Factores que influyen en la adherencia a Alcohólicos Anónimos

Alejandra Monge

Universidad de Iberoamérica

Resumen

La presente investigación busca determinar los factores psicosociales que influyen en la adherencia a Alcohólicos Anónimos, en personas que han permanecido en la agrupación por más de dos años en un grupo de la zona de San José. La muestra estuvo conformada por cuatro personas, dos hombres y dos mujeres, con edades entre 35 y 62 años. Se utilizó una entrevista semiestructurada con 115 preguntas. La información fue analizada utilizando el análisis de contenido cualitativo de tipo reductivo. La investigación se llevó a cabo en San José, Costa Rica, entre enero y agosto de 2019. Los resultados muestran que los factores que influyen en la adherencia a AA, se relacionan con la motivación, el apoyo social percibido, la autoeficacia, la percepción de la condición como grave y características propias de AA, como la accesibilidad a la agrupación y la voluntariedad del programa.

Palabras clave: adherencia, Alcohólicos Anónimos, motivación, autoeficacia, apoyo social.

Abstract

This research aims to determine the psychological factors that influence adherence to Alcoholic Anonymous, in people who have remained for more than two years in a group located in San José. The sample consisted of four people, two men and two women, between 35 and 62 years old. A semi-structured interview with 115 questions was used, which was analyzed using a reductive type of qualitative content analysis. This research was carried out in San José, Costa Rica, between January and August 2019. The results show that the psychological factors that influence adherence to Alcoholic Anonymous are related to motivation, perceived social support, self-efficacy, perception of the condition as serious and characteristics of Alcoholic Anonymous, such as accessibility to the group and the voluntary nature of the program.

Keywords: adherence, Alcoholics Anonymous, motivation, self-efficacy, social support.

Aceptado: Enero 2022

Recibido: Diciembre 2021

Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2019) considera que el consumo nocivo de bebidas alcohólicas es uno de los principales problemas de salud que enfrentan las personas en el mundo. Estas afectaciones se observan tanto en enfermedades médicas, como en trastornos mentales y problemáticas sociales que impactan la salud de las personas (OMS, 2019). Tomando lo anterior en consideración, resulta de importancia la implementación de políticas públicas, programas de prevención y educación y tratamientos para el abordaje de trastornos relacionados con sustancias.

Sin embargo, aunque sí existe la implementación de diversos tratamientos para el abordaje de estos trastornos, se identifica un aspecto característico de los mismos, la falta de adherencia. López-Goñi et al. (2008) establecen que el número de abandonos terapéuticos abarca entre un 60% y 80% de los pacientes que acuden a tratamiento. Así mismo, Calvo-García et al. (2016), exponen que el porcentaje de abandonos es entre el 23% y 50% de pacientes tratados en modalidad ambulatoria.

Específicamente en Costa Rica, el tratamiento por enfermedades mentales y del comportamiento por sustancias psicoactivas, ha incrementado, existiendo del 2010 al 2017, un aumento de 36.496 personas necesitadas de tratamiento. Además, se establece el alcohol, como la sustancia por la que más atenciones se reciben. En el caso de esta sustancia, se evidenció que 66,8% de las personas que recibieron tratamiento, no lo hacía por primera vez. Así mismo, se registró que el 25% del total de personas ingresadas por consumo de alcohol, abandonó el tratamiento (Instituto Costarricense sobre Drogas, 2018).

Debido a lo anterior, diversas investigaciones se han centrado en determinar los factores relacionados a la adherencia al tratamiento en trastornos por consumo de sustancias. Calvo et al. (2017) exponen un estudio enfocado en “(...) analizar los factores que aumentan o disminuyen el riesgo de cese temprano voluntario en los programas de intervención con personas con trastornos por uso de sustancias (TUS).” (p. 479).

Dentro de los resultados encontrados, se muestra que la ausencia de la familia y el conflicto familiar son elementos que incrementan la probabilidad de fracaso en la adherencia. En el caso del sexo, se encontró que las mujeres tienen mayor probabilidad de abandono. La cocaína determinó ser la sustancia psicoactiva por la cual se generan más abandonos, debido a la impulsividad mayormente presentada, en comparación a otros consumidores de sustancias psicoactivas y a su labilidad en la motivación para el tratamiento. Asociado a esto, se encuentra que eran personas más jóvenes, lo que aumenta, de igual forma, la probabilidad del abandono (Calvo et al., 2017; De Andrés, 2017).

Esto último, se encuentra también en la investigación desarrollada por De Andrés (2017); quien analiza las variables sociodemográficas, psicosociales y psicopatológicas relacionadas con el consumo, con el tratamiento y con el nivel de autoestima y su relación con el nivel de adherencia al tratamiento. Se evidencia, que en el caso de la situación familiar, aquellos que vivían acompañados, resultaron en una mayor probabilidad de adherencia. Así mismo, se mostró que el soporte familiar y social no son una fuente de mayor adherencia, sin embargo, sí lo es cuando este apoyo se involucra en el tratamiento. En cuanto al tipo de sustancia y la adherencia se estima que la dependencia a más de una sustancia incrementa la posibilidad de abandono, aunque no se encontraron diferencias significativas entre los grupos.

