

# Factores de tratamiento terapéutico en identidad de recuperación en personas con trastorno por consumo de sustancias: análisis de contenido

Alexis Amelio Fernández Flores<sup>1</sup>, Alberto Castro Valles<sup>1</sup>, María Nieves González Valles<sup>1</sup>, Irene Concepción Carrillo Saucedo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Departamento de Ciencias Sociales, Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, Chihuahua, México.

## RESUMEN

**Introducción:** Diversos estudios han demostrado que algunos componentes ubicados dentro del tratamiento son importantes en la construcción de una nueva identidad de recuperación y en el abordaje de los trastornos por consumo de sustancias. **Objetivo:** el presente estudio tiene como objetivo explorar el impacto de la interacción de algunos factores relacionados con el tratamiento en la interiorización de una identidad de recuperación a largo plazo y la lógica interna que sigue a la maduración de este proceso, según la opinión de personas con trastorno por consumo de sustancias que llevan más de un año de abstinencia. **Método:** se empleó un análisis de contenido deductivo que se operacionalizó sobre la base del conocimiento previo con entrevistas semiestructuradas a nueve participantes diagnosticados con un trastorno por consumo de sustancias que se encontraban en estado de abstinencia mayor a un año, seleccionados mediante procedimientos de intencionalidad y bola de nieve. **Resultados:** las categorías principales exploradas que resultaron relevantes fueron el tiempo de tratamiento prolongado y atención continua, la motivación al cambio y la calidad del tratamiento recibido. **Discusión y conclusiones:** los hallazgos mostraron la importancia de acudir de manera continua y activa a las sesiones de tratamiento para alcanzar una identidad de recuperación estable, la necesidad de la catarsis como ayuda para la transición hacia la sobriedad y la aceptación consciente del carácter crónico de la enfermedad. También se destacó la necesidad y búsqueda voluntaria de ayuda tras haber vivido experiencias críticas y acumulativas de sufrimiento asociadas a “tocar fondo”, la calidad del tratamiento para consolidar una rehabilitación fortuita, y el apoyo de los pares para el incremento de la autoeficacia y la motivación hacia el cambio.

**Palabras clave:** identidad de recuperación, tiempo de tratamiento, motivación al cambio, apoyo de pares.

## ABSTRACT

**Introduction:** Various studies have shown that some components located within the treatment are important in building a new recovery identity and in addressing substance use disorders. **Objective:** the present study aims to explore the impact that the interaction of some treatment-related factors has on the internalization of a long-term recovery identity and the internal logic that follows the maturation of this process from the Opinion of people with substance use disorder who have been abstinent for more than a year. **Method:** a deductive content analysis was used that was operationalized on the basis of prior knowledge with semi-structured interviews with 9 participants diagnosed with a substance use disorder who were in a state of abstinence for more than one year, selected through intentionality and snowball. **Results:** the main categories explored that were relevant were: prolonged treatment time and continuous care, motivation to change, and quality of treatment received. **Discussion and conclusions:** the findings showed the importance of continuing and active treatment to achieve a stable recovery identity, the need for catharsis as an aid for the transition to sobriety and the conscious acceptance of the chronic nature of the disease. Also, the need and voluntary search for help was highlighted after having experienced critical and cumulative experiences of suffering associated with “hitting rock bottom”, the quality of treatment to consolidate a fortuitous rehabilitation, and the support of peers to increase self-efficacy and motivation towards change.

**Keywords:** recovery identity, treatment time, motivation to change, peer support.

## Autor de correspondencia:

Alexis Amelio Fernández Flores.

Universidad Autónoma de Ciudad Juárez. Avenida Heroico Colegio Militar s/n., C.P. 32300, Ciudad Juárez, Chihuahua, México.

Tel: (52) 656 5279599. Correo electrónico: al199201@uacj.mx

Fecha de recepción: 24 de abril de 2023

Fecha de aceptación: 17 de julio de 2023

doi: 10.28931/riiad.2023.2.08

## INTRODUCCIÓN

Diversos estudios han demostrado cómo la presencia de algunos componentes ubicados dentro del tratamiento son sumamente valiosos en la construcción de una nueva identidad de recuperación y en el abordaje de los trastornos por consumo de sustancias (Bassuk et al., 2016; De Andrade et al., 2019; Kowalski, 2019; Mckay, 2021; Park et al., 2020; Pinto et al., 2019; Rome et al., 2017). No obstante, aún se conoce poco sobre qué interacción específica de factores influye más en el razonamiento y la toma de decisiones para dejar el consumo a largo plazo, cómo se inicia la interiorización de esta nueva identidad social, o los cambios subjetivos graduales que surgen en este proceso (Velez et al., 2017; Wenaas et al., 2021a). Algunas investigaciones han permitido entender en cierta medida la lógica interna que siguen estas transformaciones en la subjetivación de ex consumidores recuperados, pero todavía es necesario explorar en mayor profundidad esta temática para arribar a hallazgos más concluyentes (Bahl et al., 2019; Barnett et al., 2021; Beckwith et al., 2019; Dillon et al., 2020; Mittelmark et al., 2017; Webb et al., 2022; Wenaas et al., 2021a).

Estudios como el de Buckingham et al. (2013) han resaltado que la identidad de recuperación se asocia con la autoeficacia y predice tanto el número de meses que un participante se mantendrá en abstinencia, así como la reducción en su comportamiento de consumo.

Otras investigaciones también destacan que la satisfacción del paciente con la calidad de los servicios prestados durante el periodo de tratamiento es un predictor significativo vinculado al desarrollo de una nueva identidad de recuperación (Andersson, 2017; Stallvik et al., 2019; Stott y Priest, 2018; Weston et al., 2018). Se ha expresado de manera cada vez más consistente, que un mayor apoyo terapéutico y de pares recibido evoca un mayor involucramiento en el contexto de rehabilitación y un aumento significativo de la predisposición y el mantenimiento de modificar conductas adictivas (Bathish et al., 2017; Bjornestad et al., 2019; Hser et al., 2004; Hutchison et al., 2018; Pettersen et al., 2019). Incluso, se plantea que si los pacientes se identifican fuertemente con grupos que promueven la abstinencia o la recuperación, se obtienen mejores resultados (Buckingham y Best, 2017).

Algunos autores mencionan que para que este comportamiento de abstinencia asimilado mediante la interacción grupal se mantenga continuo e individualizado a largo plazo y constituya una transformación de identidad, es necesario que se produzca un cambio de comportamiento menos esforzado y más sostenible, (Caldwell et al., 2018). Generalmente, diferentes estudios sostienen que el tiempo que se necesita para internalizar dicha re-

cuperación de manera permanente oscila en un rango de entre 1 y 5 años, y llega a considerarse totalmente “autosuficiente” al cabo de un quinquenio (Flynn et al., 2003; El-Guebaly, 2012).

Un fenómeno tan complejo necesita ser abordado desde una mirada holística, no obstante, sólo un reducido número de estudios cualitativos han planteado, desde la complejidad, un enfoque integral para comprender el proceso de recuperación de las personas con trastornos por consumo de sustancias (Bjørlykhaug et al., 2022; Bjornestad et al., 2019; Veseth et al., 2019; Wangensteen y Hystad, 2022).

Por consiguiente, el objetivo de este estudio fue explorar el impacto que tiene la interacción de algunos factores relacionados con el tratamiento en la interiorización de una identidad de recuperación a largo plazo, y la lógica interna que sigue a la maduración de este proceso desde la opinión de ex consumidores que llevan más de un año de abstinencia..

## MÉTODO

### Participantes

El presente estudio se realizó con perspectiva cualitativa mediante entrevistas semiestructuradas a nueve ex consumidores que estuvieron en rehabilitación residencial por más de un año, en una instalación ubicada en un área urbana de Ciudad Juárez, Chihuahua, México. El reclutamiento se realizó mediante un muestreo en cadena o bola de nieve, puesto que los participantes potenciales (ex consumidores recuperados) del estudio eran difíciles de encontrar. Los consejeros recomendaron otros posibles participantes que presentasen más de un año de abstinencia. La apertura flexible en los criterios de selección originó la inclusión de casos heterogéneos con un rango variado de abstinencia en periodo de años y diversidad en la sustancia consumida. Los datos sociodemográficos de los sujetos seleccionados se presentan en la Tabla 1.

