



Universidad de Oviedo  
PROYECTO HOMBRE

MÁSTER EN ADICCIONES: PERSPECTIVA BIOPSIKOSOCIAL  
CURSO ACADÉMICO 2022-2023

**RELACIÓN ENTRE CALIDAD DE VIDA Y ESTATUS DE CONSUMO POST  
TRATAMIENTO EN ADICCIONES EN *PROYECTO HOME BALEARIS***

Investigación empírica

Núria Riera Oliver

Palma de Mallorca, junio 2023

## Anexo II: ANEXO DE NO PLAGIO



Universidad de Oviedo

Madrid, 15 de junio de 2023

Dña., Núria Riera Oliver con DNI 41571731-J, estudiante del *Máster en Adicciones. Perspectiva Biopsicosocial* de la Universidad de Oviedo, curso 2022-2023 como autora de este documento académico, titulado:

RELACIÓN ENTRE CALIDAD DE VIDA Y ABSTINENCIA POST TRATAMIENTO EN ADICCIONES EN *PROJECTE HOME BALEARS*.

presentado como trabajo Fin de Máster, para la obtención del título correspondiente, cuyo director es Alba González de la Roz.

---

DECLARO QUE:

Este trabajo es producto de mi trabajo personal, que no he copiado, que no he utilizado ideas, formulaciones, citas integrales e ilustraciones diversas, sacadas de cualquier obra, artículo, memoria, o de documento (en versión impresa o electrónica), sin mencionar de forma clara y estricta su origen, tanto en el cuerpo del texto como en la bibliografía.

Asimismo, no he hecho uso de información no autorizada de cualquier fuente escrita, de otra persona, de trabajo escrito o de otro o de cualquier otra fuente.

Soy plenamente consciente de que el hecho de no respetar estos supuestos puede ser objeto de sanciones universitarias y/o de otro orden.

En Palma, a 15 de junio de 2023.

Fdo.:



## ÍNDICE

<b>Anexo II: anexo de no plagio</b>	<b>2</b>
<b>Índice</b>	<b>3</b>
<b>Resumen</b>	<b>4</b>
<b>Abstract</b>	<b>5</b>
<b>1. Introducción</b>	<b>6</b>
<b>2. Método</b>	<b>11</b>
2.1. Participantes	11
2.2. Procedimiento	12
2.3. Instrumentos de evaluación	13
2.4. Análisis de datos	15
<b>3. Resultados</b>	<b>16</b>
3.1. Características sociodemográficas de los/as participantes en el estudio	16
3.2. Estatus del consumo	18
3.3. Relación entre la calidad de vida y el estatus de consumo.	22
<b>4. Discusión</b>	<b>27</b>
<b>5. Referencias</b>	<b>33</b>

## Resumen

**Introducción:** El consumo de sustancias tiene un impacto negativo en diversas áreas de la vida de las personas, incluyendo la salud, la psicológica, las relaciones sociales y su entorno. Como resultado afecta a la calidad de vida de los individuos. El objetivo principal de este estudio, consiste en examinar la relación entre la calidad de vida y el estatus de consumo (abstinente versus recaída) tras finalizar el tratamiento. Además, se analizarán las posibles diferencias entre sexos y los periodos de mayor riesgo de recaída después del tratamiento.

**Método:** La muestra del estudio está compuesta por 51 participantes (43 hombres y 8 mujeres) que han completado exitosamente un tratamiento de deshabituación ambulatorio en *Projecte Home Balears*.

**Resultados:** Se encontraron diferencias significativas en las variables de calidad de vida a nivel general y en distintas facetas, incluyendo la ambiental y psicológica. Se observaron puntuaciones más bajas en las personas que han experimentado recaídas. En relación con las diferencias entre sexos, las mujeres mostraron puntuaciones más bajas en el área social en comparación con los hombres y mayores tasas de recaídas. Además, se observó que la tasa de recaída fue más alta durante los primeros 6 meses después del tratamiento y nuevamente a partir del año.

**Conclusiones:** Se recomienda implementar una fase de seguimiento posterior al tratamiento para lograr mayores tasas de éxito a largo plazo. Además, se enfatiza que el consumo de sustancias impacta negativamente en la calidad de vida de las personas, particularmente en las áreas psicológica, ambiental y social (especialmente en mujeres). Por lo tanto, se sugiere prestar atención a estas áreas durante el proceso de tratamiento.

**Palabras clave:** *Calidad de vida, Estatus de Consumo, Recaída, Tiempo, Sexos.*

## Abstract

**Introduction:** Substance abuse has a negative impact on various aspects of individuals lives, including health, psychological well-being, social relationships, and their environment. As a result, it affects individuals' quality of live. The main objective of this study is to examine the relationship between quality of live and consumption status (abstinent versus relapse) after completing treatment. Adiccionalmente, we will analyze potential differences between genders and periods of higher relapse risk after treatment.

**Method:** The study sample consists of 51 participants (43 meles and 8 females) who have successfully completed an outpatient cessation treatment at "Projecte Home Balears".

**Results:** Significant differences were found in the variables of psychological, environmental, and overall quality of life, with lower scores in individuals who experienced relapse. Regarding gender differences, women showed lower scores in the social area compared to men and higher relapse rates. Furthermore, it was observed that the relapse rate was higher during the first 6 months after treatment and again after one year.

**Conclusion:** It's recommended to implement a post-treatment follow-up phase to achieve higher long-term success rates. Additionally, it is emphasized that substance abuse negatively impacts individuals' quality of life, particularly in the psychological, environmental, and social areas (especially in women). Therefore, attention should be given to these areas during the treatment process.

**Keywords:** *Quality of life, Consumption Status, Relapse, Time, Genders.*

## 1. Introducción

En la sociedad actual, el aumento del consumo de sustancias legales e ilegales ha generado una serie de problemas sociosanitarios que tienen un impacto en la salud física y mental, así como en aspectos económicos y legales. Según los datos de la última encuesta sobre drogas y alcohol en España (EDADES), aproximadamente el 40,4 % de la población entre 15 y 64 años ha consumido alguna sustancia en algún momento de su vida (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2017).

Las características de una persona con mayor riesgo de consumir sustancias es ser hombre soltero, de alrededor de 38 años, con estudios secundarios y empleo. Es preocupante observar un aumento en el policonsumo de diferentes sustancias y que la edad de inicio del consumo se esté produciendo a edades cada vez más tempranas, alrededor de los 14 años (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2021).

Las adicciones son un problema complejo y multicausal que afecta a diferentes áreas y aspectos de la vida de las personas. Por esta razón, es necesario abordar este problema desde una perspectiva integradora e interdisciplinar, que considere los aspectos biológicos, psicológicos, familiares y sociales que influyen en el consumo de sustancias (Alonso Verdugo, B. et al., 2018). Este problema de adicción tiene un impacto significativo en la calidad de vida de las personas afectadas (Domingo-Salvany et al., 2010).

El término "calidad de vida" ha evolucionado a lo largo del tiempo y ha sido abordado por diferentes expertos y organizaciones. Inicialmente, se utilizaba el término "nivel de vida" para referirse a las necesidades básicas de una persona y su satisfacción a nivel psicológico y biológico, considerando aspectos socioeconómicos y ambientales. Más tarde, la Organización de Naciones Unidas adoptó el término de "bienestar social" por ser más objetivo. Es en la década del 1970, cuando varios autores establecieron que "calidad de vida" y "bienestar" eran conceptos equivalentes, y se relacionaban ambos con la satisfacción con la vida, la felicidad, el estrés, los afectos, las competencias personales y la ansiedad (Alexis et al., 2020).

Según la Organización Mundial de la Salud (1996), la calidad de vida se define como la percepción que tiene un individuo de su entorno cultural, en función de su sistema de valores, además de la relación, con sus expectativas y preocupaciones (*Informe Mundial sobre Salud*, 1996). Este concepto abarca diferentes áreas, como la salud física, el estado psicológico, el grado de independencia, las relaciones sociales, los factores ambientales y las creencias personales. Es un concepto subjetivo, ya que se basa en la perspectiva individual sobre su propio bienestar y funcionamiento, además de multidimensional, ya que se evalúa en dominios específicos y no solo en una valoración global (Alexis et al., 2020). Algunos autores como Brezing et al., (2018), mencionan cuatro áreas principales: física y mental, emocional, familiar y social. Evaluar estas áreas proporciona información sobre cómo se desenvuelve una persona en su vida diaria y su nivel de satisfacción con su entorno (Bertz et al., 2021).

