

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
HOSPITAL DOCENTE DE ATENCION PSICOSOCIAL
DR. JOSE DOLORES FLETES VALLE**



**INFORME FINAL DE INVESTIGACION PARA OPTAR AL TITULO DE
ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA GENERAL**

**FACTORES RELACIONADOS A RECAÍDAS EN USUARIOS DE LA UNIDAD
DE ADICCIONES DEL HOSPITAL PSICOSOCIAL DR. JOSÉ DOLORES
FLETES VALLE EN EL PERIODO DE JULIO DEL 2014 A DICIEMBRE DEL
2015**

Autora:

Dra. Neyling Vanessa Mendoza Hernández MD
Residente de III año de la especialidad de psiquiatría

Tutor:

Dr. Mauricio Sánchez MD
Especialista en psiquiatría
Profesor titular de la especialidad de psiquiatría

Managua, Nicaragua, Marzo 2016

OPINIÓN DEL TUTOR

Conocer los factores de riesgo y protectores del consumo de sustancias psicoactivas es uno de los ejes fundamentales de la investigación en las farmacodependencias, permite diseñar programas preventivos y de intervención contra las dependencias a sustancias psicoactivas.

Otras importantes investigaciones en las farmacodependencias, están dirigidas a conocer factores diversos, asociados con la recaída del individuo, usuario o dependiente en el consumo de las sustancias, cuando se encuentran en los diversos programas y centros de recuperación, sean ambulatorios o de internamiento.

El presente estudio "FACTORES RELACIONADOS A RECAIDAS EN USUARIOS DE LA UNIDAD DE ADICCIONES DEL HOSPITAL PSICOSOCIAL DR. JOSE DOLORES FLETES VALLE EN EL PERIODO DE JULIO 2014 A DICIEMBRE 2015", logra darnos información valiosa, para conocer más en relación a las recaídas de los usuarios que asisten a nuestra unidad de adicciones.

Finalmente, como tutor científico, avalo y aplaudo el esfuerzo de la Dra. Mendoza, quien en este informe final logra con rigor metodológico y científico compartirnos esta valiosa información.

Dr. Mauricio Sánchez M.
Especialista psiquiatra

AGRADECIMIENTO

A: Dios por su misericordia de brindarnos la vida, la fortaleza, la salud, la guía y la oportunidad de mejorar con cada nuevo amanecer.



A: Mis padres y hermanos por estar siempre a mi lado en los momentos buenos y malos, a pesar de estos años que estuvimos separados por motivos de preparación profesional siempre pude contar con su apoyo.



A: Mi tutor de investigación Dr. Mauricio Sánchez por su apoyo incondicional en todos los aspectos del trabajo, un ejemplo a seguir, gracias por su calidez humana.



A: Dr. Manuel Pedroza que con sus orientaciones metodológicas y su entusiasmo siempre inspirador ha transmitido a muchas generaciones de profesionales el compromiso de mejorar cada día la calidad de los trabajos de investigación, gracias por ser un gran maestro, profesional y amigo.



A: Lic. Norman Montano y Lic. Miguel Álvarez por su apoyo incondicional, comprensión y aportes muy importantes para la realización de esta investigación.



A: Personal de archivo del hospital que siempre estuvieron con la mejor disposición a apoyarme en la revisión de expedientes.



A: Todos mis maestros de la especialidad de psiquiatría, que con su vocación de servicio a las nuevas generaciones de médicos psiquiatras, comprometidos seriamente con el futuro de nuestro país, han sido pilares fundamentales en nuestra formación.

RESUMEN

El consumo de drogas constituye un problema complejo de consecuencias en la salud individual, la integración familiar y el desarrollo social; que incrementa la carga de morbi-mortalidad, estigma y exclusión social en quienes dependen de ellas. Es un fenómeno que implica la compleja interacción de aspectos biológicos, psicológicos, sociales y culturales. Por lo tanto a través del presente trabajo: **Factores relacionados a recaídas en usuarios de la unidad de adicciones del hospital psicosocial Dr. José dolores fletes valle en el periodo de julio del 2014 a diciembre del 2015**, se estudio las características socio demográficas de los usuarios en estudio, los antecedentes médicos y psicopatológicos de los usuarios que han consumido drogas recientemente, factores del entorno socio-familiar que pueden contribuir a las recaídas y antecedentes personales no patológicos relacionados a la historia de consumo de drogas que contribuyan a las recaídas de los usuarios de la UDA estudiados. Obteniéndose como resultados principales; el perfil socio-demográfico identificado fue: solteros, masculinos, adultos jóvenes, con educación media a superior, originarios de zona urbana de Managua, sin empleo, derivados del servicio de emergencias del hospital psicosocial y nivel socioeconómico bajo. Los antecedentes médicos más frecuentes fueron comorbilidades psicopatológicas (depresión, trastorno de ansiedad, trastornos del sueño, intentos suicidas y trastorno afectivo bipolar). La mitad de los entrevistados padecen de comorbilidades médicas crónicas. En cuanto a los factores del entorno socio-familiar; se estableció una relación significativa entre la convivencia con alguien (sobretudo familiares y amigos) que tenga actualmente problemas de drogas y el riesgo de consumo reciente. A medida que disminuye el grado de satisfacción de las relaciones interpersonales, se observó un incremento de consumo de la droga actual. La mitad de los entrevistados tienen antecedentes de abuso físico y sexual, sufridos en la infancia y la adolescencia. Se estableció una relación significativa entre la edad de los usuarios y la droga inicial de consumo encontrándose que los adolescentes iniciaron con más frecuencia con marihuana, a diferencia de los usuarios adultos en quienes predomina el alcohol. La vía relacionada de consumo más frecuente fue la sintomática. Se presentó un incremento en la frecuencia de consumo de la droga actual en relación con el nivel de craving, siendo este uno de los factores más determinantes en la frecuencia de consumo de drogas en los últimos 30 días.

INDICE

INTRODUCCIÓN.....	2
ANTECEDENTES.....	3
JUSTIFICACION.....	8
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	9
OBJETIVOS.....	11
MARCO TEORICO.....	12
HIPÓTESIS DE INVESTIGACION.....	22
DISEÑO METODOLOGICO.....	23
RESULTADOS.....	31
DISCUSION DE RESULTADOS.....	42
CONCLUSIONES.....	51
RECOMENDACIONES.....	53
BIBLIOGRAFIA.....	55
ANEXOS.....	59

INTRODUCCIÓN

Según el Informe de la situación mundial (OMS, 2011) de las enfermedades no transmisibles, mueren más de 36 millones de personas cada año que comparten como factores de riesgo, el consumo de tabaco (6 millones de vidas cada año) y el uso nocivo del alcohol (2.3 millones de vidas cada año).

La situación geográfica de Nicaragua, así como sus amplias fronteras terrestres y marítimas la sitúan en una situación vulnerable, Según Maltez y Sánchez (2013) nuestro país ha pasado de ser una “zona de paso” de las drogas para convertirse en un país que se une a las naciones con graves problemas de consumo con las consecuencias de aumento de violencia y criminalidad.

Se evidencia lo relevante del problema para el país a través de algunos indicadores directos e indirectos como las muertes asociadas a drogas y el incremento de ingresos al hospital psiquiátrico por problemas relacionados a estas. (Sánchez y García, 2001, p. 4)

El consumo de drogas constituye un problema complejo de consecuencias en la salud individual, la integración familiar y el desarrollo social; que incrementa la carga de morbi-mortalidad, estigma y exclusión social en quienes dependen de ellas. A como lo destacan Alemán y López (2014, p.5-6), la comprensión de este fenómeno implica la compleja interacción de aspectos biológicos, psicológicos, sociales y culturales.

Por lo que tomando en la cuenta la importancia de este problema en la población nicaragüense el hospital docente de atención psicosocial “JOSE DOLORES FLETES VALLE”, en el 2010 presentó la iniciativa de organizar una unidad de atención integral a las adicciones (U.D.A). Lugar donde se consideró la realización del presente estudio, con la finalidad de realizar un abordaje de los factores bio-psicosociales que pueden propiciar el consumo de drogas y consecuentemente las recaídas en los usuarios y contribuir a la identificación de factores individuales que permita dirigir de manera individualizada y sistematizada la intervención psicoterapéutica. Así como reforzar las intervenciones orientadas a la prevención de situaciones de riesgo en la población general.

ANTECEDENTES

La comisión interamericana para control del abuso de drogas (CICAD) a través del centro nacional de lucha contra las drogas (CNLCD) han realizado muchos estudios sobre la prevalencia de consumo de drogas en la población Nicaragüense, tomando principalmente como escenarios o grupos poblacionales: Salas de urgencias y centros de detenciones, centros de tratamientos nacionales, encuestas a estudiantes de Secundaria y encuesta a la población general.

Según la encuesta nacional sobre el consumo de drogas en la población general de Nicaragua en noviembre 2006:

El consumo de alcohol, por la población de Nicaragua alcanza altas prevalencias seguida por el tabaco. En cuanto a las drogas ilícitas, la marihuana es la más consumida, seguida de clorhidrato de cocaína y el crack. Se observa mayor prevalencia consumo de drogas lícitas e ilícitas en los varones.

Las edades de 19 a 34 años son las que más consumen. Más de la mitad de los encuestados afirma que le sería fácil obtener Marihuana y cocaína. En altos porcentajes, señalan tener amigos o familiares que se emborrachan con cierta frecuencia. Casi un tercio de ellos declara tener amigos o familiares que consumen drogas ilícitas.

En el estudio sobre factores de protección, de riesgo y la prevención de recaídas en población drogodependiente, realizado por Mavrou (2012) encontró que:

El perfil de la persona drogodependiente es joven, soltera, dependencia económica de los padres, de clase media en la mitad de los casos, inicio de consumo en la adolescencia, con alcohol como droga de inicio, seguido de la marihuana y cocaína. Con problemas legales en la mitad los casos y la mayoría son politoxicómanos.

Los principales motivos para iniciar el consumo de drogas es el grupo de amigos, curiosidad, porque su pareja consumía, olvidar los problemas. La mayoría han crecido en familias desorganizadas y desestructuradas.

López y Roncero (2011, p.115-122) presentaron un estudio sobre factores de riesgo de recaídas en pacientes drogodependientes tras desintoxicación hospitalaria, encontrándose que:

Los pacientes con antecedentes patológicos médicos, trastornos afectivos comórbidos y poli consumo de sustancias recayeron con más frecuencia a los 6 meses tras su egreso. Los pacientes con trastornos de personalidad no presentaron una tasa de recaída mayor a los 6 meses. El 91.7% de los pacientes adictos a la heroína habían vuelto a consumir a los 6 meses y en cambio solo el 28.6% de los pacientes adictos a cannabis recaían a los 6 meses. Los pacientes con un alto craving, que lo palían con un consumo de drogas previo al ingreso hospitalario para desintoxicación, tienen un peor pronóstico de su drogadicción.

En el análisis de factores de prevención de recaídas y evaluación de los tratamientos de drogodependencias, Luengo y Romero (2005) destacaron en sus resultados que:

Entre los factores de riesgo de recaer, relacionadas a las características del tratamiento están el nivel de exigencia del programa, grado de relación con los compañeros del programa, abandonos durante el programa. En el ámbito laboral y social, las recaídas se asocian a menor número de amigos y las mayorías de ellos consumidores. En el ámbito personal, los que recaen manifiestan mayores problemas de salud, problemas económicos y problemas con la ley, utilizan menos estrategias de afrontamiento positivas de búsqueda de apoyo social y se consideran menos auto eficaces para resistir la tentación de consumir en las situaciones de búsqueda de estados interpersonales positivos.

En los factores relacionados al área de personalidad están la autoeficacia, la conducta antisocial y los trastornos borderline, de acuerdo a **Espina y García (1993, p.185-204)**, los trastornos psicopatológicos están asociados a un peor pronóstico, así como la criminalidad asociada al consumo de drogas. Los problemas médicos también están relacionados al riesgo de recaídas, así como los años de adicción y el tipo de sustancia

de abuso. Las relaciones familiares, el apoyo y el estrés social, son aspectos importantes en el pronóstico a largo plazo.

En el estudio elaborado por Castellón (2010) sobre Conocimientos actitudes y prácticas acerca del uso de drogas en estudiantes del IV y V año del instituto Paz y Amor, Managua encontró que:

La mayoría de estudiantes consumen algún tipo de drogas, siendo las más frecuentes el café, alcohol y las bebidas energizantes, con una media de inicio de consumo de 12.9 años. Los principales motivos para iniciar el consumo de algún tipo de drogas fue curiosidad, experimentar, influencia de los amigos y escaparse. En un 18% de hogares acostumbran fumar o beber.

En el reporte de Nicaragua sobre los centros de tratamiento (Consejo nacional de lucha contra las drogas, 2003) se presentó lo siguiente:

El consumo de drogas afecta todos niveles educativos, siendo el mayor porcentaje secundaria. El estado civil predominante tanto para hombres como para mujeres es el soltero. El mayor porcentaje de usuarios de drogas se concentró entre los desempleados. La mayoría de los pacientes están en centros de tratamiento tipo residencial institucional, son centros privados, de organizaciones de la sociedad civil, no gubernamentales (ONG). No contamos en Nicaragua con centros públicos o estatales para la atención de los usuarios de drogas. Las drogas legales alcohol y tabaco son más del 70 % de las prevalencias de drogas de inicio. El consumo de alcohol a edades tempranas podría atribuirse al importante movimiento de la industria cervecera en expansión del mercado. Un gran porcentaje comienza el consumo de drogas antes de los 20 años. Las Vías de administración más frecuentes fueron en orden descendentes: Oral, fumada e Inhalada.

En el estudio sobre consumo de drogas en estudiantes de secundaria (Sánchez, 2004) se encontró que:

Mayor porcentaje de estudiantes varones consumidores de drogas. Se mostró un aumento de las prevalencias desde los 12 hasta los 19 años de edad.

Los estudiantes con más problemas de comportamiento dentro del colegio tienen un aumento de la prevalencia de consumo de “cualquier droga ilícita”. Mayor consumo de

cualquier droga ilícita en estudiantes que viven con un amigo, solo, o con un novio(a), o esposo(a).

Valores más altos de consumo en aquellos estudiantes con padres que se encuentran separados, viudos o divorciados.

La droga iniciada a menor edad son los solventes e inhalables, le siguen en orden ascendente el crack, la marihuana y la cocaína y por ultimo éxtasis y otras metanfetaminas. Los alumnos de secundaria refieren que los estudiantes consumen drogas por curiosidad, para olvidar problemas, para compartir con amigos y para rendir más.

En la monografía sobre Prevalencia y otros aspectos relacionados al consumo de sustancias psicoactivas (Silva, 2008) Se encontró lo siguiente:

Los individuos estudiados en su mayoría eran del sexo femenino, edad más frecuente 21-22 años, casados, vivían con sus padres y no trabajaban. En cuanto a prevalencias de consumo: la marihuana es la más consumida en los estudiantes universitarios de medicina de la UNAN Managua, seguida por cocaína, solventes e inhalantes y el crack. En su mayoría manifestó tener amigos o familiares que se embriagan con frecuencia. Más de la mitad afirma que le sería fácil obtener drogas para su consumo.

En la tesis elaborada por Dr. Ramírez (1998) sobre Características sociodemográficas y patrones de consumo de drogas en pacientes farmacodependientes, atendidos en centros de tratamiento psicosocial, se concluyó que:

Las Características de la población estudiada eran jóvenes (entre 15 y 24 años), solteros y separados, niveles educativos de primaria y secundaria, desempleados. Inicio con drogas legales y luego ilegales. Drogas de mayor impacto crack y alcohol. Frecuencia de consumo diariamente. La mayoría eran politoxicómanos. Edades de inicio muy temprano 10-14 años. Fue baja la referencia de patologías medicas asociadas al consumo de drogas, sobresaliendo en orden de importancia; hepatitis, infección renal y gastritis. El problema de mayor impacto está en el área psicosocial.

La monografía sobre Sustancias psicoactivas y factores en pacientes egresados del hospital docente de atención psicosocial con diagnóstico de psicosis asociada a drogas, elaborada por Dra. Paiz (1995) presento que:

Características sociodemográficas de los estudiados eran: edades más frecuentes 10-30 años. En su mayoría del sexo masculino. Lugares de procedencia: Managua, Matagalpa, Carazo, Estelí, Jinotega, León y Zelaya. Escolaridad predominante fue la primaria. Estado civil prevaeciente: soltero y separados, la mitad cohabitan con sus padres, la mayoría no trabaja. La relación familiar de los pacientes estudiados se considera como estable. En la infancia se caracterizaban por no tener dificultad para el aprendizaje, tenían amigos, tenían peleas, eran tímidos, pero además se sentían tristes, les gustaba las sensaciones riesgosas, decían sentirse a gusto con sus amigos. Estado de depresión atípica. La mayoría de los pacientes tenían núcleo familiar disintegrado. Amigos que consumían alcohol, drogas, les estimulaban a consumir, les era fácil conseguir drogas, padres consumían. La edad de inicio para el consumo de sustancias psicoactivas fue de 10-18 años.

En la Tesis elaborada por Dra. Gutiérrez (2013), Conocimientos y actitudes sobre drogadicción, que poseen los familiares de los pacientes drogodependientes que acuden a la unidad de adicciones del hospital José Dolores Fletes Valle se encontró que:

El sexo femenino se destacó con más frecuencia como acompañante de los pacientes drogodependientes que acuden a la UDA. Las edades de los acompañantes fueron de 20-39 años. La mayoría alcanzaron la secundaria, un poco más de la mitad tenían trabajos. Un poco más de la mitad de los acompañantes consideraron que la drogadicción es un problema exclusivo de la población joven, es decir que no afecta a los adultos. Gran parte de los entrevistados atribuyeron el problema de la drogadicción principalmente a los problemas familiares y a la influencia por parte de amistades. Los acompañantes destacaron que los principales síntomas asociados al consumo de drogas son la ansiedad y la irritabilidad.

JUSTIFICACION

La alta tasa de recaídas es uno de los problemas más importantes en el tratamiento de la adicción a las drogas, en cualquier lugar del mundo. Nicaragua no es la excepción a esto. Se ha observado un incremento sustancial en los motivos de ingreso hospitalario subsecuentes relacionados al consumo de drogas en estos últimos años en el hospital docente de atención psicosocial DR. JOSÉ DOLORES FLETES VALLE, considerando que es el único hospital de referencia nacional y las deficiencias en el registro a nivel periférico sobre estos problemas, el impacto podría ser mayor.

De los pacientes atendidos por problemas de salud relacionados con el consumo de drogas en emergencia del hospital de manera ambulatoria o ingresados en las salas de agudos, se les indica asistir a la terapia en la unidad de atención integral a las adicciones (UDA), para evitar en lo posible las recaídas de los usuarios y el aumento de la morbi-mortalidad en este grupo poblacional.

Por lo que a través del presente estudio se pretende identificar los factores biopsicosociales que pueden contribuir a la recaída de los usuarios de la U.D.A para un mejor abordaje terapéutico de los mismos y reforzar las intervenciones orientadas a la prevención de situaciones de riesgo en la población general.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

CARACTERIZACION DEL PROBLEMA:

Según el informe mundial sobre las drogas (UNODC, 2015) se estima que un total de 246 millones de personas, o una de cada 20 personas de edades comprendidas entre los 15 y 64 años, consumieron drogas ilícitas en 2013.

La magnitud del problema mundial de las drogas se hace más evidente si se tiene en cuenta que más de 1 de cada 10 consumidores de drogas es un consumidor problemático que sufre trastornos ocasionados por el consumo de drogas o drogodependencia. Ello supone una pesada carga para los sistemas de salud pública en lo que respecta a la prevención, el tratamiento y la atención de los trastornos relacionados con el consumo de drogas y sus consecuencias para la salud. Únicamente 1 de cada 6 consumidores de drogas problemáticos en el mundo tiene acceso a tratamiento, dado que en muchos países hay un déficit considerable en la prestación de servicios.

DELIMITACION DEL PROBLEMA:

Cada año se incrementa más el número de ingresos subsecuentes de jóvenes al hospital docente de atención psicosocial DR. JOSÉ DOLORES FLETES VALLE, con trastornos mentales relacionados al consumo y dependencias a sustancias psicótropas.

De estos pacientes solamente un cuarto de ellos, aproximadamente terminan la intervención temprana en la UDA, por lo que el trabajo con este pequeño grupo de pacientes es fundamental para la prevención de futuras recaídas.

FORMULACIÓN:

A partir de la caracterización y delimitación del problema se plantea la pregunta de estudio, para comprender el comportamiento de los reingresos y pacientes de primera vez que acuden a la UDA: ¿Cuáles son los factores relacionados al consumo de drogas que propician las recaídas en este grupo de usuarios? Dicho estudio se realizará durante los meses de julio 2014 a diciembre 2015.

SISTEMATIZACION:

Las preguntas de sistematización correspondientes que se presentan al problema de investigación son:

1. ¿Cuáles son las características socio demográficas de los pacientes en estudio que acuden a la UDA?
2. ¿Cuáles son los antecedentes médicos y psicopatológicos comunes a los pacientes estudiados que han consumido recientemente (en los últimos 30 días)?
3. ¿Qué factores del entorno socio familiar están más relacionados con la recaída en la población de estudio?
4. ¿Existe relación entre los factores personales no patológicos de la historia de consumo de drogas y el riesgo de consumo reciente en la población de estudio?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Conocer los factores relacionados a recaídas en usuarios de la Unidad de Adicciones del Hospital docente de atención psicosocial Dr. José Dolores Fletes Valle, durante los meses de Julio 2014 a Diciembre 2015.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Describir las características socio demográficas de los usuarios en estudio.
2. Caracterizar los antecedentes médicos y psicopatológicos de los pacientes estudiados que han consumido drogas recientemente
3. Identificar los factores del entorno socio-familiar que pueden contribuir a las recaídas de los usuarios estudiados
4. Determinar los antecedentes personales no patológicos relacionados a la historia de consumo de drogas que más pudieran influir en las recaídas de los usuarios de la UDA estudiados

MARCO TEORICO

Marlatt desarrolló una teoría sobre el proceso de recaída que pone énfasis en los factores cognitivos, afectivos, situacionales que pueden potenciar la recaída.

Luengo y Romero (2005, p, 14) mencionan que la transición entre un consumo puntual y el retorno a la adicción dependerá de una serie de procesos en los que intervienen múltiples variables.

FACTORES PRONÓSTICO DE ABANDONO Y RECAÍDAS:

Varios aspectos importantes de la evolución del adicto, como son el uso de drogas, el empleo, la criminalidad, las relaciones familiares, etc deberían ser revisadas como un conjunto de variables con una funcionabilidad interdependiente.

Respondiendo a esta necesidad McLellan et al (1980) construyeron el Addiction Severity Index (ASI), que valora siete áreas comúnmente afectadas por la dependencia de drogas y alcohol. (Espina et al 1993, p.190)

Estos factores biopsicosociales se pueden agrupar en:

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS:

Los parámetros culturales, actitudes sociales, comportamiento de los pares, y accesibilidad de la droga influyen en la experimentación inicial. En el caso de agentes menos aceptables como la cocaína y los opiáceos, esos elementos siguen siendo importantes, pero la personalidad adquiere mayor relevancia. Los factores sociales y ambientales contribuyen, pero la vulnerabilidad y la psicopatología individual son fundamentales en la dependencia. La probabilidad es mayor en los varones que en las mujeres, este hecho se observa en todas las culturas y podría reflejar en parte la sanción del consumo de drogas y la conducta inapropiada en las mujeres. (Kaplan y Sadock, 1997 p. 725-728)

La adolescencia es una etapa de la vida en que se producen cambios importantes para el desarrollo de la personalidad. Morales (citado por Gonzalo y Naranjo, 2013 p. 2) destaca que uno de los problemas de salud más frecuentes en esta etapa es el inicio de

prácticas nocivas como el hábito de fumar, la ingestión de bebidas alcohólicas y el consumo de drogas ilegales.

PERFIL DEL DROGADICTO: Perfil social: El uso de cualquier droga entraña siempre generar en el individuo una situación de gran riesgo para la salud. Este riesgo, que es distinto para cada droga, depende de tres factores importantes relacionados entre sí:

a) La farmacología de la droga y su forma de actuar sobre el organismo, y concretamente a nivel del Sistema Nervioso Central (S.N.C.)

b) Las características de personalidad y circunstancias personales del sujeto

c) Las condiciones socioculturales y el entorno/contexto, que rodean al individuo, tales como la presión social hacia el consumo, la facilidad de adquisición de la droga, etc.

ANTECEDENTES MÉDICOS Y PSICOPATOLÓGICOS:

Los factores biológicos de riesgo en la población drogodependiente se han demostrado ser la enfermedad mental, enfermedad crónica, dolor físico permanente entre otros factores fisiológicos. (Sánchez, 2013 p.16-23).

Espina y García (1993 p. 193-194) mencionan que los factores relacionados al área de personalidad están la autoeficacia, la conducta antisocial y los trastornos borderline. Los trastornos psicopatológicos están asociados a un peor pronóstico.

Los problemas en el área médica en la admisión, predicen el mayor consumo de alcohol y problemas psicosociales, lo cual puede ser debido al deterioro físico, la peor calidad de vida, y consecuentemente a un mayor abandono y marginación.

Para algunos autores, existe una serie de ***rasgos determinantes de la personalidad pre toxicómana***, que predisponen al uso de drogas, como una acción que se enmarcaría dentro de una actitud de búsqueda de soluciones a un estado crítico por el que atraviesa la persona.

Entre estas características personales, se pueden distinguir las siguientes:

1. Una actitud pasiva de cara a la vida, y sobre todo a la solución de problemas, con una personalidad desestructurada e inmadura que les hace incapaces de enfrentarse con los problemas de la vida, y las demandas de la sociedad.
2. Bajo nivel de frustración, fracaso o dolor; es decir, la gran dificultad que algunas personas tienen a la hora de soportar el malestar de cualquier índole, no pudiendo tomar una actitud de búsqueda de soluciones, tendiendo a la desestructuración como única alternativa, la cual va desde la rabieta hasta los estados de angustia intensa. “Yo débil incapaz de tolerar las frustraciones”.
3. Una actitud caracterizada por la “capacidad de aliviar y eliminar la angustia” (malestar psíquico) mediante la ingestión de alimentos, líquidos o la evasión de la realidad.
4. Necesidades de dependencia no satisfechas.
5. Dependencia afectiva. Inmadurez o inestabilidad emocional y afectiva.
6. Angustia de separación, aislamiento y dificultades de interrelación. Individuos con graves problemas de socialización.
7. Deseo inagotable de amor y de aprobación.
8. Falta de confianza en sí mismo. Imagen negativa de sí mismo.
9. Timidez e hipersensibilidad.
10. Inadaptación atribuible a una situación familiar desfavorable a factores constitucionales.
11. Carencia de control interno.
12. Escaso nivel de aspiraciones y relaciones personales.

