



*Relación entre riesgo de recaída y flexibilidad psicológica en personas con conducta adictiva en comunidades terapéuticas de Lima*

*Relationship between risk of relapse and psychological flexibility in people with addictive behavior in therapeutic communities of Lima*

*Relação entre risco de recaída e flexibilidade psicológica em pessoas com comportamento aditivo em comunidades terapêuticas de Lima*

Miguel Ángel Kamiche Montesinos <sup>I</sup>  
[miguel.kamiche@unmsm.edu.pe](mailto:miguel.kamiche@unmsm.edu.pe)  
<https://orcid.org/0000-0002-5885-2279>

Lida Marlene Fernández Monge <sup>II</sup>  
[lfernandezm1@unmsm.edu.pe](mailto:lfernandezm1@unmsm.edu.pe)  
<https://orcid.org/0000-0003-2865-9280>

**Correspondencia:** [miguel.kamiche@unmsm.edu.pe](mailto:miguel.kamiche@unmsm.edu.pe)

Ciencias de la Salud  
Artículo de Investigación

\* **Recibido:** 23 de diciembre de 2022 \* **Aceptado:** 12 de enero de 2023 \* **Publicado:** 3 de febrero de 2023

- I. Maestría en Psicología Clínica y de la Salud, Psicólogo clínico, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Perú.
- II. Doctora en Educación, Docente de la Escuela de Postgrado de Psicología, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Perú.



## Resumen

**Objetivo:** Determinar la relación entre riesgo de recaída y flexibilidad psicológica en sujetos drogodependientes procedentes de comunidades terapéuticas de Lima. **Materiales y métodos:** Estudio de enfoque cuantitativo, de diseño correlacional. La muestra fue no probabilística e intencional, su tamaño fue 253 personas con conducta adictiva, residentes en comunidades terapéuticas de Lima. Los instrumentos de recolección fueron el Cuestionario de Aceptación acción sobre abuso de sustancias (AAQ-SA), adaptado por Pérez y Vite -Sierra (2020) y el cuestionario de Riesgo de recaídas AWARE 3.0 de Gorski y Miller (2000). **Resultados:** se encontró una relación inversa y significativa de -43% con un tamaño de efecto de 18% en personas con conducta adictiva en tres Comunidades terapéuticas de Lima. Asimismo, una relación inversa y significativa entre la dimensión Valor/compromiso y riesgo de recaída de -15% con un tamaño de efecto de 2% y una relación negativa entre aceptación /defusión y riesgo de recaída de -38% con un tamaño de efecto de 14.4%. **Conclusiones:** A mayor flexibilidad psicológica menor es el riesgo de recaída.

**Palabras Clave:** Flexibilidad psicológica; inflexibilidad psicológica; evitación experiencial; riesgo de recaída.

## Abstract

**Objective:** To determine the relationship between the risk of relapse and psychological flexibility in drug-dependent subjects from therapeutic communities in Lima. **Materials and methods:** Study with a quantitative approach, correlational design. The sample was non-probabilistic and intentional, its size was 253 people with addictive behavior, residents of therapeutic communities in Lima. The collection instruments were the Substance Abuse Action Acceptance Questionnaire (AAQ-SA), adapted by Pérez and Vite-Sierra (2020) and the AWARE 3.0 Risk of Relapse questionnaire by Gorski and Miller (2000). **Results:** an inverse and significant relationship of -43% was found with an effect size of 18% in people with addictive behavior in three Therapeutic Communities of Lima. Likewise, an inverse and significant relationship between the value/commitment dimension and the risk of relapse of -15% with an effect size of 2% and a negative relationship between acceptance/defusion and the risk of relapse of -38% with an effect size of 14.4%. **Conclusions:** The greater the psychological flexibility, the lower the risk of relapse.

**Keywords:** Psychological flexibility; psychological inflexibility; experiential avoidance; risk of relapse.

## Resumo

**Objetivo:** Determinar a relação entre o risco de recaída e a flexibilidade psicológica em dependentes de drogas de comunidades terapêuticas de Lima. **Materiais e métodos:** Estudo com abordagem quantitativa, delineamento correlacional. A amostra foi não probabilística e intencional, seu tamanho foi de 253 pessoas com comportamento aditivo, residentes de comunidades terapêuticas em Lima. Os instrumentos de coleta foram o Substance Abuse Action Acceptance Questionnaire (AAQ-SA), adaptado por Pérez e Vite-Sierra (2020) e o questionário AWARE 3.0 Risk of Relapse de Gorski e Miller (2000). **Resultados:** foi encontrada uma relação inversa e significativa de -43% com um tamanho de efeito de 18% em pessoas com comportamento aditivo em três Comunidades Terapêuticas de Lima. Da mesma forma, uma relação inversa e significativa entre a dimensão valor/compromisso e o risco de recaída de -15% com tamanho de efeito de 2% e uma relação negativa entre aceitação/desfusão e o risco de recaída de -38% com tamanho de efeito de 14,4%. **Conclusões:** Quanto maior a flexibilidade psicológica, menor o risco de recaída.

**Palavras-chave:** Flexibilidade psicológica; inflexibilidade psicológica; evitação experiencial; risco de recaída.

## Introducción

La organización Mundial de la Salud manifiesta que el consumo de sustancias adictivas se constituye en un problema de salud pública, que genera grandes costos para las sociedades y de pronósticos desfavorables en el ámbito médico y financiero (OMS, 2014). La cifra de consumo se ha elevado a nivel mundial. Para el año 2009, se calculaba alrededor de 210.5 millones de consumidores de sustancias adictivas; no obstante, para el 2018 se ha incrementado aproximadamente a 270 millones, según la Oficina de las Naciones Unidas contra la droga y el delito (UNDOC, 2020). Asimismo, se ha elevado en los países en vías de desarrollo en un 28.5%, contrariamente a los países desarrollados, que muestran un 7% en tal consumo (UNDOC, 2020). En el Perú, aún prevalece dentro del consumo de drogas legales, la ingesta de alcohol aproximadamente en un 55%, seguido del tabaco con 21%. En cuanto a las drogas no legales, el consumo de pasta básica de cocaína participa con 31% y marihuana con 69% (DEVIDA, 2018).