Al hablar de adherencia al tratamiento, esta dependerá en una medida importante, de la complejidad y duración del proceso, así cómo de las características de la enfermedad, los efectos adversos inducidos por el tratamiento, los costos del mismo, las características de la prestación de los servicios de salud, la persona en condición de paciente, etc. (OMS, 2004). Dentro de los mismos encontramos la motivación del paciente, un factor importante además en el tratamiento por consumo de sustancias. Debido a esto, se utiliza la Teoría de la Autodeterminación (TAD), la cual se enfoca en la manera en que las personas regulan sus conductas de forma voluntaria al interactuar con su medio, favoreciendo el bienestar y la motivación. De manera contraria, si la interacción con el ambiente se presenta de manera controlada, la implicación en la conducta se frustra y se desarrolla el malestar (Balaguer, Castillo y Duda, 2008).

En las investigaciones referentes a la adherencia al tratamiento y la TAD, se ha encontrado que la motivación interna y la voluntariedad se asocian con mejores resultados (Ryan et al. 1995; Wild et al. 2006; Simoneau y Bergeron, 2003). Así mismo, se logró identificar que aquellos pacientes que se encuentran tanto, interna como externamente motivados, tiene más probabilidades de persistir en el tratamiento, siempre que la motivación externa esté acompañada de motivación interna (Ryan et al. 1995; Wild et al. 2006; Simoneau y Bergeron, 2003).

A partir de lo anterior, se denota el estudio por parte de la comunidad científica en los factores que influyen en la adherencia y no adherencia a tratamientos formales, sin embargo, ¿qué sucede en un programa no formal que parte de distintas filosofías? Debido a que, si los tratamientos formales cuentan con dificultades y con aspectos propios en la adherencia, ¿qué factores influyen en la adherencia a un grupo como Alcohólicos Anónimos (AA)?

Cabe destacar que AA es una agrupación mundial de personas alcohólicas recuperadas, que han sufrido por el consumo de alcohol y que, por ende, buscan ayudarse mutuamente para alcanzar la recuperación personal y mantener la sobriedad por medio de compartir experiencias, fortaleza y esperanza (Sánchez, 2008).

La respuesta a esta interrogante podría determinar factores psicosociales, que permitan cesar la conducta adictiva y mantener la adherencia terapéutica en un grupo de autoayuda. Así mismo, aporta información sobre un grupo poco estudiado y los distintos factores que, como grupo, podrían influir en la adherencia de manera diferente a otros tratamientos; aportando información útil que podría complementar la metodología de los mismos.

Por lo anterior, se busca determinar los factores psicosociales que influyen en la adherencia a AA, en personas que han permanecido en la agrupación por más de dos años en un grupo de la zona de San José. Enfocándose en analizar la influencia de la motivación extrínseca e intrínseca, el papel del apoyo familiar, el rol de los compañeros y compañeras en AA y la autoeficacia de las personas asistentes a AA.

Dentro de las hipótesis, se considera que los factores psicosociales que influyen en la adherencia a AA son la motivación extrínseca e intrínseca, el apoyo familiar y de los compañeros y compañeras de la agrupación y la presencia de autoeficacia en las personas asistentes. Estas hipótesis surgen de los hallazgos en las investigaciones (Calvo et al., 2017; De Andrés, 2017; Gutiérrez et al., 2009; Ryan et al. 1995) y la bibliografía revisada (Feist et al., 2014; Kadden y Litt, 2011; López-Torrecillas et al. 2002; Reeve, 2010; Stover et al., 2017).

Ryan et al. (1995), identifican la necesidad de motivación extrínseca e intrínseca para la adherencia al tratamiento. Calvo et al. (2017) y De Andrés (2017) evidencian que la presencia de la familia en el proceso, incrementa la probabilidad de adherencia. Así mismo, Gutiérrez et al. (2009), establecen que, las personas que presentan una mayor adherencia a AA son las que se involucran con mayor frecuencia al servicio, presentando un mayor involucramiento con los y las compañeras del grupo.

Con respecto a la autoeficacia, se toma como referencia la funcionalidad de la autoeficacia en los procesos de salud y la teoría de las necesidades psicológicas básicas, expuesta dentro de la TAD. Primeramente, la autoeficacia se conceptualiza como la confianza en la capacidad para realizar determinadas conductas (Feist et al., 2014). Específicamente en el caso de conductas adictivas, existe una marcada relación entre los resultados del tratamiento y las creencias de autoeficacia (Kadden y Litt, 2011; López-Torrecillas et al., 2002).

Con respecto a la teoría de las necesidades psicológicas básicas, está expone el papel que cumplen las necesidades psicológicas básicas (autonomía, competencia y afinidad) en la motivación intrínseca. Específicamente, la competencia, brinda la posibilidad de interactuar de manera eficaz con el ambiente, por medio del ejercicio de las propias capacidades y habilidades. Lo anterior, permite la permanencia de la motivación en la conducta, promoviendo la adherencia y la continua autoeficacia (Reeve, 2010; Stover et al., 2017).