### Plan de análisis

La recolección de datos implicó entrevistas semiestructuradas en profundidad. El principal tema fueron los tres factores de tratamiento relacionados con la interiorización de la identidad de recuperación (tiempo de tratamiento prolongado, atención continua con motivación al cambio, y calidad del tratamiento), así como los procesos que se modifican a medida que se avanza hacia la recuperación por la influencia de estos factores terapéuticos. Las entrevistas individuales se llevaron a cabo de

manera presencial en un lugar tranquilo en una de las habitaciones de la instalación, por un único entrevistador con formación académica y experiencia con personas con trastorno por consumo de sustancias. La guía de entrevista completa está disponible a petición del autor correspondiente (AAFF).

No se presentó ningún abandono por parte de los participantes durante el proceso de recolección de datos durante tres meses (noviembre de 2021 a enero de 2022). Todas las sesiones fueron grabadas en audio con el permiso de los participantes y luego transcritas profesionalmente, las cuales a su vez fueron analizadas de modo textual. El rigor o la confiabilidad de este estudio cualitativo se garantizó tomando en cuenta criterios importantes como: credibilidad, confiabilidad, conformidad y transferibilidad (Rebar y Macnee, 2010) mejorando la validez de contenido mediante procedimiento de jueceo de especialistas bajo los criterios sugeridos por Lincoln et al. (1985).

En primer lugar se determinaron los conceptos primarios de categorías y subcategorías mediante una matriz de categorización. Después, se obtuvieron los códigos primarios extraídos de las entrevistas por medio de

la delimitación y descomposición del texto en unidades semánticas a través de la señalización de índices y elaboración de indicadores. A continuación, los códigos fueron analizados, comparados, resumidos y categorizados en correspondencia con las subcategorías y categorías elaboradas con base en las construcciones teóricas extraídas de la literatura. Los códigos del análisis de contenido se construyeron deductivamente usando un esquema de codificación a priori basado en los pasos descritos por Hsieh y Shannon (2005). La construcción de la matriz de categorización y codificación de los datos por categorías tuvo en cuenta el diálogo entre co investigadores y la consulta de temas pre identificados desde la literatura (Franklin y Ballau, 2005; Graneheim y Lundman, 2004).

Se tomaron notas provenientes de la grabación de audio hasta que los datos se volvieron repetitivos o redundantes, además de considerarse que los temas estaban adecuadamente representados o ejemplificados en los datos mediante análisis de contenido deductivo (Saunders et al., 2018). En concreto, se seleccionó un tamaño de participantes de entre 6 y 13 sujetos con base en recomendaciones para estudios cualitativos de esta naturaleza (Francis et al., 2010; Guest et al., 2006). En la octava entrevista se observaron hallazgos repetitivos, por lo que se decidió detener el criterio en una entrevista más (Francis et al., 2010) (Tabla 2).

Finalmente, el análisis de los datos se sometió a la introducción de una auditoría externa aprovechando la experiencia y disposición de dos colegas calificados con grado de doctorado que trabajan como investigadores en una universidad pública local, en aras de garantizar mayor rigor metodológico al estudio. En cuanto a la facilitación de la transferencia, se ofreció una descripción lo más clara, detallada, profunda y completa posible, pero a la vez nítidas y sencillas, sobre el contexto donde se realizó el estudio, la selección y características de los participantes, así como los datos de recolección y proceso de análisis (Graneheim y Lundman, 2004).

**Consideraciones éticas**

El estudio se realizó mediante consentimiento informado y se enfatizó el resguardo, anonimato y confidencialidad de los datos con carácter voluntario. El protocolo fue aprobado por el Comité de Ética para la Investigación de la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez (UACJ).

**RESULTADOS**

De las nueve entrevistas se extrajeron 271 códigos primarios provenientes de la delimitación de unidades

Tabla 1  
Características sociodemográficas de los participantes

Características sociodemográficas	(n = 9) n (%)
Tiempo de sobriedad	
Entre 1 y 4 años	7 (63%)
Entre 5 y 13 años	2 (37%)
Principal droga consumida	
Metanfetaminas	4 (44,4%)
Alcohol	2 (22,2%)
Heroína	1 (11,1%)
Cocaína	1 (11,1%)
Policonsumo	1 (11,1%)
Edad	
40-60 años	5 (55,5%)
20-39 años	4 (45,5%)
Estado civil	
Soltero	7 (77,7%)
Con pareja	2 (22,3%)
Nivel de escolaridad y ocupación	
Estudios universitarios u otro tipo de estudio	2 (22,2%)
Empleado	4 (44,4%)
Sin empleo	3 (33,3%)

Tabla 2

*Pasos del procedimiento para verificar la saturación de datos y saturación temática a priori*

Pasos	Descripción
Paso 1: disponibilidad de los registros de datos en bruto.	Todos los investigadores tienen acceso al audio completo y a las transcripciones, desde las primeras colecciones.
Paso 2: "inmersión" en cada registro.	El investigador principal y otros expertos calificados (auditores) realizan lecturas para identificar el sentido en las manifestaciones de los sujetos
Paso 3: compilar los análisis de cada entrevista por cada investigador de modo independiente.	Investigadores (autor y auditores externos) compilan los temas y tipos de declaraciones identificadas en cada una de las entrevistas, agrupando los datos por cada una de las subcategorías o categorías preestablecidas a priori
Paso 4: reúna los temas o tipos de declaraciones para cada subcategoría o categoría.	Después de cada entrevista analizada por los investigadores, se seleccionan los discursos considerados ejemplares identificados.
Paso 5: codificación o nombramiento de datos.	Nombramiento de los temas y tipos de enunciados contenidos en cada pre-categoría. Este nombramiento o código revela las inclinaciones teórico-ideológico y técnicas de los investigadores, a partir de la literatura consultada.
Paso 6: asigna (en una tabla) los temas y tipos de declaraciones.	Es una asignación que permite la visualización de realización de los elementos analíticos con los que funcionan resaltando cuando dio la primera ocurrencia. Se propone una suma o cuantificación del proceso de saturación para tener una visión más objetiva.
Paso 7: compruebe la saturación de datos para cada sub-categoría o categoría temática definida <i>a priori</i> .	La recopilación de nuevos datos a través de nuevas entrevistas supuestamente agrega pocos elementos para la discusión en relación con la densidad de datos ya obtenida. Es el momento en que empiezan a agotarse nuevos tipos de enunciados o temas. Se estima que los temas están adecuadamente representados o ejemplificados en los datos obtenidos y permiten un entendimiento sobre el fenómeno investigado.

Nota: Tomado de Fontanella et al., (2011). Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica.. *Cadernos de saúde pública*, 27(2), 388-394.

semánticas. Luego, se compararon y seleccionaron 31 códigos que fueron resumidos finalmente a 22 códigos esenciales. Una vez realizado este procedimiento, se evaluaron dichos códigos ajustándolos a 3 diferentes categorías y 7 subcategorías que ya se habían definido en la matriz de categorización acorde a las construcciones teóricas existentes sobre el tema "factores relacionados con el tratamiento". El primer análisis se llevó a cabo con los datos recolectados en las primeras ocho entrevistas, luego se decidió realizar una entrevista más para determinar si se mantenía la redundancia en la información empírica.

A partir de la octava entrevista se cuantificó que se había alcanzado la estabilidad de datos en 14 códigos (63.63%) de los 22 propuestos. Mientras que para la novena entrevista la repetitividad de la información con más de 50% de ocurrencia había tenido lugar en 15 de los códigos (68.18%) planteados, los 7 códigos restantes aún carecían de estabilidad para la novena entrevista. De los 15 códigos, los que reflejaron mayor cantidad de ocurrencias con intensidad afectiva y prolijidad de

detalles en más de un 50% de las entrevistas llevadas a cabo para examinar cada factor terapéutico -categoría- fueron sólo 10 (45.45%) (Tablas 3 y 4).

### Tiempo de tratamiento

La primera categoría explorada fue el tiempo de tratamiento que se considera necesario para alcanzar una recuperación estable. Dicha categoría se compone de dos subcategorías subsecuentes: permanencia o abandono en los tratamientos, y duración de los efectos del tratamiento. Dentro de la Permanencia o abandono se identificaron cuatro códigos: números de días necesarios, necesidad consciente de recibir un tratamiento prolongado, aceptación vs. pensamientos de autoengaño, y la frecuencia participativa a reuniones de atención continua.