En la actualidad, el concepto de calidad de vida abarca diversos campos, como el bienestar psicológico, la salud, la vida social, el desarrollo económico y las políticas públicas. Se considera tanto desde una perspectiva subjetiva como objetiva, teniendo en cuenta las experiencias y percepciones individuales, así como indicadores cuantificables (Alexis et al., 2020).

Varios estudios han demostrado que el consumo de sustancias tiene un deterioro o un impacto negativo en la calidad de vida (Bertz et al., 2021; Fernández Rodríguez et al., 2016). Esto se refleja en problemas sociales, legales, físicos, mentales y familiares asociados al consumo de sustancias (González-Saiz y Vergara-Moragues, 2021). Por otro lado, se ha encontrado que la participación en un tratamiento para adicciones está relacionada con una mejora en la calidad de vida (Bertz et al., 2021). Según el estudio de Manning et al. (2019), las personas que completaron satisfactoriamente un tratamiento mostraron una mayor calidad de vida en comparación con aquellas que no finalizaron el tratamiento. Sin embargo, se observó que no hubo diferencias significativas en las áreas psicológica y física, lo que sugiere que es necesario abordar estas áreas mediante tratamiento psicológico y médico de manera conjunta para lograr una mejor recuperación (García-Caballero et al., 2018).

La presencia de problemas psicológicos es otra variable que puede influir negativamente en la calidad de vida y dificultar el logro de la abstinencia. Según el Observatorio Europeo de las Drogas y Toxicomanías (OEDT) aproximadamente el 50% de las personas que consumen sustancias también presentan un trastorno mental (Portal Plan Nacional sobre Drogas - Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, 2022). Esta coocurrencia tiene un impacto negativo en la percepción de la calidad de vida, ya que se asocia con mayores niveles de estrés, desafíos psicosociales y menor capacidad de afrontamiento de situaciones, así como el uso de sustancias como una estrategia para aliviar los síntomas (Fernández Rodríguez et al., 2016).

Por otro lado, se ha observado que las personas que solo padecen un Trastorno por Uso de Sustancias tienen mejor pronóstico en el tratamiento y valoran más positivamente su calidad de vida. Esto puede ser debido, por una parte, a la posibilidad de utilizar estrategias específicas para el manejo de la adicción y, por otra, a abordar de manera más efectiva las dificultades asociadas (Eddie, 2022).

Además, es importante destacar que existen diferencias entre sexos en cuanto a la eficacia de los tratamientos para la adicción, y esto puede deberse en parte a la falta de representación femenina en las muestras de investigación. Las mujeres tienden a buscar tratamiento para sus problemas de adicción más tarde que los hombres, lo que puede deberse a diversos factores como el miedo a perder la custodia de sus hijos/as, el temor al rechazo por parte de sus familias, la presencia de parejas consumidoras o la experiencia de violencia de género, entre otros aspectos (Belzunegui-Eraso, 2019).

A pesar de estas barreras, se ha observado que las mujeres obtienen mejores resultados en los tratamientos para problemas de adicción en comparación con los hombres, sin embargo, se necesita mayor evidencia empírica. Por lo que, ser mujer, tener un problema de adicción y otro trastorno mental se relaciona con una peor calidad de vida. Estas condiciones concurrentes pueden generar una mayor carga emocional, dificultades adicionales en el manejo de la adicción y un impacto negativo en diversos aspectos de la vida cotidiana (Brezing et al., 2018).

Por otra parte, la tasa de recaídas en el tratamiento de problemas de adicción es muy alta (González-Saiz y Vergara-Moragues, 2021). Se estima que oscila entre el 40 y



el 75%, en parte debido a la falta de tratamientos específicos por sustancias particulares, como el cannabis o la cocaína (Navarrete et al., 2021). Según el modelo de Marlatt y Gordon, la recaída se refiere a la reincorporación de un hábito de consumo que previamente había sido eliminado, generalmente como resultado de una caída previa (Castilla Carramiñana, 2016; Echavarría Íñiguez, 2017). La recaída está influenciada por cuatro variables significativas: la droga principal de consumo, las características individuales de la persona y las influencias del entorno social y familiar (Blanco Álvarez, T y Jiménez Morales, S. 2015).

Una vez se logra una abstinencia completa de sustancias, se observa una mejora significativa en la salud física y psicológica del individuo (Eddie, 2022). Sin embargo, existe una mayor probabilidad de recaída durante los primeros seis meses (Grau-López et al., 2012) o al año después del tratamiento (Díaz Mazariegos, J., 2021), otros autores refieren que es a partir de los seis meses tras haber realizado un tratamiento (Brezing et al., 2018; Echavarría Íñiguez, 2017). Por esta razón, algunos tratamientos consideran la implementación de una fase de seguimiento a corto-medio plazo para evaluar sus efectos (Girón García, 2007). Aunque se han realizado estudios sobre los beneficios de los tratamientos para lograr la abstinencia, existe una escasez de investigaciones centradas en cómo esto influye en la calidad de vida de los individuos. Esto se debe, en parte, a que muchas personas que buscan tratamiento tienen como objetivo principal alcanzar la abstinencia sin considerar conscientemente cómo esto puede mejorar su calidad de vida (Manning et al., 2019).

Por lo tanto, sería interesante incorporar una escala de evaluación de la calidad de vida antes, durante y después del tratamiento educativo-terapéutico para examinar de manera empírica los cambios en todas las áreas de la calidad de vida (González-Saiz y Vergara-Moragues, 2021). Esto permitiría una comprensión más completa de los efectos del tratamiento de la vida de las personas y aportaría información valiosa para mejorar las intervenciones terapéuticas.

Por todo lo anterior, el **objetivo general** del estudio fue examinar la relación entre la calidad de vida y el estatus de consumo (abstinente versus recaída) en personas que han recibido un tratamiento ambulatorio para la adicción en *Projecte Home Balears*.

Los **objetivos específicos** del estudio fueron los siguientes:

1. Examinar el porcentaje de personas que lograron mantenerse abstinentes y aquellas que continuaron consumiendo sustancias en distintos períodos posteriores al tratamiento: a corto plazo (menos de 6 meses), medio plazo (6- 12 meses) y largo plazo (1-2 años).
2. Evaluar si existe una relación entre calidad de vida y estatus de abstinencia (consumidor o abstinente) en función de la variable sexo.

## 2. Método

### 2.1. Participantes

Este estudio contó con la participación inicial de un total de 51 personas. De ellas, 8 eran mujeres y 43 eran hombres. Todas las personas participantes fueron seleccionadas de la base de datos correspondientes a las altas terapéuticas del programa "Horabaixa" de *Projecte Home Balears*, que incluye el centro de Palma y sus centros de tratamiento integrales de Menorca, Ibiza, Inca y Manacor, de los dos últimos años. La edad de los participantes oscilaba entre los 27 y los 58 años, con una media de 42,90 años y una desviación típica de 7,682.

Las personas incluidas en este estudio presentaban un patrón de consumo de policonsumo (alcohol, cannabis, cocaína y/o juego problemático). A pesar de su consumo, estas personas mantenían una estructura personal, con relaciones familiares, empleo, amistades y cierto grado de autonomía. El tratamiento que realizaron fue de carácter ambulatorio, lo que significa que no residían en el centro de tratamiento, sino que asistían a terapias de grupo dos días a la semana. El programa de tratamiento tuvo una duración aproximada de 20 meses, divididos en tres fases.

La primera fase se centró en el cambio de comportamiento y la adquisición de responsabilidades. La duración fue de 6 meses y tuvo como objetivo principal ayudar a los/as participantes a modificar sus patrones de conducta y asumir responsabilidades sobre su proceso de recuperación.