Método

Participantes

La muestra estuvo conformada por cuatro personas, dos hombres y dos mujeres, con edades entre 35 y 62 años, pertenecientes a un grupo de AA de la zona de San José. Cabe resaltar que, el tiempo de asistencia al grupo comprendía entre 2 y 15 años. Las personas participantes presentaron entre 2 y 24 años de abstinencia de consumo de sustancias psicoactivas. La sustancia de consumo predominante fue el alcohol, con un participante que también consumió cocaína. Las edades de inicio del consumo fueron entre los 12-18 años, ingresando a AA entre los 30-35 años. Así mismo, se denotan aspectos que indican severidad en la adicción, como: presencia de síndrome de abstinencia, intentos por controlar o abandonar el consumo, pérdida de interés en actividades que solían ser placenteras, etc. La muestra accedió a participar de forma voluntaria y cada uno firmó un consentimiento informado.

Instrumento

Se utilizó una entrevista semiestructurada con 115 preguntas, indagando primeramente en la severidad de la adicción y seguidamente en la experiencia vivida dentro de AA; tanto al inicio como durante la permanencia y en la actualidad. Las preguntas sobre la severidad de la adicción, se basan en los criterios diagnósticos establecidos en el DSM 5 y el CIE-10. Con respecto a las demás preguntas, se formulan a partir de los aspectos centrales de la investigación: la motivación extrínseca e intrínseca, el papel del apoyo familiar, el rol de los compañeros y compañeras en la agrupación y la presencia de autoeficacia en las personas participantes, sin dejar de lado otros factores que podrían estar implicados.

Procedimientos de recolección

Primeramente, se estableció contacto con un miembro del grupo de AA de la zona de San José, para solicitar la viabilidad de realizar la investigación en dicho grupo. Posteriormente, se indagó en la agrupación, las personas que cumplían con los criterios de inclusión. Una vez seleccionadas las personas, se procedió a contactarlas para realizar la entrevista por medio de videoconferencia.

Procedimientos de análisis

La información fue analizada utilizando el análisis de contenido cualitativo de tipo reductivo (Mayring, 2000). Mediante esta técnica, se procede a realizar categorías basándose en las preguntas de investigación, siendo estas: factores que influyen en la adherencia a AA, motivación extrínseca e intrínseca al ingresar a AA, motivación extrínseca e intrínseca en la adherencia a AA, apoyo familiar percibido al ingresar y durante la permanencia en AA, rol de los compañeros y compañeras en la agrupación al ingresar y durante la permanencia en AA y autoeficacia para dejar el consumo de sustancias psicoactivas, para cambiar el estilo de vida, para asistir a AA y para cumplir con actividades dentro de AA.

Resultados y Discusión

Motivación extrínseca al ingresar y en la adherencia a AA

Al ingresar a AA, las personas participantes presentan ME relacionada a: cumplir con un compromiso establecido por un tercero, las recompensas recibidas por la asistencia a AA, la falta de capacidad económica para costear otro tipo de tratamiento y la evitación de castigos. Lo anterior, presente en tres de las personas participantes.

“El primer día que llego a Alcohólicos Anónimos, llego para cumplir un compromiso que yo tenía con mi sobrino político, pero no llego porque crea en eso, de hecho, nunca había escuchado realmente qué era el programa...” (TZR)

No obstante, en la adherencia a AA, la ME solo se muestra en dos participantes y siendo estos factores la evitación de consecuencias negativas y el miedo a la desaprobación si no se pertenece.

A veces me ha pasado que, dentro del ego, que siento que, si no estuviera en mi agrupación o si no hiciera todo lo máximo mejor posible, las mismas personas dentro del grupo pueden desaprobarme mi forma de actuar, pero creo que está en mi cabeza, creo que es porque yo mismo he desaprobado gente que se va del programa... (AMM)

Motivación intrínseca al ingresar y en la adherencia a AA

En cuanto a la MI al ingresar a AA, se observa la presencia de las necesidades psicológicas básicas de competencia, autonomía y afinidad. La competencia se evidencia en tres de las personas participantes, al expresar la necesidad de sentirse efectivos ante lo que AA les proponía que hicieran.

“Sí, como le digo, sí estaba claro en qué quería dejar de consumir, indiferentemente si Alcohólicos Anónimos me decía que hiciera tales pasos, pues estaba dispuesto a hacerlo, estaba dispuesto a seguir esas sugerencias.” (VAB)

Así mismo, se observa la autonomía, debido a la voluntad propia expresada por las personas participantes, buscando su propia decisión de ingresar, así como el deseo de hacerlo.

Sí, fue por voluntad propia, sin embargo, tuve la sugerencia de una compañera que me invitó a Alcohólicos Anónimos, meramente a un internamiento. Yo nunca me interné, pero sí, ella me invitó para que viera cómo funciona, entonces ahí me di cuenta que en realidad sí necesitaba de Alcohólicos Anónimos, pero fue voluntad propia. (MMA)

Con respecto a la afinidad, únicamente uno de los participantes expresa que su ingreso a AA también se relaciona con la satisfacción de esta necesidad psicológica básica.