En ese sentido, la conducta adictiva está estrechamente vinculada a dos fines: por un lado, evitar los pensamientos, emociones, percibidos como desagradables y, al mismo tiempo, conseguir efectos placenteros a partir del consumo de sustancias (Luciano, 2010). Actualmente, en el ámbito del abordaje de la conducta adictiva, ha surgido desde la evolución de la corriente conductista radical o consistente de Skinner, el contextualismo funcional y la teoría de los marcos relacionales, planteando que la conducta adictiva desempeña un papel funcional como reforzador negativo al obtener alivio por escapar de los pensamientos o positivo quitándose la angustia y obteniendo sensaciones placenteras por las cualidades intrínsecas de la droga (Gil Roales -Nieto, 1996; Luciano, 2010). Estas conductas serían procedentes de derivaciones directas o arbitrarias producto de la manera predominante de enmarcar relaciones a través de la conducta verbal aprendida, según la historia de cada individuo y, de ese modo, permitir ambos fines, por una parte, evitar lo desagradable y por la otra, conseguir sensaciones placenteras, lo cual se traduce en una evitación experiencial destructiva que implica un comportamiento inflexible para no contactar con las experiencias desagradables derivando, limitando la vida del individuo y atrapándolo en el sufrimiento. En ese sentido, se sustenta desde el contextualismo funcional y la teoría de los marcos relacionales el constructo flexibilidad psicológica comprendido como la facultad de estar en contacto con el presente junto con los sentimientos, pensamientos y emociones desagradables, sin necesidad de escapar de ellos y por ende anteponiéndose a los mismos (Hayes, 2015). Entonces, desde el análisis funcional de la conducta aparece por defecto su contrapeso el constructo inflexibilidad psicológica o patrón de evitación experiencial destructiva (Törneke et al., 2007), constituida como una agrupación de acciones orientadas a evitar el malestar de manera rápida (Luciano et al., 2010), es decir, las vivencias desagradables se olvidan o son ignoradas al querer evitarlas (Foa et al; 1984). Sin embargo, no implica que la evitación siempre sea destructiva, algunas pueden ser de tipo adaptativo (Mitmansgruber et al., 2008). No obstante, la inflexibilidad psicológica y/o evitación experiencial destructiva es un constructo que sirve de inicio para conductas adictivas, además de vincularla a desequilibrios psicológicos (Velasco & Quiroga, 2001). Por ello, el consumo de sustancias representa una categoría de evitación experiencial y/o inflexibilidad (Wilson et al., 1996).

Respecto a los trabajos previos, los estudios son escasas en muestras de estudio equivalentes, vamos a presentar en el orden de 2 investigaciones correlacionales, 1 predictiva y 3 comparativas

que aporten al objetivo de este estudio. En ese sentido, se parte del estudio de Solano (2017), el cual tuvo como objetivo relacionar riesgo de recaída y estilos de afrontamiento, una variable vinculada a la disposición por parte del individuo dirigida a no ponerse en contacto con sus experiencias privadas desagradables (Luciano y Valdivia, 2006). La muestra estuvo comprendida por 240 participantes con conducta adictiva, y los instrumentos utilizados fueron el cuestionario de riesgo de recaídas (AWARE 3.0) de Gorski y Miller y el cuestionario de estimación de afrontamiento (COPE), encontraron relación significativa y directa entre riesgo de recaída y estilo evitativo de afrontamiento. Concluyeron aseverando que a mayor estilo evitativo de afrontamiento mayor riesgo de recaída. Asimismo, Blanco (2015) tuvo como objetivo conocer factores relacionados a recaídas como estilos de afrontamiento, depresión, regulación emocional, ansiedad y situaciones precipitantes de recaídas en 107 sujetos quienes recibieron tratamiento y contestaron a instrumentos como la entrevista de recaídas para usuarios de conductas adictivas ERSA, el inventario de situaciones precipitantes de recaídas RPI, y encontraron una relación positiva y significativa entre situaciones vinculadas a las recaídas y situaciones precipitantes emocionales. Por otro lado, Shorey et al. (2017) tuvo como objetivo comparar evitación experiencial y/o inflexibilidad psicológica y ansia por el consumo de sustancias, asimismo, tolerancia a la angustia, edad como parte de un estudio controlado aleatorio más amplio para explicar a través de un análisis de regresión jerárquica. La muestra incluyó 117 participantes con conducta adictiva residentes en tratamiento. Los instrumentos utilizados fueron: el cuestionario aceptación acción sobre abuso de sustancias (AAQ-SA;24), El Inventario de problemas (SIP;22), Prueba de tolerancia a la angustia (DTS), la escala por ansiedad por el alcohol de Penn (PACS;20). Los resultados obtenidos mostraron una relación inversa entre menor evitación experiencial o flexibilidad y ansia por consumo de drogas. Concluyeron afirmando que a menor flexibilidad, mayor ansía de consumo. Del mismo modo, Marcowski et al. (2017) tuvieron como objetivo correlacionar los constructos impulsividad y flexibilidad psicológica en adicción al tabaco y reducción de aversión al riesgo en una muestra de 195 participantes, 97 mujeres y 98 hombres utilizando un método de descuento estándar propuesto por Rachlin et al. (1991), llenado por cada participante y los instrumentos: Cuestionario aceptación acción 2 AAQ2, la escala Conciencia plena de Filadelfia (PHLMS) de Cardaciotto et al. (2008), y encontraron que el nivel de la disminución del valor subjetivo de recompensa del individuo o tasa de descuento fue más elevada en el grupo de participantes con baja flexibilidad psicológica lo que se traduce en alta impulsividad relacionada a la inflexibilidad.