La segunda fase del tratamiento se enfocó en la gestión emocional y en un trabajo de exploración histórica de sus vidas. Esta etapa duró 8 meses y se centró en ayudar a los/as participantes a comprender las raíces emocionales de su consumo problemático y a desarrollar estrategias saludables para manejar las emociones.

La tercera fase, con una duración de 6 meses, se centró en la prevención de recaídas. Durante esta etapa, se proporcionan herramientas y habilidades para evitar recaer en el consumo de sustancias y para mantener una vida saludable y equilibrada.

Una vez cumplidos los objetivos de las diferentes fases de tratamiento finaliza el proceso como alta terapéutica. A lo largo de todo el tratamiento, se les solicitó mantener

una abstinencia de cualquier sustancia, la cual era verificada a través de pruebas de detección de sustancias. También se llevaron a cabo grupos familiares para evaluar los cambios realizados en el entorno familiar y para brindarles apoyo.

## **2.2. Procedimiento**

Se trata de un estudio transversal, lo que significa que se realizó una única evaluación en un momento específico. Al finalizar el tratamiento, se solicitó a los/as participantes que firmaran un documento de confidencialidad para permitir el contacto posterior con ellos/as para cualquier consulta relacionada, que se pueda contactar para cualquier cuestión, por lo que a través de la base de datos se ha accedido a sus teléfonos de contacto. La administración del cuestionario se llevó a cabo durante el mes de mayo, y se les solicitó su voluntad de participar en el estudio, garantizando la confidencialidad y el anonimato de sus respuestas.

Para garantizar la confidencialidad de los datos, se implementó un protocolo de actuación durante las llamadas realizadas. El protocolo incluyó los siguientes pasos:

1. Se informó a todo el personal de *Projecte Home Balears* sobre el estudio, para que estuvieran al tanto en caso de recibir consultas sobre su realización.
2. Al realizar las llamadas, se verificó si se estaba hablando con la persona correcta. En caso afirmativo, se explicó el estudio y se solicitó su participación. En caso de que la persona no fuera la correcta, no se proporcionó ninguna información adicional y se finalizó la llamada.
3. Se registraron todas las llamadas realizadas, incluyendo aquellas en las que no se obtuvo respuesta, se encontró un cambio de número telefónico o se identificó que la persona estaba en tratamiento activo.
4. Se les envió el cuestionario por correo electrónico, a través del siguiente enlace:

[https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLScAHv12QeeqKOAgSpp8qxBg1aH3eJe30\\_UoKm-mx9BBvRA-eg/viewform?usp=sf\\_link](https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLScAHv12QeeqKOAgSpp8qxBg1aH3eJe30_UoKm-mx9BBvRA-eg/viewform?usp=sf_link)

Los criterios de inclusión para la participación en el estudio fueron los siguientes:

- a) Haber completado el programa "Horabaixa" en su totalidad y haber sido alta terapéutica.
- b) Manifestar voluntad de participar en el estudio.

Por otro lado, se establecieron los siguientes criterios de exclusión:

- a) No querer participar en el estudio.
- b) No responder a las llamadas realizadas.
- c) Cambio de número de teléfono que impidan el contacto.
- d) Volver a estar en tratamiento en Proyecto Hombre u otros recursos.

### **2.3. Instrumentos de evaluación**

#### *2.3.1. Variables sociodemográficas*

Las características descriptivas de los participantes han sido: a) Sexo: Hombre, Mujer, b) Edad: con valor numérico, c) Nivel de estudios: Ninguno, Primarios, Secundarios, Universitarios, d) Situación laboral: Empleado, Desempleado, Incapacidad/discapacidad, e) Centro de tratamiento: Palma, Manacor, Inca, Menorca, Ibiza, f) Diagnóstico psiquiátrico: Sí, No, g) Tipo de diagnóstico: Trastorno de Ansiedad, Depresión, Trastorno Bipolar, Trastorno Psicótico, Trastorno de la Hiperactividad (TDAH), Trastorno Límite, Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC).

Las características descriptivas en función del estatus de consumo (abstinencia o recaída) han sido: a) Tiempo desde el alta, b) Número de tratamientos previos realizados, c) Sustancia principal por la que acudieron a tratamiento, d) Caída, e) Recaída, f) Sustancia de la caída o recaída, g) Tiempo de consumo desde que terminó el tratamiento, h) Frecuencia de consumo de alcohol, i) Frecuencia de consumo de cannabis y otras sustancias, j) Razones intrapersonales de las recaídas, k) Razones interpersonales de las recaídas, l) Atención recibida tras una recaída, m) Número de veces que tras una recaída se han puesto en contacto con Proyecto Hombre, n) Seguimiento tras el alta.

Para acceder a la muestra y obtener un teléfono de contacto se ha utilizado: Tecnologías, Servicios y Apoyos a la Dependencia (TSAD). Este instrumento forma parte de la batería de evaluación en el centro de *Projecte Home Balears*.

### 2.3.2. *Estatus de consumo y calidad de vida*

En este estudio, se utilizaron preguntas seleccionadas del *Cuestionario de Seguimiento en Drogodependencias* desarrollado por Fernández-Hermida y Secades (1999), para así obtener información detallada sobre las áreas de interés. Es un instrumento estructurado que tiene como objetivo evaluar la calidad de vida de las personas que han completado un programa de tratamiento en Proyecto Hombre.

Aborda diferentes áreas que son relevantes para evaluar la calidad de vida de los/as participantes. Estas áreas incluyen el consumo de sustancias, la situación familiar, la situación laboral, el ocio y tiempo libre, el estado de salud y el tratamiento recibido (Fernández-Hermida, J.R. et al., 1999).

Además del *Cuestionario de Seguimiento en Drogodependencias*, se utilizó la *Escala de Calidad de Vida de Whoqol-Bref* desarrollada por Murgieri (2010), para obtener información adicional y más detallada sobre la calidad de vida. Esta escala consta de 26 ítems que se dividen en cuatro dimensiones principales: salud física (incluye dolor físico, tratamientos médicos, capacidad de trabajo, etc.), salud psicológica (sentido de la vida, satisfacción de sí mismo, sintomatología, etc.), social (relaciones sociales y familiares) y ambiental o medio ambiente (económica, ocio, tiempo libre y entorno). También incluye un ítem adicional para evaluar la calidad de vida global.

Cada ítem de la escala se valora utilizando una escala tipo Likert con cinco opciones de respuesta, que van desde 1 (muy insatisfecho) hasta 5 (muy satisfecho). Las puntuaciones de los ítems se suman para cada dominio y luego se multiplican por 4 para obtener una escala de puntuación de 0 a 100. En esta escala, una puntuación 0 representa una calidad de vida extremadamente mala, mientras que una puntuación de 100 indica una calidad de vida excepcionalmente buena. El punto medio es de 50, representa por tanto una calidad de vida ni buena ni mala, sin embargo, no existe un punto de corte establecido en esta escala.

#### ***2.4. Análisis de datos***

Se llevó a cabo un estudio descriptivo transversal en el que se analizaron tanto variables cualitativas como cuantitativas. Para las variables cualitativas, se examinaron las frecuencias y porcentajes, mientras que, para las variables cuantitativas, se calcularon las medias y la desviación típica. Este análisis y la interpretación de los datos se realizó utilizando el programa SPSS-24.

Para explorar las relaciones entre las variables, se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson. Se examinó la correlación entre las áreas: salud física, psicológica, social y ambiental, y el estatus de consumo (abstinencia/recaída) para evaluar su influencia en la calidad de vida. También se examinó la relación entre el sexo y las diferentes áreas de la calidad de vida.

Además, se realizó una prueba T-Student para el análisis de la variable calidad de vida, en la que se compararon las medias y la desviación típica. Este análisis permitió examinar las diferencias significativas entre los grupos en términos de calidad de vida.