...primero era socializar, eso era mi primer meta, hacerme amigo de todos y conocer a todos, conocer cómo funcionan, sentirme incluido [...] aparte de eso fue como que el lugar donde yo estoy actualmente [grupo de la zona de San José], es un lugar muy diferente a los otros lugares en los que frecuenté antes de dejar de consumir. Entonces, la calidez humana y la forma de trato de donde estoy ahorita me animaron a quedarme. (AMM)

En las demás personas participantes, no se evidencia la afinidad, ya que expresan que no buscaban sentirse pertenecientes a AA, debido a la noción de lo que AA representaba para ellas.

No, no quería pertenecer a la agrupación. De hecho, tenía un concepto no muy bueno de Alcohólicos Anónimos, de hecho, pensaba que los alcohólicos anónimos eran gentes fracasadas, personas que ya les habían dado ultimátum en todo, gentes igual a mi verdad, que venían del caos. (MMA)

Por otro lado, en la adherencia a AA, se observa la satisfacción de las tres necesidades psicológicas básicas. Primeramente, se observa en los cuatro discursos la competencia, donde buscan utilizar sus propias capacidades y habilidades para cumplir con el programa de AA y de esta manera, tratar de dominarlo de manera efectiva.

Sí, así me siento, capaz de seguirlo haciendo. [...] Sí, esa es la meta, poder dominarlo, hacerlo un hábito en el diario vivir. ...lo hago porque me gusta, porque me realizo como persona [...] permanezco aquí porque por primera vez en la vida me empiezo a sentir una persona útil, después de venir con un gran sentimiento de inutilidad, de que no servía para nada... (VAB)

Por otro lado, se encuentra la autonomía, donde expresan que se mantienen en AA por voluntad propia y porque es una actividad que disfrutan y les parece interesante. Lo anterior, haciendo referencia tanto a pertenecer a AA, como desarrollarse en el *servicio*. Cabe aclarar que este término se refiere a las actividades a realizar dentro de AA, por ejemplo: brindar calor humano, el servicio doméstico (limpiar, barrer, lavar tazas...) y el apadrinamiento o amadrinamiento.

Sí, la disfruto mucho y me parece interesante y no solo interesante, sino que indispensable para mi vida. ...y, por otro lado, porque me gusta, a mí me gusta lo que tiene que ver con Alcohólicos Anónimos y yo no lo veo como servicio, es un compartir, no son tareas, es un compartir. (MMA)

Por último, se encuentra la necesidad psicológica básica de afinidad, la cual se ve satisfecha en los cuatro discursos. Se identifica que, también permanecen en AA, por la vinculación con los demás integrantes, por sentirse pertenecientes y por la creación de relaciones significativas y saludables. Esto se evidencia en acciones como las relaciones de amistad que mantienen, que se basan en el apoyo mutuo y que, además, conlleva a practicar uno de los *servicios* que consiste en llevar el mensaje a la persona alcohólica que ingresa a la agrupación buscando ayuda.

...me nace transmitírsele a otras personas que llegaron, así como yo llegué al principio. Entonces por eso estoy ahí, porque yo sé que hay mucha gente que necesita esto y que está mal, verdad y que va a llegar y que va a seguir llegando gente buscando ayuda, así como yo la busqué al principio y eso me motiva también a seguir frecuentando ese lugar para transmitir a otros lo que a mí se me dio, verdad. (VAB)

Tomando en consideración los resultados evidenciados en las categorías anteriores, se encuentra que tanto la ME como la MI, influyen en la adherencia a AA. Esto se relaciona con lo que plantea Ryan et al. (1995) en su investigación, donde se encuentra que para que la adherencia funcione, no se puede contar únicamente con la ME, de manera que esta debe ir acompañada por la MI.

Sin embargo, la MI tiene un papel más predominante que la ME; es decir, la adherencia a AA se asocia más a la satisfacción de las necesidades psicológicas básicas, que a motivadores extrínsecos. De manera que, aunque sí se cumple con lo que proponen Ryan et al. (1995), se hace mención de que la presencia de la MI, es más importante para la permanencia en AA. Es decir, el gusto por asistir, por compartir y por continuar desarrollando sus habilidades dentro del programa, representa un factor importante para la adherencia a AA, respectivamente.

Lo anterior también se observa en la investigación de Wild, Cunningham y Ryan (2006), donde la presión social no está relacionada con el compromiso del cliente a la hora de buscar tratamiento, sino que está predicho porque el cliente se identificó con las metas del tratamiento y la decisión personal de atender al mismo. No obstante, aunque los autores se centran en la MI, en la presente investigación la presión social sí estuvo relacionada en el ingreso a AA y en el compromiso con el mismo; sin dejar de lado, que las personas participantes sí se identificaron con las metas del tratamiento. Donde se sugiere que las personas usuarias deben tener un objetivo claro en cuanto a lo que esperan lograr con la asistencia a AA y que este debe poseer relevancia en sus vidas.