Por otro lado, Gamoneda (2017), dentro de una investigación más amplia tuvo como objetivo investigar el peso de la evitación experiencial o inflexibilidad psicológica y las distorsiones cognitivas en comportamiento adictivo al alcohol comparando 16 participantes con adicción y 16 sin adicción en un diseño trasversal por medio de regresiones logísticas aplicando el cuestionario aceptación acción (AQQ 2006), Lefebvre (1981). Concluyeron que existe relación directa y significativa entre adicción al alcohol y evitación experiencial o inflexibilidad psicológica. Del mismo modo Gil et al., (2016), tuvo como objetivo correlacionar los constructos flexibilidad psicológica y auto abandono del tabaco en una muestra de 277 participantes que habían intentado de dejar de fumar por voluntad propia sin ayuda independientemente de los resultados obtenidos. Los instrumentos utilizados fueron el Cuestionario aceptación acción II (AAQ-II Bond et al., 2011), el Cuestionario de consumo de intento de abandono y mantenimiento de abstinencia elaborado exprofeso y el test de Fagerstrom 1978. Primero dividieron la muestra en dos grupos: fumadores que fracasaron en el intento de abandono y exfumadores que tuvieron éxito y a ambos grupos les obtuvieron los niveles bajo, medio y alto de inflexibilidad y encontraron que el grupo de sujetos que dejaron de fumar por voluntad propia indicaban bajos niveles de inflexibilidad psicológica en contraste al grupo con altos niveles de inflexibilidad psicológica que fracasaron en su intento. La conducta adictiva siempre ha sido y es una problemática sumamente difícil de superar para la persona que la padece y su entorno. Las estadísticas descritas previamente dan luces del crecimiento preocupante del comportamiento adictivo en el mundo (UNDOC, 2020), lo que hace necesario seguir investigando para sumar esfuerzos a la prevención y abordaje de la conducta adictiva. Conocer el comportamiento del riesgo de recaída como de la flexibilidad psicológica derivará en que las comunidades terapéuticas puedan ajustar sus estrategias para reducir el riesgo de recaída en sus residentes.

## Métodos

El diseño elegido fue no experimental, transversal con método cuantitativo de alcance descriptivo correlacional (Hernández-Sampieri y Mendoza, 2018). La población estuvo comprendida por residentes con conducta adictiva en comunidades terapéuticas en Lima. La muestra estuvo comprendida por 253 consumidores de sustancias adictivas en un muestreo no probabilístico de

tipo intencional (Hernández-Sampieri y Mendoza, 2018), los criterios de inclusión comprendieron ser residente en una comunidad terapéutica, varón o mujer, mayor de 18 años, haber cursado a partir de educación secundaria incompleta, ser participantes con conducta adictiva sin ningún diagnóstico psicótico. Se identificaron tres comunidades terapéuticas, se solicitó a cada uno de los centros autorización para la aplicación de los cuestionarios. Asimismo, se recolectaron los datos en el curso de tres semanas bajo la técnica de la encuesta a través del recojo de información presencial. Los instrumentos fueron aplicados, se codificaron y procesaron mediante el software SPSS 26 para efectuar los análisis descriptivos. El estadístico JAMOVI 1.6 se utilizó para la prueba de fiabilidad, AFC y los análisis comparativos y así poder verificar las asunciones previas para muestras independientes como normalidad y homocedasticidad que permitieron elegir la prueba de Welch para las comparaciones entre 2 grupos y elegir a través del análisis de varianza ANOVA la prueba de Tukey para comparar a partir de 3 grupos. Por último, el estadístico JASP 0.14.1.0 para el análisis de normalidad que permitió elegir el estadístico de Spearman para efectuar las correlaciones.

Los instrumentos utilizados fueron el Cuestionario Aceptación acción sobre abuso de sustancias (AAQ-SA), (Luoma et al., 2011), de dos factores, adaptado por Pérez Romero L. A. y Vite-Sierra (2020), en tres factores: Valor / compromiso, Aceptación / defusión y Metas / barreras. Este cuestionario mide el constructo flexibilidad psicológica, valora el nivel en que la persona acepta los eventos privados (sensaciones, pensamientos, emociones desagradables), relacionados a la conducta adictiva, asimismo los ítems responden a una escala Likert con 7 alternativas y, previamente, fue sometido a un análisis de fiabilidad y factorial confirmatorio.

Asimismo, esta investigación se apoyó en el principio de no maleficencia, ya que buscó realizar el bien común aportando beneficios. El principio de Justicia porque primó el principio equitativo y la selección de la muestra respondió absolutamente a los objetivos del estudio buscando utilidad social. El principio de Autonomía, puesto que se respetó la colaboración voluntaria, genuina libertad, privacidad, libre inhibición a la misma. Por último, el principio de Beneficencia, dado que aportó validez científica con beneficio a la sociedad mediante el aporte de conocimiento. Adicionalmente, la investigación se sostuvo en aspectos éticos vinculados como veracidad y consideración a las comunidades terapéuticas y sus integrantes, por lo cual se adoptó una postura objetiva, se informó de manera clara, precisa los objetivos y procedimientos de la investigación. Los resultados se obtuvieron a través de la utilización de instrumentos cuantitativos que cumplen

postulados éticos de confiabilidad, contrastación y estandarización con la realidad de la muestra poblacional.

El análisis consideró primeramente los índices de fiabilidad Alpha y Omega esperando valores mayores a .70 como aceptables (Hunsley & Marsh, 2008, Ponterotto & Ruckdeschel, 2007, Hair et al., 2014). En el primer factor, se obtuvo .80 y .81. En cuanto al segundo factor, se obtuvo .79 y .80 que también fueron aceptables. Sin embargo, se observó que los valores obtenidos por la tercera dimensión metas barreras, compuesta por 3 ítems, obtuvo puntajes por debajo de .70, siendo sus valores .52 y .53; por lo cual fue retirado el ítem 9 con menor índice de fiabilidad (0.27) lo cual permitió una segunda corrida de los datos, resultando 10 ítems y 2 factores similar al Cuestionario original Aceptación acción sobre el abuso de sustancias (AAQ-SA) (Luoma et al., 2011): valor / compromiso con valores Alpha y Omega de .80 y aceptación / defusión en el cual se ubicaron los ítems 10 y 11 con valores Alpha y Omega de .80. Con lo cual se procedió a realizar baremos considerando 2 puntos de corte percentil 33 y 66 para niveles bajo promedio y alto. Seguidamente el análisis factorial confirmatorio (AFC): CFI, TLI esperando valores mayores a 0.90 (Marsh y Tai Hau., 1996), obteniendo .945 y .922, RMSEA esperando valores menores a .8 (Hu y Bentler., 1999), obteniendo .060 y .073. y un  $\chi^2/df$  esperando valores menores 5 (Wheaton et al., 1977), obteniendo 2.3. Por último, se aplicó el cuestionario de Riesgo de recaídas AWARE 3.0 (T. Gorski y M. Miller), 2000 unidimensional que evalúa el nivel de riesgo de recaída en personas con conducta adictiva validado por (Valles, 2016), para muestras en Lima. Asimismo, se realizó un baremo con 3 puntos de corte con percentiles 33 y 66 para niveles bajo, promedio y alto. Como también índices de fiabilidad Alpha y Omega de .91 y .92, lo cual evidenció resultados aceptables de fiabilidad.