"Desde los Doce Pasos se nos enseña que no hay un tiempo específico de recuperación. Una recuperación te va a llevar toda la vida". (Participante núm. 2, 18 años de consumo de heroína, 6 años de abstinencia).

Tabla 3  
Matriz de categorización, codificación y extracción de datos

Categoría	Subcategoría	Código	Entrevista									Total ocurrencia	Porcentaje
			1	2	3	4	5	6	7	8	9		
Tiempo prolongado de tratamiento	Permanencia/ finalización	Número de días	X	X	X	X	X	X	X	X	X	7	77.77%
		Necesidad de tratamiento prolongado	X	X	X	X	X	X	X	X	X	7	77.77%
		Aceptación vs autoengaño	X	X	X	X	X	X	X	X	X	8	88.88%
		Frecuencia participativa	X	X	X	X	X	X	X	X	X	6	66.66%
Efectos		Herramientas terapéuticas efectivas de catarsis	X	X	X	X	X	X	X	X	6	66.66%	
		Herramientas terapéuticas del apoyo de pares	X	X	X	X	X	X	X	X	9	100%	
		Herramientas de actualización-retroalimentación	X	X	X	X	X	X	X	X	6	66.66%	
Fuerzas motrices		Herramientas de reinserción social progresiva	X	X	X	X	X	X	X	X	2	22.22%	
		Detonantes ambientales agravantes	X	X	X	X	X	X	X	X	9	100%	
		Condiciones madurativas personales	X	X	X	X	X	X	X	X	6	66.66%	
Motivación al cambio	Cambio decisional progresivo	Reevaluación conductual mediante experiencia de pares	X	X	X	X	X	X	X	X	6	66.66%	
		Proyección futura y sentimientos de utilidad	X	X	X	X	X	X	X	X	4	44.44%	
		Tendencias activantes de superación personal	X	X	X	X	X	X	X	X	5	55.55%	
		Niveles superiores de regulación volitiva-consiente	X	X	X	X	X	X	X	X	4	44.44%	
Calidad del tratamiento	Características del programa	Compromiso de orientación conductual a valores, sobriedad y prestación de servicio	X	X	X	X	X	X	X	X	2	22.22%	
		Diversidad	X	X	X	X	X	X	X	X	5	55.55%	
		Individualizado/Personalizado	X	X	X	X	X	X	X	X	1	11.11%	
		Ajuste a necesidades	X	X	X	X	X	X	X	X	4	44.44%	
Características de los consumidores	Calidad del servicio (Relación cliente proveedor)	Intensidad del programa	X	X	X	X	X	X	X	2	22.22%		
		Satisfacción del cliente	X	X	X	X	X	X	X	X	6	66.66%	
		Necesidad gradual de cambio	X	X	X	X	X	X	X	X	7	77.77%	
		Calidad del servicio (Relación cliente proveedor)	X	X	X	X	X	X	X	X	6	66.66%	

Nota: x: recurrencias; x: recurrencia descrita con mayor intensidad afectiva y detalles; total de ocurrencias: se remarca el total de ocurrencias que mayor intensidad afectiva y prolijidad de detalles explicativos presentaron en más del 50% de las entrevistas.

Tabla 4  
Matriz de categorización, codificación y extracción de datos

Categoría	Subcategoría	Código	Unidades semánticas	
Tiempo de tratamiento	Permanencia y finalización	Número de días necesarios	"En mi caso personal de 2 a 4 años. En tres meses apenas empezamos a desintoxicarnos. Yo que tengo dos años, aún tengo necesidad de continuar".	
		Necesidad de tratamiento prolongado	"Tiempo no equivale a recuperación. Esto es para toda la vida".	
	Abandono	Aceptación vs autoengaño	"Definitivamente no, no se puede mantener el consumo luego de rehabilitarse sin tener complicaciones. No solamente yo, sino que nadie lo ha logrado, ni conocemos a nadie".	
		Frecuencia participativa	"Recomendaría asistir de manera intensa de 1 a 3 años, todos los días...ya luego pueden ir menos".	
	Duración de efectos	Herramientas terapéuticas efectivas ante situaciones de riesgo (actualización y retroalimentación)	"Cada nuevo que llega y me regala una experiencia nueva me fortalece en mi recuperación. Es como si tuviera una batería cargando".	
		Herramientas terapéuticas efectivas de catarsis	"Se trabaja grupalmente, en tribuna. Aquí nos enseñan a exponer nuestros miedos, nuestros secretos ante otro ser humano y ante Dios, y eso nos ayuda poco a poco a sentirnos bien".	
		Herramientas terapéuticas de autoeficacia	"En mi caso personal me ha ayudado no despegarme del mismo lugar donde haya personas con el mismo problema mío. Me ha ayudado mucho ver la experiencia de otras personas y dar la mía en tribuna...el escuchar a otras personas, hablar con los recaídos".	
	Fuerzas motrices orientadoras del cambio	Detonantes ambientales agravantes	Herramientas terapéuticas de reinserción social	"Me ha ayudado mucho no mezclarme de a golpe con el mundo exterior".
			Condiciones intrínsecas de maduración personal	"El cambio viene cuando los dejan sufrir, aunque se oiga duro. Verá porqué. Sales, te revientas y tu mamá o tu pareja te apapachan. Inconscientemente la familia le está dando de comer a la adicción. Cuando realmente se les deja que se llegue a ese fondo, sufrimiento del que tanto se habla, llegará ese cambio".
		Motivación al cambio	Reevaluación conductual mediante experiencia de pares	"Hubo un momento que me di cuenta de todo el daño que ya había hecho a mis familiares. Entendí que lo que empezó como un juego o diversión mira donde llegó a terminar".
Cambio decisional-motivacional progresivo			Reorientación de proyectos futuros y sentimientos de utilidad	"Una de las cosas que más me ayudó fue ver gente de afuera que tenía 4, 5, 10,12 años rehabilitados, y que yo mismo había conocido que eran consumidores".
	Tendencias activantes de superación personal	"Hoy tengo metas a futuro, un porqué y para qué. Quiero ser alguien, tener estudios. Mi anhelo es tener una familia y ofrecerle algo. No sólo es dejar de consumir sino superarse a uno mismo. Hay que proponerse metas, hay que anhelar".		
			"En otras etapas no quería dejar de consumir. Consumía por consumir y quería morirme. No había ese anhelo de cambiar. Lo que siento ahora como un reto, si el padrino que tiene 70 años puede, porqué yo no voy a poder. Eso me da fuerzas".	

Tabla 4  
Matriz de categorización, codificación y extracción de datos. Continua.

Autorregulación consciente-volitiva estable	Niveles superiores de regulación volitiva-consciente	“Si abandono el centro doy cabida a pensamientos de autoengaño, a la soberbia, al que yo puedo y lo más probable es que recaiga”.
	Maduración de recursos terapéuticos	“Tener contacto con la terapia me da posibilidad de sacar la ira, el estrés y la tristeza, que no se acumulen, a sacarlo como una olla de presión. Para mí es muy importante que no se acumulen sentimientos o emociones. La terapia me ayuda a sacarlo”.
	Reinserción social progresiva	“Mezclarme muy pronto con el mundo exterior me haría olvidar fácilmente la nueva vida que se me está inculcando, la disciplina”.
	Compromiso de orientación conductual a valores, sobriedad y prestación de servicio	“Me humillé, me convertí en lo que nunca quise ser y cuando terminé en mi sano juicio vienen las ganas a mí de ser alguien diferente, de ayudar a otros adictos, de salvar una vida”.
Calidad del tratamiento	Diversidad	“La terapia está muy completa, es muy extensa, manejan muchos temas, no sólo el programa de Doce Pasos, sino temas de logoterapias. Son de cinco a seis temas que se tocan por semana en diferentes horarios”.
	Individualizado/ Personalizado	“Hoy día sigo retroalimentándome a través de tribuna, de compañeros en el patio, en charlas. Muchas veces nos agarramos de tribuna el uno al otro”.
	Ajuste a necesidades	“En otro tipo de centro recibí ayuda, pero no de acuerdo a mi problemática. Esta institución respondió a esa necesidad otorgándome tres meses de recuperación en una sala de psicoterapia, que es el inicio. A partir de mi desintoxicación empecé a tratar nuevos temas que yo nunca había tratado en mi vida y que me hacían cierto daño”.
	Intensidad del programa	“Es muy completo porque es una terapia intensiva. Son 12 horas diarias de terapia porque es el tamaño de mi enfermedad”.
	Calidad del servicio/ relación cliente-proveedor	“Se acostumbran al ambiente porque es un ambiente diferente. Se acostumbran al trato que le damos, a la institución, al programa”.
Características de los consumi- dores	Satisfacción del cliente	“Llegué con la idea de otro centro más. Voy a estar tres meses y salgo y vuelvo a recaer. Pero en este lugar fue diferente, pude trabajar directamente con mis miedos, con lo que me lastimaba...cada día comencé a notar que amanecía con más anhelo por lograrlo. Entonces me di cuenta que el problema no era el lugar sino yo... en este lugar quien quiere cambiar va a cambiar”.
	Necesidad gradual de cambio/ balance decisional determinante	“Cuando inicié el tratamiento llegué con la mentalidad de cambio forzosamente, por presión de mi familia que me sacó de la casa. Cuando me trajeron para acá me sentía bien mal, pero empecé a ver todo el daño que le había hecho a los demás y a mí”.