Que haya individuos drogodependientes como consecuencia de una personalidad desestructurada, no significa que todo consumidor tenga una personalidad defectuosa.

EN LOS FACTORES RELACIONADOS AL CONTEXTO SOCIOFAMILIAR:

La dependencia viene determinada por la interrelación de múltiples factores que tienen que ver, de forma especial, con la personalidad del individuo y con su entorno más próximo (familia, escuela, grupo de amigos); por eso, gran parte de esos factores hay

que tenerlos en cuenta a la hora de explicar la problemática del drogodependiente.
(Kaplan y Sadock, 1997 p. 725-728)

- a. **Entre los factores socioculturales, Sánchez menciona:** Disfuncionalidad, uso de drogas por parte de los padres o miembros de la familia, ruptura familiar, bajas expectativas familiares, valores distorsionados, delincuencia, incluyendo tráfico de drogas.
- b. **Factores relacionados a los “pares” (a los iguales, a los compañeros):** Amigos que usan sustancias, amigos que presionan para el consumo, conductas antisociales de grupos, involucramiento en “subgrupos” de riesgo o alto riesgo (pandillas por ejemplo), búsqueda de sensaciones (como grupo)
- c. **Factores relacionados a la escuela:** Escuelas violentas, desorganización escolar, falta de reglas y normas claras, trato impersonal de los profesores respecto a los alumnos (Inefectividad), profesores modelos inadecuados (incitan a tomar alcohol a los alumnos por ejemplo), fracaso escolar, deserción escolar.
- d. **Factores Comunitarios:** Normas permisivas en la comunidad respecto al uso de sustancias psicoactivas especialmente drogas ilegales, lazos comunitarios débiles, privación social y económica, abundancia y distorsión de valores, disponibilidad de drogas, accesibilidad hacia la droga (buen sistema de distribución y precios accesibles). (Sánchez, 2013 p.16-23)

Diferentes trabajos coinciden en que las relaciones familiares, el apoyo y el estrés social son aspectos importantes en el pronóstico. Casi todos los estudios concluyen que la criminalidad asociada al consumo de drogas es de mal pronóstico. (Espina 1993 p.194 y 199)

La influencia de los componentes de la emoción expresada:

Lloret (2001) citado por Becerra (2008, p. 1) define que los procesos de socialización familiar son importantes al constituir la base de predisponentes como son las actitudes, la personalidad, el autoconcepto, los valores, y las habilidades de comunicación.

Según Becerra (2008 p. 4) las variables del ámbito familiar que con más frecuencia se han vinculado a la existencia de consumo abusivo de drogas por parte de un miembro familiar son:

- **Clima familiar negativo:** desorganización familiar y estrés, negatividad y rechazo, psicopatología del familiar.
- **Conflicto familiar excesivo:** abusos verbales y físicos, críticas al enfermo, hostilidad generalizada.
- **Falta de comunicación adecuada entre miembros de la familia:** incomunicación entre miembros familiares, falta de cohesión familiar, escasez de tareas compartidas y de tiempo juntos, interacciones disfuncionales entre miembros de la familia.
- **Estilos educativos inadecuados (por parte de los padres):** ambigüedad en las normas familiares, exceso de protección, falta de reconocimiento y una organización familiar rígida.
- **Uso de drogas y las actitudes favorables hacia estas por los familiares relevantes** (como por ejemplo los padres).

FACTORES NO PATOLÓGICOS RELACIONADOS A LA HISTORIA DE CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOTRÓPICAS:

TIPOS DE CONSUMO: La gran diversidad de usuarios comprende cuatro grandes grupos: experimentadores, consumidores sociales (intencionales), consumidores frecuentes (intensivos) y dependientes.

Consumo Experimental: Marca el inicio del consumo. Se trata de experimentar el efecto de una sustancia, motivado por la apreciación de los efectos que produce en sus coetáneos.

Consumo Circunstancial o Situacional: Incluye patrones donde se consume la sustancia buscando obtener efectos deseables que exacerben una determinada experiencia o le ayuden a sobrellevar ciertas situaciones.

Consumo en “bingo”: Es un patrón episódico donde se ingieren grandes cantidades de alcohol y/o drogas de manera maratónica a lo largo de un solo episodio de consumo. Fomenta la creencia de que el consumo no es un problema.

Consumo abusivo: Ocurre cuando un individuo manifiesta repetidamente problemas significativos en áreas importantes de su funcionalidad. Muchas personas presentan signos de abuso de sustancia y sin embargo no desarrollan una dependencia.

Dependencia: Categoría con mayor problema en el continuo de consumo de sustancia. Se vuelve evidente la preocupación del paciente por obtener y consumir la sustancia, denota la incapacidad de controlar el consumo, presenta un deterioro integral en su funcionamiento psicosocial y persiste en la búsqueda de la sustancia a pesar de las experiencias adversas. (Alemán y López, 2014 p.9-10)

VIAS RELACIONADAS DE CONSUMO: González (2004. Pág. 14) propuso un conjunto de vías patógenas para el establecimiento de las drogodependencias y/o adicción estas son:

- **Vía sociocultural:** Relacionada con costumbres, tradiciones y factores ocupacionales que facilitan el periódico consumo de sustancias y la consecuente adicción. Involucrados en este mecanismo está la presión de los grupos de pares y modas.
- **Vía hedónica:** Existe una persecución constante del placer sin ningún otro objetivo en la vida, característica de los drogodependientes con importantes componentes disociales en su personalidad –previos a la adicción-- y se ve también en algunas personas de alto nivel económico y bajo nivel de responsabilidades ante la familia y la sociedad.
- **Vía evasiva:** se constituye en el mecanismo seguido por los sujetos que sin ser enfermos psíquicos pretenden evadirse de conflictos que pueden catalogarse tanto macro sociales (desempleo, discriminación, muerte de un ser querido sin asistencia médica y frustraciones derivadas de la imposibilidad de estudiar) como

micro sociales (divorcios, rechazo familiar, frustraciones derivadas de enfermedades invalidantes de tipo predominantemente somáticos, etc.) Busca de manera infructuosa alejarse de la realidad, con el posible objetivo de olvidar los conflictos hogareños, experiencias psico traumáticas actuales o pasadas, sin percatarse de que dicha conducta lo que hace es aumentarlas. □

- **Vía asertiva:** Cuando las personas utilizan las drogas pretendiendo aumentar su seguridad personal. El consumo de alcohol permite una mayor expresión de las ideas, sentimientos y emociones.
- **Vía sintomática:** Es donde existe previamente una afección corporal o más frecuentemente psíquica cuyos síntomas se pretenden atenuar, resultado que sólo se consigue en los primeros consumos, para después empeorar notablemente.
- **Vía constitucional:** Es lo referido al componente de vulnerabilidad o predisposición genética, que por sí solo no es suficiente para desarrollar una drogadicción si no existen los factores psicológicos y medioambientales que determinen el uso reiterado de la sustancia.

El análisis consecuente de estas vías permite orientar el proceso de tratamiento y rehabilitación en el sentido de alejar al individuo de aquello que lo lleva a consumir la sustancia.

Los años de adicción, el tipo de sustancia dependiente parecen ser factores de mal pronóstico.

CARACTERISTICAS PROPIAS DE LA DROGA:

Alemán y López (2014 p.16-18) mencionan como características que influyen en el fenómeno de las drogodependencias las siguientes:

Por su capacidad de generar dependencia:

1. **Dependencia física y psíquica:** opio, metadona, heroína, morfina, alcohol y barbitúricos.
2. **Fuerte dependencia psíquica:** cocaína, marihuana, LSD, mezcalina, alucinógenos, inhalantes.

Por su afectación a la conciencia:

1. **Sin afectación a la conciencia:** tabaco, alcohol, café, té.
2. **Con afectación de la conciencia:** alcohol, cocaína, marihuana, LSD, mezcalina, alucinógenos, inhalantes, heroína, morfina, etc.

Por sus efectos sobre el Sistema Nervioso Central:

1. **Drogas estimulantes:** café, tabaco, té, anfetaminas y la cocaína.
2. **Drogas sedantes/depresoras:** alcohol, morfina, heroína y algunos de los llamados somníferos y sedantes.
3. **Drogas distorsionantes o deformantes de las percepciones:** el LSD, la marihuana, el ICE (metanfetamina en su forma fumable) y algunos hongos, determinantes de alucinaciones y de ilusiones.

Por su regulación legal:

1. **Prohibida su regulación y fabricación:** heroína, cocaína, cannabis y sus derivados, LSD, etc.
2. **Permitida su comercialización con autorización facultativa:** metadona, morfina, codeína, barbitúricos, ansiolíticos, etc.
3. **Permitida su comercialización libre:** alcohol, tabaco, café, té.

El deseo o ansia por el consumo de drogas (**CRAVING**) constituye un concepto nuclear en la comprensión, valoración y tratamiento de las adicciones. Las escalas unidimensionales están compuestas usualmente por un solo ítem, destacan las del tipo analógico visual (puntuación marcando un punto en una línea) y las de tipo Likert (puntuación por categorías discretas). Son de gran comodidad en el contexto clínico, ya que son muy intuitivas y de rápida ejecución, e ideales en los casos que han de aplicarse de manera repetida. (Castillo y Bilbao, 2008 p. 1, 14-15).

ETAPAS DE CAMBIO:

Uno de los aspectos muy importantes a tomar en cuenta en la terapia de rehabilitación en pacientes que asisten a la UDA es la etapa de cambio. Según el modelo transteórico de Prochaska y Di Clemente, Mayor y López (1998, p.8-45) plantean que este modelo intenta dar respuesta a cuestionamientos en el curso de modificación de una conducta adictiva. Hay variables del sujeto que intervienen en esta situación: motivación inadecuada, resistencia a la terapia, capacidad para relacionarse, variables de la terapia,

etc. El estadio en el que se encuentra el adicto cuando llega al tratamiento es mejor predictor del abandono prematuro del programa que las variables usadas comúnmente (educación, sexo, edad, etc.).

Las fases o estadios que distinguen son los siguientes:

1. Precontemplación: Se sitúan en este estadio aquellas personas que no manifiestan deseo de cambiar de conducta a corto plazo, en los seis meses siguientes. Además, no creen tener un problema de adicción igual al de otros adictos.

2. Contemplación: Esta etapa se define como aquella en la cual los individuos son conscientes de que existe un problema y piensan seriamente superarlo, pero aún no se han comprometido a pasar a la acción. Muchos de los adictos que acuden a tratamiento lo hacen en esta etapa, La palabra clave en este estadio es la ambivalencia. Los sujetos se muestran receptivos a la información sobre su conducta adictiva, además, dan los primeros pasos para empezar a modificar su conducta.

3. Preparación: A este estadio también se le llama determinación o toma de decisiones. Momento de transición en el cual el adicto comienza a conseguir la abstinencia.

4. Acción: Es la etapa en la que el sujeto realiza los cambios más visibles para modificar su comportamiento, sus experiencias o su entorno con el fin de superar sus problemas. Se considera que los individuos que están en este estadio llevan hasta 6 meses sin manifestar su conducta adictiva.

5. Mantenimiento: las personas han de ser capaces de mantenerse alejadas del comportamiento adictivo y de comprometerse consistentemente en su nuevo estilo de vida durante más de seis meses. Esta fase no tiene una duración determinada. La identificación de situaciones de riesgo y la prevención de recaídas son las tareas que van a ayudar al adicto a mantenerse en esta fase.

UNIDAD DE ATENCION INTEGRAL A LAS ADICCIONES (U.D.A):

En Agosto del 2010 la Dirección del hospital Dr. José Dolores Fletes Valle, presentó al Consejo Nacional de lucha Contra el Crimen Organizado (CNCCO) un perfil de proyecto denominado “Establecimiento de una Unidad de Atención Integral a las Adicciones en el Hospital Psicosocial “JDFV”. Nicaragua” el cual fue aprobado por la Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) y firmado un acuerdo de cooperación entre la Dirección del Hospital, el CNCCO y la UNODC.

La justificación de esta iniciativa radica en el hecho de que el manejo y atención del alcohólico y drogodependiente en Nicaragua, ha estado muy disperso y desarticulado, esta situación se refleja en las personas ingresadas por problemas de alcohol y/o drogas, los cuales se agrupan en las salas de agudos; con el conglomerado de pacientes con otras patologías graves de salud mental y psiquiatría.

Este ambiente origina una inadecuada valoración y atención de los casos, sub registros, deterioro psicosocial, estigma, rechazo familiar, etc.

La U.D.A es parte de la reestructuración de las funciones asistenciales en general que se vienen implementando en los últimos años en nuestro hospital, creando un espacio de atención integral a la persona con problemas de alcohol y drogas lo cual contribuye al cambio del perfil e imagen de nuestro hospital. (Subdirección médica, 2011 p. 2)

Criterios de ingreso a la UDA:

1. Usuario desintoxicado, con crisis yugulada, con pobre o nulo riesgo de repetición de la crisis durante las siguientes cuatro semanas.
2. Mayores de 16 años.
3. Sin descompensación por enfermedades crónicas, ni deterioro grave de su estado de salud.
4. Con hoja y solicitud fundamentada de su traslado de los servicios de UIC, Sala No. 4 o 3, Emergencia y/o Consulta Externa.
5. Sin riesgo y/o vulnerabilidad suicida.
6. Usuario con documentación completa (hoja de admisión, hoja de emergencia, plan de tratamiento, historia clínica). (Subdirección médica, 2011, p. 6)

HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN

Los usuarios de la U.D. A entrevistados, entre el periodo de julio 2014 y diciembre 2015, que presentan mayores factores de riesgo de consumo de drogas podrían ser más vulnerables a las recaídas.

DISEÑO METODOLOGICO

TIPO DE ESTUDIO:

De acuerdo al diseño metodológico el tipo de estudio es descriptivo, según el método de estudio es observacional y correlacional. De acuerdo, al tiempo de ocurrencia de los hechos y registro de la información, el estudio es retrospectivo, por el período y secuencia del estudio es transversal.

ÁREA DE ESTUDIO:

Unidad de adicciones (UDA) ubicada en el hospital de atención psicosocial DR. JOSÉ DOLORES FLETES VALLE de Managua, kilómetro 5 carretera sur.

POBLACIÓN DE ESTUDIO:

Pacientes que cumplieron los criterios de ingreso a la UDA, de acuerdo a las normas de dicha unidad y que asistieron de forma ambulatoria.

Se incluyó en el estudio, los pacientes que completaron las tres semanas de intervención en la unidad.

Criterios de Inclusión:

1. Que cumplan los criterios de ingreso a la UDA
2. Usuarios de primer ingreso que hayan completado las 3 semanas de intervención
3. Usuarios subsecuentes que acudan 6 meses después de intervención en la UDA

Criterios de exclusión:

1. Usuarios que no hayan completado las dos primeras semanas de intervención.
2. Usuarios rehabilitados que apoyan el trabajo del personal médico.
3. Usuarios que se encuentren hospitalizados en las salas de agudo

PERIODO DE ESTUDIO:

Se aplicó el estudio durante los meses de Julio 2014 a Diciembre 2015.

FUENTE DE INFORMACIÓN:

Se utilizó fuente primaria y secundaria, ya que se realizó entrevista para la aplicación del instrumento de recolección de información y la revisión de expedientes clínicos.

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Para el cálculo de la muestra se utilizó los siguientes criterios: nivel de confianza del 95%, proporción esperada de un 5%, con una precisión de un 3%, obteniéndose 129 pacientes para el periodo de estudio.

Se designó este valor tomando en cuenta la cantidad de nuevos ingresos que cumplieron los criterios de inclusión a la UDA, en los meses de julio a diciembre 2013.

Por dificultades en la ubicación del domicilio para las entrevistas, disposición de tiempo de los usuarios, no fue posible completar la muestra de estudio, solo fue posible incluir en el estudio a 98 usuarios de la UDA.

DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES:

Objetivo general: Conocer los factores relacionados a recaídas en usuarios de la Unidad de Adicciones del Hospital docente de atención psicosocial Dr. José Dolores Fletes Valle, durante los meses de Julio 2014 a Diciembre 2015.

Objetivos Específicos	Variable Conceptual	Subvariables, o Dimensiones	Variable Operativa Indicador	Técnicas de Recolección de Datos
1. Describir las características socio demográficas de los pacientes en estudio	Edad	16-18 años 19-39 años 40-60 años >60 años	Edad cronológica desde la fecha de su nacimiento hasta el momento de la entrevista	Expediente clínico, cedula o partida de nacimiento Entrevista
	Sexo	Masculino Femenino	Características fenotípicas que distinguen a un hombre de una mujer	
	Procedencia	Urbano Rural Nombre del municipio de procedencia	Lugar de donde procede el paciente	
	Nivel de escolaridad	Ninguno Primaria completa Primaria incompleta Secundaria completa Secundaria incompleta Universidad	Categoría de estudios cumplidos	
	Ocupación	Ninguna Estudiante Profesional Ama de casa Obrero otros	El trabajo que el encuestado desempeña al momento de la encuesta.	

	Estado civil	Soltero (a) Casado (a) Unión libre Divorciado (a) Separado (a) Viudo (a)	Clase o condición a la cual está sujeta la vida de cada uno	
	Seguro medico	Ninguno Seguro privado Seguro social Pensión	Servicio social que garantiza el estado o el empleador a sus empleados	
	Derivación al tratamiento	Personal médico de atención primaria Emergencia del hospital Área de hospitalizados Familiares Amigos Por si solo Juez Otros	Persona o área que lo remite a tratamiento de la drogadicción.	
2. Caracterizar los antecedentes médicos y psicopatológicos de los pacientes estudiados que han consumido recientemente	Alojamiento restringido	Centro de rehabilitación otro tipo de alojamiento Hospital psiquiátrico Cárcel Hospital general	Permanencia en un centro supervisado en los últimos 6 meses o 30 días previo a su ingreso a la UDA	Expediente clínico Entrevista
	Enfermedades crónicas	HTA Diabetes mellitus Artritis reumatoide Asma Cardiopatía Epilepsia Cáncer Tuberculosis VIH/SIDA Cirrosis hepática Otros	Alteración del estado fisiológico de un organismo que tiene un curso lento y recidivante	
	Trastornos de Personalidad (T.P)	T.P Paranoide T.P Esquizoide T.P Esquizotípica T.P antisocial T.P Limite T.P histriónico T.P Narcisista T.P por evitación T.P por dependencia T.P obsesivo compulsivo	Patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, tiene su inicio en la adolescencia o principio de la edad adulta, es estable a lo largo del tiempo y	

			comporta malestar o perjuicios para el sujeto.	
	Comorbilidad psicopatológica	Depresión Intento suicida Esquizofrenia Trastornos de ansiedad Trastorno afectivo bipolar Otros	Presencia o antecedentes de trastornos mentales concurrentes con la adicción a la droga	
	Percepción sobre su salud física	Excelente Muy buena Buena Regular Mala	Percepción subjetiva sobre la calidad de su salud física	
	Preocupación sobre su salud física o problemas médicos	Ninguna Leve Moderada Considerable Extrema	Percepción subjetiva sobre la gravedad de la salud física o problemas médicos	
4. Identificar los factores del entorno socio-familiar que pueden contribuir a las recaídas de los usuarios investigados	Relación romántica en el último mes	Si No	En los últimos 30 días ha mantenido alguna relación amorosa	Entrevista
	Amigos de confianza	Numero de amigos en los que puede confiar	Numero de amigos en los que puede confiar	
	Personas con las que permanece más tiempo en los últimos 30 días	Pareja Familiares adultos Amigos de confianza Con nadie	En los últimos 30 días a pasado tiempo	
	Personas con las que mantiene más contacto ya sea por llamadas, mensajerías, cartas, mensajes de textos, cartas o e-mail	Pareja Familiares adultos Amigos de confianza Con nadie	Ha tenido algún contacto telefónico,	
	Ha hablado sobre sus sentimientos o problemas	Pareja Familiares adultos Amigos de confianza Con nadie	Expresión de sentimientos o preocupaciones hacia otras personas	

	Problemas de comunicación con los demás	Pareja Familiares adultos Amigos de confianza Con nadie	Ha tenido discusiones	
	Dificultad para hablar sobre sus problemas	Si No	Incapacidad para hablar de manera asertiva sobre sus problemas con los demás	
	Malestar subjetivo cuando esta con otras personas	Si No	Se siente nervioso o incomodo cuando esta con otras personas	
	Percepción sobre la importancia de relaciones interpersonales	Si No	Importancia de mantener relaciones cercanas	
	Red de apoyo social y familiar	Pareja Familiares adultos Amigos de confianza Con nadie Otros	Si necesita ayuda con quien puede contar Aparte de sus familiares y amigos puede contar con otras personas si necesita ayuda	
	Agresividad hacia los demás	Si No	Los problemas de relaciones ha terminado en agresiones físicas	
	Percepción sobre la calidad de las relaciones interpersonales	Ninguna Leve Moderada Considerable Extrema	Satisfacción en sus relaciones con los demás	
	Preocupación por la calidad de las relaciones interpersonales	Ninguna Leve Moderada Considerable Extrema	Preocupación sobre los problemas de relaciones con los demás	
	Eventos vitales psico-traumáticos	Abuso físico Abuso sexual Situación amenazante Otro evento personal significativo	Eventos de la vida del individuo que le haya generado malestar psicológico significativo	

	Malestar actual generado por los eventos vitales psicotraumáticos	Ninguna Leve Moderada Considerable Extrema	Molestia o preocupación en relación a eventos vitales	
	Situación legal	Ha estado en la cárcel aunque sea pocas horas Algunas vez fue detenido antes de los 18 años Situación legal actual	Implicación en actividades ilegales y sus consecuencias judiciales	
4. Determinar los antecedentes personales no patológicos relacionados a la historia de consumo de drogas que más pudieran influir en las recaídas de los pacientes	Aspectos generales del consumo de drogas	Edad de inicio de consumo	Comportamiento del inicio de consumo de sustancias	Entrevista
		Droga inicial de consumo		
		Frecuencia de consumo		
		Poli consumo		
Tipos de consumo	Experimental Circunstancial Consumo en "bingo" Consumo abusivo Dependencia	Modalidad de uso de la sustancia	Expediente clínico	
Tratamientos previos para drogadicción	Edad de inicio del tratamiento	Búsqueda de tratamiento para dejar el consumo de drogas	Entrevista	
	Asistencia a AA en los últimos 30 días o 6 meses			
	Droga principal que motiva la búsqueda del tratamiento			
Craving	Ningún deseo: 0 pts Poco deseo: 1 Deseo moderado: 2 Deseo fuerte: 3 Deseo muy fuerte: 4 Deseo irresistible: 5	Querencia o apetencia por re experimentar los efectos de una droga, como un fuerte deseo subjetivo, o como un deseo o ansia irresistible.	Puntaje asignado por el paciente según el modelo de escala unidimensional tipo Likert	

	Etapas de cambio	Etapa pre contemplativa Etapa contemplativa Etapa de acción Prevención de recaída		Expediente clínico y entrevista
--	------------------	--	--	---------------------------------

Instrumentos de recolección de la información:

Se elaboró una entrevista en base al instrumento estandarizado ASI 6.

Para la valoración del craving se utilizó el modelo de escalas unidimensionales, tipo Likert. Se realizara revisión de expedientes clínicos, hoja de resumen psicológico y de trabajo social. (Ver anexo 1)

Plan de recolección de datos

Se seleccionó al azar los pacientes que hayan finalizado las 3 semanas de intervención en la UDA. Se les solicitó consentimiento informado para la realización de los cuestionarios, mediante la entrevista personal y revisión de expedientes clínicos.

Se revisará los expedientes clínicos para la recolección de información relacionada con los problemas médicos, comorbilidades psiquiátricas, trastornos de personalidad, si lo hubiese y diagnostico psicosocial elaborado por psicología y trabajo social.

Procesamiento, análisis y presentación de datos:

Para el procesamiento de la información se realizó una base de datos en el paquete estadístico de análisis de SPSS 20.0.

Las características socio-demográficas de los encuestados serán analizadas individualmente y presentadas en tablas de frecuencias, diagramas de barra y de sectores. Se realizó tablas de distribución de frecuencias para las comorbilidades médicas y psiquiátricas.

Se realizó correlación de variables sociodemográficas y antecedentes médico-psicopatológicos, así como con factores de la historia de consumo de drogas (consumo en los últimos 30 días, frecuencia de consumo, patrón de consumo).

Se realizó correlación entre eventos psico-traumáticos y los años de consumo regular así como consumo reciente en los últimos 30 días.

Se calculó la prevalencia de consumo de drogas de inicio y la que motivó la asistencia a la UDA, así como el poli consumo de drogas en la población de estudio. La distribución de la intensidad del craving se mostrara en gráficos de barra y así como la correlación con variables de consumo reciente de psicotrópicos. El tipo de consumo y etapas de cambios se presentó en tablas de frecuencia, tablas de contingencia y gráficos de barra y sectores. Se aplicó medidas de tendencia central para variables de riesgo sociodemográficas, como la edad, el número de días de consumo en un mes en las áreas de personalidad, situación legal y red familiar/apoyo.

RESULTADOS

CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS DE LOS ENTREVISTADOS

(Ver anexo 3)

En el grafico 1 se observa que el 20% de los entrevistados tenían entre 20-25 años de edad, el 36% de los entrevistados tenían entre 26 a 39 años de edad, el 34% tenían entre 40-64 años de edad, siendo adolescentes de 16 años a 19 años en un 9%, una mínima cantidad son adultos mayores (1%).

En su mayoría procedían de Managua (86%), seguido del municipio de León (3%), Masaya, Matagalpa y ciudad Sandino en un 2% cada uno, siendo la minoría (1%) procedentes de Bluefields, Puerto cabezas, Chinandega y Tipitapa. Procedentes de zona urbana el 96%.

Según sexo de los entrevistados en el grafico 2 se refleja que el 80.6% de los entrevistados eran del sexo masculino y el 19.4% eran femeninas.

Según la tabla 1 el 39.8% de los entrevistados no tienen ninguna ocupación. El 13.3% de los entrevistados son estudiantes. El 8.2% se dedican al comercio, el 6.1% trabajan de albañil y el 6.1% son ama de casa, siendo otras ocupaciones en menor frecuencia soldador, mecánico, medico, cargador de productos, atención al cliente, guarda de seguridad, oficinista, técnico en reparación de computadoras, cocinera, taxista, orfebre, chofer, empleada doméstica, relojero, agricultor y barbero.