## Resultados

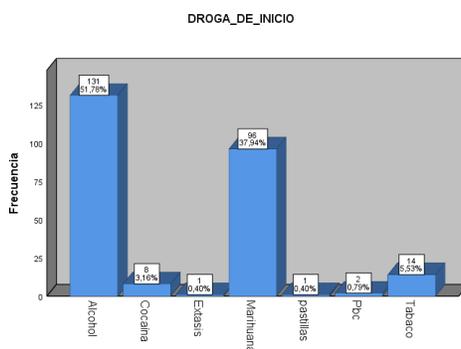
### *Resultados Análisis Descriptivos*

A partir de la información recolectada, de los 253 participantes procedentes de tres comunidades terapéuticas de Lima, 235 (92.89%) fueron varones, y solo 18 (7.11%), mujeres. Asimismo, el 22%

de los participantes (n=253), se encuentran entre los 18 y 21 años, el 20% entre 22 y 25 años, el 21% entre 26 y 30 años, el 18% % entre 31 y 40 años y 16% entre 41y 74 años.

En la Figura 1, se puede observar que, entre las 7 drogas consumidas, el alcohol se ubica en primer lugar como droga de inicio para entrar al patrón adictivo con un 51.78% seguido de la Marihuana con un 37.94% principalmente seguido por el tabaco con 5.53%, cocaína 3.16%, Pbc 0.79%, pastillas 0.4% y éxtasis 0.4%. Esto indica que tanto el alcohol como la marihuana son las drogas que sirven de inicio a patrones adictivos más severos.

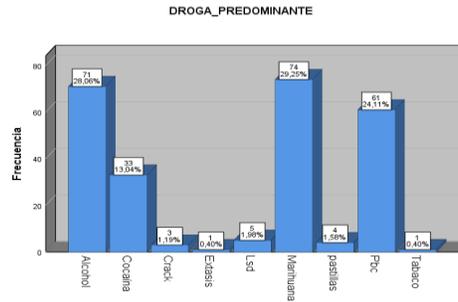
**Figura 1**



*Nota.* Resultados obtenidos a partir de los residentes de tres comunidades terapéuticas de Lima

En la Figura 2, se puede observar que entre las 7 drogas consumidas la marihuana se ubica en primer lugar como la droga consumida que predomina actualmente en la muestra de estudio con un 29% seguida por el alcohol 28%, la pasta básica de cocaína con 24% y la cocaína con 13% principalmente. Seguidos por LSD 1.98%, pastillas 1.58%, Crack 1.19%, tabaco 0.4% y Éxtasis 0.4%. Esto indica que tanto la marihuana y el alcohol principalmente como drogas de inicio, derivan después principalmente en PBC y cocaína en esta muestra de estudio.

**Figura 2**



Nota. Resultados obtenidos a partir de los residentes de tres comunidades terapéuticas de Lima

### ***Niveles de flexibilidad psicológica y riesgo de recaída***

Se halló que el 37.55% de los participantes (n=253), se encuentran en un nivel bajo de flexibilidad, esto indica que el grado en que la persona acepta los eventos privados relacionados a la ingesta de sustancias es bajo, es decir, los evita o escapa de ellos. El 30.04% se encuentra en un nivel promedio y el 32.41% está en un nivel alto, esto indica que este grupo de participantes acepta los eventos privados y se antepone a ellos.

Por otro lado, el 33.20 % de los participantes (n=253), se encuentran en un nivel bajo de riesgo de recaída, esto indica que el grado en que la persona recaiga en la ingesta de sustancias adictivas es bajo. El 33.60 % se encuentra en un nivel promedio y el 33.20 % está en un nivel alto, esto indica que el participante presenta altas probabilidades de recaer en el patrón adictivo.

### ***Resultados de Contrastación entre grupos***

Antes del proceso de contrastación, se realizó la prueba de normalidad Shapiro Wilk para ambas variables a fin de elegir el estadístico de medición, conforme se aprecia en la Tabla 1. Los valores resultaron menores a .05, lo cual permitió declarar que no existe una distribución normal, por lo cual se eligió la prueba no paramétrica de Spearman.

**Tabla 1**

*Prueba de Normalidad Shapiro Wilk para Flexibilidad psicológica y riesgo de recaída*

	Flexibilidad Psicológica	Riesgo de recaída
N	253	253
Shapiro-Wilk W	0.974	0.977
Shapiro-Wilk p	<.001	<.001

*Nota.* N= número de muestra; Shapiro Wilk p= valor de significancia

En la Tabla 2, se puede apreciar las asunciones obtenidas en cuanto a la prueba de homocedasticidad de varianzas resultando el valor  $p$  por encima de .05, para ambas variables, con lo cual se declaró igualdad de varianzas. Ambos resultados: no normalidad e igualdad de varianzas indicaron utilizar la prueba Welch. Como también se puede apreciar que los tamaños de efectos ( $r^2$ ), son menores a .20, en esta muestra de estudio, con lo cual se declaran diferencias de medias triviales.