*“Soy un adicto, soy un enfermo, siempre va a ver la posibilidad de drogarme. Es como la diabetes. Ellos necesitan su insulina, su medicamento si no recaen”.* (Participante núm. 7, 9 años de consumo de metanfetaminas, 1 año de abstinencia).

En la subcategoría Duración de los efectos, se ubicó la presencia de cuatro códigos: Herramientas efectivas ante situaciones de riesgo; Herramientas terapéuticas efectivas de catarsis, Herramientas terapéuticas de autoeficacia y Reinserción social progresiva.

*“Expulsar todo lo que uno trae, todo lo que siente, todo lo que me han dicho o hecho. Todo eso lo voy guardando...pero cuando vengo a la terapia lo comparto, lo saco.”* (Participante núm. 3, más de 10 años de consumo de metanfetaminas, 2 años de abstinencia).

*“Se me enseñó que podría vivir de una experiencia ajena sin tener que vivirla yo, mediante el apadrinamiento una persona habla con otra compartiendo experiencias. Es básico oír otras experiencias, me ayuda a ver las perspectivas de otros y me enriquece.”* (Participante núm. 2, 18 años de consumo de heroína, 6 años de abstinencia).

*“Para mantener la abstinencia me ha ayudado mantenerme dentro de la institución. La clave es continuar aquí, compartiendo mi historial, aprendiendo de mis compañeros y en cierta forma prestando mi servicio, eso me hace sentir útil.”* (Participante núm. 6, 15 años de consumo de metanfetaminas, 2 años de abstinencia).

## Motivación al cambio

Esta categoría se dividió en tres subcategorías: Fuerzas motrices, Cambio decisional progresivo y Autorregulación consciente-volitiva orientada al cambio estable. Dentro de la primer subcategoría se destacó la interacción de dos códigos claves para la activación de la modificación conductual adictiva, la presencia de detonantes ambientales agravantes y condiciones madurativas asociadas al sujeto. Dentro de esta, la presencia de detonantes ambientales agravantes se asoció con experiencias vivenciales críticas, prolongadas y acumulativas asociadas a “tocar fondo”, o sumergirse en un fondo de sufrimiento y malestar constante, como resultado de las consecuencias del consumo.

*“Me habían dicho que tocaría fondo, pero nunca había sido como hasta ahora. Perdí a mi madre, mi padre, mi esposa me abandonó, perdí casa, trabajo, parte de mi salud, todo.... Cuando nos*

*quitamos todo es cuando en verdad se cambia. Mientras la familia y la pareja nos consientan mucho y tengamos todo a la mano, estemos en nuestra zona de confort, no vamos a cambiar.”* (Participante núm. 4, más de 10 años de consumo de alcohol, 1 año de abstinencia).

Si bien es cierto que la presencia de detonantes ambientales agravantes es una condición necesaria, que puede incidir fugazmente en despertar una chispa de necesidad de cambio en los consumidores, es importante converger otras condiciones madurativas asociadas al sujeto para que el incipiente despertar del cambio se consolide gradualmente.

*“Es un ultimátum que Dios te da. A mi forma de ver es una interpretación que tú haces. Esta es la última y ya, no hay más. Lo tomas o lo dejas, es la última oportunidad.”* (Participante núm. 6, más de 10 años de consumo de metanfetaminas, 2 años de abstinencia).

*“El verme en las garras de la muerte, sentía miedo a morir solo, repudiado por todos, eso fue el más poderoso. Pero a la vez comencé a recordar mi vida pasada, mi vida pasada, la madre de mis hijos, los días de salir al parque en mi vida de familia. Empecé a anhelar a mis hijos a mi lado. Y sentí esa necesidad de cambiar, de aprovechar el tiempo que Dios me regale de vida.”* (Participante núm. 1, más de 20 años de policonsumo, 2 años 4 meses de abstinencia).

En cuanto a la subcategoría Cambio decisional progresivo, se destacaron tres códigos: Reevaluación conductual mediante la experiencia de pares, Proyección futura unida a sentimientos de utilidad, y Tendencias activantes de superación personal.

*“La primera tribuna que yo escuché me dije ‘ese guey porque está hablando de mí si yo no lo conozco’. Estaba hablando de lo que me sucedía en mi vida en aquel entonces.”* (Participante núm. 8, más de 25 años de consumo al alcohol, 13 años de abstinencia).

*“El ver a una persona que uno conoció rehabilitado y su cambio en la forma de hablar y andar vestido diferente me motivó y empecé a pensar que sí se podía. Porque esas personas estaban en iguales condiciones que yo. Eso empezó a crear en mi mente esa esperanza, porque lo primero que debe entrar en un adicto es la esperanza. Alguien que me enseñe que si se puede porque otro ya lo hizo.”* (Participante núm. 2, 18 años de consumo de heroína, 6 años de abstinencia).

*“En otras épocas consumía por consumir y quería morirme. No había ese anhelo de cambiar. Esos deseos que siento ahora como si fuese un reto, si el padrino que tiene 70 años pudo, porque yo no puedo. Esa es mi fuerza, poder ayudar a otros con mi ejemplo.”* (Participante núm. 1, más de 20 años de policonsumo, 2 años 4 meses de abstinencia).

Finalmente, en la tercera subcategoría Autorregulación consciente-volitiva orientada al cambio estable, se distinguieron dos códigos: Niveles superiores de regulación volitiva-consciente, y Compromiso conductual orientado a valores, sobriedad y prestación de servicio. De ellos, reorientar sus patrones conductuales a futuro por valores y prestación de servicio a otros consumidores, resulta un medio para redimir sus experiencias y errores de épocas de consumo activo.

*“Lo que en 30 años de mi vida no pude entender o descubrir, en los dos últimos años de mi vida lo hice, y eso me cambió totalmente mi forma de pensar y ver las cosas. Me ayudó a darme cuenta del daño que hice a mi familia, lo crítico de mi situación. Todo eso me ayuda a no querer seguir consumiendo.”* (Participante núm. 6, más de 10 años de consumo de metanfetaminas, 2 años de abstinencia).

*“Me humillé, me convertí en alguien que nunca quise ser y cuando terminé en mi sano juicio vinieron las ganas de ser alguien diferente, de ayudar a otros adictos, de salvar una vida.”* (Participante núm. 9, 2 años de abstinencia).

### Calidad del tratamiento

La categoría Calidad del tratamiento, se dividió en dos subcategorías: Características del programa y Características del consumidor. Dentro de la primera se contabilizaron cinco códigos: Diversidad del programa, Carácter individualizado, Intensidad, ajuste a necesidades individuales, y Calidad del servicio (valoración positiva de la relación cliente-proveedor).

*“Este tratamiento fue más completo, fueron tres meses, varias juntas y aquí sí entendí, porque entendí...aquí me nació el deseo de cambiar...el lugar está bien, tiene condiciones.”* (Participante núm. 7, 9 años de consumo de metanfetaminas, 1 año de abstinencia).

*“El trato recibido fue diferente, me dieron importancia. Hasta cuando me llamaban la atención por algo incorrecto.”* (Participante núm. 5, más de 10 años de consumo de alcohol, 1 año de abstinencia).