Así mismo, se cumple con lo que plantea la TAD, donde la regulación de las propias conductas de forma voluntaria y volitiva, favorece la implicación y el bienestar; tal y como se observa en los resultados, donde la implicación en AA de forma voluntaria mejora el bienestar de las personas participantes. De igual manera, en el participante que no se involucra al inicio de manera voluntaria; pero, su implicación cambia conforme transcurre el tiempo, se denota el aumento en el bienestar. Además, el bienestar percibido se asocia con la satisfacción de las necesidades psicológicas básicas, aspecto que se plantea por medio de la TAD. La satisfacción de la competencia, autonomía y afinidad resultan de relevancia para el involucramiento adecuado en una tarea.

Dentro de la TAD, específicamente en la teoría de la evaluación cognitiva, se hace énfasis en la interpretación de los eventos como informativos, controladores o amotivantes, por parte de la persona y su influencia en la MI. De manera que, se concuerda con Ryan y Deci (2017) al establecer que cuando un evento es percibido como informativo y hay presencia de autonomía, se fomentan los sentimientos de competencia y el PLOC interno. De manera que, brindar realimentación de utilidad sobre la forma en que la persona interactúa con el ambiente, potencia la MI de la persona. Por ende, la información brindada por las personas integrantes de AA a las personas de reciente ingreso, es un factor que permite incrementar la MI y contribuir a la adherencia.

Apoyo familiar percibido al ingresar y durante la permanencia en AA

Al ingresar a AA, se evidencia la presencia del apoyo por algún miembro de la familia en tres de las personas participantes; siendo este, percibido en forma de comentarios o acciones que impulsaban la continuidad en AA. La persona participante que no percibió apoyo familiar, señala que no comentó su ingreso a AA, por lo que el apoyo fue nulo.

Ellos [los hijos] iban al grupo porque querían ver qué realmente estaba haciendo, qué era el programa. Un día en la casa, venía de una gira de Limón y les dije [a los hijos] que estaba muy cansada para ir al grupo y me dice una de mis hijas, “ah si fuera a consumir sí se alista y se va”. Esas palabras eran como impulsos, yo decía, “es cierto”, entonces me alisto y me voy al grupo. Ellos estaban muy pendientes de eso, de que fuera al grupo. (TZR)

Con respecto al apoyo familiar percibido durante la permanencia en AA, se evidencia en las cuatro personas participantes. Se manifiesta por medio de no cuestionar la asistencia a reuniones, instar a la asistencia a reuniones y respecto por el espacio y tiempo dedicado a las mismas y a asuntos asociados con AA.

...el [hermano] sabe cocinar y cocina cosas como con licor, entonces él lo que hace es hacer aparte una pierna de cerdo, por ejemplo, pensando en eso, para mí eso es un apoyo. Tal vez ellos, como le decía al principio, no son de meterse en eso de ir al grupo, sus motivos tendrán, no son muy románticos, pero ellos han visto un cambio y dicen, “de verdad que sí, ayudémosle” y se han tomado muy en serio en lo uno está haciendo en Alcohólicos Anónimos y yo veo esas pequeñas grandes cosas que, por ejemplo, que mi hermano saque de su tiempo para cocinar algo aparte, que no tenga licor, eso significa mucho para mí. (VAB)

De manera que, se encuentra que existe apoyo por parte de alguna persona miembro familiar de las personas participantes y esto incrementa el tiempo y la implicación en AA; es decir, no son una barrera o impedimento para la asistencia o involucramiento a la agrupación, por lo cual se cumple con la hipótesis establecida. Así mismo, se observa en las investigaciones (Calvo et al., 2017 y De Andrés, 2017) que el apoyo familiar resulta en una mayor probabilidad de adherencia.

Sin embargo, resulta de importancia investigar este factor con mayor determinación; es decir, comparar aquellas personas que se adhieren a AA sin y con apoyo familiar e indagar si hay diferencias. Así mismo, De Andrés (2017), establece que el apoyo familiar es una fuente de mayor adherencia si este se involucra en el tratamiento, acción que no se realiza en AA, debido a la individualidad del tratamiento. No obstante, sería de relevancia la investigación de la adherencia en casos en donde la familia se involucra en tratamientos para ellos mismos y las secuelas que la adicción pudo ocasionar; por ejemplo, en procesos terapéuticos o en programas como Al-Anon, Alateen o Nar-Anon, grupos que ayudan a personas familiares de personas con adicciones.

Rol de los compañeros y compañeras en la agrupación al ingresar y durante la permanencia en AA

Se observa que el rol de los compañeros y compañeras, se basa en fungir como una fuente de apoyo, por medio de la escucha y confianza, al brindarles sugerencias, por el trato cálido y a través del apadrinamiento o amadrinamiento. Lo cual se evidencia en las cuatro personas participantes y tanto al ingresar como durante su permanencia en AA.

