monasterio Astobiza A. Towards a situated model of addiction. *Revista Interdisciplinaria de Filosofía y Psicología*. 2021 [acceso: 10/01/2023];16:1-16. Disponible en: <https://www.scielo.cl/pdf/limite/v16/0718-1361-limite-16-16.pdf>
2. Sánchez García K, Serrano García M. Efectividad del programa de adicciones con y sin terapia familiar sobre la funcionabilidad familiar y prevención de recaídas en pacientes adictos. *Acta Médica Orreguiana*. 2018 [acceso: 10/01/2023];18(2):181-190. Disponible en: <http://journal.upao.edu.pe/HAMPIRUNA/article/view/1194/1042>
3. Hasbún Z. Efectos de una terapia grupal enfocada en los factores psicosociales en pacientes en proceso de recaídas del centro Clarium by Fénix, período febrero–marzo 2023. [Tesis de Maestría]. Santo Domingo: Universidad Iberoamericana (UNIBE); 2023. [acceso: 10/12/2023]. Disponible en: <https://repositorio.unibe.edu.do/jspui/bitstream/123456789/1917/1/22-0921-TF.pdf>



4. 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*. 2017 [acceso: 10/01/2023];4(1):1-9. Disponible en: https://www.patologiadual.es/docs/revista/pdfs/2017_02.pdf
5. Beverido Sustaeta P, Pavón León P, Salas García B, Blázquez Morales MS. Resultados de un curso-taller sobre prevención de recaídas en un centro de rehabilitación de adicciones. *Know and Share Psicología*. 2021 [acceso: 10/01/2023];2(3):19-32. Disponible en: <https://ojs.ual.es/ojs/index.php/KASP/article/view/5308>
6. Contreras Olive Y, Miranda Gómez O, Gutiérrez Orbeal NA. Factores pronósticos del deterioro cognitivo en pacientes adictos a sustancias psicoactivas. *Revista Cubana de Medicina Militar*. 2023 [citado 16 de enero de 2024];52(3):1-17. Disponible en: <https://revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/2846/2139>
7. Manzini JL. DECLARACIÓN DE HELSINKI: PRINCIPIOS ÉTICOS PARA LA INVESTIGACIÓN MÉDICA SOBRE SUJETOS HUMANOS. *Acta bioeth*. 2000 [acceso: 10/01/2023]; 6(2):321-334. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2000000200010
8. Joza Bravo S, Chávez Vera M. Factores desencadenantes de recaídas en personas drogodependientes. *Psico Unemi*. 2022 [acceso: 10/01/2023]; 6(10):21-25. Disponible en: <https://ojs.unemi.edu.ec/index.php/faso-unemi/article/view/13729>.
9. Smith BP, Barry J, Keenon E, Dukray K. Lapse and relapse following inpatient treatment of opiate dependence. *Irish Medical Journal*. 2010 [acceso: 10/01/2023];103(6):176-179. Disponible en: http://archive.imj.ie/ViewArticleDetails.aspx?ArticleID=5093&utm_medium=email&utm_source=transacion
10. Sánchez Hervás E, Secades Villa R, Santonja Gómez FJ, Zacarés Romaguera F, García Rodríguez O, Martín Yanez E, et. al. Abandono del tratamiento en adictos a la cocaína. *Adicciones*. 2010 [acceso: 10/01/2023];22(1):59-64. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/2891/289122902008.pdf>
11. Martínez H, Rodríguez A, Vince G. Factores asociados en la adicción y recaída de pacientes con consumo de estupefacientes. *Universidad, Ciencia y Tecnología*. 2019 [acceso: 10/01/2023];23(93):82-89. Disponible en: <https://uctunexpo.autanabooks.com/index.php/uct/article/view/148/191>
12. Grau López L. Factores de recaída en pacientes adictos y la importancia de la evaluación y el tratamiento del insomnio para mantener la abstinencia. [tesis doctoral] Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona; 2014. [acceso: 10/01/2023]. Disponible en: <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/283644/lgl1de1.pdf?sequence=1&isAllowed=y>