### 3. Resultados

Para verificar si los datos siguen una distribución normal, se utilizó la Prueba de Kolmogorov-Smirnov, cuyos resultados se presentan en la Tabla 1. Los valores de  $p$  obtenidos indican la significación de la desviación de los datos respecto a la distribución normal. En el caso de las variables de recaída, calidad de vida, área de salud física, área psicológica y área social, se obtuvo un valor de  $p < 0,05$ , lo que indica que estos datos no siguen una distribución normal. Por otro lado, en el área ambiental, se obtuvo un valor de  $p > 0,05$ , lo que sugiere que los datos sí siguen una distribución normal en esta variable.

**Tabla 1.**

*Prueba Kolmogorov-Smirnov.*

	<b>Recaída</b>	<b>Calidad de vida</b>	<b>Área Salud física</b>	<b>Área Psicológica</b>	<b>Área Social</b>	<b>Área Ambiental</b>
<b>N</b>	51	51	51	51	51	51
<b>Sig.</b>	<0,001	<0,001	0,005	0,006	<0,001	0,135

#### *3.1. Características sociodemográficas de los/as participantes en el estudio*

Las características sociodemográficas de los/as participantes del estudio se han recogido en la Tabla 2, observando los siguientes resultados. El 84,3% (n=43) de los/as participantes pertenecían al sexo masculino, mientras que el 15,7% (n=8) al sexo femenino.

Se ha calculado que la media de edad era de  $42,90 \pm 7,682$ , de las cuales  $43,3 \pm 7,613$  era de los hombres y  $40,13 \pm 7,954$  de las mujeres.

Otra de las variables analizadas ha sido el nivel de estudios y la situación laboral, obteniendo que un 47,1% (n=24) tenía estudios secundarios y un 92,2% (n=47) estaba activo a nivel laboral.



El 43,1% de los/as participantes habían realizado el tratamiento en el centro de Palma, un 29,4% (n=15) en el centro de tratamiento integral de Manacor, un 19,6% (n=10) de Inca y el resto en Menorca e Ibiza.

En referencia al diagnóstico psiquiátrico un 21,6% (n=11) tenía otro diagnóstico mental a parte del Trastorno por Uso de Sustancias, de los cuales un 7,8% padecían un Trastorno de Ansiedad.

**Tabla 2.**

*Características descriptivas de los/as participantes.*

<b>Datos Sociodemográficos</b>	<b>Frecuencias</b>	<b>Porcentajes</b>
<b>Sexo</b>		
Hombre	43	84,3%
Mujer	8	15,7%
Ambos	51	100%
<b>Nivel de estudios</b>		
Secundarios	24	47,1%
Primarios	16	31,4%
Universitarios	10	19,6%
Ninguno	1	2%
<b>Situación laboral</b>		
Empleado	47	92,2%
Incapacidad o discapacidad	3	5,9%
Desempleado	1	2,0%
<b>Centro de tratamiento</b>		
Palma	22	43,1%
Manacor	15	29,4%
Inca	10	19,6%
Menorca	2	3,9%
Ibiza	2	3,9%

<b>Diagnóstico psiquiátrico</b>		
No	40	78,4%
Si	11	21,6%
<b>Tipo de diagnóstico psiquiátrico</b>		
No tengo	38	74,5%
T. Ansiedad	4	7,8%
Depresión	2	3,9%
T. Bipolar	2	3,9%
T. Psicótico	2	3,9%
T. Límite	2	3,9%
TADH	2	3,9%
TOC	1	2,0%

### ***3.2. Estatus de consumo***

Las características del estatus de consumo de los/as participantes y aspectos relacionados con el tratamiento se han recogido en la Tabla 3, observando los siguientes resultados.

En función del tiempo que llevaban de alta terapéutica, el 62,7% (n=32) llevaba más de un año, el 21,6% (n=11) de 6-12 meses y el 15,7% (n=8) menos de 6 meses.

Según el número de tratamientos previos realizados el 80% (n=41) era su primer tratamiento, el 13,7% (n=7) y el 5,9% (n=3) era su tercer tratamiento o más.

Otra variable analizada ha sido la sustancia principal por la que acudieron a tratamiento, un 58,83% (n=30) era por consumo de cocaína, 19,60% (n=10) por consumo de alcohol y el resto por otras sustancias (cannabis, cocaína + alcohol, etc.).

Respecto al consumo de sustancias: en el caso de haber tenido una caída tras el alta, representaba un 31,4% (n=16) de toda la muestra, de la cual el 25,6% (n=11) eran hombres y un 62,5% (n=5) mujeres, de ellos lo consideraba una recaída un 23,5% (n=12),

un 23,3% (n=10) eran hombres y un 25% (n=2) mujeres. La sustancia asociada a un mayor número de recaídas era el alcohol con un 15,7% (n=8), con una frecuencia de una vez al mes del 11,8% (n=6), un 9,8% (n=5) entre 2 y 4 veces por semana y un 3,9% (n=2) más de 4 veces por semana.

En referencia al tiempo de consumo desde que terminaron el tratamiento un 11,7% (n=6) era menos de 6 meses, un 5,9% (n=3) más de un año y un 3,9% (n=2) de 6 a 12 meses.

Se han recogido varios de los motivos por los que se había consumido, de las razones intrapersonales un 7,8% (n=4) lo atribuían a no haber sabido gestionar estados emocionales desagradables como la tristeza, y un 5,88% (n=3) lo atribuían a la presión directa e indirecta en referencia al consumo (razones interpersonales).

Respecto a la atención recibida tras una recaída, un 5,9% (n=3) fue de manera puntual y un 9,8% (n=5) se puso en contacto con Proyecto Hombre una o dos veces tras el alta.

**Tabla 3.**

*Características sobre el estatus de consumo (abstinencia/recaída).*

	Frecuencias	Porcentajes
<b>Tiempo desde el alta</b>		
Más de 1 año	32	62,7%
De 6 a 12 meses	11	21,6%
Menos de 6 meses	8	15,7%
<b>Número de tratamientos previos</b>		
1	41	80%
2	7	13,7%
3	3	5,9%
<b>Sustancia principal</b>		

Cocaína	30	58,83%
Alcohol	10	19,60%
Cannabis	5	9,8%
Alcohol y cocaína	5	9,8%
Heroína	1	1,97%
<b>Caída desde el alta</b>		
	<b>Total</b>	<b>H</b>
	<b>M</b>	<b>Total</b>
	<b>H</b>	<b>M</b>
No	35	32
	2	68,6%
	74,4%	37,5%
Si	16	11
	5	31,4%
	25,6%	62,5%
<b>Recaída desde el alta</b>		
	<b>Total</b>	<b>H</b>
	<b>M</b>	<b>Total</b>
	<b>H</b>	<b>M</b>
No	39	33
	6	76,5%
	76,7%	75%
Si	12	10
	2	23,5%
	23,3%	25%
<b>Sustancia de la caída/recaída</b>		
Ninguna	37	72,5%
Alcohol	8	15,7%
Cocaína	3	5,9%
Cannabis	1	2%
Alcohol, Cocaína, juego	1	2%
Alimentación	1	2%
<b>Tiempo de consumo desde que termino el tratamiento</b>		
No he vuelto a consumir	39	76,5%
Menos de 6 meses	7	13,7%
Más de un año	3	5,9%
De 6 a 12 meses	2	3,9%
<b>Frecuencia de consumo de alcohol</b>		
Nunca	38	74,5%
1 vez al mes	6	11,8%
Entre 2-4 a la semana	5	9,8%
Más de 4 veces por semana	2	3,9%
<b>Frecuencia de consumo de cannabis</b>		
No he vuelto a consumir	50	98%
1 vez al mes	1	2%
<b>Razones intrapersonales del consumo</b>		

- No he vuelto a consumir	39	76,5%
- Estados emocionales desagradables	4	7,8%
- Celebraciones	3	5,9%
- Exposición a ambientes de consumo	2	3,9%
- Gestión emocional (ira, frustración)	1	2%
- Afrontar dolores físicos	1	2%
- Prueba control personal	1	2%

---

#### **Razones interpersonales del consumo**

- No he vuelto a consumir	39	76,5%
- Presión social directa e indirecta	3	5,88%
- Pérdidas	2	3,92%
- Consumo de alcohol controlado	2	3,92%
- Por problemas físicos tras accidente	1	1,96%
- Problemas familiares	1	1,96%
- No saber afrontar un problema	1	1,96%
- Ganas de consumir	1	1,96%
- Quitarle importancia	1	1,96%