En cuanto al rango que ocupan dentro de la familia en la tabla 2 se observa que el 43.9% de los usuarios de la UDA entrevistados son hijos, el 29.6% son padres de familia, el 13.3% son madres de familia, el 9.2% otra persona, el 3.1% abuelo y en una minoría tíos (1%).

En cuanto a la escolaridad se observa en gráfico 3 que 39.8% de los entrevistados no terminaron la secundaria, el 20.4% culminaron estudios de secundaria, el 19.4% terminaron una educación superior, el 10.2% cursaron la primaria incompleta, el 9.2% concluyo la primaria y solo el 1% son analfabeta.

En el grafico 4 se presenta que la mayoría de los de los entrevistados están solteros (43%), el 26% están en unión libre, el 17% separados de sus parejas.

La mayoría no tiene seguro médico (83.7%), según lo presenta el grafico 5. El 7.1% están asegurados, el 5.1% recibe pensión, el 2% tiene seguro privado.

En el grafico 6 se obtuvo que en su mayoría (35%) de los usuarios de la U.D.A son referidos por el servicio de emergencias del hospital psicosocial, el 17% del área de hospitalizados de agudos, 14% referidos por familiares y otros servicios (policía nacional, clínicas privadas, etc), el 8% a través del personal médico de atención primaria y por amigos, solo un 2% acudió por su propia iniciativa y 1% acudió referido de la consulta externa del hospital psicosocial.

ANTECEDENTES MÉDICOS Y PSICOPATOLÓGICOS

Al preguntar a los usuarios entrevistados sobre si ha vivido en algún alojamiento restringido o supervisado durante los últimos 6 meses o los 30 últimos días, en la tabla 3 se observa que el 26.5% respondió que permaneció entre 1-10 días, el 7.1% de 11-30 días, el 3.1% mayor de 90 días. El 59.2% refirió no haber estado hospitalizado o ingresado en otra unidad de tratamiento.

Con una permanencia en centro de rehabilitación en promedio de 8 días, un máximo de 240 días. En un hospital general un promedio de 1 día y un máximo de 10 días, en un hospital psiquiátrico en promedio 1 día y un máximo de 15 días, en una cárcel 7 días y un máximo de 615 días.

En el grafico 7 se observa que el 51% refieren que no padecen de enfermedades crónicas. De los que sí manifestaron presentar alguna comorbilidad medica el 22.4% refirió presentar otras enfermedades entre ellas hipertiroidismo, anemia, sangrado digestivo alto, dextrocardia, ulcera péptica, urticaria, migraña, etc. El 11.2% padece de HTA, el 8.2% diabetes mellitus, el 7.1% enfermedad cardiaca, el 5.1% epilepsia o convulsiones, el 4.1% enfermedad respiratoria crónica, cirrosis u otras enfermedades

hepáticas crónicas (4.1%), artritis reumatoide (2%), el 1% nefropatía crónica y accidente cerebrovascular.

En el grafico 8 se presenta que el 50% de los usuarios entrevistados manifestó haber presentado depresión recientemente. Trastorno de ansiedad en un 46.9%, trastorno del sueño en un 44.9%, el 32.7% tiene antecedentes de intentos suicidas, el 14.3% padecen de trastorno afectivo bipolar y refieren en un 30.6% otras comorbilidades psiquiátricas, entre ellas en orden de frecuencia: T.M.C debido al consumo de psicotrópicos (12 casos), alucinosis alcohólica (8 casos), trastorno psicótico residual inducido por psicotrópico (5 casos).

Dado el resultado de la muestra el valor de p es > 0.05 , para todas las variables estudiadas sobre antecedentes psicopatológicos, por lo tanto no hay correlación significativa estadísticamente entre los antecedentes psicopatológicos y los días de consumo el último mes, según se muestra en la tabla 4. Sin embargo, se destaca que aquellos usuarios que tienen antecedentes psicopatológicos consumieron de 1-9 días en el último mes con más frecuencia, un 20.4% para aquellos que presentaron depresion y trastornos de sueño, 21.4% para los trastornos de ansiedad, 17.3% para aquellos usuarios que tienen el antecedente de intento suicida, 7.1% en trastorno afectivo bipolar y el 9.2% otras comorbilidades psiquiátricas.

En la tabla 5 se muestra que el valor de p fue > 0.05 , para los antecedentes de depresion, intento suicida, trastorno de ansiedad, trastorno afectivo bipolar, por lo tanto independientemente de estos antecedentes los usuarios consumieron drogas ilegales o abusaron de la medicación prescrita en los últimos 30 días. A diferencia de aquellos que presentaron otros trastornos psiquiátricos, donde se evidencio una correlación significativa estadísticamente, entre estos antecedentes y los numero días de consumo en los últimos mes. Los días de consumo con frecuencia referido en el último mes fue de 1-9 días.

En el grafico 9 se muestra que la mayoría de los usuarios entrevistados (75.5%) no se encontró ningún trastorno de la personalidad, en los que si presentaron algún trastorno

de personalidad, el trastorno límite y disocial (6.1% y 7.1% respectivamente), fueron los más frecuentes. Dentro del espectro de alteraciones de la personalidad se encontró en orden de frecuencia; rasgos de personalidad disocial, rasgos de personalidad orgánica con características disociales, rasgos de personalidad paranoide, rasgos de personalidad límite, rasgos de personalidad dependiente y personalidad ciclotímica.

En la tabla 6, al establecer correlación entre la variable de presencia de trastorno de personalidad, con los días de consumo de alcohol en los últimos 30 días, según los resultados de la muestra el valor de P es >0.05 , por lo tanto las variables son independientes. Se destaca que los usuarios que si presentaban algún trastorno de personalidad (25.5%) de los entrevistados, alrededor de dos tercios de ellos (18.4%) consumieron alcohol en los últimos 30 días, un dato similar con los usuarios que no tenían algún trastorno de personalidad.

Las variables Trastornos de personalidad y Consumo de drogas ilegales o abuso de la medicación prescrita no están correlacionadas dado que el valor de P es > 0.05 . Esto no hay diferencias en relación con el consumo reciente de alcohol.

Sin embargo comparando las tablas 6 y 7 se observa que $2/3$ de los usuarios que tienen trastorno de personalidad tuvieron recaídas más frecuentes con el alcohol y $1/3$ de ellos con drogas ilegales o abuso de la medicación prescrita.

Presencia de discapacidad física asociadas en los entrevistados:

El 19.4% de los entrevistados tienen algún tipo de discapacidad física, de los cuales más de la mitad (63.2%) recayeron en el consumo de alcohol en el último mes, con un valor p 0.125, por lo tanto no hay correlación entre ambas.

En la correlación presentada en la tabla 8 se observa que los usuarios que manifestaron no sentir ninguna preocupación sobre su salud física consideraron muy bueno su estado de salud actual. El 32.7% de los entrevistados manifestó sentirse levemente preocupados por su salud física, de estos el 14.3% consideraron buena su salud, el 42.9% consideraron que la calidad de su salud física en los últimos 30 días, fue regular, de estos el 19.4% se sintieron moderadamente preocupados. Según el nivel de significancia

estadística ambas variables están correlacionadas. A medida que disminuye el grado de satisfacción sobre la calidad de salud física, aumenta proporcionalmente el grado de preocupación sobre su salud.

FACTORES DEL ENTORNO SOCIO-FAMILIAR QUE PUEDEN CONTRIBUIR A LAS RECAÍDAS DE LOS USUARIOS ENTREVISTADOS:

El 52.0% de los entrevistados refirieron haber tenido una relación sexual o romántica con una pareja en los últimos 30 días.

En el gráfico 10 presenta que el 46% de los usuarios entrevistados manifestaron no tener ningún amigo de confianza. El 25% refirieron tener un amigo, el 21% dos amigos, el 6% cuatro amigos y en menor frecuencia (2%) cinco amigos a más.

En el gráfico 11 se observa que el 65.3% manifestaron pasar mayor tiempo con su pareja, han establecido poco contacto mediante llamadas telefónicas mensajes (39.8%), mientras que el 26.5% manifestó establecer contacto mediante llamadas y mensajes de texto con familiares adultos y amigos de confianza.

El 37.8% refirió que no han hablado con nadie sobre sus problemas o sentimientos, el 29.4% con su pareja y el 23.5% con amigos de confianza.

El 54.1% de los entrevistados refirió que han tenido problemas de relación con familiares adultos y el 20.4% con la pareja. Aproximadamente la mitad de los entrevistados (55.1%) manifestaron que han tenido discusiones con los familiares en el último mes.

El 71.4% de los entrevistados manifestaron les resulta difícil hablar de sus sentimientos o problemas incluso con las personas más cercanas. El 55.1% se sienten nerviosos o incómodos cuando están con otras personas.

Al preguntárseles que con quien puede contar en caso de necesitar ayuda, el 75.5% menciono a los familiares adultos. El 78.6% aparte de sus familiares, pareja y amigos, no cuentan con nadie más si necesitaran ayuda.

En el gráfico 12 se observa que los usuarios que manifestaron no sentirse satisfechos en sus relaciones interpersonales consumieron a diario, con más frecuencia, seguido de 1-

2 veces por semana. Los usuarios que percibieron sus relaciones interpersonales levemente satisfactorias consumieron de 3-6 veces a la semana. Aquellos usuarios que consideraron sus relaciones interpersonales de moderada a extrema satisfacción, presentaron un patrón constante de consumo de la droga principal de 1-3 veces al mes.

Según el valor de P, este es menor de 0.05, por lo tanto se estima que entre ambas variables existe una correlación significativa. Es decir mientras más satisfactorias sean sus relaciones interpersonales menor podría ser la frecuencia de consumo de drogas.

En la tabla 9 se observa que el 79.6% de los entrevistados que consumieron alcohol en el último mes convivieron con alguien que tiene problemas con el alcohol u otras drogas.

El 35.7% manifestó haber consumido entre 1-9 días alcohol en los últimos 30 días, el 12.2% refirió haber consumido entre 10 a 19 días en el último mes, 4.1% entre 20-29 días y una minoría (3.1%) manifestó haber consumido más del mes.

Según el valor de P obtenido de la aplicación de correlaciones ambas variables son independientes. Ello significa que el hecho de convivir con alguien en el último mes no fue un factor determinante en los días de consumo de los usuarios entrevistados.

Al preguntarles quienes son las personas con las que ha convivido, que actualmente tienen problemas con el consumo de drogas, la mayoría mencionaron a otros familiares adultos (39.2%) y amigos (34.2%), en menor frecuencia a los padres y cónyuge.

En el grafico 13 se observa que los usuarios que consumieron drogas ilegales o abuso de la medicación prescrita convivieron con más frecuencia con otros familiares adultos y amigos que tienen problemas actuales con el consumo de alcohol u otras drogas.

Según el resultado obtenido de las pruebas de correlación ambas variables están relacionadas. Esto constituye un factor de riesgo para la recaída; el haber convivido con familiares y amigos que tienen problemas actuales con el consumo de drogas ilegales.

En la tabla 10 se muestra que el 26.5% de los usuarios estudiados se encuentran sin trabajo y buscan empleo activamente y el 34.7% están fuera del mercado laboral. Sumando ambas categorías que, el 61.2% de los usuarios están desempleados.

Según el valor de P ambas variables no están correlacionadas, sin embargo es importante connotar que los usuarios que están desempleados han consumido alcohol con más frecuencia en los últimos 30 días que aquellos que si tienen un empleo, manifestando que han consumido entre 1-9 días alcohol.

En el grafico 14 se refleja que el 50% de los entrevistados tienen antecedentes de abuso físico en su infancia.

El 31.6% de los usuarios entrevistados que han consumido drogas de forma regular durante 0-6 años, tienen antecedentes de abuso físico. Se observa una tendencia menos frecuente de este antecedente en aquellos que han consumido de forma regular de 7 años a más.

Según el valor de P este factor, para la población estudiada no está correlacionado con los años de consumo regular de drogas.

La edad mínima de inicio del abuso físico fue de 5 años, la edad máxima fue de 30 años, con edad promedio de 12 años. La última vez del abuso físico fue a la edad de 8 años la mínima, la edad máxima de 31 años, con edad promedio de 16 años.

En el grafico 15 se observa que el 24.5% de los usuarios entrevistados que consumen drogas de forma regular tienen el antecedente de abuso sexual. Aproximadamente la mitad de ellos (17.3%) han consumido de forma regular de 0-6 años.

Según el valor de P la correlación entre ambas factores no es significativo estadísticamente.

La edad mínima de inicio de abuso sexual fue de 5 años, la edad máxima fue de 18 años, con un promedio de 11 años de edad.

La última vez que sufrió abuso sexual la edad mínima fue de 5 años, la edad máxima fue de 18 años, con 12 años de edad promedio.

Según el gráfico 16 el 56.1% de los usuarios se han expuesto a alguna situación amenazante para su vida. El 36.7% de los usuarios que se han expuesto a alguna situación amenazante han consumido de 0-6 años. El 10.2% de los expuesto a situación amenazante han consumido alcohol de 14-20 años.

Según el valor de P no existe correlación entre ambos factores.

La primera vez que ocurrió la exposición a alguna situación amenazante fue a la edad de 16 años como edad mínima, 59 años la edad máxima y como edad promedio de 29 años. La última vez que estuvo expuesto a alguna situación amenazante fue de 17 años como edad mínima, 59 años edad máxima y de 32 años la edad promedio.

En el grafico 17 se puede observar que los acontecimientos traumáticos para el 30.6% de los entrevistados constituye una preocupación actual moderada, el 27.6% es leve, el 14.3% sienten preocupación considerable, el 6.1% preocupación extrema y el 21.4% ninguna preocupación.

En el grafico 18 se puede observar que el 55.1% de los encuestados ha estado en la cárcel aunque sea unas pocas horas.

La primera vez que estuvo en la cárcel refirieron los entrevistados que la edad mínima fue de 12 años, la edad máxima fue de 32 años, con edad promedio de 21 años.

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS RELACIONADOS A LA HISTORIA DE CONSUMO DE DROGAS.

Historia de consumo de drogas

Edad de inicio del consumo de drogas: La edad mínima de inicio fue de 10 años, edad máxima de 30 años, con un promedio de 16 años.

En el grafico 19 se observa que los usuarios entre 15 a 19 años de edad manifestaron que su droga inicial de consumo en orden de frecuencia fue marihuana, tabaco y alcohol. Los usuarios entre 20-25 años de edad mencionaron que su droga inicial de consumo fue en orden de frecuencia el alcohol, tabaco y marihuana.

Los usuarios entre 26-39 años de edad mencionaron en orden de frecuencia como droga inicial de consumo; el alcohol, tabaco, marihuana, crack. Observándose mayor predominio por el alcohol, comparado con el grupo anterior.

En el grupo de 40-65 años de edad, se destaca aún más el alcohol como droga inicial de consumo, seguido en menor frecuencia; marihuana, tabaco e inhalantes.

Dado los resultados de la muestra el valor de P, ambas variables están correlacionadas. Es decir que la droga inicial de consumo actualmente depende de la edad del usuario. Los adolescentes iniciaron con más frecuencia con marihuana, a diferencia de los usuarios adultos donde se observa que mientras más edad tenga el individuo hay predominio del alcohol de forma creciente, como droga inicial de consumo.

En el grafico 20 se observa que el 63.3% de los entrevistados consumen actualmente como droga principal el alcohol, la marihuana (20.4%), en menos frecuencia; tabaco (5.1%), cocaína (3.1%), morfina (2%) e inhalantes (1%).

En el grafico 21 se observa que el 27.7% manifestó que consumió la droga actual de consumo de 3-6 veces a la semana, el 26.6% la consumió a diario, el 25.5% de 1-3 veces al mes y en menor frecuencia de 1-2 veces a la semana (20.2%).

En la tabla 12 se observa que el 25.5% de los usuarios que combinan drogas, han consumido alcohol en los últimos 30 días de 1 a 9 días. Sin embargo no existe relación significativa entre ambos factores según el valor de P (0.308).

En el gráfico 22 se muestra que el 28.6% de los entrevistados tiene un patrón de consumo intensivo/abusivo, el 27.6% es de tipo intencional/situacional, el patrón dependiente se encontró en 22.4% de usuarios entrevistados, seguido por el patrón de consumo en bingo (17.3%). En menor frecuencia se encontró un tipo de consumo experimental (1%). El 3.1% niega el consumo actual de drogas.

En el grafico 23 se observa que el 27.6% de los entrevistados la vía relacionada de consumo es sintomática, el 23.5% es evasiva, el 17.3% es hedónica, el 15.3% es asertiva, el 13.3% sociocultural, en menor frecuencia la vía fue constitucional (1%).

Según los resultados de la muestra en el grafico 24 se presenta que al momento de la entrevista el 52% se encuentra en etapa pre contemplativa, el 32.7% en etapa contemplativa, en etapa de preparación 6.1%, en etapa de acción el 5.1% y solo el 4.1% en prevención de recaída o mantenimiento.

En la tabla 13 se observa que el 52.9% de los entrevistados manifestó haber estado en tratamiento más de 5 veces a lo largo de su vida, el 23.5% al menos una vez.

De estos el 58.8% manifestó que en una ocasión fue de desintoxicación.

En el grafico 25 se observa que para el 30.6% de los entrevistados el tratamiento tiene una importancia considerable, seguido de los que consideran una importancia leve (25.5%), moderada (16.3%), extrema (16.3%) y el 11.2% consideraron que el tratamiento no tiene importancia.

En el grafico 26 se observa que para el 33.3% de los usuarios es de considerable importancia lograr la abstinencia total de la droga, el 22.4% considerar que tiene una extrema importancia, solo una minoría consideran que no es importante mantener la abstinencia.

En el grafico 27 se muestra que el 63.3% consideran que el alcohol fue la droga principal que les motivo a buscar tratamiento, el 19.4% fue la marihuana. En orden menor de frecuencia se menciona la cocaína (5.1%), crack (4.1%), tabaco (4.1%), morfina (2%), sedantes (1%), heroína (1%).

El 72.4% de los usuarios manifestaron haber consumido la droga más problemática en los últimos 30 días.

El grafico 28 refleja que solo el 27.6% de los entrevistados han pasado abstinentes al menos un año desde que iniciaron a consumir sustancias psicotrópicas, en comparación con aquellos usuarios que no han logrado mantener la abstinencia de drogas (72.4%).

El 78.6% refirió que ha tenido algún problema para controlar, disminuir o dejar de consumir alguna droga o ha empleado la mayor parte del día consumiendo alguna droga, recuperándose de sus efectos o intentando conseguirla.

El 65.3% manifestó que el ansia o los impulsos de consumir drogas han supuesto un problema.

El 76.5% manifestaron que han tenido problemas médicos o psicológicos; o en el trabajo (colegio) o en el hogar, o se ha visto envuelto en discusiones o problemas con la ley debido a las drogas.

El 34% de los usuarios entrevistados manifestaron poco deseo de consumo.

El 23.4% de ellos refirieron deseo moderado. El 11.7% deseo irresistible. El 8.5% deseo fuerte y el 5.3% deseo muy fuerte.

En el gráfico 29 se muestra, según los resultados de la muestra, un patrón de incremento de la frecuencia de consumo de la droga actual en relación con el nivel de craving. Esta relación es significativa, con un valor de p de 0.021. Se observa que los usuarios que manifestaron que en ese momento tener un deseo fuerte la frecuencia de consumo de la droga actual más prevalente fue de 3-6 veces a la semana, los que refirieron un deseo muy fuerte e irresistible el consumo fue diario frecuentemente.

DISCUSION DE RESULTADOS

En cuanto a las **características socio demográficas** de los usuarios entrevistados que asisten a la UDA según se muestra en el gráfico 1 que la mayoría son adultos jóvenes entre las edades de 26-39 años y una minoría adolescentes entre los 15-19 años (9%), lo cual refleja que en su mayoría deciden ingresar de manera tardía un programa de tratamiento psicoterapéutico para dejar de consumir. Dado que la mayoría (70.6%) manifestó haber iniciado el consumo en la adolescencia, como se expone posteriormente, la mitad de ellos (41.2%) refirió haber asistido por primera vez a un tratamiento para el abuso de alcohol u otras drogas entre los 21 años a los 30 años y solo una minoría en la adolescencia (17.7%).

En el gráfico 2 se observa que la mayoría de los entrevistados son del sexo masculino (80.6%), lo cual no es diferente a lo observado en otros estudios, dado el sexo masculino es más proclive a consumo de sustancias psicotrópicas, debido a la mayor influencia de presión de los pares, el machismo, y la utilización de sustancias en búsqueda de placer o como un recurso ante los malestares psicológicos. Esta cifra puede ser una muestra del prejuicio que hay hacia las mujeres drogodependientes y su propio miedo a pedir ayuda a los profesionales, también esta es una señal de que los hombres presentan más recaídas que las mujeres.

A pesar de que la mayoría alcanzo de manera incompleta sus estudios de secundaria (39.8%), seguido de los que alcanzaron la secundaria completa (20.4%), como lo presenta el gráfico 3, el 61.2% de los pacientes entrevistados están desempleados (47.1%) (tabla10). Lo que en otros estudios se asoció con probabilidad de recaídas dado que esta población tiene más conflictos familiares y están más insatisfechos de su situación actual. (Espina, A. García, M, A. 1993, pág. 192).

Según la tabla 10 sobre la situación laboral actual, el 26.5% de los entrevistados se encuentran sin trabajo, buscando empleo y el 34.7% están fuera del mercado laboral.

Los sueldos varían entre máximo CS13, 300 y mínimo Cs1200.

Es importante destacar que si bien no hay relación estadísticamente significativa entre ambas variables, en la tabla antes dicha se puede apreciar que los usuarios

desempleados consumieron alcohol con más frecuencia que aquellos que tiene una ocupación.

Con respecto a este factor losina Mavrou menciona en su estudio que la presencia de un trabajo evita el sentimiento de la exclusión socio laboral, cosa que puede ayudar a la prevención de recaídas, especialmente después de la rehabilitación de la persona. (Mavrou, 2012 p. 295)

En el gráfico 4 se presenta que la mayoría de los entrevistados son solteros (43%) y una minoría están separados de sus parejas (17%) y divorciados (4%). Lo cual es un factor riesgo, ya que tener una familia y estar casados es considerado un factor protector. El 83.7% no tiene seguro médico (gráfico 5) lo cual está en correspondencia al gran porcentaje de pacientes sin ocupación y/o con empleo informal.

En la tabla 2 se presenta que la mayoría fueron transferidos a la UDA a través de la emergencia del hospital psicosocial (35%), lo cual refleja que el personal que labora en el hospital está consciente de la necesidad de rehabilitación de estos pacientes. Respecto a la fuente de derivación Espina, A. García, M, A. (1993 p.192) en su estudio sobre *Factores pronóstico de abandono terapéutico y recaída en heroinómanos* menciona que los que venían de bienestar social mejoraban en estado médico, ajuste social, neuroticismo y depresión, mientras que los que venían por vía judicial tenían peor pronóstico.

Estos resultados difieren muy poco en relación a otros estudios, donde se encontró que el perfil de la persona drogodependiente es joven, soltera, masculina, desempleado, dependencia económica de los padres, de clase media en la mitad de los casos, con baja escolaridad, procedencia de zona urbana. (Mavrou, 2012 p.57)

En cuanto a **los antecedentes médicos y psicopatológicos**, en la tabla 3 se presenta que el 26.5% permaneció entre 1-10 días, el 7.1% de 11-30 días, el 3.1% mayor de 90 días, en algún alojamiento restringido o supervisado durante los últimos 6 meses o los 30 últimos días El 59.2% refirió no haber estado hospitalizado o ingresado en otra unidad de tratamiento. Se presenta en el gráfico 7 que el 51% refieren que no padecen de enfermedades crónicas, el resto mencionó, en orden de frecuencia otras enfermedades crónicas, hipertensión, diabetes y en menor frecuencia cirrosis y enfermedades

respiratorias. Con respecto a este factor Espina, A. García, M, A. (1993, p. 192), presento que los problemas en el área médica en la admisión predicen el mayor consumo de alcohol y problemas psicosociales a los 2.5 años, lo cual puede ser debido al deterioro físico, la peor calidad de vida, y consecuentemente a un mayor abandono y marginación. Según mencionan López y Roncero (2012, p.119) que, los pacientes con antecedentes patológicos médicos (44,9% vs 23,3%, $p = .04$) y con trastornos afectivos comórbidos (93,8% vs 6,3%, $p = .007$) recayeron con más frecuencia que aquellos pacientes que no presentaban estos trastornos. Por lo tanto en este estudio los pacientes que no padecen de estas enfermedades crónicas (el 51%), de los usuarios de la U.D.A entrevistados tendrían un factor protector.

Acerca de comorbilidades psicopatológicas en el gráfico 8 se observa que el 50% de los entrevistados presentan o han presentado a lo largo de su vida depresión, seguido de trastornos de ansiedad (46.9%) e intentos suicida en un 32.7%, en menor frecuencia el trastorno afectivo bipolar (14.3%). Estos factores se correlacionan con los resultados presentados en la guía medico social para el diagnóstico de drogodependencias (Alemán y López 2015, p. 58). Donde se menciona que los índices de suicidio entre personas con adicción son 5-10 veces más altos que entre personas sin adicción, y que el uso de drogas está asociado con morbilidad psiquiátrica (patología dual o trastornos concurrentes). Esta coexistencia se podría establecer de dos formas, la primera, con una enfermedad psiquiátrica de base y después el establecimiento de la dependencia (10 al 35%); y la otra forma sería a la inversa, el establecimiento del trastorno psiquiátrico provocado por el consumo de sustancias (20 al 80%), (UNODC, 2005).

En la mayoría de los usuarios entrevistados (75.5%) no se identificó ningún trastorno de personalidad, el trastorno límite y disocial (6.1% y 7.1% respectivamente), fueron los más frecuentes. Dentro del espectro de alteraciones de la personalidad se encontró en orden de frecuencia; rasgos de personalidad disocial, rasgos de personalidad orgánica con característica disociales, rasgos de personalidad paranoide, rasgos de personalidad límite, rasgos de personalidad dependiente y personalidad ciclotímica según lo refleja el gráfico 9.

En la tabla 5 no se evidenció una correlación significativa estadísticamente, entre estos antecedentes y los número días de consumo en los últimos mes. Los días de consumo con frecuencia referido en el último mes fue de 1-9 días. Lo cual constituye un factor pronóstico indiferente, ya que según varios estudios entre ellos menciona López y Roncero 2012, p. 120), consideran que los pacientes con trastornos de personalidad no presentaron una tasa de recaída mayor a los 6 meses, que los pacientes sin trastornos de personalidad. Sin embargo en otros estudios se menciona que los trastornos de personalidad están más asociados a comorbilidad, lo que indirectamente propiciaría las recaídas al consumo de sustancias y además se considera que los tipos de personalidad más frecuentes en pacientes toxicómanos se destacan personalidad antisocial, límite, desordenes narcisistas, histéricos, dependientes y evitativos. (Espina, A. García, M, A. (1993, pág. 193).