...había varias personas que me apoyaban mucho. Tenía como un comité de apoyo, no solamente mi madrina, tenía un par de compañeros que me apoyaban y me inspiraban a que siguiera yendo. ...yo tenía una red de contención en Alcohólicos Anónimos en la cual yo llegaba a amadrinarme muy temprano, de 4 a 5 de la tarde y después me tenía que quedar en Alcohólicos Anónimos de 5 a 7:30. Tenía personas alrededor mío, con las que podía hablar, con los compañeros con los que tenía afinidad, que eran los que me estaban ayudando y si no, tenía la posibilidad de hablar de cualquier compañero de cualquier cosa. (TZR)

Lo anterior, se asocia con los determinantes de la adherencia establecidos por la OMS, donde es importante que exista la empatía y apoyo emocional por aquellas personas que brindan el tratamiento. De igual manera, Secades y Fernández (2000) realizan una investigación que se relaciona con lo encontrado, donde la adherencia tiene mayor relación con lo que las personas profesionales realizan en nivel de tratamiento que con las características presentadas por las personas en condición de paciente. De manera que, el apoyo de las personas integrantes de AA, manifestado en la escucha, atención, accesibilidad y confianza, a lo largo del tiempo, permite que las personas puedan involucrarse a AA con mayor facilidad.

Autoeficacia para dejar el consumo de sustancias psicoactivas, cambiar el estilo de vida y asistir y cumplir con actividades dentro de AA

Con respecto a la autoeficacia para dejar el consumo de SPA, dos de las personas participantes evidencian no sentirse capaces, exponiendo la creencia en que un Poder Superior les iba a brindar la capacidad de hacerlo y también, la creencia de que el proceso iba a ser temporal.

Yo no me sentía capaz, yo creía que eso iba a ser temporal, era como antes que yo empezaba proyectos y los había visto temporales. Yo pensaba o tenía la duda de que esto fuera temporal. (TZR)

En el caso de las otras dos personas participantes, sí expresan sentirse capaces.

...ellos de alguna u otra forma me enseñaron a vivir un día a la vez, ...pero no, nunca me puse como una meta, yo creo que tal vez, yo me sentía capaz de hacerlo, un día a la vez. (VAB)

En cuanto a cambiar el estilo de vida, asistir y cumplir con actividades dentro de AA, tres de las personas participantes denotan la percepción de autoeficacia, específicamente con asistir a AA, se asocia con el gusto por ir.

“...de hecho a mi Alcohólicos Anónimos me encanta. Me gusta mucho, es parte de mi vida.”. (MMA)

Así mismo, una de las personas participantes expresa no percibirse autoeficaz al principio, denotando inseguridad a la hora de realizar el *servicio*; no obstante, durante su permanencia en AA, esta autoeficacia fue incrementando.

La primera vez que fui a limpiar, me sentía con mucha desconfianza de no poder limpiar bien y después me di cuenta que hasta ya he limpiado solo, entonces, con el pan, también tuve que aprender y me sentía con desconfianza de hasta como embarrar la mantequilla, pero después, esa desconfianza se transformó en seguridad. (AMM)

Bandura establece que la autoeficacia es un elemento relacionado con la adquisición, mantenimiento y cambio en la conducta (López-Torrecillas et al., 2002). La autoeficacia es un factor que estuvo presente en la mayoría de las personas participantes desde el ingreso a AA y que se reafirmó al adherirse al mismo.

Por otro lado, se difiere de lo establecido por Feist et al. (2014), donde la autoeficacia aumenta en tareas que se consiguen personalmente, a diferencia de las que se obtienen con ayuda de los demás. En este caso, dejar de consumir y cambiar el estilo de vida se alcanzan con ayuda y guía de los demás, donde no se observa disminución en la percepción de autoeficacia. Al contrario, se evidencia la presencia de una percepción de autoeficacia más consolidada con el transcurrir del tiempo.

Por otro lado, se evidencia el rol predominante que cumplen los modelos sociales en el caso de la adherencia a AA, donde la persona, al observar a las personas integrantes de la agrupación conseguir logros buscados por el mismo busca y que, además, cuenta con capacidades similares para lograrlo, aumenta la autoeficacia. De manera tal que, el modelado representa ese medio por el cual la persona obtiene el aprendizaje de los cambios que influyen en la adherencia a AA; cambios como el dejar de consumir y realizar el servicio.

Por otro lado, se discrepa con lo establecido por Feist et al. (2014), quienes exponen que los estados fisiológicos y emocionales desarrollan un cambio en el desempeño, con tendencia a reducirlo. A diferencia de este planteamiento, se observa que el estado emocional fuerte o desagradable, impulsa la búsqueda por cambiar la conducta de consumo, donde hay un incremento en el desempeño. De manera que, los estados emocionales como la inestabilidad emocional, la depresión, el miedo y la angustia, generan en el ingreso a AA una diferencia, en las creencias de autoeficacia. Es destacable que esto debe ir en conjunto con los modelos sociales.

Esto se asocia con lo encontrado en la investigación de Ryan et al. (1995), donde se establece que para que la persona se integre a un tratamiento, es necesario un cierto nivel de estrés emocional, problemas en la vida o perturbación psiquiátrica. Lo cual también se relaciona con lo que en AA se conoce como *tocar fondo*, en donde la persona alcohólica debe experimentar severidad en su estado emocional para iniciar un proceso de sobriedad.