---

#### **Atención recibida tras una recaída**

No he recibido ninguna	45	88,2%
Puntualmente	3	5,9%
Regularmente (una vez al mes)	2	3,9%
No, pero me hubiera gustado	1	2%

---

#### **Número de veces que tras una recaída me he puesto en contacto con Proyecto**

##### **Hombre**

No he tenido recaídas	39	76,5%
No me ha hecho falta	5	9,8%
1-2 veces	5	9,8%
Varias veces desde el alta	2	3,9%

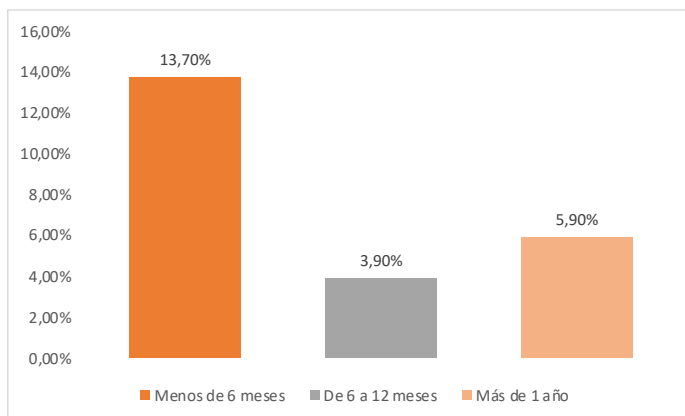
---

<b>¿Les gustaría que hubiera un seguimiento tras el alta?</b>		
Si	40	78,4%
No	11	21,6%

La Figura 1 muestra el porcentaje de personas que experimentaron una recaída en diferentes períodos de tiempo después de finalizar el programa terapéutico. Se divide en tres categorías: corto plazo (menos de seis meses), medio plazo (6 a 12 meses) y largo plazo (más de un año).

**Figura 1.**

*Porcentaje de personas con recaídas en distintos periodos de tiempo (corto, medio o largo plazo)*



### ***3.3. Relación entre calidad de vida y el estatus de consumo***

En cuanto a la calidad de vida, se observa que las personas abstinentes presentan una media mayor ( $M=4,38$ ) en comparación con las personas que han experimentado una recaída ( $M=4$ ). El análisis de la prueba de T-Student muestra que las diferencias entre ambos grupos son significativas. Estos resultados se pueden observar tanto en la Tabla 4 como en la Figura 2.

**Tabla 4.**

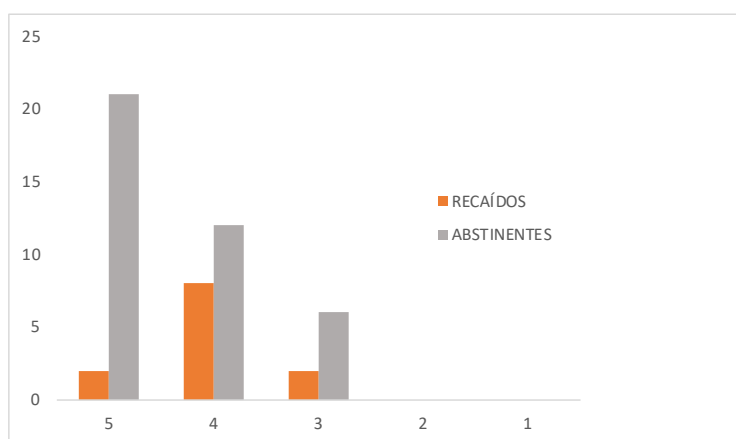
*Análisis T-Student de las áreas de la calidad de vida*

	<b>Sig.</b>	<b>t</b>
--	-------------	----------

<b>Área Salud física</b>	0,631	-1.189
<b>Área Psicológica</b>	0,408	-2.501
<b>Área Social</b>	0,516	-1.475
<b>Área Ambiental</b>	0,437	-2,565
<b>Calidad de vida</b>	0,010*	-1.624

**Figura 2.**

*Variable calidad de vida versus estado de consumo (abstinencia/recaída)*



En la Tabla 5, se observa que solo el área social presenta una puntuación por debajo de la media para las personas que han experimentado recaídas, con una puntuación de 49 puntos. En cambio, las demás áreas se sitúan por encima de la media de puntuación (la media es 50). Las áreas con puntuaciones más altas para las personas que se mantienen abstinentes son la salud física (M=84,41) y el área ambiental (M=84,82), seguido del área psicológica (M=84,82) y, por último, el área de social (M=52,21). En contraste, las personas que han experimentado una recaída obtienen puntuaciones más bajas en salud física (M=79), área ambiental (M=76), área psicológica (M=72,33) y, finalmente, el área social (M=49).

**Tabla 5.**

*Media y desviación típica T-Student para las áreas de la calidad de vida*

	<b>Recaída</b>	<b>N</b>	<b>Media</b>	<b>Desviación típica</b>
<b>Área Salud física</b>	Si	12	79,00	13,764
	No	39	84,41	13,789

<b>Área Psicológica</b>	Si	12	72,33	16,400
	No	39	82,77	11,319
<b>Área Social</b>	Si	12	49,00	5,211
	No	39	52,21	6,084
<b>Área Ambiental</b>	Si	12	76,00	13,751
	No	39	84,82	9,231
<b>Calidad de Vida</b>	Si	12	4,00	0,603
	No	39	4,38	0,747

En la Tabla 6 se presentan los resultados de la correlación de Pearson entre la variable sexo, el estado de consumo (abstinentes versus caída/recaída) y las diferentes áreas de la calidad de vida. Se observó una relación estadísticamente significativa entre las áreas psicológica y ambiental versus recaída y en función de la variable sexo versus área social.

**Tabla 6.**

*Análisis de correlación de Pearson entre el estatus de consumo y las áreas de la calidad de vida en función del sexo.*

	<b>Sexo</b>	<b>Caída</b>	<b>Recaída</b>
<b>Calidad de vida</b>			
Correlación Pearson	-.026		
Sig.	0,854		
<b>Área salud física</b>			
Correlación Pearson	-.130	.130	.167
Sig.	0,362	0,363	0,240
<b>Área psicológica</b>			
Correlación Pearson	-.059	.196	.226
Sig.	0,679	0,168	0,016*
<b>Área social</b>			
Correlación Pearson	-.258	.175	.206

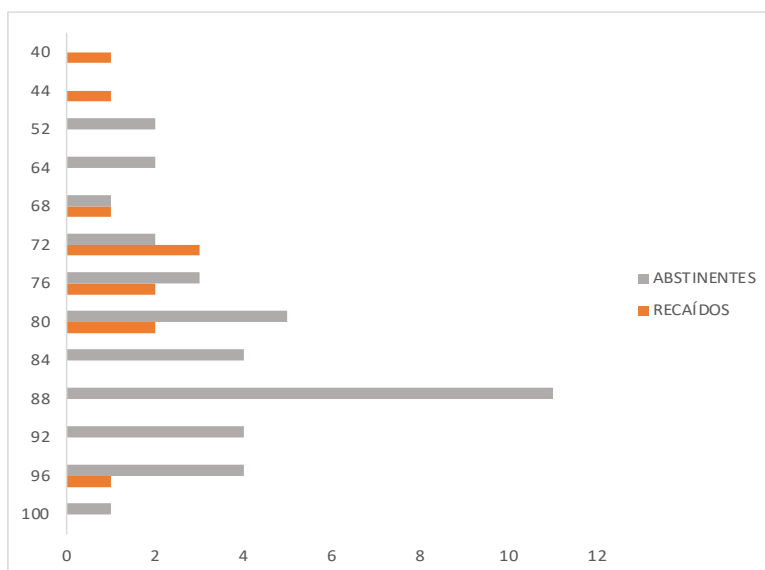


Sig.	0,068*	0,219	0,147
<b>Área ambiental</b>			
Correlación Pearson	-.030	.217	.344
Sig.	0,837	0.126	0,013*
<b>Caída</b>			
Correlación Pearson	-.015		
Sig.	0.917		
<b>Recaída</b>			
Correlación Pearson	-.258		
Sig.	0,068*		

En el Figura 3 se presentan los resultados obtenidos en el área psicológica, comparando las puntuaciones entre el grupo de personas abstinentes y el grupo de personas que han experimentado recaídas. En el caso de las personas abstinentes, todas las puntuaciones se encuentran por encima de 52, y las puntuaciones más altas superan los 80 puntos. Por otro lado, en el grupo de personas que han tenido recaídas, las puntuaciones más bajas son de 40 puntos, estando por debajo de la media (50), mientras que las puntuaciones más frecuentes se sitúan entre 68 y 80 puntos.