En la tabla 8 se observa que el 42.9% consideraron que la calidad de su salud física en los últimos 30 días, fue regular, de estos el 19.4% se sintieron moderadamente preocupados, si se compara con aquellos que han estado hospitalizados o alojados en un lugar supervisado o restringidos en los últimos 6 meses (tabla 3), se advierte que hay poca capacidad de introspección sobre la magnitud de los problemas físicos generados por el consumo de sustancias psicotrópicas. Se evidenció que ambas variables están correlacionadas. A medida que disminuye el grado de satisfacción sobre la calidad de salud física, aumenta proporcionalmente el grado de preocupación sobre su salud.

En cuanto a **factores del entorno socio familiar** que pueden contribuir a las recaídas de los usuarios entrevistados, se encontró que un 46% de los usuarios entrevistados manifestaron no tener ningún amigo de confianza (gráfico 10). A pesar de que la mayoría (65.3%) manifestaron pasar mayor tiempo con su pareja, el 71.4% de los entrevistados manifiestan les resulta difícil hablar de sus sentimientos o problemas incluso con las personas más cercanas.

La mitad de los entrevistados (54.1%) refirió que han tenido problemas de relación con familiares adultos y el 29.4% con la pareja. Lo cual refleja una mala calidad en sus relaciones interpersonales con sus familiares, esto se contrapone con los resultados presentados en el gráfico 12, donde se observa que la mayoría sienten satisfacción

moderada en sus relaciones interpersonales y la mayoría no siente ninguna preocupación sobre los problemas interpersonales. En el gráfico 13 se muestra que los usuarios que convivieron con amigos y familiares, consumieron más frecuencia drogas ilegales o abuso de la medicación prescrita, estableciéndose una correlación significativa.

Por lo tanto la calidad de las relaciones interpersonales y la percepción que tiene el usuario entrevistado sobre ello, constituye un factor de riesgo que puede favorecer la conducta de consumo.

Se menciona en otros estudios que el apoyo familiar es uno de los factores protectores más importantes; la persona en un momento de dificultad personal, social, laboral, puede acudir a las personas más cercanas para pedir ayuda y no acudir a las drogas como forma de "solución" a los problemas. (Mavrou, 2012 p.329)

Estos factores son similares con otros estudios de población de relapsantes en donde se demuestra que tienen un menor número de amigos y un mayor número de ellos consumidores, de acuerdo con lo que se refleja en el gráfico 13. También perciben más problemas en cuanto a la falta de relaciones sociales y cuentan con un número menor de personas en las que apoyarse para sentirse mejor. (Luengo, Romero 2000, pág. 16)

Esto constituye un factor de riesgo de consumo ya que según estudios previos los amigos que usan sustancias, presionan para el consumo (presión de los pares), conductas antisociales de grupos, involucramiento en "subgrupos" de riesgo o alto riesgo (pandillas por ejemplo) y búsqueda de sensaciones (como grupo) (Sánchez, 2013 p.16-23).

Los gráficos 14, 15, 16 hacen referencia a algún trauma emocional que haya tenido el paciente a lo largo de su vida, encontrándose que el 50% tienen antecedentes de abuso físico. Situándose en la infancia y la adolescencia con mayor frecuencia. El 24.5% de los entrevistados que consumen drogas de forma regular tiene antecedentes de abuso sexual, predominando en la infancia y la adolescencia siendo la edad mínima de inicio de abuso sexual de 5 años, la edad máxima fue de 18 años, con un promedio de 11 años

de edad. La mayoría (56.1%) de los entrevistados ha sufrido alguna situación amenazante para su vida.

Estos acontecimientos traumáticos aun constituyen para el 30.6% de los entrevistados una preocupación actual, según lo refleja el gráfico 17, mientras que el restante 35.3% siente preocupación o reacciones relacionadas a estos acontecimientos de moderada a considerable. En el presente estudio estos factores son independientes a los años de consumo de forma regular, es decir que no son determinantes para propiciar la conducta adictiva en los usuarios estudiados.

Según reporta Espina y García (1993, p.195) esto se relaciona con otros estudios que resaltan la importancia de Acontecimientos Vitales estresantes (AVS), unidos al bajo apoyo social y depresión como valor pronóstico de recaídas y ajuste social. En el gráfico 18, se puede observar que la mitad (55.1%) de los encuestados ha estado en la cárcel aunque sea unas pocas horas. Predominando los delitos violentos contra las personas antes de los 18 años de edad. Solo una minoría (11.8%) está pendiente de juicio o cargos, el resto está libre de cualquier cargo legal, lo que constituye un factor protector, estudios previos como los de Espina y García (1993, p.195) encontraron que los siguientes factores son considerados de mal pronóstico: bajo nivel socioeconómico, abandono temprano de la escuela, separación materna y edad temprana de implicación delictiva.. Casi todos los estudios concluyen que la criminalidad asociada al consumo de drogas es de mal pronóstico. (Espina 1993 p.194 y 199)

En cuanto a **antecedentes personales no patológicos relacionados a la historia de consumo de drogas**, la mayoría inició el consumo de drogas en la adolescencia (70.6%) entre los 12 y los 17 años de edad. En el gráfico 19 se refleja que la droga inicial de consumo en los usuarios, actualmente depende de la edad. Los adolescentes iniciaron con más frecuencia con marihuana, a diferencia de los usuarios adultos donde se observa que mientras más edad tenga el individuo hay predominio del alcohol de forma creciente, como droga inicial de consumo.

De acuerdo a Mavrou (2012 p.26) en su tesis doctoral menciona que la edad de inicio en el consumo de alcohol es un excelente factor de predicción del tipo de consumo que

habrá después, de modo que cuanto más inferiores sean las edades a las que se inician el consumo de alcohol las personas más problemas asociados al consumo de alcohol presentaran.

En los gráficos 19, 20 y 21 se observa que la droga inicial de consumo fue el alcohol (58.8%), seguida del tabaco, marihuana y crack. Estos resultados son similares a estudios realizados por el consejo nacional contra el alcoholismo y la drogadicción. (Sánchez, M.2004)

El alcohol continua siendo la droga principal de consumo en la actualidad en la mayoría de los entrevistados (63.3%) seguida por la marihuana (20.4%). Siendo la frecuencia de consumo en los últimos 6 meses, de 3 a 6 veces a la semana en 27.7% de los usuarios.

Esto se encuentra ligado a factores socioculturales y comunitarios tales como las normas permisivas de la comunidad respecto al uso de sustancias psicoactivas, principalmente drogas legales que son la puerta al uso de otras drogas ilegales, lazos comunitarios débiles, la depravación social y económica, distorsión de valores, la disponibilidad de drogas, accesibilidad hacia la droga (buen sistema de distribución y precios accesibles) y difusión comercial. (Sánchez, 2013 p.16-23)

El 54.1% de los usuarios usa combinaciones de drogas (tabla 12), siendo la combinación más frecuente alcohol más tabaco, seguido de alcohol más marihuana más crack. De los usuarios que combinan drogas el 25.5% de ellos han consumido en los últimos 30 días. Según estudios previos otra variable que se relacionó de forma significativa con la recaída a los 6 meses tras el ingreso hospitalario fue el poli consumo de sustancias. Este dato concuerda con la mayoría de los estudios en los que objetivan que los pacientes politoxicómanos son más graves, ya que tienen peor pronóstico a largo plazo, con mayor riesgo de recaída, mayor número de reingresos, patología médica asociada y mayor alteración del sueño y desestructuración social (López y Roncero 2012, p. 117).

En cuanto al patrón de consumo es dependiente en el 22.4% de los entrevistados (gráfico 22). El 28.6% el consumo es intensivo o abusivo, y el 17.3% el patrón de consumo es en

bingo. A pesar que solo una mínima cantidad consume en bingo, este fomenta la creencia de que el consumo no es un problema y constituye una forma sutil de paso a los otros tipos de consumo más grave. (Alemán y López, Y. 2013, p. 20).

La vía relacionada de consumo más frecuente fue la sintomática (27.6%), evasiva (23.5%), seguida de la vía hedónica en 17.3%, según se observa en el gráfico 23. Esto está relacionado con lo que J.R Rodríguez denominó tipologías de carácter: el carácter oral, solo le interesa lo que produce beneficios y placer, utilizan la droga como un sistema de protección. El carácter de síndrome de abandono, se trata de personas que han tenido fracasos y pérdida de vínculos muy prematuros por lo que tratan de sustituir esas pérdidas por objetos a los que atribuyen poderes reparadores, entre otras personas con dificultad para soportar frustraciones, la soledad y la incomunicación. (Jesús Lorenzo, la educación preventiva de drogodependencias 2013 p.85)

Al momento de la entrevista el 52% se encuentra en etapa pre contemplativa (gráfico 24). Esto es importante, el explorar las etapas de cambio del modelo transteórico de Prochaska, Di Clemente y Norcross para ubicar al usuario en relación a la sustancia, ya que es de vital importancia porque ayudan a definir los objetivos generales que guiarán la intervención en ese momento. (Alemán, L. López, Y. 2015, p. 42).

En la tabla 13 se observa que 52.9% de los entrevistados manifestó haber estado en tratamiento más de 5 veces a lo largo de su vida y el 23.5% al menos una vez. Lo cual refleja el fracaso que ha tenido en otros tratamientos, mientras mayor sea las tasas de recaídas y menor el tiempo que este en terapia es mayor el riesgo de que se presente una nueva recaída. (Espina 1993 p. 199)

En el gráfico 20 y 27 se refleja que la droga principal que motivo la búsqueda de tratamiento fue el alcohol (63.3%), en segundo lugar marihuana (19.4%) y en tercer lugar cocaína (5.1%). La mayoría (63.3%) manifestó haber consumido en los últimos 30 días la droga principal, y durante el mes de mayor consumo fue diariamente. En el gráfico 28, se refleja que 74.2% manifestó que no ha logrado mantener la abstinencia de drogas al menos 1 año. Según otros estudios estos factores se encuentran dentro de los determinantes ambientales intra personales precipitantes de recaídas. (Luengo, Romero 2001 pag. 31).

Según la escala de valoración de craving (gráfico 29), en el momento de la entrevista el 34.4% manifestó sentir poco deseo por el consumo de la droga, seguido del 23.4% que refirió deseo moderado y el 11.7% que manifestó deseo irresistible. Se observa un patrón de incremento de la frecuencia de consumo de la droga actual en relación, con el nivel de craving. Esta relación es significativa.

Los pacientes con un alto *craving*, que lo palían con un consumo de drogas previo al ingreso hospitalario para desintoxicación, tienen un peor pronóstico de su drogadicción (Rosenberg, 2009). También podría estar relacionada con la motivación que tiene el paciente para realizar el tratamiento de desintoxicación y deshabitación de la adicción, ya que probablemente los pacientes que consumen horas antes del ingreso estén en una fase pre-contemplativa o contemplativa del abandono del consumo de la sustancia (Prochaska y Di Clemente, 1982). (López y Roncero 2012, p. 120).

CONCLUSIONES

Al estudiar los factores relacionados a las recaídas en usuarios de la unidad de adicciones se destacan los siguientes resultados:

1. El perfil socio-demográfico identificado en los entrevistados: En su mayoría son solteros, masculinos, adultos jóvenes, con educación media a superior, originarios de zona urbana de Managua, sin empleo, sin seguro médico la mayoría, derivados del servicio de emergencias del hospital psicosocial y nivel socioeconómico bajo.
2. La mitad de los entrevistados padecen de comorbilidades médicas crónicas.
3. La mayoría presenta comorbilidades psicopatológicas siendo frecuentes depresión, trastornos de ansiedad, trastornos del sueño, intentos suicida, y trastorno afectivo bipolar. Se encontró una relación significativa entre otros trastornos psiquiátricos (alucinosis alcohólica, trastorno mental y del comportamiento por consumo de psicotrópicos, trastorno psicótico residual) y el consumo reciente de drogas ilegales o abuso de la medicación prescrita.
4. En relación a los trastornos de personalidad, 2/3 de ellos tuvieron recaídas más frecuentes con el alcohol y 1/3 de ellos con drogas ilegales o abuso de la medicación prescrita.
5. En cuanto a los factores del entorno socio-familiar que pueden contribuir a las recaídas de los usuarios entrevistados se destacó que; en su mayoría han convivido en el último mes con alguien que tiene actualmente problemas con el alcohol u otras drogas, principalmente con amigos y familiares, estableciéndose una relación significativa con el riesgo de consumo reciente. A medida que disminuye el grado de satisfacción de las relaciones interpersonales, se observó un incremento de consumo de la droga actual.
6. La droga inicial de consumo fue el alcohol seguida del tabaco y marihuana.
7. La mayoría de los pacientes inicio el consumo de drogas en la adolescencia.
8. Se estableció una relación significativa entre la edad de los usuarios y la droga inicial de consumo encontrándose que los adolescentes iniciaron con más frecuencia con marihuana, a diferencia de los usuarios adultos donde se observa que mientras más edad tenga el individuo hay predominio del alcohol.

9. La vía relacionada de consumo más frecuente fue la sintomática, seguida de la vía evasiva.
10. El patrón de consumo encontrado en orden de frecuencia fue: situacional, abusiva y dependiente.
11. El 52% se encuentra en etapa pre contemplativa.
12. La droga principal que motivo la búsqueda de tratamiento fue el alcohol, en segundo lugar marihuana y en tercer lugar cocaína.
13. La mayoría manifestó haber consumido en los últimos 30 días la droga principal (en orden de frecuencia alcohol, marihuana y crack) durante el mes de mayor consumo fue diariamente.
14. El 72.4% manifestó no haber logrado mantener la abstinencia de drogas al menos 1 año.
15. Se observó un incremento en la frecuencia de consumo de la droga actual en relación con el nivel de craving, siendo este uno de los factores más determinantes en las recaídas recientes, relacionadas al historial de consumo.

RECOMENDACIONES

A la comunidad y la familia:

1. A través de las organizaciones comunitarias identificar en su barrio los adolescentes que consumen drogas, trabajando en conjunto con la familia en la promoción, prevención y rehabilitación.
2. Promover en las escuelas de secundaria la prevención de consumo de drogas, mediante la educación en general sobre estos temas y denunciando a las autoridades competentes la existencia de comercio cercano de drogas en los alrededores de las escuelas.
3. Realizar educación comunitaria sobre las drogas, sus consecuencias y la importancia de que no se les venda a menores de edad alcohol, tabaco u otras drogas.
4. Identificar los usuarios que recaen frecuentemente en el consumo de drogas y reportar los casos más problemáticos a las unidades que tratan con usuarios drogodependientes, sean estos centros de rehabilitación, grupos de autoayuda o a la U.D.A.

A la unidad de atención integral de las adicciones (U.D.A):

1. Darle seguimiento por lo menos cada tres meses aquellos usuarios que por algún motivo dejaron de asistir a la UDA.
2. Darles un seguimiento más continuo una vez finalicen la terapia, a los usuarios que tengan comorbilidades psiquiátricas.
5. Organizar con los líderes comunitarios la ubicación por barrios de los casos atendidos en la U.D.A
6. Que los usuarios con acontecimientos traumáticos vitales reciban apoyo psicológico individualizado.
7. Promover en la U.D.A el registro completo mediante el expediente clínico dirigido al problema de consumo de sustancias, así evitar sub registros y mejorar la atención de esta población.

A la institución (hospital docente de atención psicosocial):

1. Dar a conocer la misión y visión de la UDA a otras instituciones externas al hospital, para que refieran oportunamente los casos que lleguen a su unidad.
2. Capacitar a más personal de salud (psiquiatras, psicólogos, enfermeros, trabajadores sociales) sobre el tratamiento psicoterapéutico del usuario drogodependiente y reforzar el trabajo de los que actualmente están a cargo de esta unidad.
3. Orientar al personal médico, de psicología y enfermería la referencia de los casos a la U.D.A
4. Brindarles la oportunidad a los residentes de psiquiatría de que apliquen de forma sistemática y organizada las técnicas de abordaje de pacientes drogodependientes impartidas en el módulo de drogodependencias, dirigido por el docente a cargo.
5. Apoyar la realización de estudios de pre y posgrado sobre los temas relacionados al consumo de psicotrópicos.

Al ministerio de salud:

1. Apoyar la iniciativa de la Rehabilitación basada en la comunidad (RBC), para concientizar al personal de salud (atención primaria y especialidades no psiquiátricas) de la importancia de los trastornos mentales, principalmente los relacionados al consumo de psicotrópicos.
2. Promover el trabajo en conjunto de los CAPS con los recursos comunitarios de salud, para la identificación y seguimiento de los casos.

BIBLIOGRAFIA

1. Alemán, Luis. López, Yali. (2015). *Guía para el diagnóstico de la drogodependencia en la atención primaria en salud*. FUNDACIÓN POPOL-NA. Managua 2014. Consultado el 26 de noviembre 2015 en: <https://popolna.org/publication/view/primera-guia-medico-social-nicaraguense-para-el-diagnostico-de-la-drogodependencias-en-la-atencion-primaria-de-la-salud/>
2. American Psychiatric Association de Washington. DSM IV-TR. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Texto revisado. (2002). Masson, S.A. Barcelona España.
3. Becerra, J. (7 de abril 2008). *Variables familiares y drogodependencia: La influencia de los componentes de la emoción expresada*. Centro Medico Castellar Salud. Castellar, España. Consultado el 11 de diciembre 2013 en: - <http://www.psicologiacientifica.com/drogodependencia-familia-emocion-expresada/>
4. Bobes, J. Bascarán, M. Bobes, M. Carballo, J. Díaz, E. Flórez, G. García, M. Saiz, P. *Valoración de la gravedad de la adicción: Aplicación a la gestión clínica y monitorización de los tratamientos*. (marzo, 2007). Socidrogalcoho/PNSD, Cibersam, universidad de Oviedo-España. Consultado el 11 de noviembre 2013 en: <http://www.pnsd.msssi.gob.es/Categoria2/publica/pdf/ValoracionGravedadAdiccion.pdf>
5. Castellón, M. (2010). *Conocimientos actitudes y practicas acerca del uso de drogas en estudiantes del IV y V año del instituto Paz y Amor, Bo. Batahola Sur, Managua, Septiembre a diciembre 2010*. Consultado el 30 de junio 2013 en: http://www.minsa.gob.ni/index.php?option=com_remository&Itemid=52&func=fileinfo&id=7519
6. Castillo, Ioseba Iraurgi y Bilbao, Nieves Corcuera. *Craving: concepto, medición y terapéutica*. Norte de salud mental nº 32 • 2008 • pág. 9–22. Módulo de Asistencia Psicosocial de Rekalde y Dirección de Drogodependencias. Gobierno Vasco.
7. Consejo Nacional de Lucha Contra las Drogas (CNLC). (18 de marzo, 2002) *Plan nacional antidrogas 2002-2006*. Managua.

8. Consejo Nacional de Lucha Contra las Drogas (CNLC). (2003). *Reporte de Nicaragua; centros de tratamiento. Managua-Nicaragua*. Agosto-septiembre 2003.
9. Espina, A. García, M, A. (1993). *Factores pronóstico de abandono terapéutico y recaída en heroinómanos*. Facultad de Psicología. Universidad del país Vasco. Apartado 1249- 2080 San Sebastián. Revisión adicciones, 1993. Vol. 5 No.2. Pág. 185-204 Consultado el 10 de noviembre 2013 en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4389298>
10. García Viamonte, D.:(2010) *La esfera afectivo-motivacional como premisa psicológica en la rehabilitación de jóvenes alcohólicos*, Edición electrónica gratuita. Texto completo en www.eumed.net/libros/2010d/795/
11. González, Menéndez, R. Alcoholismo. Abordaje Integral. Editorial Oriente, Santiago de Cuba, 2004.
12. González, Alejandro. Naranjo, William. *¿Cuáles son los factores de riesgo adictivo en la adolescencia? Apuntes para maestros de la enseñanza media*. Revista Electrónica EduSol, ISSN: 1729-8091. Año 2013, Volumen 13, No. 43, abr.-jun. , pp. 1-11. Universidad de Ciencias Pedagógicas “Raúl Gómez García”, Guantánamo, Cuba
13. Gutiérrez, Carmen (2013). *Conocimientos y actitudes sobre drogadicción, que poseen los familiares de los pacientes drogodependientes que acuden a la unidad de adicciones del hospital José Dolores Fletes Valle, durante el segundo semestre del 2013*. Tesis para optar al título de médico especialista en psiquiatría. Managua, Nicaragua.
14. Kaplan, Harold. Sadock, Benjamín. Tratado de psiquiatría. 6ta.ed. volumen 2. EEUU Nueva York. 1997
15. López, Lara Grau. Roncero, Carlos. Gonzalvo, Bachiller y D. Rodríguez, L. [et al]. (Septiembre 2011). *Factores de riesgo de recaídas en pacientes drogodependientes tras desintoxicación hospitalaria*. Hospital Universitario Vall Hebrón. Servicio de Psiquiatría. Agencia de Salud Pública de Barcelona. Adicciones, 2012. Vol. 24. Numero Pág. 115-122. Consultado el 20 de octubre 2013 en: <http://www.psiquiatria.com/adicciones/factores-de-riesgo-de-recaida-en-pacientes-drogodependientes-tras-desintoxicacion-hospitalaria/>

16. Luengo, M. Romero, E. Gómez, J. (2001). *Análisis de la eficacia y prevención de recaídas en el consumo de drogas*. Proyecto Hombre Galicia. Editorial Compostela S.A. España. Consultado el 20 de octubre 2013: [http://www.usc.es/udipre/es/pdf/informe final ph.pdf](http://www.usc.es/udipre/es/pdf/informe%20final%20ph.pdf)
17. Luengo A, Romero E, Gómez Fragueta J-A y Villar P. (Febrero 2005). *Análisis de factores de prevención de recaídas y evaluación de los tratamientos de drogodependencias*. Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología. Universidad de Santiago de Compostela. Consultado el 20 de octubre 2013 en: <http://proyectohombre.es/archivos/29.pdf>
18. Maltez, V. Sánchez, Cl. *Del placer a la esquizofrenia: Abuso de sustancias y conducta autodestructiva*. (2013, viernes 15 de marzo). [Versión electrónica] El nuevo diario, sección salud. Managua. Consultado el 24 de octubre 2013 en: <http://www.diarionica.com/index.php/salud/4956-aumenta-el-consumo-de-drogas-en-nicaragua?tmpl=component>
19. Mayor Martínez, Luis y López, Roque. *Procesos Psicológicos y Adicciones. Proceso Terapéutico de Cambio. El Modelo de Prochaska y Di Clemente*. C.S.V. Valencia 1998.
20. Mavrou, Iosifina. (2012). *Los factores de protección, de riesgo y la prevención de recaídas en población drogodependientes: Análisis socioeducativo del programa de comunidad de Proyecto hombre en Granada y del programa de PYKSIDA en Nicosia*. Granada. Consultado el 20 de octubre 2013 en: <http://0-hera.ugr.es.adrastea.ugr.es/tesisugr/21007020.pdf>
21. Paiz, María Esther. (1995). *Sustancias psicoactivas y factores en pacientes egresados del hospital docente de atención psicosocial. Dr. José Dolores Fletes con diagnóstico de psicosis asociada a drogas. Febrero-agosto 1995*.
22. Ramírez, Francisco. (1998). *Características sociodemográficas y patrones de consumo de drogas en pacientes farmacodependientes, atendidos en centros de tratamiento psicosocial. Septiembre-octubre 1998*. Tesis para optar al título de psiquiatra general. Managua-Nicaragua.
23. Sánchez, M. (n.d). *Diagnostico nicaragüense de servicios de atención a personas drogodependientes*. Consejo nacional de lucha contra las drogas. Managua

24. Sánchez, M. García, N. (2001) *Muertes violentas y consumo de drogas en Nicaragua*. Managua, Nicaragua. Julio a diciembre 2001
25. Sánchez, M. (2004). *Consumo de drogas en estudiantes de secundaria*. Consejo nacional de lucha contra las drogas. Managua-Nicaragua. Septiembre 2004
26. Sánchez, M. (mayo, 2013). *Drogodependencias: Introducción, modelo explicativo*. Hospital docente de atención psicosocial. Managua, Nicaragua.
27. Silva, Juan. (2008). *Prevalencia y otros aspectos relacionados al consumo de sustancias psicoactivas en los estudiantes de la facultad de ciencias médicas de la UNAN Managua, en el periodo comprendido de noviembre del 2007 a enero del 2008*. Monografía. Managua-Nicaragua
28. Souza y Machorro, M. Guisa Cruz, V. Díaz Barriga, S. Sánchez Huesca, R. *Farmacoterapia de los síndromes de intoxicación y abstinencia por psicotrópicos* (2006). México. Centros de integración juvenil (A.C). Consultado el 18 de diciembre 2013 en:
[http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Drogas_de_Abuso/Articulos/Farmacoterapia de los Sindromes.pdf](http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Drogas_de_Abuso/Articulos/Farmacoterapia%20de%20los%20Sindromes.pdf)
29. Subdirección medica- Hospital psicosocial Dr. JOSE DOLORES FLETES VALLE. *Normas generales de: Unidad de atención integral a las adicciones*. Marzo, 2011. Managua, Nicaragua.
30. UNODC (Oficinas de las Naciones Unidas contra la droga y el delito). Informe mundial sobre las drogas. Resumen ejecutivo. 2015. Consultado el 16 de enero 2016. Disponible en:
https://www.unodc.org/documents/mexicoandcentralamerica/eventos/2015/WDD2015/WDR15_ExSum_S.pdf

ANEXOS

ANEXO 1: INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE LOS DATOS

Esta es una entrevista que hace preguntas acerca de varios aspectos de su vida, salud, empleo, uso de alcohol y drogas, etc. Algunas de las preguntas se refieren a los últimos 30 días o a los últimos 6 meses, mientras que otras abarcan toda su vida. Toda la información que Ud. nos dé es confidencial. Por favor, conteste a las preguntas con la mayor precisión. Si hay preguntas que no entiende o que prefiere no contestar, por favor dígame. La entrevista dura aproximadamente una hora. ¿Tiene alguna pregunta antes de comenzar? Primero empezaremos con algunas preguntas de información general. (*Instrumento basado en ASI 6)

I. Características sociodemográficas	
Fecha de entrevista:	
Hora de inicio de la entrevista:	
No. De expediente:	
Nombre del paciente:	
Sexo:	
Edad:	
Ocupación:	
No. Teléfono:	
Procedencia: Municipio: () Urbano () Rural Barrio:	
Fecha de admisión a la UDA:	
No. Sesiones en la UDA:	
Rango dentro de la familia: () Mamá () Papá () Abuelo(a)	() Tío (a) () Hijo () Otra persona, aclare:
Escolaridad: (último grado aprobado) () Ninguno () Primaria completa () Primaria incompleta	() Secundaria completa () Secundaria incompleta () Universidad
Estado civil: () Soltero (a) () Casado (a) () Unión libre () Divorciado (a)	() Separado (a) () Viudo (a) ¿Desde hace cuándo?
Quién lo envió a la UDA? () Personal médico de atención primaria () Emergencia del hospital () Área de hospitalizados: () Familiares	() Amigos () Por sí solo () Juez () Otros, aclare:
¿Qué tipo de seguro médico tiene? () Ninguno () Seguro privado () Seguro de salud de las fuerzas armadas	() Seguridad social (Régimen normal) () Seguridad social (Régimen pensionista) () Otro. Especifique:
II. Componentes médicos y psicopatológicos	
Alojamiento: Las siguientes preguntas se refieren a si ha vivido en algún alojamiento restringido o supervisado durante los últimos 6 meses o los 30 últimos días	
En los últimos 6 meses, cuantas días ha permanecido en un hospital, centro de rehabilitación para alcohol, drogas o psiquiátrica, cárcel, comunidad terapéutica o piso protegido? _____	
De esos días, cuantas fueron en: • Centro de rehabilitación de drogas _____ • Hospital general _____ • Hospital psiquiátrico _____ • Cárcel _____ • otro tipo de alojamiento: _____	
¿Alguna vez le han diagnosticado alguna de las siguientes enfermedades? () Si () No	
() Hipertensión arterial () Diabetes mellitus () Artritis reumatoidea () Enfermedades cardíacas () Accidente cerebro vascular () Epilepsia o convulsiones	() Hepatitis () Cirrosis u otras enfermedades hepáticas crónicas () Nefropatía crónica () Enfermedad respiratoria crónica (asma, enfisema, EPOC) () Otras enfermedades crónicas (dolor de espalda crónico, problemas digestivos, colitis.)