*“El trato influye mucho, se me hace más sano, diferente, hay más atención, hay más acercamiento con el padrino, militantes de afuera, es más interactivo... el director, el encargado se acercan más a uno.”* (Participante núm. 1, más de 20 años de policonsumo, 2 años 4 meses de abstinencia).

Dentro de las características del consumidor se identificaron dos códigos: la satisfacción del cliente y la necesidad gradual de cambio. En el discurso de los entrevistados destacó que a pesar de que se ofrezca un servicio de calidad, diversificado e intenso, es necesario que el propio paciente colabore con su recuperación y no asuma la ayuda terapéutica de modo pasivo, para responder únicamente a las demandas de presiones sociales externas.

*“Llegué con la idea de otro centro más. Voy a estar tres meses y salgo y vuelvo a recaer. Pero en este lugar fue diferente, pude trabajar directamente con mis miedos, con lo que me lastimaba...cada día comencé a notar que amanecía con más anhelo por lograrlo.”* (Participante no 1, más de 20 años de policonsumo, 2 años 4 meses de abstinencia).

*“Aquí me nació el deseo, el ver a otras personas, que se puede salir adelante es de admirar”.* (Participante núm. 7, 9 años de consumo de metanfetaminas, 1 año de abstinencia).

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El presente estudio explora cómo algunos factores relacionados con el tratamiento contribuyen en la interiorización de una nueva identidad de recuperación a largo plazo, así como la lógica interna que sigue la maduración de estos procesos subjetivos desde la opinión de ex consumidores que llevan más de un año de abstinencia. Los resultados que se presentan en esta sección sólo explican la construcción de una nueva identidad de recuperación en personas que se encuentran recibiendo tratamiento en un centro de ayuda mutua y no otro esquema de tratamiento terapéutico. En concreto, se discuten los principales procesos subjetivos que reflejaron mayor cantidad de ocurrencias con intensidad afectiva y prolijidad de detalles en más de un 50% de las entrevistas llevadas a cabo para examinar cada factor terapéutico (Tabla 3).

En la primera categoría explorada se examina la modificación interna que provoca un tiempo de tratamiento prolongado y de atención continua en la identidad de ex consumidores recuperados. Se observó que a medida que se incrementa el tiempo de estancia en los contex-

tos terapéuticos, existen mayores probabilidades de que disminuyan los pensamientos de autoengaño asociado a negar las consecuencias dañinas del consumo de sustancias, y la negación de que se padece una adicción. Los ex consumidores que caminan hacia la recuperación comienzan a enfrentarse con su realidad vivencial, dejando de mentirse ellos mismos, a sus seres queridos y a los profesionales de la salud. Por el contrario, una interrupción abrupta del tratamiento o la presencia de frecuentes recaídas se asocian con la presencia de erróneas creencias de control del consumo y la justificación de que los efectos negativos asociados no son tan graves (Caputo, 2019; Martínez González et al., 2016; Sirvent et al., 2019).

Otro de los efectos beneficiosos relacionados con la exploración de este primer componente terapéutico es que una mayor exposición prolongada a servicios de rehabilitación permite apropiarse de herramientas terapéuticas más efectivas para afrontar situaciones de riesgo de manera adaptativa, e integrar esos recursos a la identidad de recuperación. En particular, la catarsis fue mencionada con mucho énfasis por los entrevistados como una de esas herramientas de afrontamiento más indispensables para mantener la sobriedad (Azoulay y Orkibi, 2015; Burns, 2016; ter Avest, 2017). Las declaraciones expresadas permitieron interpretar que revelar continuamente las vulnerabilidades a los demás, y enfrentarse a los temores sociales e interpersonales sin consecuencias nocivas de sentirse juzgados o criticados, sino más bien aceptados y comprendidos, contribuye gradualmente a la autoaceptación mediante la confianza compartida, y puede influir para construir nuevas identidades (Chen, 2019; White, 2007).

El tercer recurso que afloró como resultado de mantenerse en estancias prolongadas y la participación en servicios de atención continua fue el desarrollo de sentimientos de autoeficacia, pertenencia e identificación con grupos de autoayuda, gracias al fortalecimiento del apoyo de pares (Bassuk et al., 2016; Reif et al., 2014). Se documentó que las historias sobre cómo otros habían logrado con éxito sus objetivos, resultó ser una fuente excelente de motivación en la construcción de una nueva identidad. La visión de personas similares vinculadas al proceso de recuperación y la vida correcta, introdujo y consolidó la posibilidad del logro de la modificación en ellos mismos (Borkman, 1999; López-Torrecillas et al., 2002).

Los hallazgos narrativos mencionados destacan que el apoyo de pares es un recurso efectivo a largo plazo al establecer lazos afectivos duraderos que propician un aumento de la participación, sostiene la recuperación y apoya el bienestar durante el período crítico de transición al tratamiento (Antonovsky, 1987). Panas et

al (2003) en un estudio nacional desarrollado en Estados Unidos, examinan los resultados del tratamiento de 7,800 pacientes, el cual concluye que una mayor proporción de pacientes en terapia de grupo tenían mayor probabilidad de mejorar medidas probadas de rendimiento del tratamiento en comparación con pacientes en terapia individual. Otro estudio de metaanálisis identificó 33 estudios donde dictaminó que la terapia grupal ejercía un efecto importante, pero pequeño en la abstinencia en comparación con la terapia individual, esto indica que la terapia grupal podría ser un poco más eficaz que la terapia individual en relación con la abstinencia (Lo Coco et al., 2019).

Finalmente, una nueva revisión de la Colaboración Cochrane de 27 estudios rigurosos que inscribieron a un total de 10,565 personas con trastorno por consumo de alcohol respalda consistentemente los hallazgos anteriores, y menciona que los formatos de autoayuda de Alcohólicos Anónimos generan resultados relacionados con el alcohol tan buenos o mejores que una intervención psicosocial de alta calidad o como la terapia cognitivo-conductual (Kelly et al., 2019). No obstante, aclaramos que la información compartida anteriormente no significa que para todas las personas el esquema de tratamiento grupal sea la única opción de cambio viable, en otros casos, un esquema de tratamiento individual también resulta funcional. De hecho, cerca de 200 ensayos clínicos aleatorizados y revisiones de metaanálisis han encontrado una eficacia significativa de la entrevista motivacional en los trastornos por consumo de sustancias (Bischof et al., 2021; Magill et al., 2018; Martino et al., 2019).

La segunda categoría explorada fue la motivación al cambio y las transformaciones internas graduales que se van produciendo hasta que el consumidor logra interiorizar un nuevo autoconcepto identitario individualizado. Según el propio discurso de los consumidores entrevistados, existen experiencias previas al periodo de tratamiento que constituyen muchas veces el andamiaje necesario, sin el cual no se podría avanzar a las subsiguientes etapas motivacionales, o sería un poco más complejo realizarlo.

No obstante, declararon que a pesar de las vivencias de “tocar fondo”, sentir necesidad de cambio, desear o imaginar una vida diferente y dar los pasos iniciales de aceptar la ayuda, en los momentos de ingreso al tratamiento manifestaban una escasa expectativa de resultados, con estados emocionales negativos y baja autoeficacia (Hayaki et al., 2021; Kadden y Litt, 2011). Consideraban que serían tratados como “adictos” de manera estigmatizadora y no como personas, con creencias incapacitantes de no poder superar la conducta adictiva, y también fuertes sentimientos de desesperan-

za y culpa (Rance y Treloar, 2015). Estas actitudes los condujeron a entorpecer su propia participación temprana en el programa, a asumir una postura de resignación pasiva o alienación, lo que obstaculizó el afrontamiento del problema de consumo con esfuerzo y perseverancia (Berndt et al., 2013; Fischer et al., 2008; Hartzler et al., 2011; Rance y Treloar, 2015). Sin embargo, la percepción de un trato cálido y cercano por parte de otros pares y personal de la instalación desde los momentos preliminares fue un factor clave para la progresión hacia las fases subsiguientes, lo que incita a superar ese estado de inmovilidad e indiferencia inicial y conduciendo a un balance decisional para la modificación de las conductas de consumo (Bjørlykhaug et al., 2022; Gelso y Kline, 2019; Vansteenkiste et al., 2020).

Estas experiencias narradas demuestran que establecer una alianza terapéutica sólida durante las primeras interacciones sociales del tratamiento resulta un componente facilitador central para lograr la participación del consumidor a lo largo de todo el tratamiento, pero es especialmente útil durante la fase temprana del programa (Wenaas et al., 2021b).