**Figura 3.**

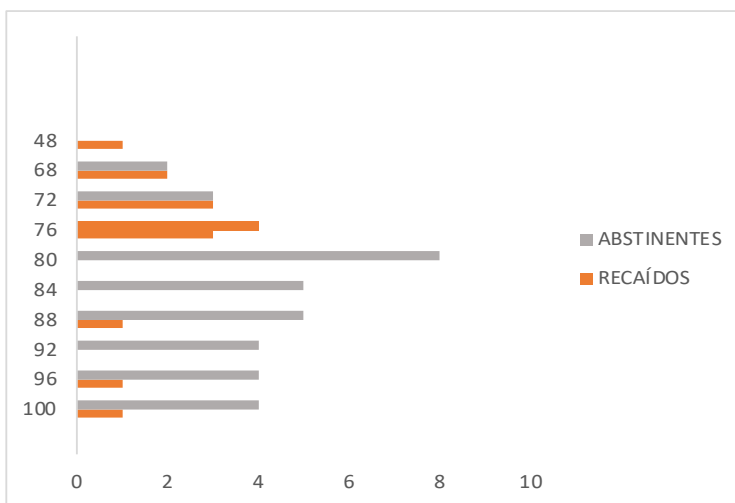
*Resultados puntuaciones área psicológica versus recaída o abstinente.*



En el Figura 4, se presentan las puntuaciones obtenidas en el área ambiental en relación con los/as participantes que han experimentado recaídas y aquellos/as que no las han experimentado. En el grupo de personas que han tenido recaídas, las puntuaciones varían entre 48 y 100, siendo las puntuaciones más altas comprendidas entre 48 y 76. Por otro lado, en el grupo de personas abstinentes, las puntuaciones oscilan entre 68 y 100, siendo todas ellas superiores a la media (50).

**Figura 4.**

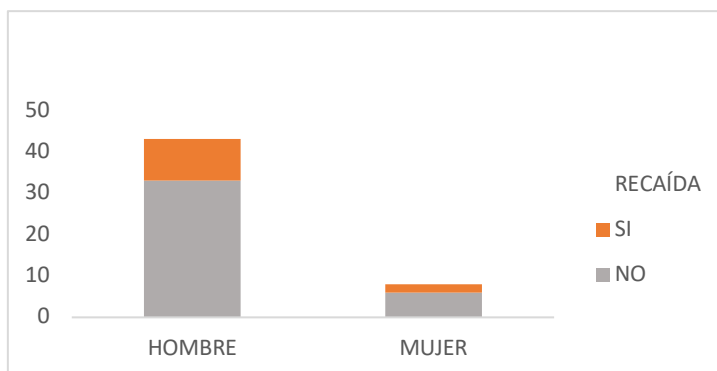
*Resultados puntuaciones área ambiental versus recaída o abstinente.*



En el Figura 5, se pueden apreciar las diferencias entre el sexo y el estatus de consumo (recaída y abstinentes). Se observa que el porcentaje de mujeres que han experimentado una recaída (25%, n=2/8) es mayor que el de hombres (23,3%, n=10/43).

**Figura 5.**

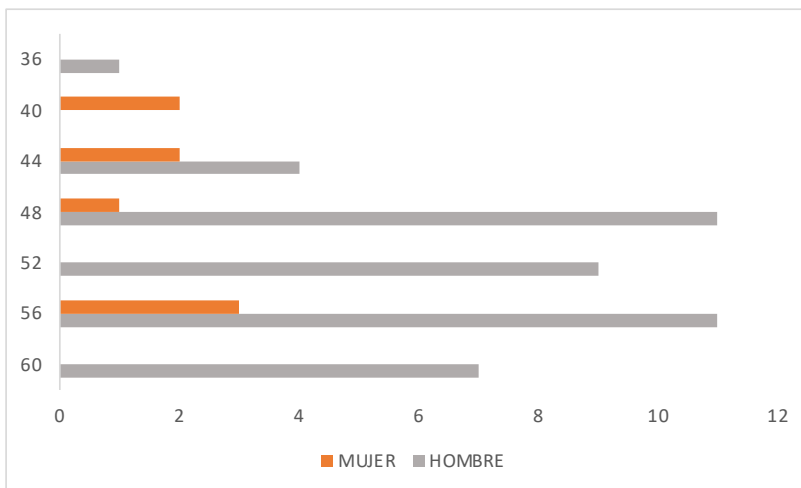
*Resultados variable sexo versus recaída o abstinente.*



Se han identificado diferencias significativas en el área social según el sexo de los/as participantes. El Figura 6 muestra que los hombres obtienen puntuaciones más altas en esta área, con una puntuación entre media de 52,18 puntos, mientras que las mujeres obtienen una puntuación media de 43 puntos (se sitúa por debajo de la media general, que es de 50 puntos). Estas puntuaciones indican que los hombres tienden a tener una mejor calidad de vida social en comparación con las mujeres.

**Figura 6.**

*Resultados área social respecto a la variable sexo.*



## 4. Discusión

El objetivo principal de este estudio fue analizar la relación entre la calidad de vida y el estatus de consumo (abstinencia versus recaída) en personas que han recibido un tratamiento ambulatorio para la adicción en “Projecte Home Balears”. Para lograr esto, se evaluaron los resultados de las diferentes áreas *de la Escala de Calidad de Vida de Whoqol-Bref* de Murgieri (2010), que abarcan la salud física, psicológica, social y ambiental.

Se destacan los siguientes resultados:

- 1) Al evaluar la calidad de vida global, se observaron diferencias significativas a través de la prueba T-Student. Las personas que han recaído o que consumen tras haber recaído en el uso de sustancias mostraron puntuaciones más bajas en la calidad de vida global (normal-bastante buena) en comparación con aquellas que se mantuvieron abstinentes (bastante buena-muy buena), pueden observarse en la Figura 2.

Estos resultados concuerdan con un estudio previo realizado por Moreira et al. (2013), donde el grupo control de personas abstinentes también mostraron una mejor calidad de vida en comparación con aquellas personas que consumían sustancias, lo cual se refleja también en el estudio reciente de Bertz et al. (2021).

- 2) Al analizar los diferentes dominios de la calidad de vida por separado, se encontró una relación significativa entre las áreas de calidad de vida psicológica y ambiental en personas que han recaído en comparación con las abstinentes. Mediante la correlación de Pearson, se observó que el nivel de significación fue inferior a  $p < 0,05$ . No se encontraron diferencias significativas en las otras variables: salud física y social (comprobar Figura 3 y 4).

Estos resultados pueden explicarse por el hecho de que el consumo de sustancias afecta a la salud mental y, por ende, a la calidad de vida, como lo han sugerido Yang et al.

(2018). Otros estudios señalan que una mala gestión de estados emocionales desagradables, como la tristeza, puede llevar a recaídas (Coates et al., 2020), lo cual afecta el área psicológica debido a que el uso de sustancias se asocia a trastornos emocionales y sociales (Degenhardt et al., 2018).