<input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> VIH/SIDA <input type="checkbox"/> Tuberculosis	Especifique:
Si es mujer, ¿está embarazada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe	
¿Tiene algún tipo de discapacidad física que afecte gravemente a su visión, audición o movilidad? Si la respuesta es "Sí" especifique:	
Antecedentes de Comorbilidad asociada: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Cuáles?	
<input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Intento suicida <input type="checkbox"/> Esquizofrenia <input type="checkbox"/> Trastornos de ansiedad	<input type="checkbox"/> Trastorno afectivo bipolar <input type="checkbox"/> Trastornos del sueño <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Especifique:
¿Presencia de trastornos de la personalidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Especificar:	
¿En los últimos 30 días, como diría que ha sido su salud física? <input type="checkbox"/> Excelente <input type="checkbox"/> Muy buena <input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Mala	
¿Cuánta preocupación ha tenido por su salud física o sus problemas médicos? <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Considerable <input type="checkbox"/> Extrema	
III. Factores del entorno socio-familiar: Las siguientes preguntas se refieren a sus relaciones familiares y sociales.	
¿Ha mantenido alguna relación romántica o sexual con una pareja en el último mes? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Cuántos amigos de confianza tiene? _____ (Excluya cónyuge / pareja sexual, y cualquier otro familiar adulto)	
En los últimos 30 días: Ha compartido tiempo (en persona) con su: <input type="checkbox"/> Pareja/s. <input type="checkbox"/> Familiares adultos. <input type="checkbox"/> Amigos íntimos. <input type="checkbox"/> Con nadie. <input type="checkbox"/> otros: _____	
Ha tenido algún contacto como llamadas telefónicas, mensajes de texto, cartas o e-mail con: <input type="checkbox"/> Pareja/s. <input type="checkbox"/> Familiares adultos. <input type="checkbox"/> Amigos íntimos. <input type="checkbox"/> Con nadie. <input type="checkbox"/> otros: _____	
Ha hablado sobre sus sentimientos o sus problemas con: <input type="checkbox"/> Pareja/s. <input type="checkbox"/> Familiares adultos. <input type="checkbox"/> Amigos íntimos. <input type="checkbox"/> Con nadie. <input type="checkbox"/> Otros: _____	
Ha tenido discusiones con: <input type="checkbox"/> Pareja/s. <input type="checkbox"/> Familiares adultos. <input type="checkbox"/> Amigos íntimos. <input type="checkbox"/> Con nadie. <input type="checkbox"/> Otros: _____	
¿Le resulta difícil hablar de sus sentimientos o problemas incluso con las personas más cercanas? <input type="checkbox"/> Sí. <input type="checkbox"/> No.	
¿Se siente nervioso o incomodo cuando esta con otras personas? <input type="checkbox"/> Sí. <input type="checkbox"/> No.	
¿Es importante para usted tener relaciones cercanas con alguien? <input type="checkbox"/> Sí. <input type="checkbox"/> No.	
Si necesita ayuda, ¿con quien puede contar? <input type="checkbox"/> Pareja/s. <input type="checkbox"/> Familiares adultos. <input type="checkbox"/> Amigos de confianza. <input type="checkbox"/> Otros: _____	
En los últimos 30 días, ¿alguna de las relaciones con su pareja, parientes o amigos acabo en empujones/ golpes, o arrojando objetos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Aparte de su pareja, familiares adultos y amigos de confianza; ¿hay otras personas con las que	

<p>realmente puede contar si necesita ayuda? (ej., cura, medico, terapeuta, abogado, asistente social?) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No.</p>
<p>En general en los últimos 30 días, ¿cuánta satisfacción ha sentido en sus relaciones con otros adultos? (ej. Numero de relaciones, cantidad de contacto, calidad de la comunicación, trato, ayuda mutua, etc.) <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Considerable <input type="checkbox"/> Extrema</p>
<p>En los últimos 30 días, ¿cuánta preocupación ha sentido por problemas de relación con los demás? <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Considerable <input type="checkbox"/> Extrema</p>
<p>¿Cuántos días ha estado en un albergue para gente sin hogar? En los Últimos 6 meses: _____ En los últimos 30 Días: _____</p>
<p>¿Cuántas noches ha pasado en la calle, en edificios abandonados, carros, o parques, porque no tenía otro lugar donde quedarse? En los Últimos 6 meses: _____ En los últimos 30 Días: _____</p>
<p>En los últimos 30 días, (cuando no estaba en un alojamiento restringido/supervisado o albergue), ¿ha vivido con alguien que tenga actualmente problemas con el alcohol o que consuma otras drogas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Señale todas las que Correspondan: <input type="checkbox"/> Cónyuge/Pareja <input type="checkbox"/> Hijo/s < 18 años <input type="checkbox"/> Padres <input type="checkbox"/> Otros familiares adultos <input type="checkbox"/> Amigos <input type="checkbox"/> Otros: _____</p>
<p>¿Cuál es su situación laboral actual? señale una: <input type="checkbox"/> Tiempo completo [≥ 35hrs/semana] <input type="checkbox"/> Tiempo parcial [<35hrs] <input type="checkbox"/> Sin trabajo y buscando empleo activamente <input type="checkbox"/> Fuera del mercado laboral (no está trabajando y no está buscando empleo activamente) ¿De cuánto es su sueldo mensual?</p>
<p>¿Cuántas personas (excluyéndose) dependen de usted económicamente?</p>
<p>Las siguientes preguntas se refieren a cualquier abuso o trauma que pueda haber sufrido a lo largo de su vida</p>
<p>¿Alguna vez algún conocido le ha agredido o ha abusado de usted físicamente? (Excluya abuso sexual) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Qué edad tenía la primera vez que sucedió? ¿Cuándo sucedió por última vez?</p>
<p>¿Alguna vez algún conocido le ha agredido o ha abusado de usted sexualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Qué edad tenía la primera vez que sucedió? ¿Cuándo sucedió por última vez?</p>
<p>¿Alguna vez ha sido víctima de robo con violencia u otra agresión física? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Qué edad tenía la primera vez que sucedió? ¿Cuándo sucedió por última vez?</p>
<p>¿Alguna vez ha estado envuelto en cualquier otra situación amenazante para su vida? (ej. grandes catástrofes, accidente/ incendio grave, guerra). <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Qué edad tenía la primera vez que sucedió? ¿Cuándo sucedió por última vez?</p>
<p>¿Algún otro evento en su vida que usted considere lo haya afectado mucho?</p>

¿Ha trabajado en el servicio militar? O ¿en la academia militar?	
En los últimos 30 días, ¿cuánta molestia o preocupación ha tenido por sentimientos, pensamientos u otras reacciones relacionadas con estos acontecimientos? (incluya pesadillas/sueños, flashbacks, etc) <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Considerable <input type="checkbox"/> Extrema	
Situación legal - Las siguientes preguntas se refieren a su implicación en actividades ilegales y a sus consecuencias judiciales	
¿Alguna vez ha estado en la cárcel, incluso unas pocas horas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Antes de los 18 años, ¿alguna vez fue detenido, (tiene antecedentes penales) por? (Señale todas las que correspondan)	
<input type="checkbox"/> Delitos violentos o contra las personas (ej. atraco, agresión, violación) <input type="checkbox"/> Delitos de drogas (ej. posesión, tráfico, fabricación) <input type="checkbox"/> Delitos con ánimo de lucro o contra la propiedad (ej. hurto en tiendas, robos en viviendas, robo de coches, vandalismo, incendios provocados)	<input type="checkbox"/> Delitos solo aplicables (a menores de edad ej. fugarse de casa, consumo de alcohol, absentismo escolar) <input type="checkbox"/> Otros delitos Especificar: _____
¿Cuántas veces le han condenado por un delito cometido después de los 18 años de edad? _____ Veces	
Actualmente, ¿se encuentra en alguna de las siguientes situaciones? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> Libertad provisional <input type="checkbox"/> Libertad condicional <input type="checkbox"/> Pendiente de juicio o cargos <input type="checkbox"/> Pendiente de sentencia	<input type="checkbox"/> Participando en un programa de reinserción <input type="checkbox"/> Otros (ej. pendiente de auto de prisión, bajo juicio de amparo, arresto domiciliario):
¿Cuanta gravedad tiene para usted sus problemas judiciales actuales? <input type="checkbox"/> Ninguna. <input type="checkbox"/> Leve. <input type="checkbox"/> Moderada. <input type="checkbox"/> Considerable. <input type="checkbox"/> Extrema.	
IV. Historia de consumo de drogas	
Edad de inicio de consumo: _____ Droga inicial de consumo (solo marque una): <input type="checkbox"/> Alcohol. <input type="checkbox"/> Tabaco. <input type="checkbox"/> Cocaína. <input type="checkbox"/> Marihuana. <input type="checkbox"/> Inhalantes. <input type="checkbox"/> Crack. <input type="checkbox"/> Otros, especifique: _____	
Droga principal de consumo en la actualidad: <input type="checkbox"/> Alcohol. <input type="checkbox"/> Tabaco. <input type="checkbox"/> Cocaína. Frecuencia de consumo: <input type="checkbox"/> Marihuana. <input type="checkbox"/> Inhalantes. <input type="checkbox"/> Crack. <input type="checkbox"/> Otros, especifique: _____	
¿Por qué la consume? ¿Efectos que le producen?	
POLICONSUMO: ¿Usa combinaciones de drogas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Cuál combinación suele utilizar? Efecto que provoca:	
Tipo de consumo actual: <input type="checkbox"/> Experimental. <input type="checkbox"/> Intencional/situacional. <input type="checkbox"/> En bingo. <input type="checkbox"/> Intensivo/abusivo. <input type="checkbox"/> Dependiente	

Via relacionada:
 Sociocultural. Hedónica. Evasiva.
 Asertiva. Sintomática. Constitucional.

Drogas/Alcohol
 Las siguientes preguntas se refieren a su uso de alcohol y otras drogas, y a cualquier tratamiento para abuso de sustancias que haya recibido.

Historial de Tratamientos
 ¿Cuántas veces ha estado en tratamiento por uso de alcohol/drogas? _____ veces
 (Incluya las evaluaciones personales incluso si no se ha seguido el tratamiento).
 ¿Cuántos de esos tratamientos fueron solo de desintoxicación? _____
 ¿Qué edad tenía la primera vez que entro en un tratamiento para abuso de alcohol/drogas? _____
 Acudido a grupos de autoayuda como AA, NA?
 A. Ultimos 6 meses _____ B. 30 Días _____ Por cuanto tiempo:

USO DE ALCOHOL
 ¿Cuántos años ha bebido alcohol de forma regular, 3 o más días a la semana? _____
 ¿Qué edad tenía la primera vez que bebió alcohol y noto sus efectos?
 En los últimos 6 meses, durante el mes que más bebía, ¿con qué frecuencia bebía?
 Abstinente. 1-3 veces al mes. 1-2 veces a la semana.
 3-6 veces a la semana. Diariamente.
 En los últimos 30 días, ¿cuantos días ha bebido alcohol? _____
 ¿Cuándo bebió por última vez? Hoy ayer hace 2 días _____
 En los últimos 30 días, ¿cuanta preocupación ha tenido por culpa de estos problemas con el consumo de alcohol?:
 Ninguna. Leve. Moderada.
 Considerable. Extrema.
 ¿Cuanta importancia tiene ahora para Ud. el tratamiento (actual o adicional) para dejar de beber?
 Ninguna. Leve. Moderada.
 Considerable. Extrema.
 ¿Cuanta importancia tiene para Ud. lograr/mantener la abstinencia total del alcohol (es decir, no beber nada)?
 Ninguna. Leve. Moderada.
 Considerable. Extrema.

Tabla de Uso de Drogas - Sustancias Individuales
 NOTA: Entregue al paciente la Lista de Drogas, y dígame: Le preguntare sobre cada grupo de las siguientes drogas. Ya hemos hablado sobre el alcohol, así que empezaremos:

	Edad del primer consumo	Años de consumo regular (3 o más días a la semana)	Consumida 50 días o mas (a lo largo de la vida)	¿Cuántos días ha Consumo en los últimos 30 días?	Consumida como tratamiento (ultimo 30 días) [0- como pres crito, 1-no como prescrito]
Mariguana					
Sedantes					
Cocaína					
Crack					
Tabaco					

LSD					
Heroína					
Otros: Opiáceos					
Inhalantes (pegamento)					
Consumo de Sustancias- Categorías de Problemas					
01. Alcohol 02. Marihuana 03. Sedantes 04. Cocaína 05. Crack 06. Tabaco	07. LSD 08. Heroína 09. Otros Opiáceos 10. Inhalantes (pegamento) 11. Otras Sustancias 12. Ninguna				
PROBLEMA PRINCIPAL	Vía(s) de Administración:				
¿Cuál de las sustancias listadas (01-12) es para usted la más problemática y puede haberle llevado a iniciar tratamiento?	A lo largo de la vida () Oral () Inhalada () Fumada () Inyectada () Otro	Últimos 30 días () Oral. () Inhalada () Fumada () Inyectada () Otro			
PROBLEMA SECUNDARIO	Vía(s) de Administración:				
¿Cuál de las sustancias listadas (01-12) es para usted la 2ª más problemática y puede haberle llevado a iniciar tratamiento? codificada:	A lo largo de la vida () Oral () Inhalada () Fumada () Inyectada () Otro	Últimos 30 días () Oral. () Inhalada () Fumada () Inyectada () Otro			
PROBLEMA Terciario	Vía(s) de Administración:				
¿Cuál de las sustancias listadas (01-12) es para usted la 3ª más problemática y puede haberle llevado a iniciar tratamiento?	A lo largo de la vida () Oral () Inhalada () Fumada () Inyectada () Otro	Últimos 30 días () Oral. () Inhalada () Fumada () Inyectada () Otro			
Consumo de Drogas-Aspectos Globales					
¿Cuántos años ha consumido 3 o más días a la semana drogas ilegales (excluyendo alcohol), o ha abusado de la medicación prescrita? _____					
En los últimos 6 meses, en el mes de máximo consumo de drogas ilegales (y/o abuso de la medicación prescrita), ¿con qué frecuencia estuvo consumiendo drogas? () No Consumo () 1-3 veces al mes () 1-2 veces a la semana () 3-6 veces a la semana () Diariamente					
En los últimos 30 días, ¿cuántos días ha consumido drogas ilegales o ha abusado de la medicación prescrita? _____					
Desde que empezó a consumir, ¿Ha estado alguna vez completamente abstinerente de drogas y alcohol durante al menos 1 año? () Sí. () No. Excluya medicación prescrita y tomada apropiadamente (ej. metadona, psicofármacos...)					
¿Ha tenido algún problema para controlar, disminuir o dejar de consumir alguna droga; o ha empleado la mayor parte del día consumiendo alguna droga, recuperándose de sus efectos o intentando conseguirla? () Sí. () No.					
Debido a las drogas, ¿ha tenido problemas médicos o psicológicos; o en el trabajo (colegio) o en el hogar, o se ha visto envuelto en discusiones o problemas con la ley? () Sí. () No.					
El ansia o los impulsos de consumir drogas, ¿han supuesto un problema para usted? () Sí. () No.					
¿Cuántos días ha tenido estas u otras dificultades debido al consumo de drogas? _____					

En los últimos 30 días, ¿cuánta preocupación ha tenido por culpa de estos problemas relacionados con las drogas?:

() Ninguna. () Leve. () Moderada.
 () Considerable. () Extrema.

¿Cuánta importancia tiene ahora para Ud. el tratamiento (actual o adicional) para dejar de consumir drogas?

() Ninguna. () Leve. () Moderada.
 () Considerable. () Extrema.

¿Cuánta importancia tiene para Ud. lograr/mantener la abstinencia total de drogas (es decir, no consumir nada)?

() Ninguna. () Leve. () Moderada.
 () Considerable. () Extrema.

ESCALA DE VALORACION DE CRAVING

¿Qué tan fuerte es su deseo de consumir.....En este momento? Englobe solo una respuesta.

Ningún deseo	Poco deseo	Deseo moderado	Deseo fuerte	Deseo muy fuerte	Deseo irresistible
0	1	2	3	4	5

Hora de finalización:

Etapas de cambio:

- () Pre-contemplativa
- () Contemplativa
- () Etapa de preparación
- () Etapa de acción
- () prevención de recaída/ mantenimiento

ANEXO 2: GRAFICOS Y TABLAS

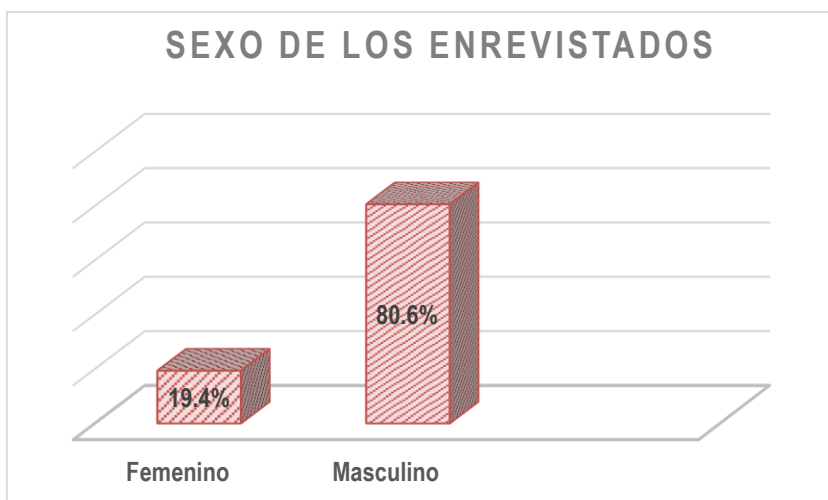
CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS DE LOS ENTREVISTADOS