La calidad del tratamiento recibido (tercera categoría explorada) es uno de los principales catalizadores y posterior mecanismo potencial para el cambio de identidad. De hecho, como se ha señalado antes, numerosos estudios enfatizan que una prestación de servicios eficientes sostenida desde el apoyo de pares representa un alto grado de probabilidades para que un individuo pueda llevar a cabo la transición de grupos consumidores a grupos orientados a la recuperación (Bathish et al., 2017; Bassuk et al., 2016; Cloud & Granfield, 2008; Dingle et al., 2015; Eddie et al., 2019; Haslam et al., 2014; Stanojlović & Davidson, 2021).

En suma, todo indica que dentro del contexto terapéutico, manifestar contacto y afecto social en grupos de personas con ideas afines permite que se ayuden mutuamente a sobrellevar crisis o resolver problemas, proporciona la sensación de que se es importante para los demás, valorado, aceptado y visto como individuo, lo cual madura progresivamente el sentido de comunidad y es un elemento frecuentemente empleado para la mejora de la salud mental (Bjørlykhaug et al., 2022; Haslam et al., 2019).

## Limitaciones

Primero, el reclutamiento de la muestra seleccionada incluyó informantes de un solo establecimiento en un área geográfica determinada, y fue con un número reducido de participantes; ambos inconvenientes dificultan la transferibilidad de sus resultados a una población mayor. La segunda limitación del estudio consistió en que,

dada la dificultad de encontrar participantes potenciales (ex consumidores recuperados), se realizó un muestreo en cadena o bola de nieve, con criterios de inclusión flexibles para alcanzar un tamaño mínimo de sujetos, similar en alguna proporción a las cantidades muestrales que se utiliza en estudios de esta naturaleza.

Sin embargo, esta apertura en los criterios de reclutamiento ocasionó la selección heterogénea de ex consumidores que presentaban un rango de tiempo de abstinencia de un año o más, así como una diversidad marcada respecto a la principal sustancia consumida. Como resultado, se observaron similitudes en el discurso de los informantes recuperados respecto a los mecanismos y factores que más influyen en el proceso de mantenerse en sobriedad, sin embargo, el rango de abstinencia variable y la diversidad de sustancia consumida indiscutiblemente inciden en que los ex consumidores que llevan un año de cese del consumo no experimentan el proceso de recuperación de la misma manera que los que llevan 5 años o más tiempo. Tampoco los que se recuperan de una dependencia al consumo de alcohol manifiestan las mismas experiencias de recuperación que los que fueron consumidores de cocaína, metanfetaminas, heroína, etc.

Para futuros estudios se recomienda aplicar criterios de elegibilidad de alta precisión en cuanto a la selección de participantes con un rango de abstinencia más limitado, menor número de drogas consumidas y sometidos a una misma modalidad de tratamiento. De este modo, se podrá obtener mayor homogeneidad en los resultados, garantizar un menor sesgo y proporcionar un incremento en la posibilidad de extrapolar los hallazgos encontrados con mayor confiabilidad a otras poblaciones similares.

En cuanto a la saturación de datos, cabe mencionar que aunque se alcanzó la estabilidad de información y/o su redundancia sin que apareciese ningún elemento informativo nuevo para la novena entrevista en más del 60% de los componentes explorados, hubo códigos que no alcanzaron la saturación completa, y tampoco se pudo continuar la extracción de datos por la imposibilidad de encontrar más participantes potenciales para el estudio. Finalmente, la última limitación que podemos mencionar se trata de que después de realizarse el análisis de los datos recopilados, los hallazgos se les compartieron a la institución, pero no se sometieron a verificación de miembros, lo que puede haber dado lugar a representaciones o interpretaciones erróneas.

A pesar de las limitaciones mencionadas previamente, el actual estudio presentó evidencia sobre los elementos del tratamiento que ayudan en la interiorización de una identidad de recuperación a largo plazo, así como el mapeo de los cambios subjetivos graduales que se gestan a lo largo de la trayectoria de la identidad de recuperación. A juicio de los autores, la investigación

abre una importante extensión para comprender cómo las personas inician, mantienen y consolidan el cambio de comportamiento adictivo, y qué factores son los más significativos que deben tener en cuenta los profesionales para ayudar a las personas con trastorno por consumo de sustancias para lograr transformaciones internas de larga duración hasta personalizarse de manera absoluta. No obstante, la información extraída mediante entrevistas a 9 participantes no es suficiente para establecer conclusiones definitorias y la muestra seleccionada presenta determinados sesgos.

Téngase en cuenta que el objetivo del estudio fue sólo explorar la interacción de algunos factores relacionados con el tratamiento y su asociación con el inicio y mantenimiento de la interiorización de una identidad de recuperación a largo plazo, pero desde un análisis de contenido deductivo, en el que se verificó y comprendió únicamente si los componentes terapéuticos pre identificados en la literatura repercuten o no en la recuperación cotidiana de las personas que han sido diagnosticadas con un trastorno por consumo de drogas.

## DECLARACIÓN DE LOS AUTORES

Los autores declaran no tener conflicto de interés.

## FUENTES DE FINANCIAMIENTO

Ninguna.

## REFERENCIAS

- Andersson, H. W., Otterholt, E., & Gråwe, R. W. (2017). Patient satisfaction with treatments and outcomes in residential addiction institutions. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 34(5), 375-384. <https://doi.org/10.1177/1455072517718456>
- Antonovsky A. (1987). The salutogenic perspective: Toward a new view of health and illness. *Advances*, 4(1), 47-55.
- Azoulay, B., & Orkibi, H. (2015). The Four-phase CBN psychodrama model: a manualized approach for practice and research. *Arts in Psychotherapy*, 42, 10-18. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2014.12.012>
- Bahl, N. K. H., Nafstad, H. E., Blakar, R. M., Landheim, A. S., & Brodahl, M. (2019). Multiple senses of community and recovery processes. A pilot study for a national evaluation of the experiences of persons with substance use problems receiving help and services from Norwegian municipalities. *Journal of Community Psychology*, 47(6), 1399-1418. <https://doi.org/10.1002/jcop.22194>
- Barnett, G., Boduszek, D., & Willmott, D. (2021). What works to change identity? A rapid evidence assessment of interventions. *Journal of Applied Social Psychology*, 51(7), 698-719. <https://doi.org/10.1111/jasp.12776>
- Bassuk, E. L., Hanson, J., Greene, R. N., Richard, M., & Laudet, A. (2016). Peer-delivered recovery support services for addictions in the United States: A systematic review. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 63, 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.jasat.2016.01.003>
- Bathish, R., Best, D., Savic, M., Beckwith, M., Mackenzie, J., & Lubman, D. I. (2017). "Is it me or should my friends take the credit?" The role of social networks and social identity in recovery from addiction. *Journal of Applied Social Psychology*, 47(1), 35-46. <https://doi.org/10.1111/jasp.12420>
- Beckwith, M., Best, D., Savic, M., Haslam, K., Bathish, R., & Dingle, G. (2019). Social Identity Mapping in Addiction Recovery (SIM-AR): extension and application of a visual method. *Addiction Research & Theory*, 27(6), 462-471. <https://doi.org/10.1080/16066359.2018.1544623>
- Berndt, N. C., Hayes, A. F., Verboon, P., Lechner, L., Bolman, C., & De Vries, H. (2013). Self efficacy mediates the impact of craving on smoking abstinence in low to moderately anxious patients: results of a moderated mediation approach. *Psychology of Addictive Behaviors*, 27(1), 113-124. <https://doi.org/10.1037/a0028737>
- Bischof, G., Bischof, A., & Rumpf, H. J. (2021). Motivational interviewing: an evidence-based approach for use in medical practice. *Deutsches Ärzteblatt International*, 118(7), 109. <https://doi.org/10.3238/arztebl.m2021.0014>
- Bjørlykhaug, K. I., Karlsson, B. E., Kim, H. S., & Kleppe, L. C. (2022). Social support and recovery from mental health problems: A scoping review. *Nordic Social Work Research*, 12(5), 666-697. <https://doi.org/10.1080/2156857x.2020.1868553>
- Bjornestad, J., Svendsen, T. S., Slyngstad, T. E., Erga, A. H., McKay, J. R., Nesvåg, S., Skaalevik, A. W., Veseth, M., & Moltu, C. (2019). "A Life More Ordinary" Processes of 5-Year Recovery From Substance Abuse. Experiences of 30 Recovered Service Users. *Frontiers in Psychiatry*, 10. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00689>
- Borkman, T. (1999). *Understanding self-help/mutual aid: Experiential learning in the commons*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- Buckingham, S. A., & Best, D. (Eds.). (2017). *Addiction, behavioral change and social identity: The path to resilience and recovery*. Routledge/Taylor & Francis Group.
- Buckingham, S. A., Frings, D., & Albery, I. P. (2013). Group membership and social identity in addiction recovery. *Psychology of Addictive Behaviors*, 27(4), 1132-1140. <https://doi.org/10.1037/a0032480>
- Burns, B. (2016). Caring for colleagues through debriefing Kai Tiaki. *Nursing New Zealand*, 22(8), 12-14.
- Caldwell, A. E., Masters, K. S., Peters, J. C., Bryan, A. D., Grigsby, J., Hooker, S. A., Wyatt, H. R., & Hill, J. O. (2018). Harnessing centred identity transformation to reduce executive function burden for maintenance of health behaviour change: the Maintain IT model. *Health Psychology Review*, 12(3), 231-253. <https://doi.org/10.1080/17437199.2018.1437551>