Uno de los objetivos específicos fue examinar el porcentaje de personas que se mantuvieron abstinentes y aquellas que continuaron consumiendo en diferentes momentos tras el tratamiento, en el que se distinguen tres periodos: a corto plazo (menos de 6 meses), a medio plazo (6- 12 meses) y a largo plazo (1-2 años). A continuación, se presentan los resultados obtenidos:

- 3) Se observó que el mayor porcentaje de personas que experimentaron recaídas ocurrió durante los primeros 6 meses después de finalizar el tratamiento, con un 13,70%. Un año después del tratamiento, el porcentaje de recaídas disminuyó al 5,9%, y entre los seis y doce meses, el porcentaje fue aún menor, con un 3,9% (Comprobar Figura 1). Es importante destacar que el 76,5% de la muestra logró mantenerse abstinentes (comprobar Tabla 3).

Estos resultados respaldan lo mencionado anteriormente por Fernández Pérez del Río (2011) quien confirma que la mayor tasa de recaídas, ocurren durante los 6 primeros meses después de un tratamiento, y que la probabilidad de recaída disminuye después de ese periodo. Es importante señalar que el hecho de tener una caída por sí misma no implica una afectación en la calidad de vida, pero una recaída sí, tal y como se comenta en la Renterías (2022) y en su momento Eddie (2022).

Para analizar el segundo objetivo específico, que es examinar la relación entre calidad de vida, estatus de consumo (abstinencia/recaída) en función de la variable sexo, se utilizó la correlación de Pearson. A continuación, se presentan los resultados encontrados:

- 4) Se observaron diferencias significativas entre la variable de área social y recaída, donde los hombres obtuvieron puntuaciones más altas en esta área en comparación con las mujeres (comprobar Figura 6). Sin embargo, no se

encontraron diferencias significativas en las otras áreas (salud física, psicológica y ambiental) en función del sexo y la variable recaída. Además, se observan mayor porcentaje de recaídas en mujeres con un 25% que, en hombres, con un 23,3% (comprobar Figura 5).

Estos hallazgos están respaldados por el estudio de Moreira et al. (2013), quien confirmó que, en general, las mujeres tienen una puntuación inferior en la calidad de vida, y si se agrega el consumo de sustancias (especialmente sustancias ilegales), se observa un mayor deterioro en esta variable. Otra razón podría ser que las mujeres se ven más afectadas en el área social debido a las dificultades a las que se enfrentan al iniciar un tratamiento, lo que afecta negativamente en sus relaciones sociales (Erendira et al., 2015; Enfoque y Género, 2007)

Estos resultados subrayan la importancia de abordar las necesidades específicas de género en el tratamiento de la adicción y destacan la necesidad de intervenciones que promuevan el apoyo social y aborden los desafíos particulares que enfrentan las mujeres en relación con el consumo de sustancias y la calidad de vida.

El estudio presenta varias limitaciones que deben tenerse en cuenta:

- Dificultad para acceder a la muestra: se pudo contar con solo el 41,8% de las personas de la base de datos (n=122) y se obtuvo una muestra final de 51 participantes. El hecho de no poder contar con toda la muestra puede generar sesgos en el estudio y limitar la representatividad de los resultados. Esta dificultad es común en estudios de seguimiento, como lo ha confirmado Girón García (2007), quien informa que muchos estudios enfrentan problemas para localizar a un porcentaje significativo de la muestra.
- Desigualdad en la muestra por género: la muestra final estuvo compuesta por 8 mujeres y 43 hombres. Esta desigualdad dificulta la comparación del sexo en la adicción y la calidad de vida, pero debido al desequilibrio de la muestra, es necesario interpretar los resultados con precaución.

- Falta de una muestra previa: no se contó con una muestra recolectada antes de iniciar el tratamiento, lo que limita la capacidad de comparar los cambios en la calidad de vida durante el tratamiento. Esto impide obtener una visión completa de la evolución de los/as participantes y limita la interpretación de los resultados en términos de mejoras o deterioros específicos.
- Naturaleza autoinformada de la variable “calidad de vida”: se trata de un concepto subjetivo y puede variar según la percepción individual. La falta de una línea base previa dificulta la comparación y el análisis de los cambios experimentados durante el tratamiento.
- Escasa investigación sobre calidad de vida en personas con dependencia de sustancias: existe una falta de estudios centrados en la calidad de vida en individuos con dependencia de sustancias (González-Saiz y Vergara-Moragues, 2021). Esta limitación destaca la importancia de continuar investigando y profundizando en esta área para comprender mejor los impactos y las necesidades de esta población.

Es fundamental tener en cuenta estas limitaciones al interpretar los resultados del estudio y considerar posibles sesgos y aspectos no abordados en la investigación. Estas limitaciones también ofrecen oportunidades para mejorar futuras investigaciones y abordar estas áreas de mejora.

Como futuras líneas de investigación, se sugieren las siguientes:

- Estudio longitudinal con mediciones de la calidad de vida al inicio y al finalizar el tratamiento: Realizar un seguimiento a lo largo del tiempo con la misma escala de calidad de vida permitiría obtener información más precisa sobre los cambios experimentados en las diferentes áreas (salud física, psicológica, social y ambiental). Esta metodología proporcionaría datos importantes para evaluar la efectividad del tratamiento y entender cómo se modifican las distintas

dimensiones de la calidad de vida a lo largo del proceso de recuperación (González-Saiz y Vergara-Moragues, 2021).

- Enfocar en las áreas psicológica y ambiental durante el tratamiento: dado que estas áreas parecen verse más afectadas en relación con el estatus de recaída, sería beneficioso centrar los esfuerzos de intervención en fortalecer y abordar los desafíos específicos en estas dimensiones. Además, dado que el consumo de alcohol es la sustancia más comúnmente implicada en las recaídas, también sería relevante abordar este aspecto de manera particular durante el tratamiento.
- Investigar con muestras femeninas: existe la necesidad de investigar y comprender mejor los factores de género y su relación con la calidad de vida en el contexto de la adicción (Belzunegui-Eraso, 2019).
- Realizar un seguimiento post-tratamiento, especialmente en el área social: sería beneficioso llevar a cabo un seguimiento prolongado después de finalizar el tratamiento, centrándose específicamente en el área social. Este enfoque puede proporcionar información valiosa sobre la sostenibilidad de los resultados y las necesidades continuas de apoyo en el área social, especialmente en el caso de las mujeres.

En conclusión, se puede afirmar que el consumo de sustancias tiene un impacto negativo en la calidad de vida de las personas, especialmente en las áreas psicológica y ambiental. Al considerar las diferencias de sexo, se observa que las mujeres experimentan mayores recaídas y presentan una peor calidad de vida en el ámbito social cuando consumen sustancias.

Estos hallazgos enfatizan la necesidad de abordar de manera integral los aspectos psicológicos, ambientales y sociales en el tratamiento de la adicción, y de implementar intervenciones específicas que se adapten a las necesidades de género. Además, es esencial proporcionar un seguimiento post-tratamiento prolongado para evaluar la sostenibilidad de los resultados y ofrecer apoyo continuo, especialmente en el área social.



En resumen, este estudio subraya la importancia de comprender los efectos del consumo de sustancias en la calidad de vida y destaca la necesidad de mejorar los enfoques de tratamiento y apoyo para promover una recuperación exitosa y una mejor calidad de vida en individuos con dependencia de sustancias.