Gráfico 1. Edad de los entrevistados



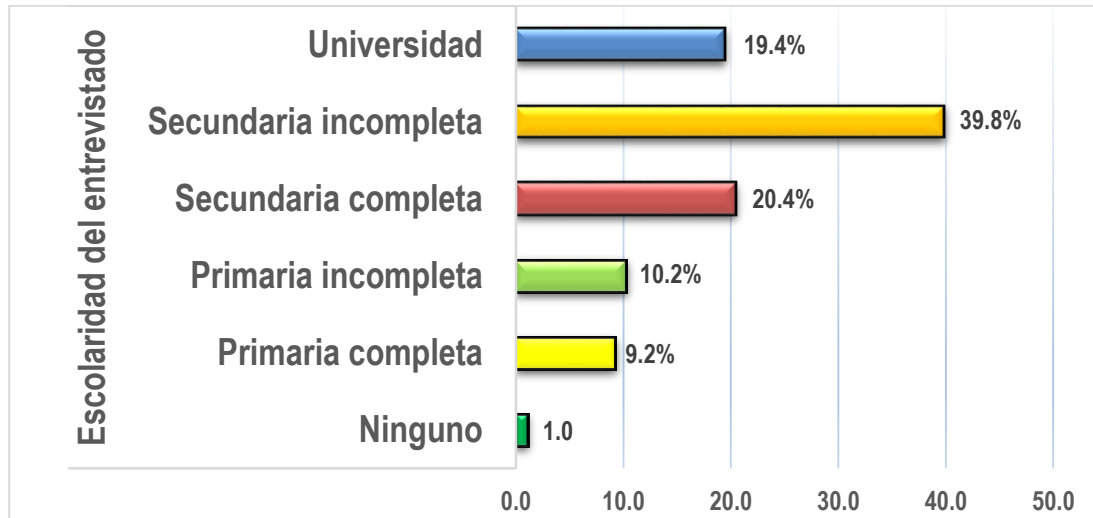
Fuente: Entrevista semiestructurada

Gráfico 2. Sexo de los usuarios entrevistados



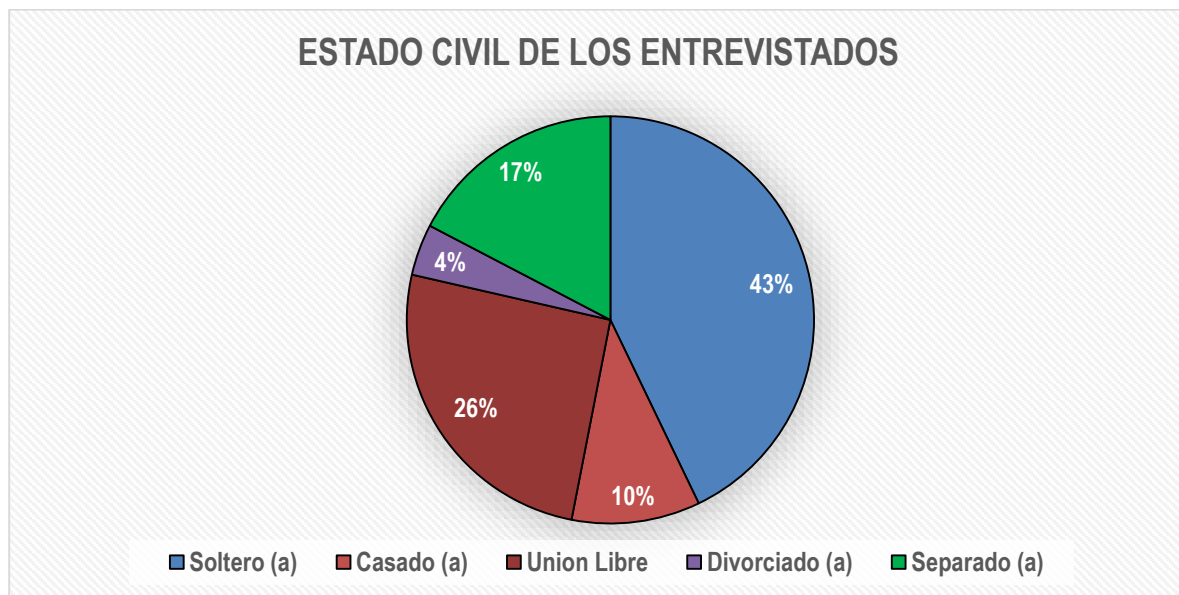
Fuente: Entrevista semiestructurada

Gráfico 3. Escolaridad de los entrevistados



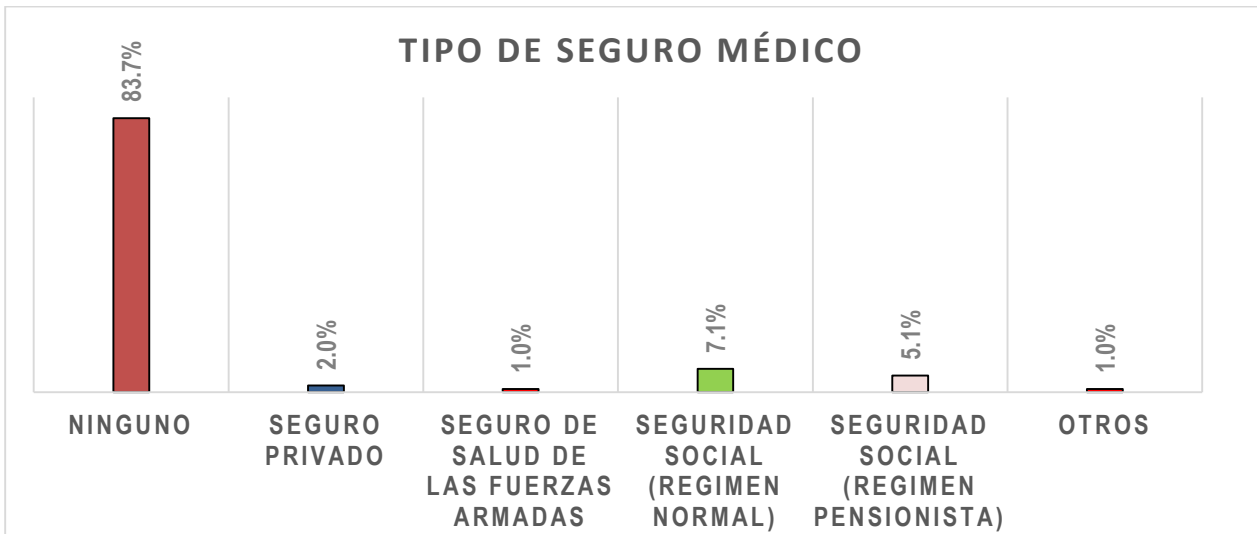
Fuente: Entrevista semiestructurada

Gráfico 4. Estado civil de los entrevistados



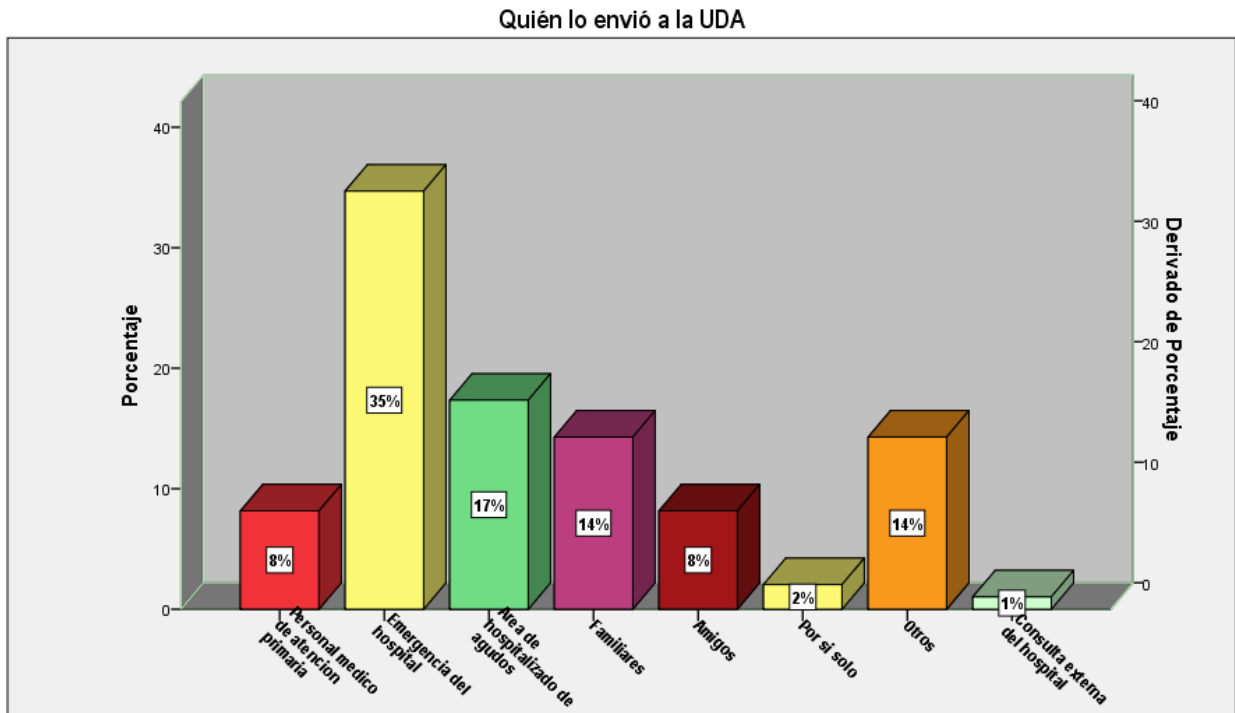
Fuente: Entrevista semiestructurada

Gráfico 5. Tipo de seguro medico



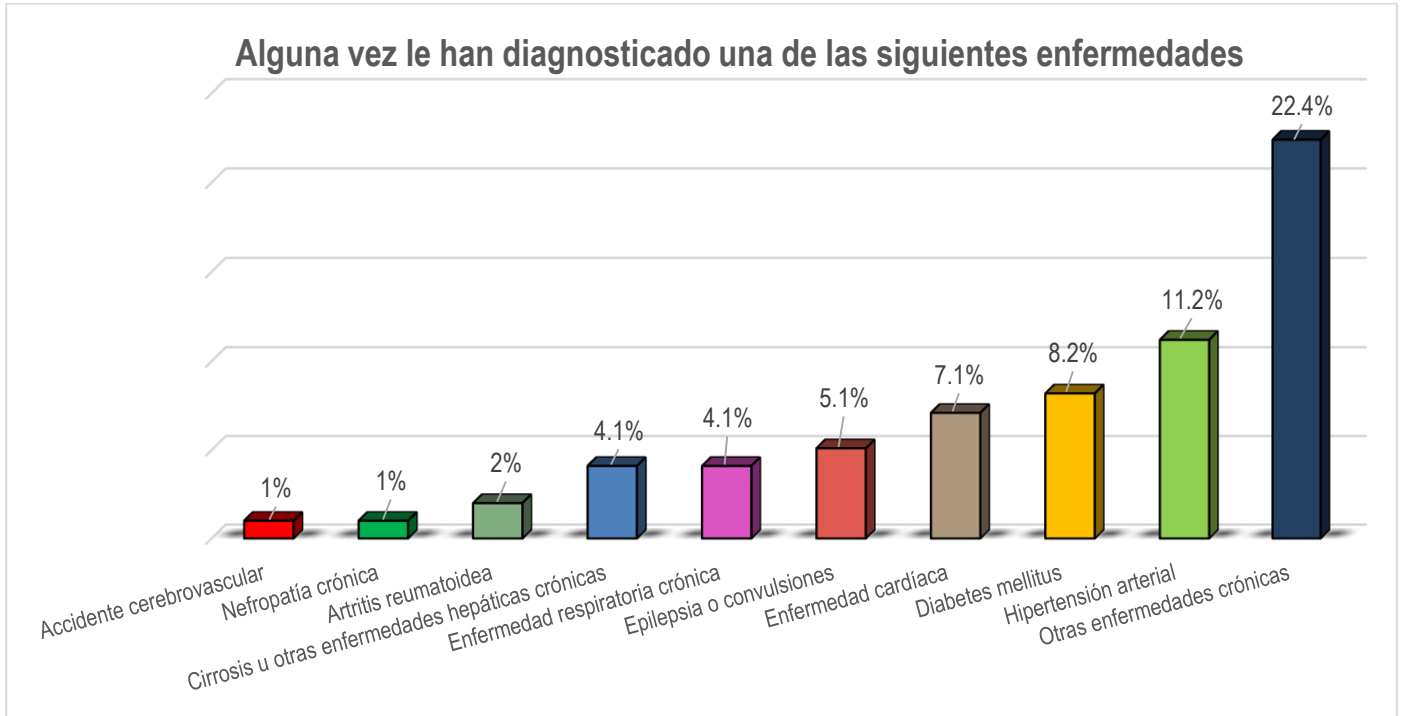
Fuente: Entrevista semiestructurada

Gráfico 6. Derivación al tratamiento en la Unidad de Adicciones



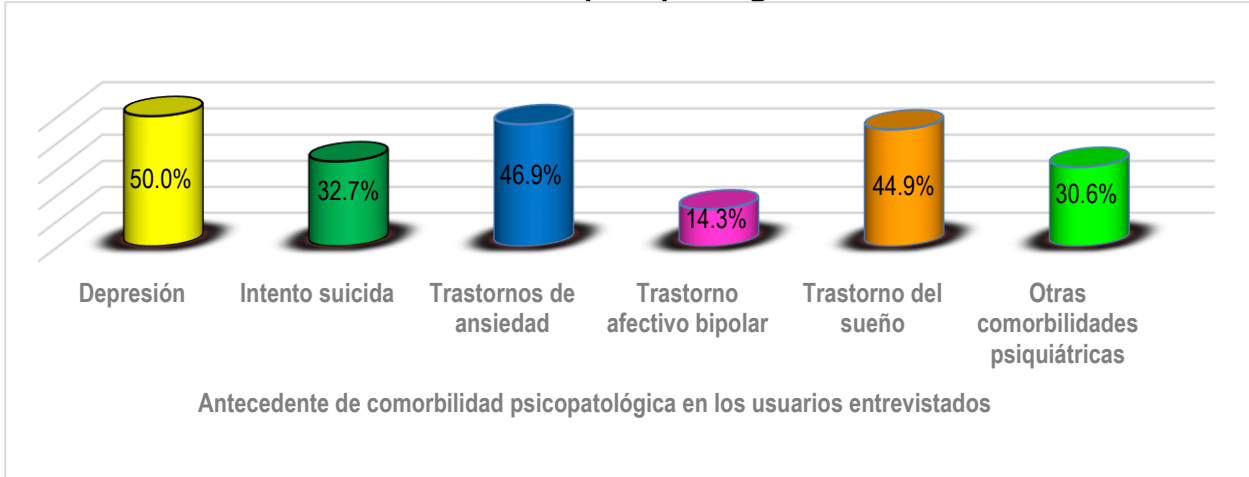
Fuente: Entrevista semiestructurada

Gráfica 7. Antecedentes de enfermedades medicas crónicas u otra condición de salud actual



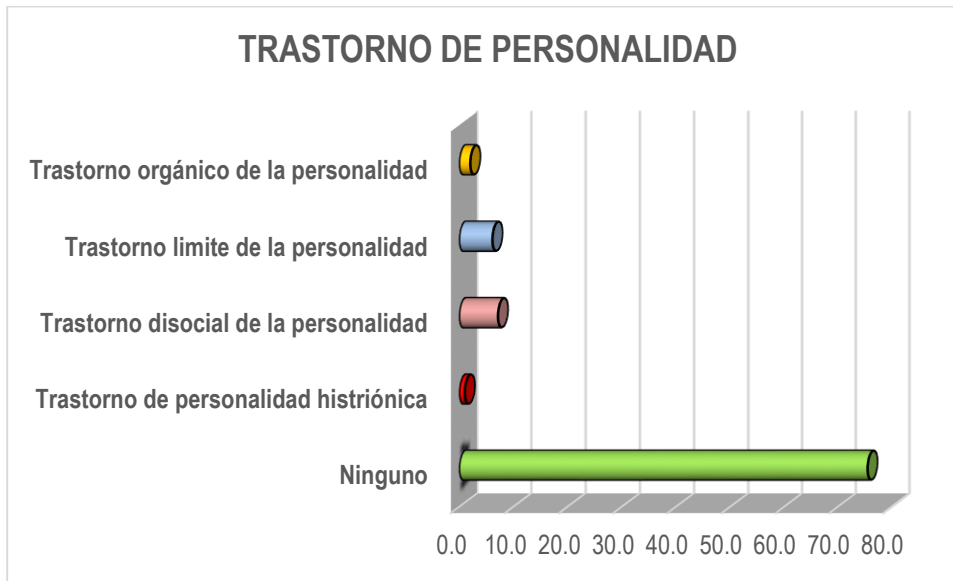
Fuente: Entrevista semiestructurada

Gráfico 8. Antecedentes de comorbilidad psicopatológicas en los usuarios entrevistados



Fuente: Entrevista semiestructurada

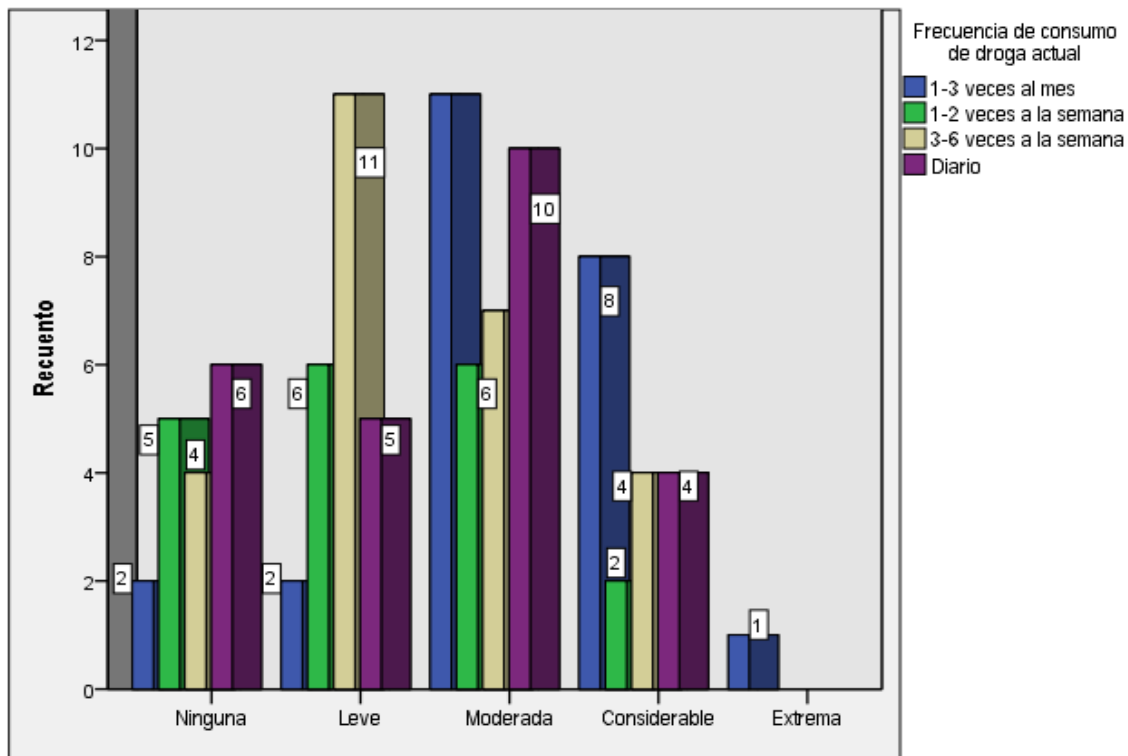
Gráfico 9. Presencia de trastorno de personalidad en los usuarios entrevistados



Fuente: Entrevista semiestructurada y expediente clínico

Gráfico 12. Correlación del grado de satisfacción de las relaciones interpersonales y la frecuencia de consumo de droga actual

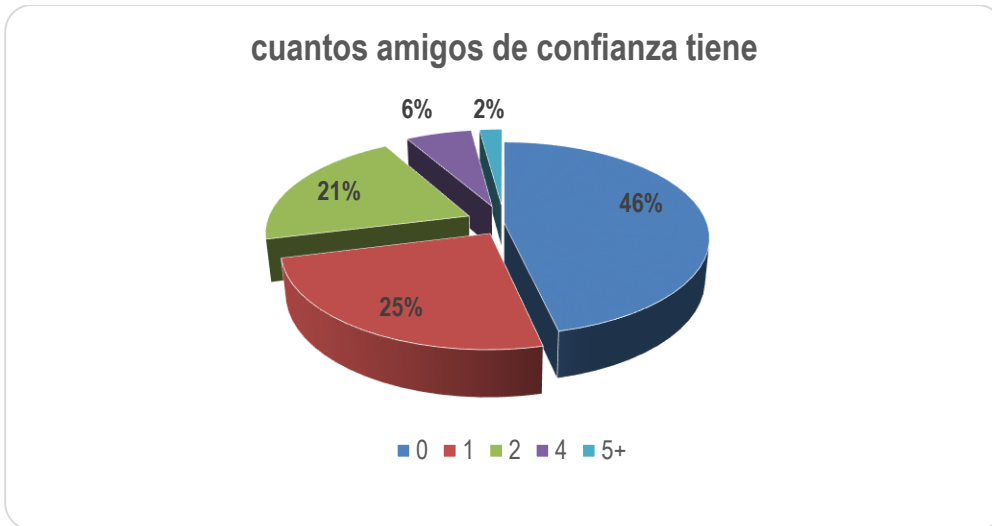
En los últimos 30 días, cuanta satisfacción le han proporcionado sus relaciones con otros adultos



Fuente: Entrevista semi estructurada

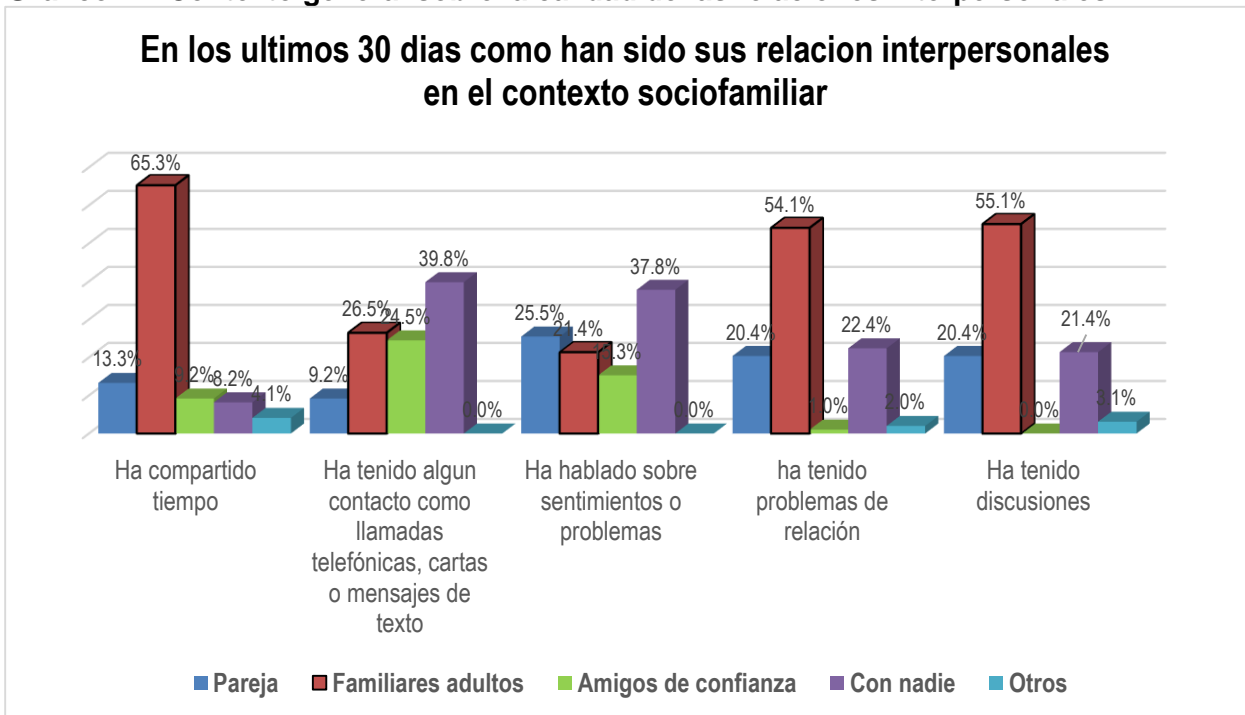
*Valor de P 0.047

Gráfico 10. Presencia de amistades de confianza



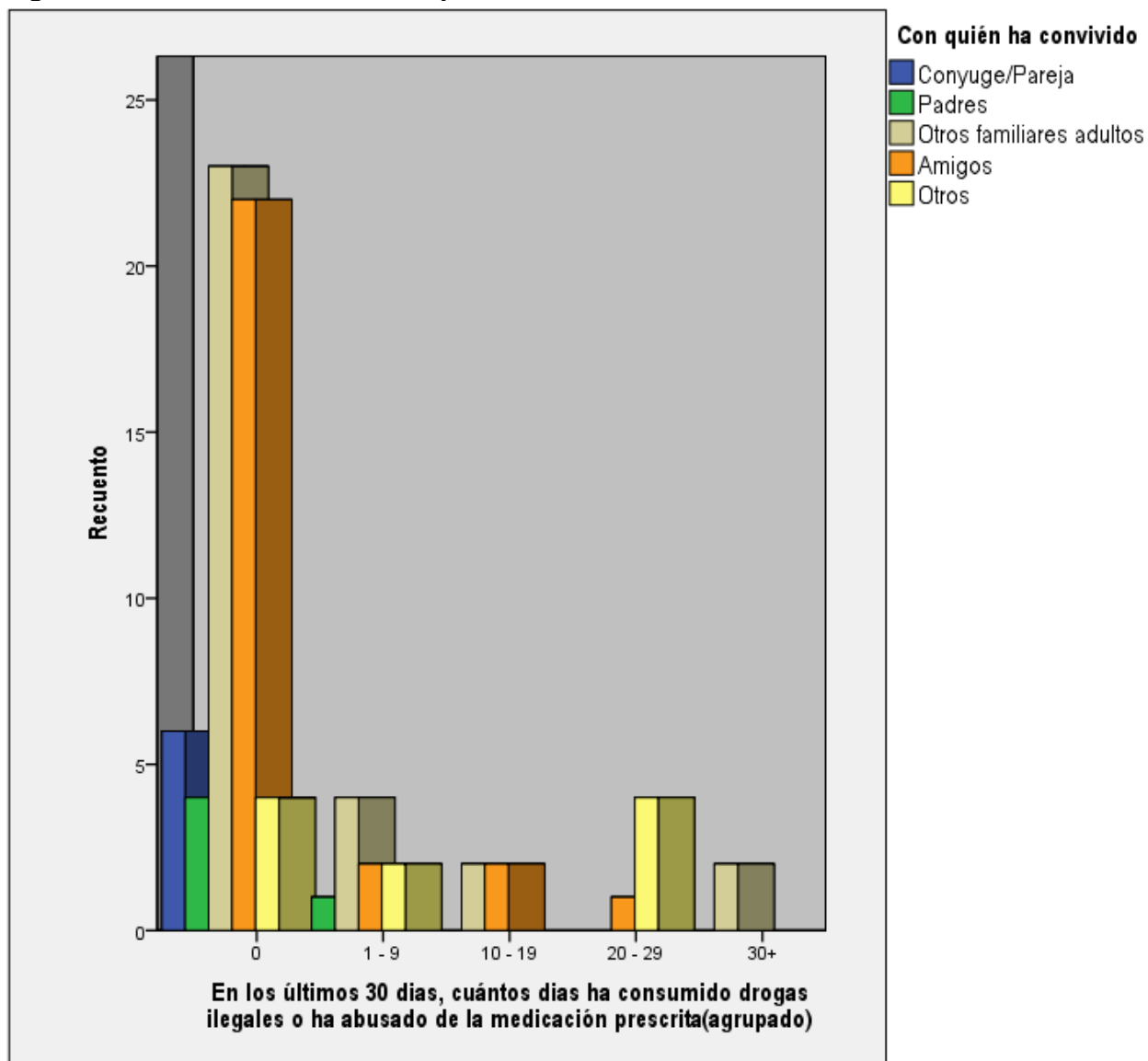
Fuente: Entrevista semiestructurada

Gráfico 11. Contexto general sobre la calidad de las relaciones interpersonales



Fuente: Entrevista semi estructurada

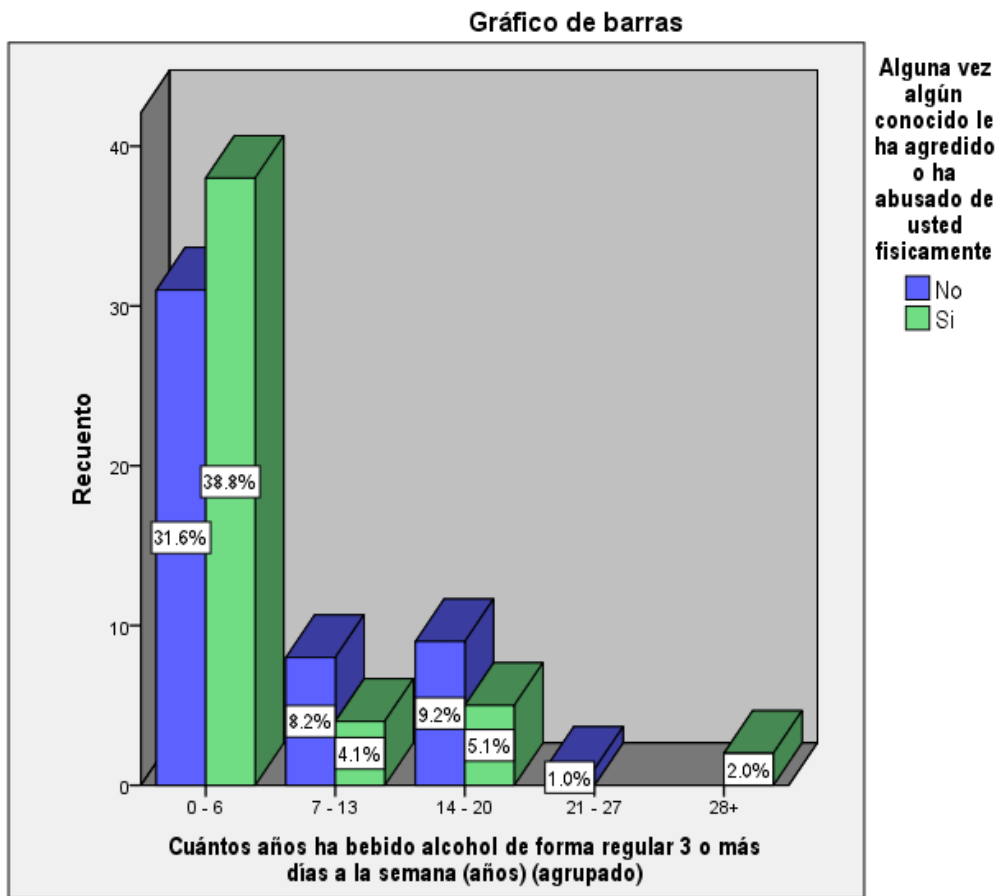
Grafico 13. Correlación entre la convivencia con alguien que tenga problemas actuales con el consumo de drogas y los días de consumo en los últimos 30 días de drogas ilegales o abuso de la medicación prescrita



Fuente: Entrevista semi estructurada

* Valor P 0.019

Gráfico 14. Correlación de los años de consumo regular y el antecedente de abuso físico en los usuarios entrevistados