**Tabla 2**

*Prueba de igualdad de varianzas (Levene) para muestras independientes*

	df	p	M	SE	r <sup>2</sup>
Flexibilidad Psicológica	18.96	0.89	0.38	2.66	0.04
Riesgo de recaída	19.75	0.51	-4.28	6.34	-0.16

*Nota.* P= valor de significancia; SE= Desviación estándar; r<sup>2</sup>=Tamaño del efecto

En la tabla 3, se puede observar el valor de significancia de la prueba para muestras independientes mayor a .05 (FP = .51; RR = .89), en esta muestra de estudio, lo cual indica que no hay diferencias entre ambos sexos.

**Tabla 3**

*Test Welch para muestras independientes*

		<i>p</i>
Flexibilidad Psicológica (FP)		0.89
Riesgo de recaída (RR)		0.51

*Nota. p= Valor de significancia.*

En la tabla 4, se puede observar que el p valor de Tukey es 0.41 mayor a .05, y un tamaño de efecto pequeño ( $\eta^2$ ), menor a .10, en esta muestra de estudio, con lo cual se declara: no existen diferencias significativas entre los 4 grupos de edades comprendidos entre 18 a 21 años; 22 a 25 años; 26 a 30 años y 31 a 40 años en esta muestra de estudio.

**Tabla 4**

*Prueba de Tukey de Flexibilidad Psicológica según grupo de edades*

	df	M	F	p	$\eta^2$
Edades	4	89.9	0.997	0.41	0.016
Residuales	248	90.2			

*Nota. df= grados de libertad; M=media; F= frecuencia; p= nivel de significancia;  $\eta^2$ = tamaño de efecto*

En la Tabla 5, se puede observar que el p valor de Tukey es 0.039 menor a .05, y un tamaño de efecto ( $\eta^2$ ), pequeño menor a .10, lo cual indica que si existen diferencias entre los grupos con un tamaño de efecto mínimo de .04, en esta muestra de estudio, específicamente las diferencias se presentan en el grupo de 22 a 25 años con el grupo de 41 a 74 años.

**Tabla 5**

*Prueba de Tukey de Riesgo de recaídas según grupo de edades*

	df	M	F	p	$\eta^2$
edades	4	1707	2.56	0.039	0.04
Residuales	248	666			

*Nota.* df= grados de libertad; M=media; F=frecuencia; p= nivel de significancia;  $\eta^2$ = tamaño de efecto

En la tabla 6, se puede observar que el p valor de Tukey para los tres grupos de meses de internamiento comprendido entre: 1 a 5 meses; 6 a 9 meses; 10 a 48 meses en esta muestra de estudio es mayor a .05, y un tamaño de efecto ( $\eta^2$ ), pequeño menor a .10, lo cual indica que no existen diferencias entre los grupos.

**Tabla 6**

*Prueba de Tukey de flexibilidad psicológica según meses de internamiento*

	df	M	F	p	$\eta^2$
Meses de internamiento	2.00	92.10	1.02	0.36	0.01
Residuales	250.00	90.20			

*Nota.* df= grados de libertad; M=media; F=frecuencia; p= nivel de significancia;  $\eta^2$ = tamaño del efecto

En la tabla 7, se puede observar que el p valor de Tukey para los tres grupos de meses de internamiento comprendido entre: 1 a 5 meses; 6 a 9 meses; 10 a 48 meses en esta muestra de estudio es mayor a .05, y un tamaño de efecto ( $\eta^2$ ), pequeño menor a .10, lo cual indica que no hay diferencias entre los grupos.

**Tabla 7**

*Prueba de Tukey de riesgo de recaída según meses de internamiento*

	df	M	F	p	$\eta^2$
Meses de internamiento	2.00	1869.00	2.78	0.06	0.02
Residuales	250.00	673.00			

*Nota.* df= grados de libertad; M=media; F=frecuencia; p= nivel de significancia;  $\eta^2$ = tamaño del efecto

### Resultados de Correlaciones

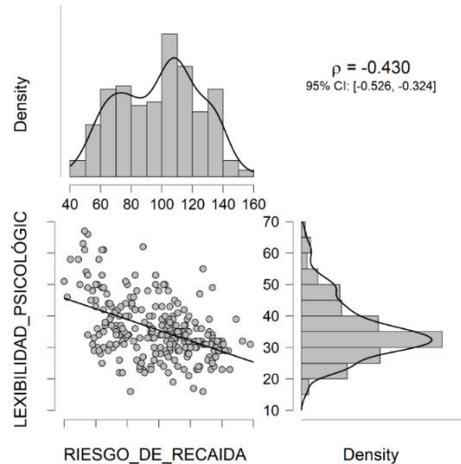
En la tabla 8, se puede observar que existe una correlación inversa mediana de  $-0.43$  con un tamaño de efecto ( $r^2$ ), pequeña de  $.19$  entre flexibilidad psicológica y riesgo de recaída en esta muestra de estudio. Esto implica a mayor flexibilidad o aceptación de eventos privados, es menor el riesgo de recaída.

**Tabla 8**

*Correlación de Spearman entre los constructos Flexibilidad psicológica y riesgo de recaída*

	n	rho	p	$r^2$
Flexibilidad <- de Psicología >	253	-0.43	< .001	0.199
Riesgo de recaída				

*Nota.* \*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$



*Nota.* Resultados obtenidos a partir de los residentes de tres comunidades terapéuticas de Lima

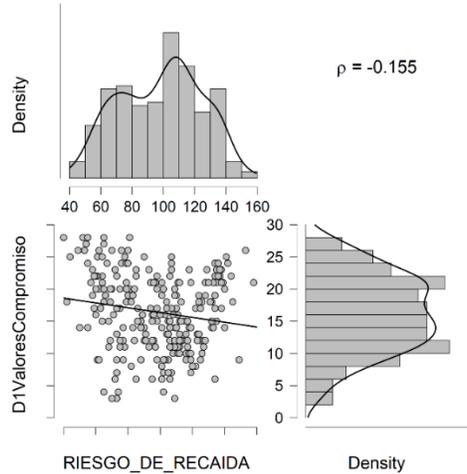
En la tabla 9, se puede observar que existe una correlación inversa pequeña de  $-0.16$  con un tamaño de efecto ( $r^2$ ), trivial de  $.02$  entre la dimensión valor/compromiso de flexibilidad psicológica y riesgo de recaída en esta muestra de estudio. Esto implica a mayor aceptación de eventos privados y dirigido hacia metas valiosas, es menor el riesgo de recaída.