## 5. Referencias

- Alexis, A., Carlos, P., Luisa, M., y Mercedes, F. (2020). Origen, evolución e investigaciones sobre la Calidad de Vida: Revisión Sistemática. <https://doi.org/10.5281/zenodo.4543649>
- Alonso Verdugo, B., et al. (2018). *Servicio de Asistencia Protocolo de intervención psicológica. Plan Nacional Sobre Drogas*. <https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/buenasPracticas/protocolos/pdf/ProtocoloPsicologico.pdf>
- Belzunegui-Eraso, A., y Pastor-Gosálbez, I. (2019). Impacto en el éxito terapéutico de hombres y mujeres drogodependientes en grupos separados. *Rev. Esp. Salud Pública*, 93, 1-11. [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57272019000100058](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272019000100058)
- Bertz, J. W., Smith, K. E., Panlilio, L. V., Stull, S. W., Reamer, D., Murville, M.-L., Sullivan, M., Holtyn, A. F., Toegel, F., Epstein, D. H., Phillips, K. A., y Preston, K. L. (2021). Quality of life during a randomized trial of a therapeutic-workplace intervention for opioid use disorder: Web-based mobile assessments reveal effects of drug abstinence and access to paid work. *Drug and Alcohol Dependence Reports*, 1, 100011. <https://doi.org/10.1016/J.DADR.2021.100011>
- Blanco Álvarez, T., y Jiménez Morales, 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.redalyc.org/articulo.oa?id=476747240007>
- Brezing, C. A., Choi, C. J., Pavlicova, M., Brooks, D., Mahony, A. L., Mariani, J. J., y Levin, F. R. (2018). Abstinence and reduced frequency of use are associated with improvements in quality of life among treatment-seekers with cannabis use disorder. *The American Journal on Addictions*, 27(2), 101-107. <https://doi.org/10.1111/AJAD.12660>
- Castilla Carramiñana, P. (2016). La prevención de recaídas en drogodependencias desde el modelo de Marlatt. Aportaciones desde el trabajo social. *Trabajo Social Hoy*, 77, 109-133.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5618176&info=resumen&idioma=ENG>

- Coates, J. M., Gullo, M. J., Feeney, G. F. X., McD. Young, R., Dingle, G. A., Clark, P. J., y Connor, J. P. (2020). Craving mediates the effect of impulsivity on lapse-risk during alcohol use disorder treatment. *Addictive Behaviors*, 105. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2019.106286>
- Degenhardt, L., Charlson, F., Ferrari, A., Santomauro, D., Erskine, H., Mantilla-Herrera, A., Whiteford, H., Leung, J., Naghavi, M., Griswold, M., Rehm, J., Hall, W., Sartorius, B., Scott, J., Vollset, S. E., Knudsen, A. K., Haro, J. M., Patton, G., Kopec, J., y Vos, T. (2018). The global burden of disease attributable to alcohol and drug use in 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet Psychiatry*, 5(12), 987-1012. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30337-7](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30337-7)
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (2021). *Plan de acción sobre adicciones 2021-2024*. <https://cpage.mpr.gob.es>
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (2017). *Estrategia Nacional sobre adicciones*. <https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/estrategiaNacional/home.htm>
- Domingo-Salvany, A., Brugal, M. T., Barrio, G., González-Saiz, F., Bravo, M. J., y de la Fuente, L. (2010). Gender differences in health-related quality of life of young heroin users. *Health and Quality of Life Outcomes*, 8(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-8-145/TABLES/3>
- Echavarría Íñiguez, A. (2017). *Factores de riesgo de recaída en el Trastorno por Uso de Alcohol*, [Trabajo fin de grado, Facultad de Medicina en la Universidad de Cantabria]. <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/11629/Echavarría%20I%20%3%b1iguez%20Ana.pdf?sequence=4&isAllowed=y>
- Eddie, D., Bergman, B. G., Hoffman, L. A., y Kelly, J. F. (2022). Abstinence versus moderation recovery pathways following resolution of a substance use problem: Prevalence, predictors, and relationship to psychosocial well-being in a U.S. national sample. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 46(2), 312-325. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34931320/>

- Enfoque, C., y Género, D. E. (2007). *Intervención en drogodependencias. Delegación del Plan Nacional sobre Drogas*, 1-183 [Archivo PDF]. [https://www.drogasgenero.info/wp-content/uploads/Intervencion\\_en\\_drogodependencias\\_con\\_enfoque\\_gen.pdf](https://www.drogasgenero.info/wp-content/uploads/Intervencion_en_drogodependencias_con_enfoque_gen.pdf)
- Erendira, S., Kuri, R., Córdova Alcaráz, A. J., Del, M., y Cáceres, C. F. (2015). A comparative study in the social integration process between male and female drug users in rehabilitation. *Health and Addictions*, 15(1), 49-54.
- Fernández Rodríguez, V., Fernández Sobrino, A. M., y López Castro, J. (2016). La calidad de vida desde la perspectiva de las adicciones. *Revista de Calidad Asistencial*, 31(1), 3-9. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-pdf-S1134282X15001281>
- García-Caballero, A., Torrens-Lluch, M., Ramírez-Gendrau, I., Garrido, G., Vallès, V., y Aragay, N. (2018). The efficacy of Motivational Intervention and Cognitive-Behavioral Therapy for Pathological Gambling. *Adicciones*, 30(3), 217-224. <https://doi.org/10.20882/ADICCIONES.965>
- Girón García, S. (2007). Los estudios de seguimiento en drogodependencias: una aproximación al estado de la cuestión. *Trastornos Adictivos*, 9(2), 75-96. [https://doi.org/10.1016/S1575-0973\(07\)75634-9](https://doi.org/10.1016/S1575-0973(07)75634-9)
- González-Saiz, F., y Vergara-Moragues, E. (2021). In-Treatment Changes in Quality of Life-Related Variables in Therapeutic Communities for Cocaine Abusers: Are These Changes Associated with Clinical Outcomes?. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2021, 18(14), 7442. <https://doi.org/10.3390/IJERPH18147442>
- Grau-López, L., Roncero, C., Daigre, C., Gonzalvo, B., Bachiller, D., Rodríguez-Cintas, L., Egido, Á., y Casas, M. (2012). Factores de riesgo de recaída en pacientes drogodependientes tras desintoxicación hospitalaria. *Adicciones*, 24(2), 115-122. <https://doi.org/10.20882/ADICCIONES.103>
- Informe Mundial sobre Salud. (1996). *Organización Mundial de la Salud (OMS)* <https://www.sarda.org.ar/images/1997/93-95.pdf>
- Díaz Mazariegos, J. (2021). Estimación del tiempo de recaída al consumo de drogas en adolescentes - San Jose, Costa Rica, 2014-2017. *Revista Cúpula*, 35(2), 9-22. <https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v35n2/art02.pdf>

- Manning, V., Garfield, J. B. B., Lam, T., Allsop, S., Berends, L., Best, D., Buykx, P., Room, R., y Lubman, D. I. (2019). Improved Quality of Life Following Addiction Treatment Is Associated with Reductions in Substance Use. *Journal of Clinical Medicine*, 8(9). <https://doi.org/10.3390/JCM8091407>
- Moreira, T. de C., Figueiró, L. R., Fernandes, S., Justo, F. M., Dias, I. R., Barros, H. M. T., y Ferigolo, M. (2013). Quality of life of users of psychoactive substances, relatives, and non-users assessed using the WHOQOL-BREF. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(7), 1953-1962. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000700010>
- Murgieri, M. (2010). Escala de calidad de vida WHOQOL-BREF. *Servicio Andaluz de Salud*.  
[http://www.llave.connmed.com.ar/portalanoticias\\_vernoticia.php?codigonoticia=17621](http://www.llave.connmed.com.ar/portalanoticias_vernoticia.php?codigonoticia=17621)
- Navarrete, F., García-Gutiérrez, M. S., Gasparian, A., Austrich-Olivares, A., y Manzanares, J. (2021). Role of Cannabidiol in the Therapeutic Intervention for Substance Use Disorders. *Frontiers in Pharmacology*, 12. <https://doi.org/10.3389/FPHAR.2021.626010>
- Portal Plan Nacional sobre Drogas - Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2022). *Informe Europeo sobre drogas. Tendencias y novedades*. <https://pnsd.sanidad.gob.es/delegacionGobiernoPNSD/relacionesInternacionales/unionEuropea/observatorio/home.htm>
- Ramón, J., Hermida, F., y Secades Villa, R. (1999). La evaluación de programas de tratamiento para drogodependientes en España. *Psicothema*, 11(2), 279-291.
- Renterías, C. R. et al. (2022). Revista Electrónica de Psicología Iztacala. *Universidad Nacional Autónoma de México*, 27(2), 568- 588. <https://www.medigraphic.com/pdfs/epsicologia/epi-2022/epi222h.pdf>
- Yang, C., DeBartolo, P., McCaul, M. E., Hutton, H. E., Gebrekristos, H., y Chander, G. (2018). The role of personal and household members substance use in health-related quality of life in women living with HIV/AIDS. *AIDS Care*, 30(4), 473. <https://doi.org/10.1080/09540121.2017.1417972>