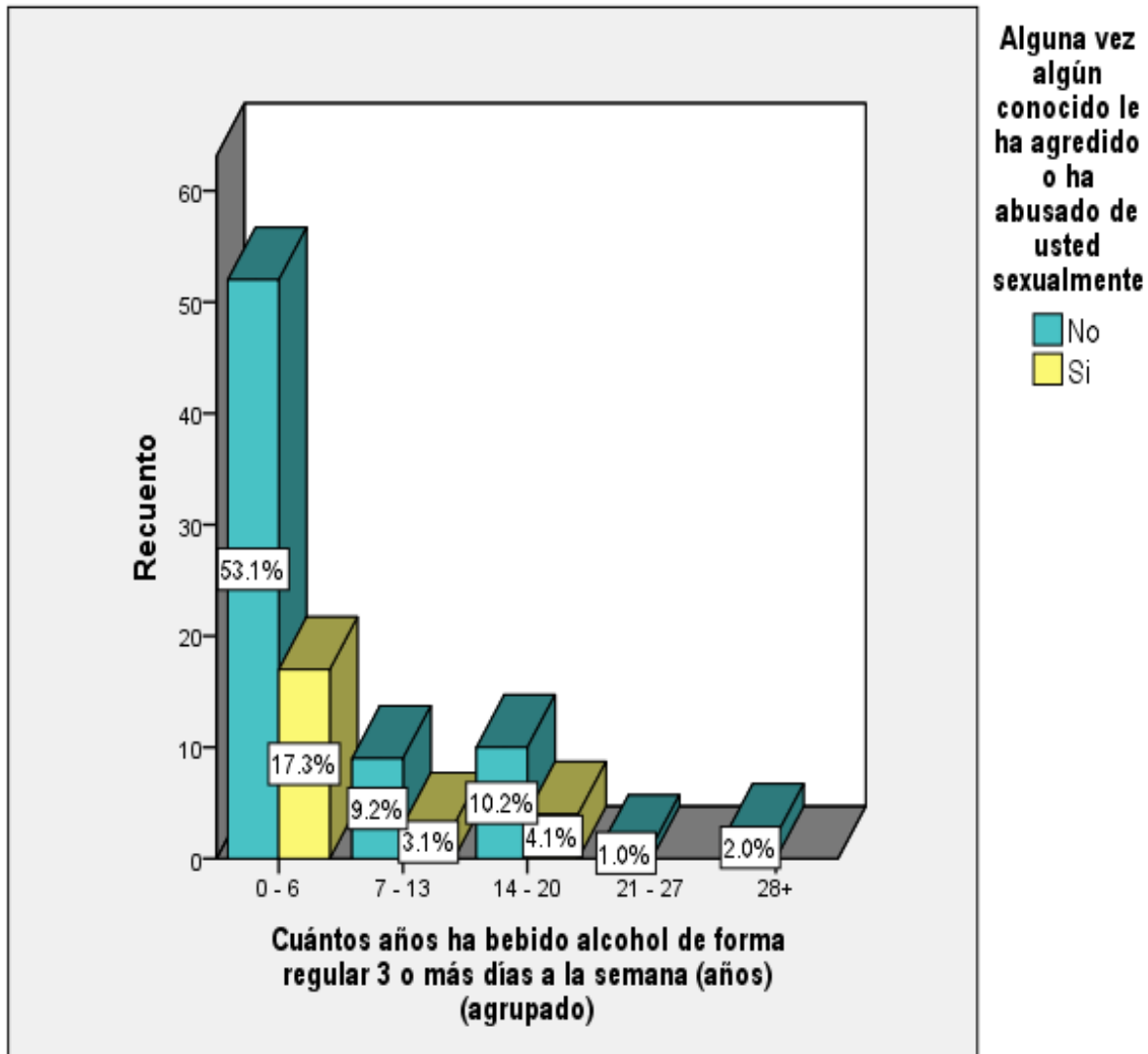


Fuente: Entrevista semi estructurada

Valor de P 0.186

Gráfico 15. Correlación de los años de consumo regular y el antecedente de abuso sexual en los usuarios entrevistados

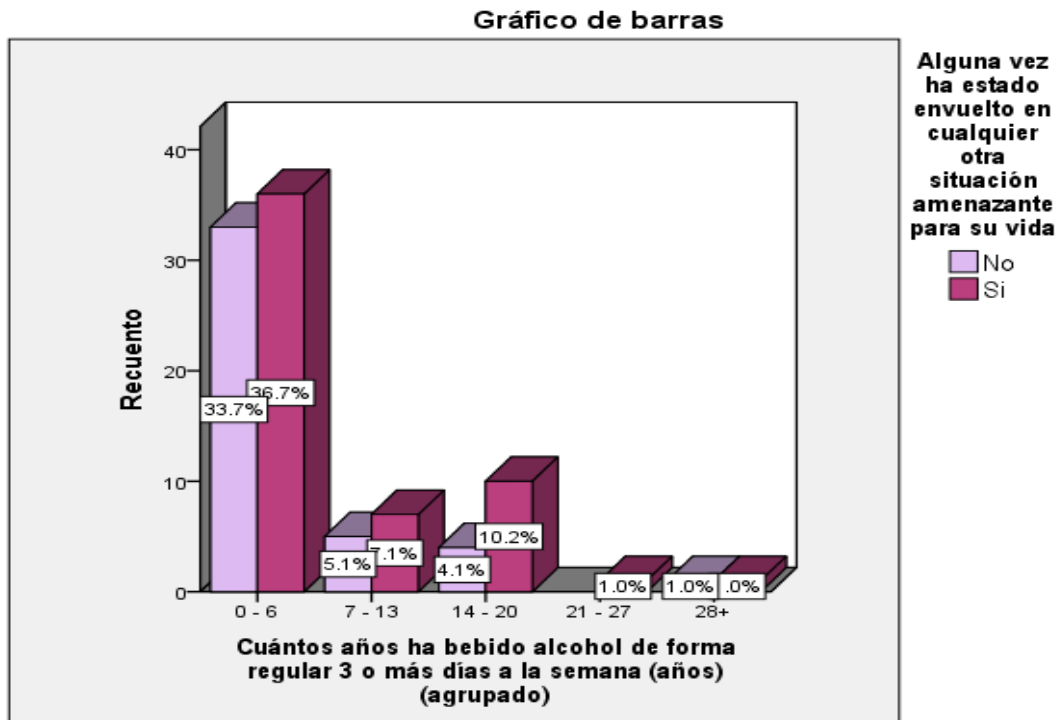
Gráfico de barras



Fuente: Entrevista semi estructurada

Valor de P 0.894

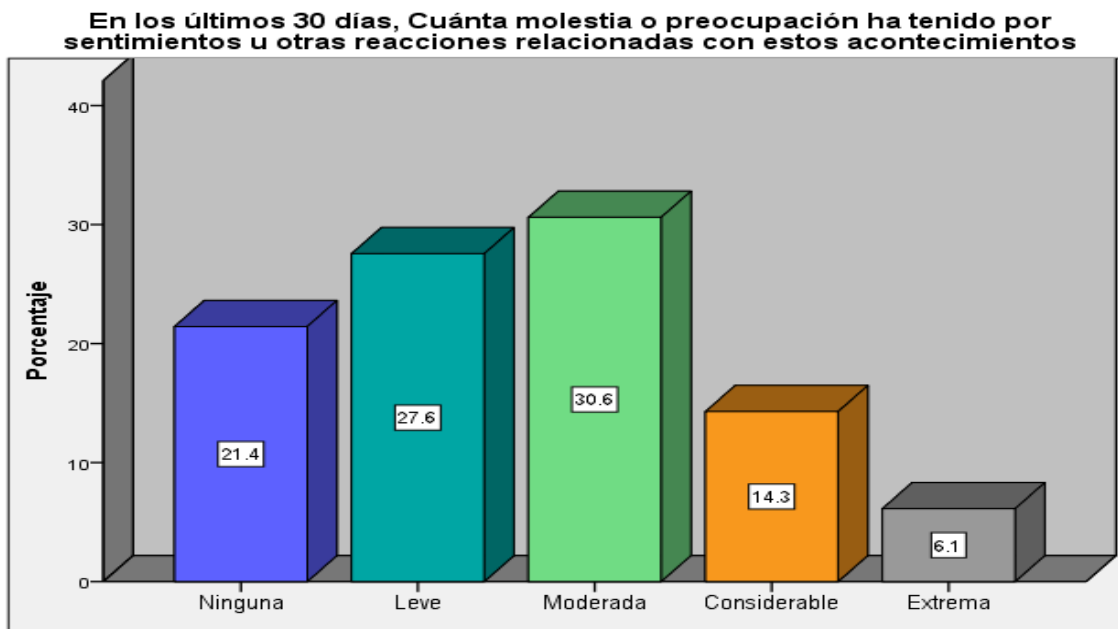
Gráfico 16. Correlación de los años de consumo regular y el antecedente de exposición a alguna situación amenazante para la vida en los usuarios entrevistados



Fuente: Entrevista semi estructurada

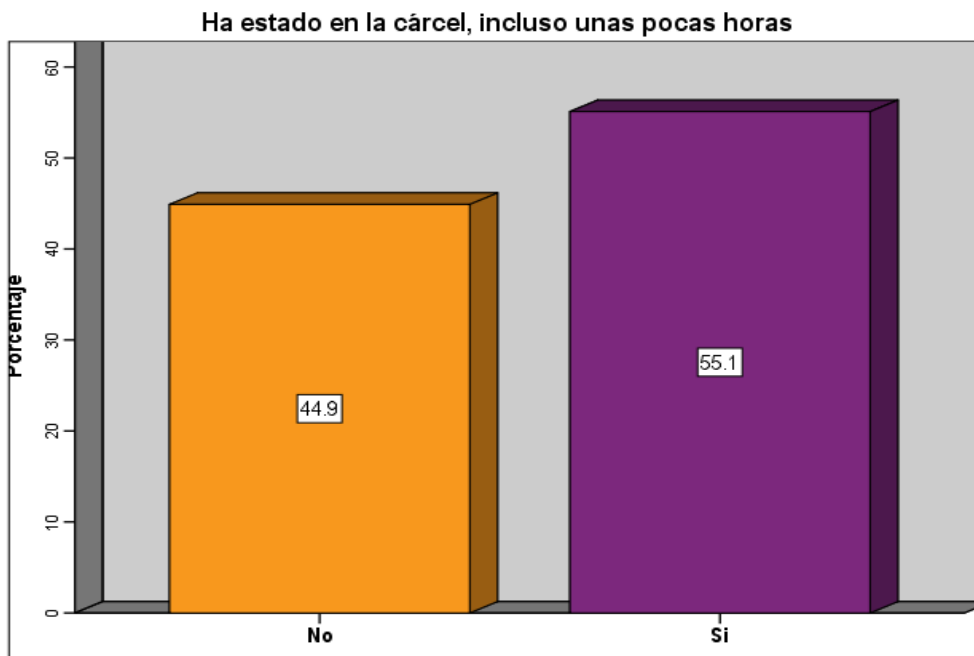
Valor de P 0.626

Gráfico 17. Nivel de preocupación actual generado por los acontecimientos traumáticos



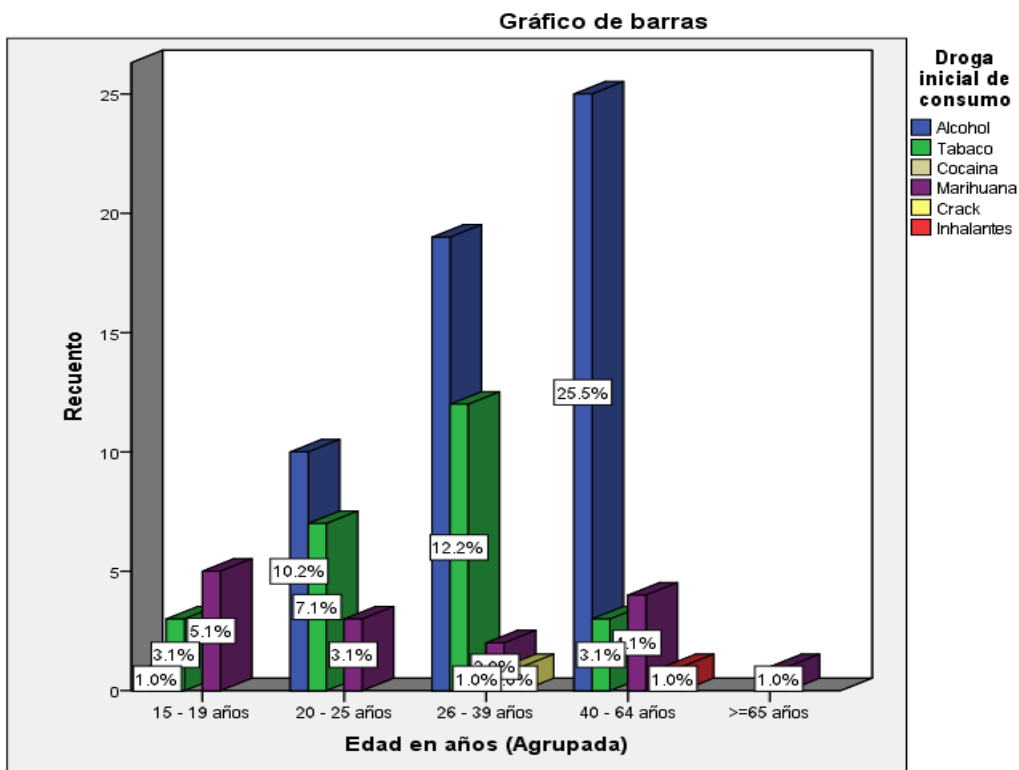
Fuente: Entrevista semi estructurada

Gráfico 18. Implicación en actividades legales y sus consecuencias judiciales



Fuente: Entrevista semi estructurada

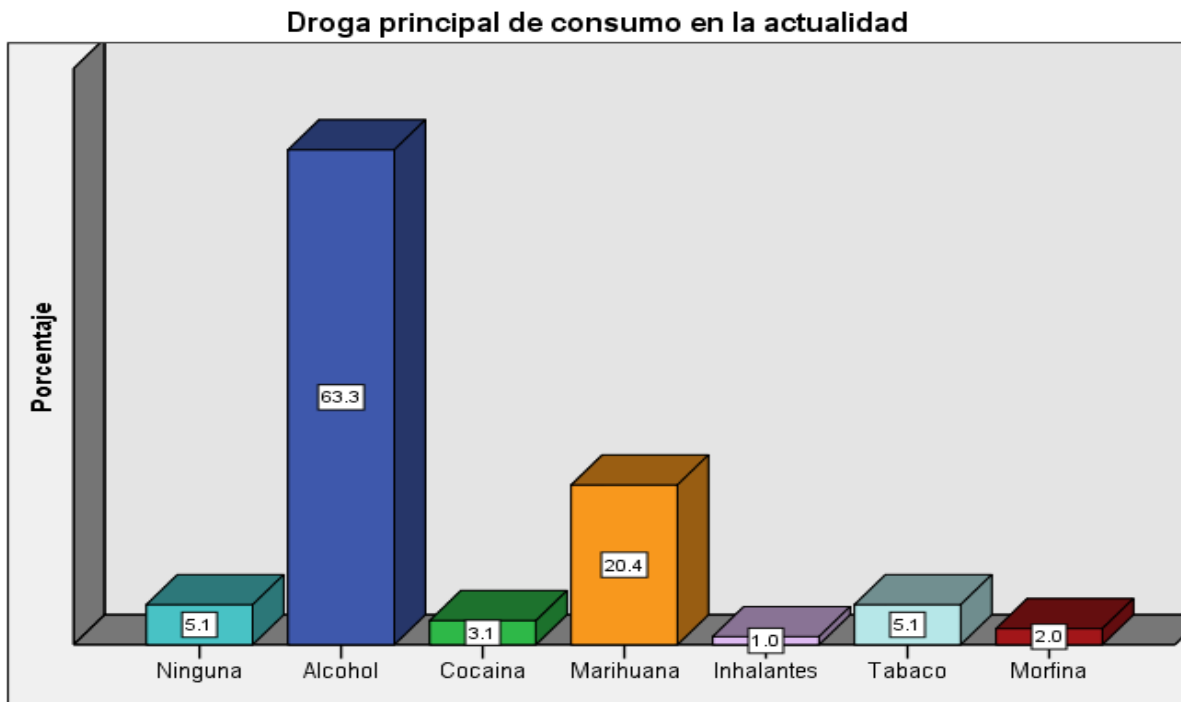
Gráfico 19. Droga inicial de consumo de los usuarios entrevistados



Fuente: Entrevista semi estructurada

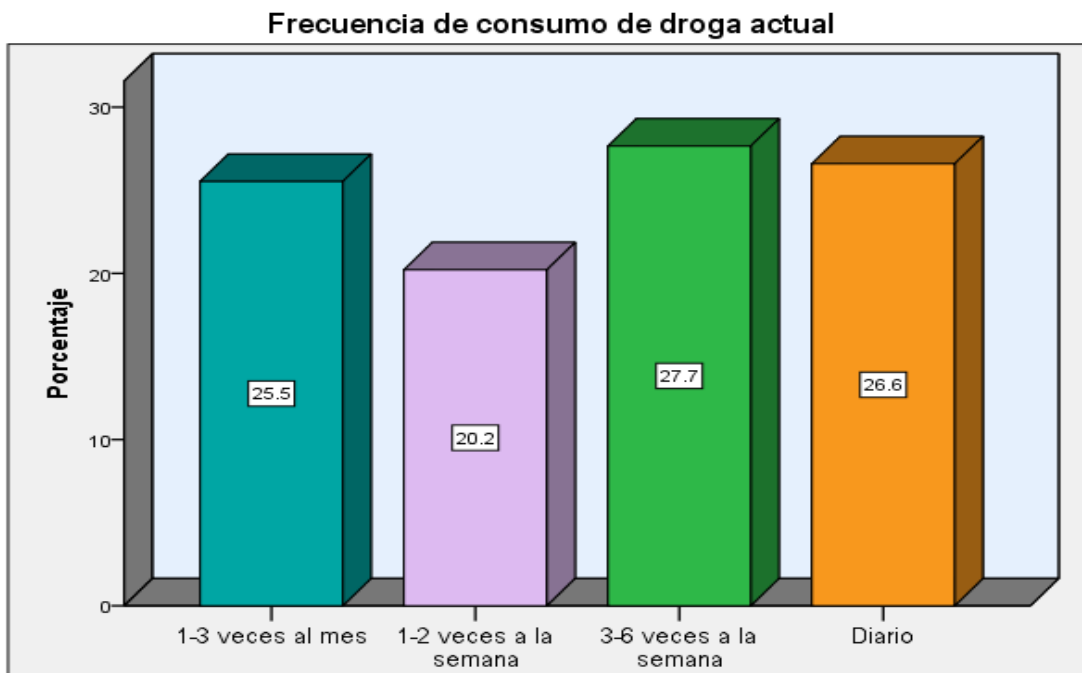
Valor de P 0.026

Gráfico 20. Droga Principal de consumo en la actualidad



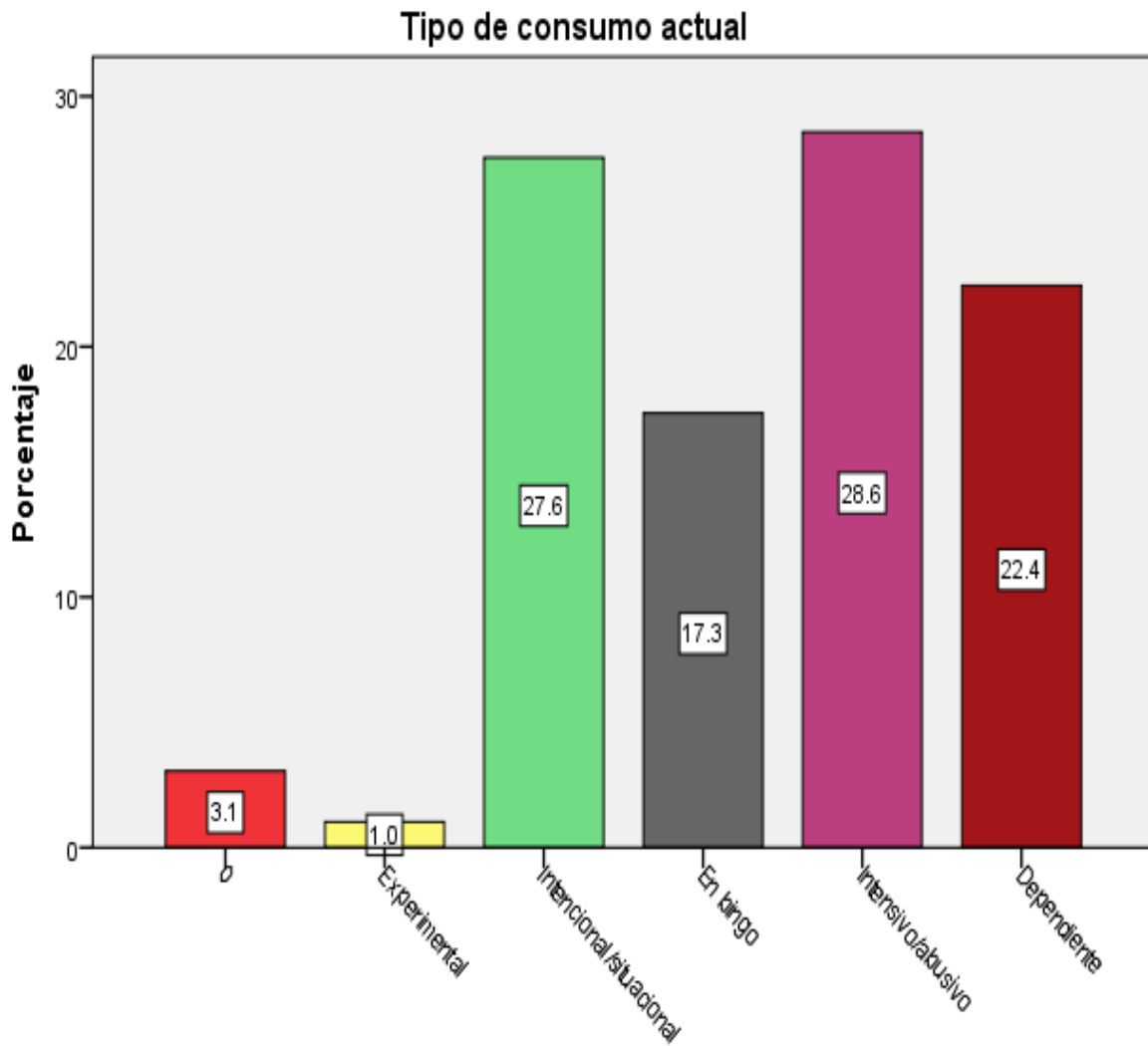
Fuente: Entrevista semi estructurada

Gráfico 21. En los últimos 6 meses en el período que más bebía la frecuencia de consumo de la droga actual



Fuente: Entrevista semi estructurada

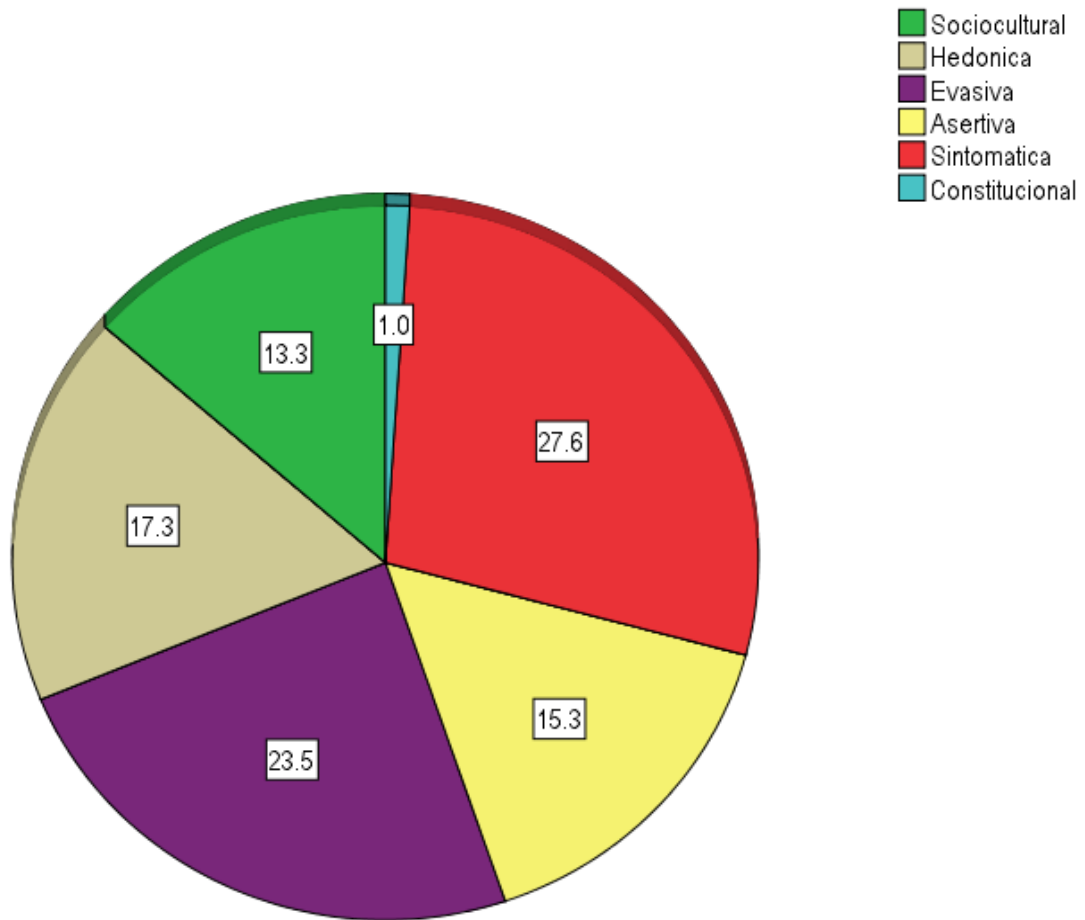
Gráfico 22. Tipo de consumo actual de drogas en los entrevistados