**Tabla 9**

*Correlación de Spearman entre la dimensión Valor compromiso y riesgo de recaída*

Riesgo de recaída	<- Valor	253	-	0.01	0.02
	> Compromiso		0.16		

*Nota.* \*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$



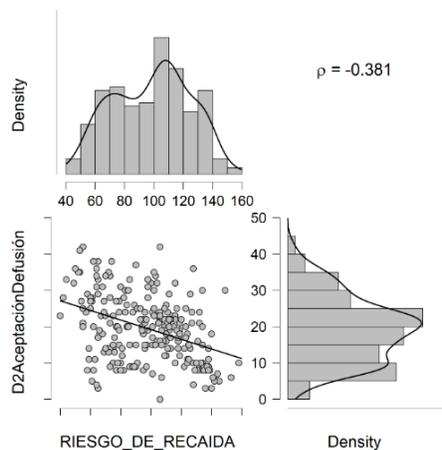
En la Tabla 10, se puede observar que existe una correlación inversa mediana de  $-0.38$  con un tamaño de efecto ( $r^2$ ), pequeño de  $.15$  entre la dimensión Aceptación/defusión de flexibilidad psicológica y riesgo de recaída en esta muestra de estudio. Esto implica a mayor aceptación de eventos privados, es menor el riesgo de recaída.

**Tabla 10**

*Correlación de Spearman entre la dimensión Aceptación defusión y riesgo de recaída*

	n	rho	p	r <sup>2</sup>
Riesgo de recaída <- Aceptación	253	-	< .001	0.145
> Defusión		0.38		

*Nota.* \*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$



## Discusión

La investigación realizada tuvo como objetivo determinar la relación entre los constructos flexibilidad psicológica y riesgo de recaída en la población drogodependiente en comunidades terapéuticas de Lima sobre la cual los resultados obtenidos señalan un índice de correlación mediano e inverso de -0.46 estadísticamente significativo  $p < 0.001$  con un tamaño de efecto de 0.21, lo cual permite inferir a mayor flexibilidad menor riesgo de recaída. Estos resultados concuerdan con los resultados obtenidos por Solano, (2017), quien encontró que el riesgo de recaída correlaciona negativa y significativamente en - 0.41 con un tamaño de efecto de 0.17 con el estilo evitativo, en concordancia los resultados inversos en este estudio de -0.46 estadísticamente significativo  $p < 0.001$  con un tamaño de efecto de 0.21. Del mismo modo, (Blanco 2015), correlacionó situaciones asociadas a recaídas con situaciones precipitantes de recaídas, encontrando una relación positiva y significativa de 0.60\*\* con tamaño de efecto de 0.36 entre situaciones vinculadas a recaídas y situaciones precipitantes emocionales. Concluyendo que el factor intra personal, la búsqueda de sensaciones positivas, estados emocionales negativos son factores de riesgo determinantes en la recaída del consumo de drogas, estos resultados tienen relación con la teoría proveniente del contextualismo funcional y la teoría de los marcos relacionales que postulan al comportamiento adictivo como reforzador positivo porque se buscan sensaciones positivas para retirar la angustia y como reforzador negativo ya que al evitar estados emocionales negativos se obtiene alivio (Gil Roales-Nieto, 1996; Luciano, 2010). Por otro lado, Shorey et al. (2017), correlacionó evitación experiencial o inflexibilidad psicológica y ansia por el consumo como parte de un estudio controlado aleatorio más amplio para predecir a través de un análisis de regresión jerárquica, y encontraron una relación inversa entre evitación experiencial o

baja flexibilidad psicológica y ansia por alcohol  $-0.37(.05)$  \*\*\* y  $-0.30(.06)$  \*\* en relación con drogas en general. Concluyó afirmando que a mayor evitación experiencial o flexibilidad psicológica baja, mayor ansia de consumo. Del mismo modo, en concordancia con los resultados obtenidos en esta investigación.

Por otro lado, Marcowski et al. (2017) en su estudio correlacionaron los constructos flexibilidad psicológica e impulsividad en adicción al tabaco y reducción de aversión al riesgo y encontraron que el nivel de la disminución del valor subjetivo de recompensa del individuo (descuento por retraso) relacionado a la impulsividad fue más alto en el grupo de adictos que presentaban baja flexibilidad ( $M=.066$ ,  $SD 0.20$ ) en comparación al grupo que presentaba mayor flexibilidad ( $M=0.43$ ,  $SD=0.23$ ) con un ( $p <0.001$ ), concluyendo a mayor flexibilidad psicológica menor impulsividad hacia el consumo en fumadores. Del mismo modo en coherencia con los resultados obtenidos ya que a mayor flexibilidad, menor impulsividad y por lo tanto menor riesgo de recaída. Por otro lado, Gamoneda (2017) estudió el peso de la evitación experiencial o nivel de flexibilidad psicológica baja y distorsión cognitiva en adicción al alcohol a modo control y encontraron que existe relación directa y significativa entre Adicción al alcohol y evitación experiencial o bajo nivel de flexibilidad psicológica con una tasa general de acierto de 93.8%. y que la variable evitación experiencial en el modelo es la única significativa ( $p= 0.03$ ). Llegó a la conclusión a menor flexibilidad psicológica, mayor conducta adictiva lo cual incrementa el riesgo de recaídas siendo estos resultados consistentes con los obtenidos en esta investigación. Del mismo modo, Gil et al. (2016) encontraron en su estudio que el 62% del grupo de sujetos que dejaron la adicción al tabaco por voluntad propia indicaban bajos niveles de inflexibilidad psicológica en comparación al grupo que presentaban altos niveles de inflexibilidad psicológica los cuales fracasaron en el intento de abandonarlo en un (34%). Concluyeron aseverando que a menor flexibilidad psicológica mayor probabilidad de dejar de fumar por voluntad propia. Lo cual es coherente con los resultados obtenidos en esta investigación ya que a menor inflexibilidad mayor será la probabilidad de dejar el comportamiento adictivo y con ello menor riesgo de recaídas. Por último, dentro de los objetivos descriptivos encontramos que la marihuana participa con (29%), y la pasta básica de cocaína con (24%), ambas son drogas predominantes en el consumo más reciente de los residentes de esta muestra de estudio, estos resultados siguen la tendencia de las estadísticas mencionadas por DEVIDA (2018), en cuanto a que las drogas no legales más consumidas en el Perú son la marihuana (69%), y la pasta básica de cocaína (31%), Y lo que podría ser más relevante mostrado por esta