- Caputo, A. (2019). Deceptive dynamics in drug addiction and their role in control beliefs and health status reporting: a study on people with substance use disorder in treatment. *Journal of Drug Issues, 49*(4), 575-592. <https://doi.org/10.1177/0022042619853299>
- Chen, G. (2019). The role of self-compassion in recovery from substance use disorders. *OBM Integrative and Complementary Medicine, 4*(2), 1-14. <https://doi.org/10.21926/obm.icm.1902026>
- Cloud, W., & Granfield, R. (2008). Conceptualizing recovery capital: Expansion of a theoretical construct. *Substance Use & Misuse, 43*(12-13), 1971-1986. <https://doi.org/10.1080/10826080802289762>
- De Andrade, D., Elphinston, R. A., Quinn, C., Allan, J., & Hides, L. (2019). The effectiveness of residential treatment services for individuals with substance use disorders: A systematic review. *Drug Alcohol Depend.* doi: 10.1016/j.drugalcdep.2019.03.031
- Dillon, P. J., Kedia, S. K., Isehunwa, O. O., & Sharma, M. (2020). Motivations for Treatment Engagement in a Residential Substance Use Disorder Treatment Program: A Qualitative Study. *Substance Abuse: Research and Treatment, 14*, 117822182094068. <https://doi.org/10.1177/1178221820940682>
- Dingle, G. A., Cruwys, T., & Frings, D. (2015). Social identities as pathways into and out of addiction. *Frontiers in Psychology, 6*, 1795. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01795>
- Eddie, D., Hoffman, L., Vilsaint, C., Abry, A., Bergman, B., Hoepner, B., ... & Kelly, J. F. (2019). Lived experience in new models of care for substance use disorder: a systematic review of peer recovery support services and recovery coaching. *Frontiers in psychology, 10*, 1052.
- El-Guebaly, N. (2012). The meanings of recovery from addiction: Evolution and promises. *Journal of Addiction Medicine, 6*(1), 1-9. <https://doi.org/10.1097/ADM.0b013e31823ae540>
- Fischer, J., Neale, J., Bloor, M., & Jenkins, N. (2008). Conflict and user involvement in drug misuse treatment decision-making: a qualitative study. *Subst Abuse Treat Prev Policy, 3*, 21. <https://doi.org/10.1186/1747-597X-3-21>
- Flynn, P. M., Joe, G. W., Broome, K. M., Simpson, D. D., & Brown, B. S. (2003). Looking back on cocaine dependence: reasons for recovery. *American Journal on Addictions, 12*, 398-411.
- Francis, J. J., Johnston, M., Robertson, C., Glidewell, L., Entwistle, V., Eccles, M. P., & Grimshaw, J. M. (2010). What is an adequate sample size? Operationalising data saturation for theory-based interview studies. *Psychology and Health, 25*(10), 1229-1245. <https://doi.org/10.1080/08870440903194015>
- Franklin, C., & Ballau, M. (2005). Reliability and validity in qualitative research. En: Grinnell, R. & Unrau, Y. (Eds.). *Social work: Research and evaluation. Quantitative and qualitative approaches* (pp. 438-449). Nueva York: Oxford University Press.
- Fontanella, B. J. B., Luchesi, B. M., Saidel, M. G. B., Ricas, J., Turato, E. R., & Melo, D. G. (2011). Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cadernos de Saúde Pública, 27*(2), 388-394. doi: 10.1590/s0102-311x2011000200020
- Gelso, C. J., & Kline, K. V. (2019). The sister concepts of the working alliance and the real relationship: on their development, rupture, and repair. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome, 22*(2). <https://doi.org/10.4081/ripppo.2019.373>
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today, 24*(2), 105-112. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>
- Guest, G., Bunce, A., & Johnson, L. (2006). How many interviews are enough? An experiment with data saturation and variability. *Field Methods, 18*(1), 59-82. <https://doi.org/10.1177/1525822X05279903>
- Hartzler, B., Witkiewitz, K., Villarroel, N., & Donovan, D. (2011). Self-Efficacy change as a mediator of associations between therapeutic bond and one-year outcomes in treatments for alcohol dependence. *Psychology Addictive Behaviors, 25*(2), 269-278. doi: 10.1037/a0022869
- Haslam, C., Cruwys, T., & Haslam, S. A. (2014). "The we's have it": Evidence for the distinctive benefits of group engagement in enhancing cognitive health in aging. *Social Science & Medicine, 120*, 57-66. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.08.037>
- Haslam, C., Best, D., Dingle, G. A., Staiger, P. K., Savic, M., Bathish, R., Mackenzie, J., Beckwith, M., Kelly, A. J., & Lubman, D. I. (2019). Social group membership before treatment for substance dependence predicts early identification and engagement with treatment communities. *Addiction Research & Theory, 27*(5), 363-372. <https://doi.org/10.1080/16066359.2018.1537393>
- Hayaki, J., Conti, M. T., Bailey, G. L., Herman, D. S., Anderson, B. J., & Stein, M. D. (2021). Negative Affect-Associated Drug Refusal Self-Efficacy, Illicit Opioid Use, and Medication Use Following Short-term Inpatient Opioid Withdrawal Management. *Journal of Substance Abuse Treatment, 126*, 108309. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2021.108309>
- Hser, Y., Evans, E., Huang, D., & Anglin, D. M. (2004). Relationship Between Drug Treatment Services, Retention, and Outcomes. *Psychiatric Services, 55*(7), 767-774. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.55.7.767>
- Hsieh, H. F., & Shannon, S. E. (2005). Three Approaches to Qualitative Content Analysis. *Qualitative Health Research, 15*(9), 1277-1288. <https://doi.org/10.1177/1049732305276687>
- Hutchison, P., Cox, S., & Frings, D. (2018). Helping you helps me: Giving and receiving social support in recovery groups for problem gamblers. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice, 22*(4), 187-199. <https://doi.org/10.1037/gdn0000090>
- Kadden, R. M., & Litt, M. D. (2011). The role of self-efficacy in the treatment of substance use disorders. *Addictive Behaviors, 36*(12), 1120-1126. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2011.07.032>
- Kelly, J. F., Greene, M. C., Bergman, B. G., White, W. L., & Hoepner, B. B. (2019). How many recovery attempts does it take to successfully resolve an alcohol or drug problem? Estimates and correlates from a national study of recovering U.S. Adults. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 43*(7), 1533-1544. <https://doi.org/10.1111/acer.14067>