13. Arias F, Sion A, Espinosa R, Jurado-Barba R, Marín M, Martínez Maldonado A, et. al. Fases de la recuperación psicológica en pacientes dependientes del alcohol tras un tratamiento intensivo: Un seguimiento de 4 años. *Adicciones*. 2023 [acceso: 10/01/2023];35(1):21-32. Disponible en: <https://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/1575/1205>
14. Martínez González J, Vilar López R, Lozano Rojas O, Verdejo García A. Cuestionario de creencias nucleares relacionadas con el consumo de drogas y el craving, para la valoración del riesgo de recaída. *Adicciones*. 2018 [acceso: 10/01/2023];30(3):170-178. Disponible en: <https://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/809/889>
15. Díaz Mazariegos J. Estimación del tiempo de recaída al consumo de drogas en adolescentes de San José Costa Rica, 2014-2017. *Revista Cúpula*. 2021 [acceso: 10/01/2023];35(2):9-22. Disponible en: <https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v35n2/art02.pdf>
16. Valdevila Figueira JA, Gilbert Jaramillo J, Carcelén Torres R, Valdevila Santiesteban R, Murillo-Zúñiga D. Relación entre el consumo de drogas psicoactivas y el deterioro cognitivo en pacientes ecuatorianos drogodependientes. *Correo Científico Médico*. 2020 [acceso: 10/01/2023];24(2):527-542. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/ccm/v24n2/1560-4381-ccm-24-02-527.pdf>
17. La Opinión de Málaga. Málaga: Grupo Editorial Prensa Ibérica [actualizado: 29/07/2019; acceso: 10/01/2023]. Sección Vida y estilo. El consumo de alcohol y drogas aumenta durante los meses de verano; [aprox. 9 p.]. Disponible en: <https://www.laopiniondemalaga.es/vida-y-estilo/salud/2019/07/29/consumo-alcohol-drogas-aumenta-durante/1104930.html>
18. Centro de investigación y tratamientos de adicciones. Barcelona. [actualizado: 09/11/2023; acceso: 10/01/2023]. Las drogas en navidad riesgos y consecuencias; [aprox. 9 p.]. Disponible en: <https://www.clinicascita.com/las-drogas-en-navidad-riesgos-y-consecuencias/>
19. Monrás M, Ortega L. Alcohólicos ingresados en una sala de psiquiatría: mortalidad a los 14 años. *Adicciones*. 2011 [acceso: 10/01/2023];23(4): 317-325. Disponible en: <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/128/125>
20. Grau López L, Roncero C, Daigre C, Gonzalvo B, Bachiller D, Rodríguez Cinta L, et. al. Factores de riesgo de recaída en pacientes drogodependientes tras desintoxicación hospitalaria. *Adicciones*. 2012 [acceso: 10/01/2023];24(2):115-122. Disponible en: <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/103/100>

Conflictos de intereses

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

Contribución de los autores:

Yanetsi Contreras Olive: Conceptualización, Recogida de datos, Análisis formal, Investigación, Metodología, Supervisión, Validación, Visualización, Redacción - borrador original, Redacción - revisión y edición.

Osvaldo Miranda Gómez: Recogida de datos, Supervisión, Validación, Visualización, Redacción - borrador original, Redacción - revisión y edición.

Adonay Martínez Perera: Supervisión, Validación, Visualización, Redacción - borrador original, Redacción - revisión y edición.

Jennysey Díaz Rodríguez Supervisión, Validación, Visualización, Redacción - borrador original, Redacción - revisión y edición.

Rachel Muñoz Hernández Supervisión, Validación, Visualización, Redacción - borrador original, Redacción - revisión y edición.

Martha Deysi Pérez Arbolay Supervisión, Validación, Visualización, Redacción - borrador original, Redacción - revisión y edición.