Bandura (1977), citado en López-Torrecillas et al., (2002) establece que la autoeficacia favorece la participación activa en el tratamiento, así como en la persistencia en el mismo. Esto se relaciona con la autoeficacia percibida en las distintas acciones por realizar dentro de AA, donde se evidencia en las personas participantes que la autoeficacia favorece la participación activa en el tratamiento y conlleva un constante crecimiento. Así mismo, esto se asocia con la satisfacción de la competencia, donde la búsqueda de sentirse eficaces motiva la permanencia en la agrupación.

Factores que influyen en la adherencia a AA

Esta categoría integra los factores psicosociales que influyen en la adherencia a AA. Con el objetivo de poder establecerlos, se toman como referencia los determinantes de la adherencia establecidos por la OMS (2004). Estos se refieren a los comportamientos de la persona prestadora de asistencia sanitaria, factores del sistema de salud y los atributos de la persona en condición de paciente; adecuando cada uno al programa de AA.

Primeramente, se encuentran los comportamientos de la persona prestadora de asistencia sanitaria, que, en este caso, se hará referencia a los comportamientos de los y las integrantes de AA. Donde se encuentran, como factores que influyen en la adherencia, los siguientes: la comunicación y el apoyo emocional. Se hace referencia a cómo esta comunicación; es decir, sugerencias de cómo realizar las diferentes acciones, propició un cambio en las personas participantes.

La OMS (2004) establece que aquellos profesionales que interactúan y se comunican con las personas en condición de paciente, brindan información y muestran empatía y apoyo, favorecen la adherencia de la persona, aspectos vistos en las personas integrantes de AA, tanto al ingreso como en la permanencia en la agrupación.

Yo no sabía lo que Alcohólicos Anónimos me iba a dar, yo no lo esperaba, lo único que yo sentía era que ahí tenía que estar, tal vez por eso es que ahí se maneja el plan de 24 horas, verdad, manéjelo solo por hoy y eso me ayudó mucho a no futurizar y ponerme metas, de aquí a fin de año tengo que estar sobrio, no, ellos de alguna u otra forma me enseñaron a vivir un día a la vez. (VAB)

Seguidamente, se encuentran los factores del sistema de salud, que para esta investigación hacen referencia a los factores relacionados con AA. Dentro de estos, se evidencian: la accesibilidad a la agrupación y la voluntariedad.

La OMS (2004) expone que los factores del sistema de salud facilitan la adherencia; es decir, sistemas de salud que presentan barreras o impedimentos para acceder a los procesos de salud, dificultan el establecimiento de la adherencia. Tomando esto como referencia, se discrepa con las estrategias para disminuir el abandono en los programas de tratamiento propuestas por Secades y Fernández (2000), específicamente en el caso de AA. Los autores plantean la necesidad de aumentar la dificultad para entrar en un programa de tratamiento, lo cual resulta contrario a lo evidenciado en esta investigación. La presencia de obstáculos para entrar a AA podría disminuir la adherencia al mismo, observándose como dificultoso su ingreso y permanencia.

...me dice que tiene un sobrino que está en Alcohólicos Anónimos, que si quiero hablar con él. [...] Al día siguiente, este sobrino de mi exesposo me vuelve a llamar y yo le contesto y él habla conmigo durante tres horas y me pasa el mensaje de Alcohólicos Anónimos y me invita a ir a las actividades que hay la semana siguiente, que era la Semana de la Gratitude... (TZR)

Con respecto a la percepción de la gravedad de la enfermedad, se hace referencia a lo que las personas participantes refieren en sus últimos días de consumo y que los impulsa a ingresar a AA. la OMS (2004) señala que este factor impresiona estar correlacionado con la adherencia, aspecto que se evidencia en la investigación. Sin embargo, dentro de las investigaciones encontradas, hacen referencia al grado de severidad del problema y no a la percepción que se tenga sobre éste. Por ende, sería importante la investigación de la severidad de la adicción como factor que influye en la adherencia a AA.

Una cosa que me hizo reaccionar a mí mucho fue que yo era muy indiferente a los llantos de mi mamá o ver a mi hermano sufrir o ver al otro sufrir, no me importaba. Hasta un punto que los exponía aquí por las deudas de drogas que tenía... (AMM)

Tomando como referencia lo anterior, se evidencia que los factores que influyen en la adherencia a AA, se relacionan con la motivación, el apoyo social percibido, la autoeficacia, la percepción de la condición como grave y características propias de AA, como la accesibilidad a la agrupación y la voluntariedad del programa. De manera que, se determina también la adherencia como un proceso complejo, donde median tanto aspectos de la persona como ser que busca una solución a su condición, como factores relacionados con AA como agrupación.