- Kowalski, M. A. (2019). Mental Health Recovery: The Effectiveness of Peer Services in the Community. *Community Mental Health Journal*, *56*(3), 568-580. <https://doi.org/10.1007/s10597-019-00514-5>
- Lincoln, Y. S., Guba, E. G., & Pilotta, J. J. (1985). Naturalistic inquiry. *International Journal of Intercultural Relations*, *9*(4), 438-439. [https://doi.org/10.1016/0147-1767\(85\)90062-8](https://doi.org/10.1016/0147-1767(85)90062-8)
- Lo Coco, G., Melchiori, F., Oieni, V., Infurna, M. R., Strauss, B., Schwartze, D., Rosendahl, J., & Gullo, S. (2019). Group treatment for substance use disorder in adults: A systematic review and meta-analysis of randomized-controlled trials. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *99*, 104-116. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2019.01.016>
- López-Torrecillas, F., Salvador, M., Verdejo, A., & Cobo, P. (2002). Autoeficacia y consumo de drogas: una revisión. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, *2*(1), 33-51.
- Magill, M., Apodaca, T. R., Borsari, B., Gaume, J., Hoadley, A., Gordon, R. E. F., Tonigan, J. S., & Moyers, T. (2018). A meta-analysis of motivational interviewing process: Technical, relational, and conditional process models of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *86*(2), 140-157. <https://doi.org/10.1037/ccp0000250>
- Martínez-González, J. M., Vilar, R., Becoña, E., & Verdejo-García, A. (2016). Self-deception as a mechanism for the maintenance of drug addiction. *Psicothema*, *28*(1), 13-19. <https://doi.org/10.7334/psicothema2015.139>
- Martino, S., Zimbrea, P., Forray, A., Kaufman, J. S., Desan, P. H., Olmstead, T. A., Gilstad-Hayden, K., Gueorguieva, R., & Yonkers, K. A. (2019). Implementing Motivational Interviewing for Substance Misuse on Medical Inpatient Units: a Randomized Controlled Trial. *Journal of General Internal Medicine*, *34*, 2520-2529. <https://doi.org/10.1007/s11606-019-05257-3>
- McKay, J. R. (2021). Impact of continuing care on recovery from substance use disorder. *Alcohol Research*, *41*(1), 1. <https://doi.org/10.35946/arcr.v41.1.01>
- Mittelmark, M. B., Sagy, S., Eriksson, M., Bauer, G. F., Pelikan, J. M., Lindström, B., & Espnes, G. A. (Eds.). (2017). *The Handbook of Salutogenesis*. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-04600-6>
- Panas, L., Caspi, Y., Fournier, E., & McCarty, D. (2003). Performance measures for outpatient substance abuse services: Group versus individual counseling. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *25*(4), 271-278. doi: 10.1016/s0740-5472(03)00142-9
- Park, S. E., Mosley, J. E., Grogan, C. M., Pollack, H. A., Humphreys, K., D'Annunzio, T., & Friedmann, P. D. (2020). Patient-centered care's relationship with substance use disorder treatment utilization. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *118*, 108125. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2020.108125>
- Pettersen, H., Landheim, A., Skeie, I., Biong, S., Brodahl, M., Benson, V., & Davidson, L. (2019). Helpful Ingredients in the Treatment of Long-Term Substance Use Disorders: A Collaborative Narrative Study. *Substance Abuse: Research and Treatment*, *13*, 117822181984499. <https://doi.org/10.1177/1178221819844996>
- Pinto, R. M., Chen, Y., & Park, S. (2019). A client-centered relational framework on barriers to the integration of HIV and substance use services: A systematic review. *Harm Reduction Journal*, *16*(1), 71. <https://doi.org/10.1186/s12954-019-0347-x>
- Rance, J., & Treloar, C. (2015). "We are people too": consumer participation and the potential transformation of therapeutic relations within drug treatment. *The International Journal on Drug Policy*, *26*(1), 30-36. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2014.05.002>
- Rebar, C. L., & Macnee, C. L. (2010). *Understanding nursing research: Reading and using research in evidence-based practice*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Reif, S., Braude, L., Lyman, D. R., Dougherty, R. H., Daniels, A. S., Ghose, S. S., Salim, O., & Delphin-Rittmon, M. E. (2014). Peer recovery support for individuals with substance use disorders: Assessing the evidence. *Psychiatric Services*, *65*(7), 853-861. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201400047>
- Rome, A. M., McCartney, D., Best, D., & Rush, R. (2017). Changes in Substance Use and Risk Behaviors One Year After Treatment: Outcomes Associated with a Quasi-Residential Rehabilitation Service for Alcohol and Drug Users in Edinburgh. *Journal of Groups in Addiction & Recovery*, *12*(2-3), 86-98. <https://doi.org/10.1080/1556035x.2016.1261384>
- Saunders, B., Sim, J., Kingstone, T., Baker, S., Waterfield, J., Bartlam, B., & Jinks, C. (2018). Saturation in qualitative research: exploring its conceptualization and operationalization. *Quality & Quantity*, *52*, 1893-1907. <https://doi.org/10.1007/s11135-017-0574-8>
- Sirvent, C., Herrero, J., De la Villa Moral, M., & Rodríguez, F. J. (2019). Evaluation of self-deception: Factorial structure, reliability and validity of the SDQ-12 (self-deception questionnaire). *PLOS ONE*, *14*(1): e0210815. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0210815>
- Stallvik, M., Flemmen, G., Salthammer, J. A., & Nordfjærn T. (2019). Assessing health service satisfaction among users with substance use disorders within the municipalities in Norway. *Substance Abuse Treatment Prevention and Policy*, *14*(1), 18. <https://doi.org/10.1186/s13011-019-0207-4>
- Stanojlović, M., & Davidson, L. (2021). Targeting the barriers in the substance use disorder continuum of care with peer recovery support. *Substance Abuse: Research and Treatment*, *15*. doi: 10.1177/1178221820976988
- Stott, A., & Priest, H. (2018). Narratives of recovery in people with co-existing mental health and alcohol misuse difficulties. *Advances in Dual Diagnosis*, *11*(1), 16-29. <https://doi.org/10.1108/add-08-2017-0012>
- Ter Avest, I. (2017). "I experienced freedom within the frame of my own narrative": the contribution of psychodrama techniques to experiential learning in teacher training. *International Review of Education*, *63*, 71-86. <https://doi.org/10.1007/s11159-017-9617-6>
- Vansteenkiste, M., Ryan, R. M., & Soenens, B. (2020). Basic psychological need theory: Advancements, critical themes, and future directions. *Motivation and Emotion*, *44*, 1-31. <https://doi.org/10.1007/s11031-019-09818-1>
- Velez, C. M., Nicolaidis, C., Korthuis, P. T., & Englander, H. (2017). "It's been an experience, a life learning experience": a qualitative study of hospitalized patients with substance use disorders.

- Journal of General Internal Medicine*, 32(3), 296-303. <https://doi.org/10.1007/s11606-016-3919-4>
- Veseth, M., Moltu, C., Svendsen, T. S., Nesva, S., Slyngstad, T. E., Skaalevik, A. W., & Bjornestad J. (2019). Stabilizing and destabilizing social world: close relationships and recovery processes in SUD. *Journal of Psychosocial Rehabilitation and Mental Health*, 9(1), 93-106. <https://doi.org/10.1007/s40737-019-00137-9>
- Wangensteen, T., & Hystad, J. (2022). A comprehensive approach to understanding substance use disorder and recovery: Former patients' experiences and reflections on the recovery process four years after discharge from SUD treatment. *Journal of Psychosocial Rehabilitation and Mental Health*, 9(1), 45-54. <https://doi.org/10.1007/s40737-021-00233-9>
- Webb, L., Clayson, A., Duda-Mikulín, E., & Cox, N. (2022). 'I'm getting the balls to say no': Trajectories in long-term recovery from problem substance use. *Journal of Health Psychology*, 27(1), 69-80. <https://doi.org/10.1177/1359105320941>
- Wenaas, M., Bahl, N. K. H., Kiik, R., & Juberg, A. (2021a). Patient Assessments of the Factors Facilitating and Impeding User Involvement During the First Phase of Substance Abuse Treatment. *Substance Abuse*, 13(15) <https://doi.org/10.1177/11782218211050368>
- Wenaas, M., Andersson, H. W., Kiik, R., & Juberg, A. (2021b). User involvement in interprofessional team meetings within services for substance use disorders. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 38(2), 190-203. <https://doi.org/10.1177/1455072520978353>
- Weston, S., Honor, S., & Best, D. (2018). A tale of two towns: a comparative study exploring the possibilities and pitfalls of social capital among people seeking recovery from substance misuse. *Subst Use Misuse*, 53(3), 490-500. <https://doi.org/10.1080/10826084.2017.1341925>
- White, W. L. (2007). Addiction recovery: Its definition and conceptual boundaries. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 33(3), 229-241.