muestra de estudio es que después de haber iniciado una primera vez con una droga legal como el alcohol (51%) y una droga ilegal como la marihuana (38%) derivaron después en PBC (24%), y marihuana (29%), como predominantes.

A partir de lo expuesto, se resalta la relevancia del constructo flexibilidad psicológica o aceptación de los eventos privados en relación al riesgo de recaídas en personas con conducta adictiva lo cual tendría implicaciones prácticas a la luz de poner énfasis en las intervenciones clínicas para abordar esta problemática y esta variable como parte del tratamiento contra la conducta adictiva y así mismo implicancias teóricas ya que el constructo flexibilidad psicológica es una variable postulada desde la teoría de los marcos relaciones que aborda la intervención desde una perspectiva funcional de la conducta sobre la cognición y el lenguaje o comportamiento relacional (Törneke, 2016). Perspectiva que implica estrategias y técnicas adicionales que podrían sumar al esfuerzo frente a esta problemática.

Finalmente, dentro de las principales limitaciones que se encontraron fue la obtención de la muestra por motivos actuales derivados de la pandemia y la ausencia de estudios correlacionales contemplando el constructo flexibilidad psicológica ligada al riesgo de recaídas.

### **Conclusiones**

A partir de los resultados obtenidos en esta muestra de estudio se concluye que a mayor flexibilidad psicológica menor es el riesgo de recaída en un (-43%), de relación inversa altamente significativa con un tamaño de efecto ( $r^2$ ), pequeño (19%), en personas con conducta adictiva en tres Comunidades terapéuticas de Lima.

Asimismo, se concluye en esta muestra de estudio a mayor aceptación /defusión, menor riesgo de recaída evidenciado una relación inversa de (-38%), con un tamaño de efecto ( $r^2$ ), pequeño (14.4%).

Del mismo modo, se concluye que a mayor Valor/compromiso, menor riesgo de recaída evidenciado en una de relación inversa significativa de (-15%), con un tamaño de efecto trivial (2%).

En relación con los objetivos descriptivos, se concluye que la droga con la que inició esta muestra de estudio fue el alcohol (51%), y marihuana (38%), y tiempo después derivaron en drogas predominantes actuales como Pbc (24%), y marihuana (29%), principalmente.

Por último, se concluye que no existe diferencias significativas entre ambos sexos ( $p=.89$ ,  $p=.51$ ), tampoco en edades en cuanto a flexibilidad psicológica, sin embargo, en el constructo riesgo de recaída existe una diferencia entre el grupo de edades de (.039), en esta muestra de estudio.

Es importante considerar que detrás de la conducta adictiva existen problemas que subyacen a la misma y, probablemente, en un primer momento, no tienen que ver con la sustancia consumida. Sin embargo, son fuente de inicio de tal problemática, siendo su origen en muchos casos una estrategia de escape aprendida según el historial del individuo y que le generan cierto alivio, rápido y momentáneo, pero que lo llevan a un circuito de evitación experiencial destructiva, a una inflexibilidad psicológica que le genera sufrimiento a largo plazo, del cual es difícil salir en muchos casos. Por ello, profundizar en investigaciones que escarben en la variable flexibilidad psicológica y sus bases para poder utilizarla como una herramienta de ayuda para prevenir, tratar o permitir salir de ese circuito, se constituiría en un gran aporte.

Se recomienda, a futuros investigadores, emplear metodologías diferentes a la correlación para el estudio de ambas variables en muestras de estudio similares y distintas a la ciudad de Lima con el propósito de generar aportes significativos para la amplitud de las variables analizadas.

### **Conflictos de interés**

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

### **Consentimiento informado**

Se consideró el consentimiento informado de los participantes previo a la aplicación de los instrumentos de recolección de datos.

### **Referencias**

1. Blanco, T. (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. <http://rcps-cr.org/wp-content/uploads/2015/12/07-Blanco.pdf>
2. Cardaciotto, L., Herbert, J. D., Forman, E. M., Moitra, E., & Farrow, V. (2008). The assessment of present-moment awareness and acceptance: the Philadelphia Mindfulness Scale. *Assessment*, 15(2), 204–223. <https://doi.org/10.1177/1073191107311467>

3. Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas (DEVIDA, 2018). Programa presupuestal de prevención y tratamiento de consumo de drogas 2013- 2018. <https://www.devida.gob.pe/documents/20182/0/ANEXO+N%C2%B0+02+-+PTCD-2018.pdf>
4. Foa, E. B., Steketee, G. & Young, M. C. (1984). Agoraphobia: Fenomenological aspects, associated Characteristics, and theoretical symptoms. *Journal of personality and Social Psychology*, 50, 571\_579.
5. Gamoneda, J. (2017). Importancia de la evitación experiencial y las distorsiones cognitivas en la adicción al alcohol. Universidad Pontificia Comillas. [https://www.researchgate.net/publication/321110203\\_Importancia\\_de\\_la\\_evitacion\\_exper\\_iencial\\_y\\_las\\_distorsiones\\_cognitivas\\_en\\_la\\_adiccion\\_al\\_alcohol](https://www.researchgate.net/publication/321110203_Importancia_de_la_evitacion_exper_iencial_y_las_distorsiones_cognitivas_en_la_adiccion_al_alcohol)
6. Gil Roales-Nieto, J. (1996). *Psicología de las adicciones*. Ediciones Némesis.
7. Gil Roales-Nieto, J., Moreno, E., Córdoba, R., Marín Romero, B., Jiménez López F., Gil Luciano, A., Silvano Arranz, A., Fernández Lao, I., Granados Gámez, G., Hernández-López, M. (2016). Flexibilidad psicológica y autoabandono del tabaco. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 2016, 16, 2, 111-130 <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=56046597002>
8. Gorski, T. (2013). *Passages through recovery: An action plan for preventing relapse*.
9. Hair, J.F., Hult, G.T.M., Ringle, C.M., & Sarstedt, M. (2014). *A Primer on Partial Least Squares Structural Equation Modeling*, Sage, Publications, Inc.
10. Hayes, S., Strosahl, K., Wilson, K. (2015). *Terapia de aceptación y compromiso, proceso y práctica del cambio consciente*. Editorial Desclée de Brouwer, S.A.
11. Hernández, R., y Mendoza, C. (2018). *Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. Editorial Mc Graw Hill Education
12. Hu, L. T., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 6 (1), 1-55. doi:10.1080/10705519909540118
13. Hunsley, J., & Marsh, E. J. (2008). Developing criteria for evidence-based assessment: An Introduction to assessment that work. In J. Hunsley & E. J. Marsh (Eds.) *A guide to assessments that work* (pp. 3-14). Oxford University Press.

14. Luciano, C., Páez – Barrina, M., y Valdivia, S. (2010). La terapia de aceptación y compromiso (ACT) en el consumo de sustancias como estrategia de evitación experiencial. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 10(1), 141-165.
15. Luciano, C., y Valdivia, M. (2006). La terapia de aceptación y compromiso (ACT)1 . fundamentos, características y evidencia. *Papeles del Psicólogo*, 27 (2), 79-91. <https://www.redalyc.org/pdf/778/77827203.pdf>
16. Luoma, J., Drake, C.E., Kohlenberg, B.S. y Hayes, S.C. (2011). Substance abuse and psychological flexibility: the development of a new measure. *Addiction Research and Theory*, 19(1), 3-13. doi: 10.3109/16066359.2010.524956.
17. Marcowski, P., Białaszek, W., Dudek, J., & Ostaszewski, P. (2017). Higher behavioral profile of mindfulness and psychological flexibility is related to reduced impulsivity in smokers, and reduced risk aversion regardless of smoking status. *Polish Psychological Bulletin*, 48(4), 445–455. <https://doi.org/10.1515/ppb-2017-0051>
18. Marsh, H., & Tai Hau, K. (1996). Assessing Goodness of Fit, *The Journal of Experimental Education*, 64 (4), 364-390. DOI: 10.1080/00220973.1996.10806604
19. Mismansgruber, H., Beck, T.N. & Sculussler, G. (2008). Mindful helpers: Experiential avoidance, meta-emotions, and emotion regulation in paramedics. *Journal of Reseach in Personality*, 42.1358\_1363.
20. Oficina Nacional de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC, 2020). Informe mundial sobre las drogas. [https://www.unodc.org/documents/mexicoandcentralamerica/2020/Drogas/Resumen\\_Ejecutivo\\_Informe\\_Mundial\\_sobre\\_las\\_Drogas\\_2020.pdf](https://www.unodc.org/documents/mexicoandcentralamerica/2020/Drogas/Resumen_Ejecutivo_Informe_Mundial_sobre_las_Drogas_2020.pdf)
21. Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014). Expertos piden fortalecer acciones integrales de salud pública para mejorar abordaje de personas con consumo problemático de drogas. Recuperado de <https://acortar.link/rywVoX>
22. Pérez-Romero, L.A., y Vite-Sierra, A. (2020). Midiendo la flexibilidad psicológica: validación del Cuestionario de Aceptación y Acción en el abuso de drogas. *Psicología y Salud*, 30(1), 95-104. <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/2621>
23. Rachlin, H., Raineri, A., & Cross, D. (1991). Subjective probability and delay. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 55, 233–244.

24. Shorey, R., Gawrysiak, M., Elmquist, J., Brem, M., Anderson, S., & Stuart, G. (2017). Experiential avoidance, distress tolerance, and substance use cravings among adults in residential treatment for substance use disorders. *Journal of Addictive diseases*, 36 (3), 151-157. doi:10.1080/10550887.2017.1302661
25. Solano, C. (2017). Estilos de afrontamiento y riesgo de recaída en adictos residentes en comunidades terapéuticas de Lima. (Tesis de Maestría, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú). [https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UNMS\\_660b72aa366c8a7f0192358a9a308bfc/Details](https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UNMS_660b72aa366c8a7f0192358a9a308bfc/Details)
26. Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2007). *Using multivariate statistics* (5th ed.). Allyn & Bacon/Pearson Education.
27. Törneke, N. (2016). *Una Introducción a la Teoría del Marco Relacional y sus Aplicaciones Clínicas*. Editorial Didacbook, S.L.
28. Törneke, N., Luciano, C., & Valdivia-Salas, S. (2008). Rule-governed behavior and Psychological Problems. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 8, 141-156.
29. Valles, J. (2016). Riesgo de recaída y autoeficacia general en drogodependientes residentes en comunidades terapéuticas. *Acta Psicológica Peruana*, (1) 67 – 82. <http://revistas.autonoma.edu.pe/index.php/ACPP/article/view/46/34>
30. Velasco, J., Quiroga, E. (2001). Formulación y solución de un caso de abuso de alcohol en términos de aceptación y compromiso. *Psicothema*, 13 (1) (2001), pp. 50-56. <https://reunido.uniovi.es/index.php/PST/article/view/7845/7709>
31. Wheaton, B., Muthen, B., Alwin, D., F., & Summers, G. (1977). Assessing Reliability and Stability in Panel Models. *Sociological Methodology*, 8 (1), 84-136.

© 2023 por los autores. Este artículo es de acceso abierto y distribuido según los términos y condiciones de la licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0) (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>).