Referencias

- Balaguer, I., Castillo, I. y Duda, J. (2008). Apoyo a la autonomía, satisfacción de las necesidades, motivación y bienestar en deportistas de competición: un análisis de la Teoría de la Autodeterminación. *Revista de Psicología del Deporte*, 17(1), 123-139. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/2351/235119246002.pdf>
- Calvo, F., Carbonell, X., Valero, R., Costa, J., Turró, O., Giralt, C. y Ramírez, M. (2017). Abandono precoz y retención en servicios ambulatorios de drogodependencias: análisis transversal comparativo de factores que aumentan o disminuyen la adherencia. *Atención Primaria*, 50(8), 477-485. doi: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2017.06.006>
- Calvo-García, F., Costa-Ribot, J. y Valero-Piquer, R. (2016). Motivos de abandono temprano de pacientes en tratamiento ambulatorio de adicción a sustancias. *Originales*, 41(1), 41-55. Recuperado de https://www.researchgate.net/profile/Fran_Calvo/publication/318380718_Motivos_de_abandono_temprano_de_pacientes_en_tratamiento_ambulatorio_de_adiccion_a_sustancias_Reasons_for_drug-addiction_outpatients_giving_up_treatment_prematurely/links/59667c0daca2728ca66d7836/Motivos-de-abandono-temprano-de-pacientes-en-tratamiento-ambulatorio-de-adiccion-a-sustancias-Reasons-for-drug-addiction-outpatients-giving-up-treatment-prematurely.pdf
- De Andrés, S. (2017). Factores asociados con la adherencia al tratamiento en pacientes con drogodependencias. *Metas de Enfermería*, 20(2), 18-24. Recuperado de <https://www.enfermeria21.com/revistas/metas/articulo/81031/factores-asociados-con-la-adherencia-al-tratamiento-en-pacientes-con-drogodependencias/>
- Feist, J., Feist, G. y Roberts, T. (2014). *Teorías de la personalidad*. México D.F.: McGraw Hill Education.
- Gutiérrez, R., Andrade, P., Jiménez, A., Saldívar, G. y Juárez, F. (2009). Alcohólicos Anónimos (AA): aspectos relacionados con la adherencia (afiliación) y diferencias entre recaídos y no recaídos. *Salud Mental*, 32(5), 427-433. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v32n5/v32n5a9.pdf>
- Instituto Costarricense sobre Drogas. (2018). *Informe de Situación Nacional sobre Drogas y Actividades Conexas*. Recuperado de http://www.icd.go.cr/portalicd/images/docs/uid/informes/SituacionNac/CR_SituacionNacional_DrogasActivConexas_2017.pdf

- Kadden, R. y Litt, M. (2011). The Role of Self-Efficacy in the Treatment of Substance Use Disorders. *Addict Behav.*, 36(12), 1120-1126. doi:10.1016/j.addbeh.2011.07.032
- López-Goñi, J., Fernández-Montalvo, J., Illescas, C., Landaluce, N. y Lorea, I. (2008). Razones para el abandono del tratamiento en una comunidad terapéutica. *Trastornos Adictivos*, 10(2), 104-111. doi: 10.1016/S1575-0973(08)74552-5
- López-Torrecillas, F., Salvador, M., Verdejo, A. y Cobo, P. (2002). Autoeficacia y consumo de drogas: una revisión. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 2(1), 33-51. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2518067>
- Mayring, P. (2000). Qualitative Content Analysis. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 1(2). <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0002204>
- Organización Mundial de la Salud. (2004). *Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción*. Recuperado de <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/WHO-Adherence-Long-Term-Therapies-Spa-2003.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2019). *Informe sobre la situación mundial del alcohol y la salud 2018: resumen*. Recuperado de http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/51352/OPSNMH19012_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Reeve, J. (2010). *Motivación y emoción*. Santa Fe: The McGraw Hill.
- Ryan, R., Plant, R. y O'Malley, S. (1995). Initial motivations for alcohol treatment: relations with patient characteristics, treatment involvement, and dropout. *Addictive Behaviors*, 20(3), 279-297. Recuperado de https://www.academia.edu/11912185/Initial_motivations_for_alcohol_treatment_Relations_with_patient_characteristics_treatment_involvement_and_dropout
- Sánchez, A. (2008). Alcohólicos Anónimos, qué es y cómo funcionan: análisis y fundamentos. *Anuario de Investigación en Adicciones*, 9(1), 97-104. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/236577773_Alcoholicos_Anonimos_que_es_y_como_funcionan_analisis_y_fundamentos
- Simoneau, H. y Bergeron, J. (2003). Factors affecting motivation during the first six weeks of treatment. *Addictive Behaviors*, 28, 1219-1241. doi:10.1016/S0306-4603(02)00257-5
- Stover, J., Bruno, F., Uriel, F. y Fernández, M. (2017). Teoría de la Autodeterminación: una revisión teórica. *Perspectivas en Psicología: Revista de Psicología y Ciencias Afines*, 14(2), 105-115. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/4835/483555396010.pdf>
- Wild, C., Cunningham, J. y Ryan, R. (2006). Social pressure, coercion, and client engagement at treatment entry: A self-determination theory perspective. *Addictive Behaviors*, 31, 1858-1872. doi: <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2006.01.002>