Fuente: Entrevista semi estructurada

Gráfico 23. Vía relacionada de consumo

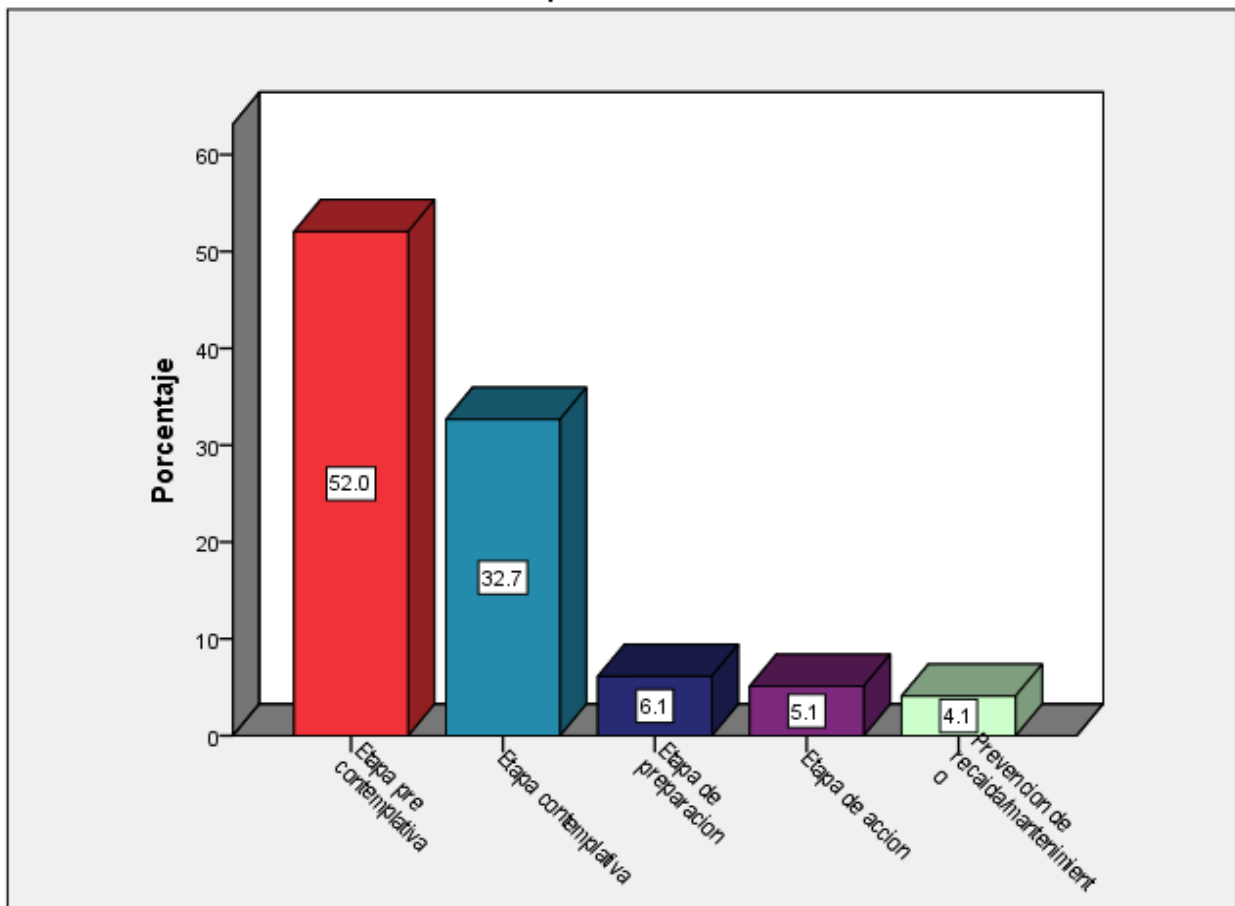
Vía relacionada de consumo



Fuente: Entrevista semi estructurada

Gráfico 24. Etapas de cambio en los usuarios de la UDA estudiados

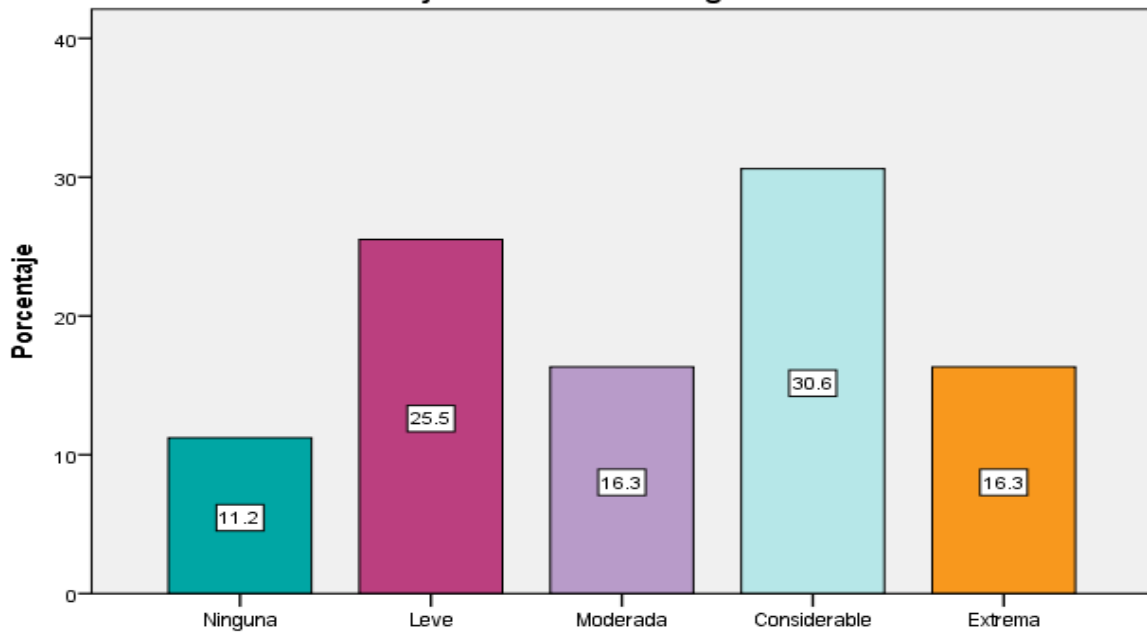
Etapa de cambio



Fuente: Entrevista semi estructurada

Gráfico 25. Importancia del tratamiento actual para dejar de consumir drogas

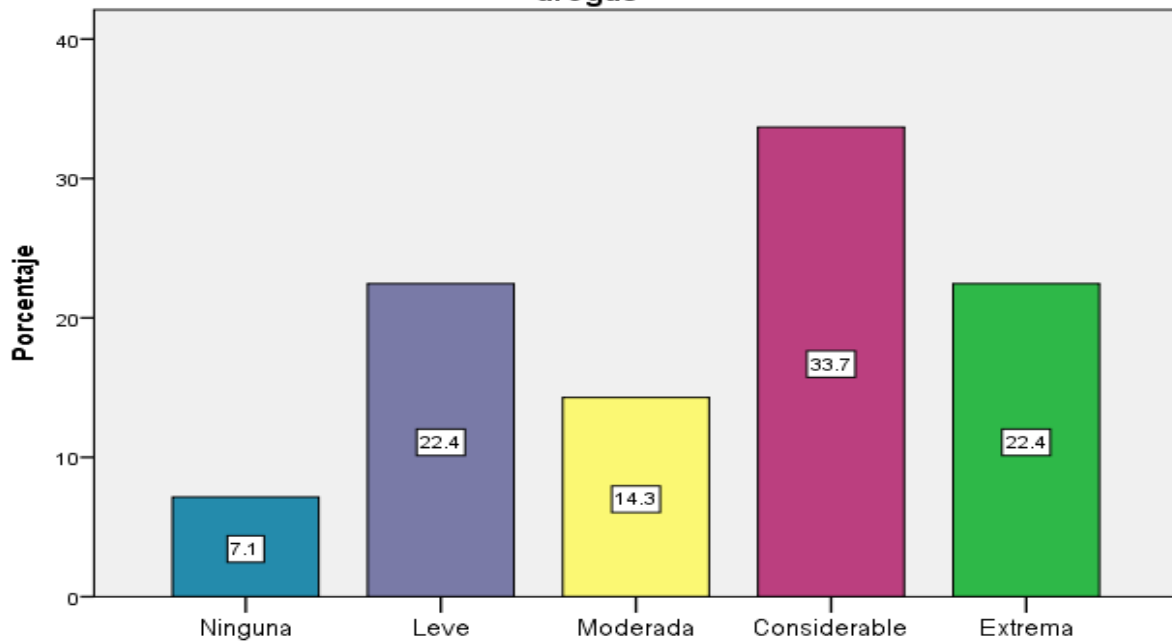
Cuánta importancia tiene ahora para usted el tratamiento (actual o adicional) para dejar de consumir drogas



Fuente: Entrevista semi estructurada

Gráfico 26. Importancia de lograr la abstinencia total de drogas

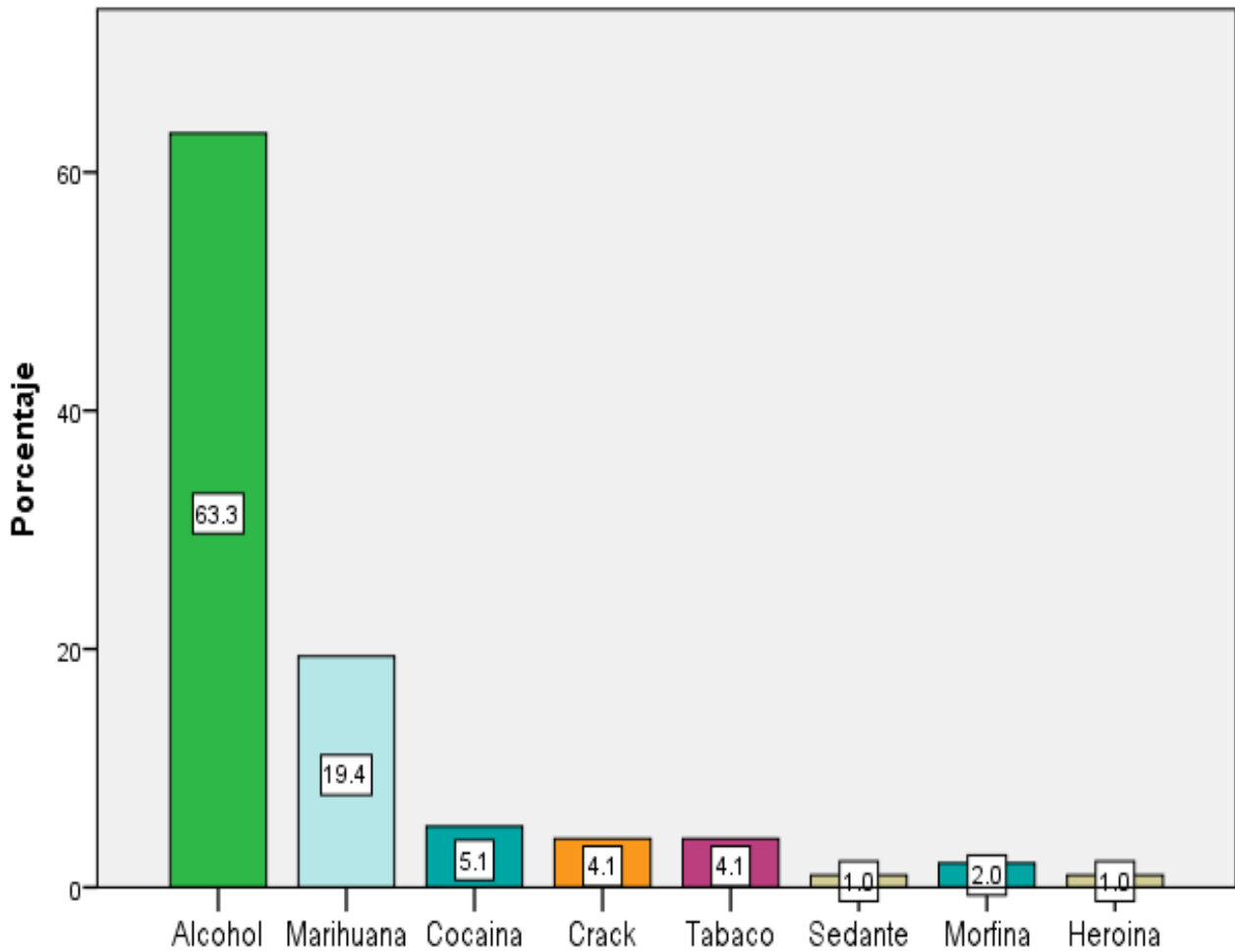
Cuánta importancia tiene ahora para usted lograr/mantener la abstinencia total de drogas



Fuente: Entrevista semi estructurada

Gráfico 27. Droga principal que motiva la búsqueda del tratamiento

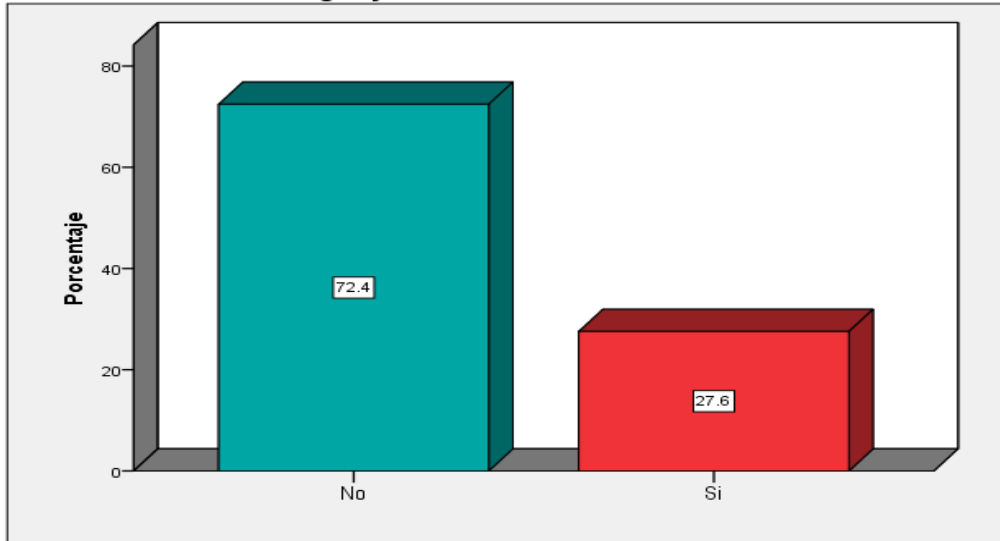
Cuál de las sustancias siguientes es para usted la más problemática y puede haberle llevado a iniciar tratamiento



Fuente: Entrevista semi estructurada

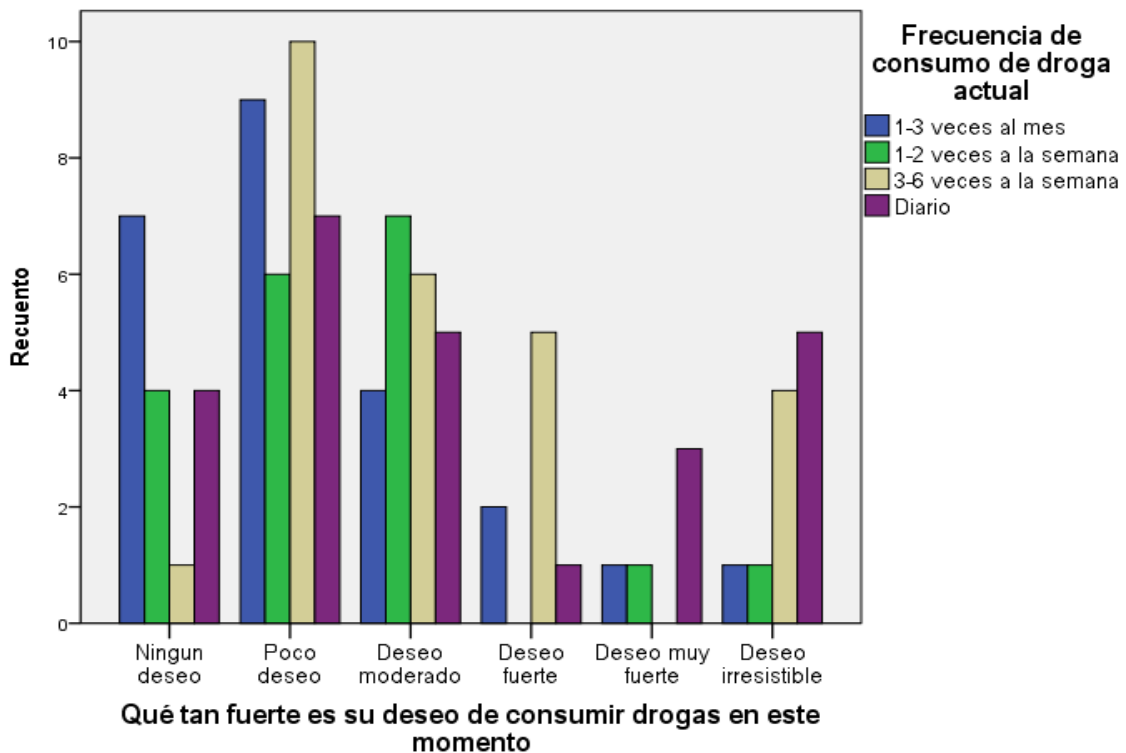
Gráfico 28. Desde que empezó a consumir, ha estado alguna vez completamente abstinentes de drogas y alcohol durante al menos 1 año

Desde que empezó a consumir, ha estado alguna vez completamente abstinentes de drogas y alcohol durante al menos 1 año



Fuente: Entrevista semi estructurada

Gráfico 29. Correlación de la escala de craving y la frecuencia de consumo de la droga actual



Fuente: Entrevista semi estructurada

Valor P 0.021

Otro evento en su vida que le haya afectado mucho
➤ Emigración a otro país a consecuencia del servicio militar
➤ Abandono de la madre o el padre en la infancia
➤ La muerte de un amigo
➤ Fallecimiento de un familiar
➤ La pérdida de un hijo
➤ La separación con su pareja
➤ La separación de los padres
➤ Violencia intrafamiliar por parte de la pareja
➤ Violencia intrafamiliar por parte del padrastro

Fuente: Entrevista semi estructurada

Tabla 1. Ocupación del entrevistado

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna	39	39.8
Ama de casa	6	6.1
Comerciante	8	8.2
Estudiante	13	13.3
Albañil	6	6.1
Soldador	1	1.0
Médico	1	1.0
Mecánico	5	5.1
Cargador de productos	3	3.1
Servicio al cliente	2	2.0
Guarda de seguridad	2	2.0
Oficinista	2	2.0
Técnico en reparación de computadoras	1	1.0
Cocinera	1	1.0
Taxista	2	2.0
Orfebre	1	1.0
Chofer	1	1.0
Empleada domestica	1	1.0
Relojero	1	1.0
Agricultor	1	1.0
Barbero	1	1.0
Total	98	100.0

Fuente: Entrevista semiestructurada

Tabla 2. Rango ocupado dentro de la familia por el entrevistado

Rango dentro de la familia	Frecuencia	Porcentaje
Mama	13	13.3
Papa	29	29.6
Abuelo (a)	3	3.1
Tío (a)	1	1.0
Hijo (a)	43	43.9
Otra persona	9	9.2
Total	98	100.0

Fuente: Entrevista semiestructurada

Tabla 3. Permanencia en alojamiento restringido o supervisado en una unidad de hospitalización, centro de rehabilitación para alcohol, drogas o psiquiátrica, cárcel, comunidad terapéutica o piso protegido, durante los últimos 6 meses o los últimos 30 días.

En los últimos 6 meses, cuántos días ha permanecido en un hospital, centro de rehabilitación para alcohol, drogas o psiquiátrica, cárcel, comunidad terapéutica o piso protegido (agrupado)		
Días de permanencia	Frecuencia	Porcentaje
0 días	58	59.2
1-10 días	26	26.5
11-30 días	7	7.1
31-60 días	1	1.0
61-90 días	3	3.1
Mayor a 90 días	3	3.1
Total	98	100.0

Fuente: Entrevista semiestructurada

Tabla 4. Correlación entre antecedentes psicopatológicos asociados y consumo reciente de alcohol (últimos 30 días)

Antecedente de comorbilidad psicopatológico y consumo reciente de alcohol								
			*Depresión	*Intento suicida	*Trastornos de ansiedad	*Trastorno afectivo bipolar	*Trastorno del sueño	*Otras comorbilidades psiquiátricas
En los últimos 30 días, cuántos días ha bebido alcohol (agrupado)	0	Recuento	17	9	15	6	13	14
		% del total	17.3%	9.2%	15.3%	6.1%	13.3%	14.3%
	1 - 9	Recuento	20	17	21	7	20	9
		% del total	20.4%	17.3%	21.4%	7.1%	20.4%	9.2%
	10 - 19	Recuento	7	3	5	1	8	5
		% del total	7.1%	3.1%	5.1%	1.0%	8.2%	5.1%
	20 - 29	Recuento	3	2	3	0	2	2
		% del total	3.1%	2.0%	3.1%	0.0%	2.0%	2.0%
	30+	Recuento	2	1	2	0	1	0
		% del total	2.0%	1.0%	2.0%	0.0%	1.0%	0.0%
	Total	Recuento	49	32	46	14	44	30
		% del total	50.0%	32.7%	46.9%	14.3%	44.9%	30.6%

Fuente: Entrevista semiestructurada y expediente clínico

*Sig. Aproximada: depresión (P 0.786), Intento suicida (P 0.644), Trastorno de ansiedad (P 0.648), Trastorno afectivo bipolar (P 0.689), Trastorno del sueño (P 0.833), Otras comorbilidades psiquiátricas (P 0.164)

Tabla 5. Correlación entre antecedentes psicopatológicos asociados y consumo reciente (últimos 30 días) de drogas ilegales o abuso de la medicación prescrita

Antecedente de comorbilidad psicopatológica y consumo de drogas ilegales o abuso de la medicación prescrita								
			*Depresión	*Intento suicida	*Trastornos de ansiedad	*Trastorno afectivo bipolar	*Trastorno del sueño	*Otras comorbilidades psiquiátricas
En los últimos 30 días, cuántos días ha consumido drogas ilegales o ha abusado de la medicación prescrita (agrupado)	0	Recuento	44	24	38	10	32	22
		% del total	44.9%	24.5%	38.8%	10.2%	32.7%	22.4%
	1 - 9	Recuento	2	4	3	1	6	1
		% del total	2.0%	4.1%	3.1%	1.0%	6.1%	1.0%
	10 - 19	Recuento	1	2	1	2	3	4
		% del total	1.0%	2.0%	1.0%	2.0%	3.1%	4.1%
	20 - 29	Recuento	1	1	3	1	2	3
		% del total	1.0%	1.0%	3.1%	1.0%	2.0%	3.1%
	30+	Recuento	1	1	1	0	1	0
		% del total	1.0%	1.0%	1.0%	0.0%	1.0%	0.0%
	Total	Recuento	49	32	46	14	44	30
		% del total	50.0%	32.7%	46.9%	14.3%	44.9%	30.6%

Fuente: Entrevista semiestructurada y expediente clínico

*Sig. Aproximada: depresión (P 0.093), Intento suicida (P 0.843), Trastorno de ansiedad (P 0.617), Trastorno afectivo bipolar (P 0.502), Trastorno del sueño (P 0.833), Otras comorbilidades psiquiátricas (P 0.034)

Tabla 6. Correlación entre trastorno de personalidad y consumo reciente de alcohol en los usuarios entrevistados

Trastorno de personalidad y consumo reciente de alcohol					
			Presencia de trastornos de personalidad		Total
			No	Si	
En los últimos 30 días, cuántos días ha bebido alcohol (agrupado)	0	Recuento	26	7	33
		% del total	26.5%	7.1%	33.7%
	1 - 9	Recuento	30	14	44
		% del total	30.6%	14.3%	44.9%
	10 - 19	Recuento	11	3	14
		% del total	11.2%	3.1%	14.3%
	20 - 29	Recuento	4	0	4
		% del total	4.1%	0.0%	4.1%
	30+	Recuento	2	1	3
		% del total	2.0%	1.0%	3.1%
	Total	Recuento	73	25	98
		% del total	74.5%	25.5%	100.0%

Fuente: Entrevista semiestructurada y expediente clínico

(Valor P 0.586)

Tabla 7. Correlación entre trastorno de personalidad y consumo reciente de drogas ilegales o abuso de la medicación prescrita en los usuarios entrevistados

Trastorno de personalidad y consumo de drogas ilegales o abuso de la medicación prescrita en los últimos 30 días					
			Presencia de trastornos de personalidad		Total
			No	Si	
En los últimos 30 días, cuántos días ha consumido drogas ilegales o ha abusado de la medicación prescrita (agrupado)	0	Recuento	61	16	77
		% del total	62.2%	16.3%	78.6%
	1 - 9	Recuento	7	2	9
		% del total	7.1%	2.0%	9.2%
	10 - 19	Recuento	2	3	5
		% del total	2.0%	3.1%	5.1%
	20 - 29	Recuento	2	3	5
		% del total	2.0%	3.1%	5.1%
	30+	Recuento	1	1	2
		% del total	1.0%	1.0%	2.0%
	Total	Recuento	73	25	98
		% del total	74.5%	25.5%	100.0%

Fuente: Entrevista semiestructurada y expediente clínico

(Valor P 0.097)

Tabla 8. Correlación de la percepción sobre la calidad de la salud física y el grado de preocupación generado por esto.

			Cuánta preocupación ha tenido por su salud física o sus problemas médicos					Total
			Ninguna	Leve	Moderada	Considerable	Extrema	
En los últimos 30 días, como diría que ha sido su salud física	Excelente	Recuento	3	0	2	1	0	6
		% del total	3.1%	0.0%	2.0%	1.0%	0.0%	6.1%
	Muy buena	Recuento	7	4	1	0	1	13
		% del total	7.1%	4.1%	1.0%	0.0%	1.0%	13.3%
	Buena	Recuento	5	14	3	0	1	23
		% del total	5.1%	14.3%	3.1%	0.0%	1.0%	23.5%
	Regular	Recuento	1	12	19	7	3	42
		% del total	1.0%	12.2%	19.4%	7.1%	3.1%	42.9%
	Mala	Recuento	0	2	2	7	3	14
		% del total	0.0%	2.0%	2.0%	7.1%	3.1%	14.3%
Total	Recuento	16	32	27	15	8	98	
	% del total	16.3%	32.7%	27.6%	15.3%	8.2%	100.0%	

Fuente: Entrevista semiestructurada y expediente clínico

Valor de P 0.000

Tabla 9. Correlación entre la convivencia con alguien que tenga problemas actuales con alcohol o drogas y los días de consumo en los últimos 30 días

			En los últimos 30 días ha vivido con alguien que tenga actualmente problemas con el alcohol o que consuma otras drogas		Total	
			No	Si		
En los últimos 30 días, cuántos días ha bebido alcohol (agrupado)	0	Recuento	9	24	33	
		% del total	9.2%	24.5%	33.7%	
	1 - 9	Recuento	9	35	44	
		% del total	9.2%	35.7%	44.9%	
	10 - 19	Recuento	2	12	14	
		% del total	2.0%	12.2%	14.3%	
	20 - 29	Recuento	0	4	4	
		% del total	0.0%	4.1%	4.1%	
	30+	Recuento	0	3	3	
		% del total	0.0%	3.1%	3.1%	
	Total		Recuento	20	78	98
			% del total	20.4%	79.6%	100.0%

Fuente: Entrevista semi estructurada

Valor P 0.545

Tabla 10. Correlación de la situación laboral actual de los entrevistados y consumo de alcohol en los últimos 30 días

		Cuál es su situación laboral actual				Total		
		Tiempo completo (igual o mayor a 35hrs/sem)	Tiempo parcial (menor a 35hrs/sem)	Sin trabajo y buscando empleo activamente	Fuera del mercado laboral (no está trabajando y no está buscando empleo activamente)			
En los últimos 30 días, cuántos días ha bebido alcohol (agrupado)	0	Recuento	7	5	9	12	33	
		% del total	7.1%	5.1%	9.2%	12.2%	33.7%	
	1 - 9	Recuento	9	9	12	14	44	
		% del total	9.2%	9.2%	12.2%	14.3%	44.9%	
	10 - 19	Recuento	1	4	4	5	14	
		% del total	1.0%	4.1%	4.1%	5.1%	14.3%	
	20 - 29	Recuento	1	2	1	0	4	
		% del total	1.0%	2.0%	1.0%	0.0%	4.1%	
	30+	Recuento	0	0	0	3	3	
		% del total	0.0%	0.0%	0.0%	3.1%	3.1%	
	Total		Recuento	18	20	26	34	98
			% del total	18.4%	20.4%	26.5%	34.7%	100.0%

Fuente: Entrevista semi estructurada

Valor de P 0.517

Tabla 11. Razones por las que consume drogas

Razones por las que consume drogas	
➤	Para aliviar la ansiedad
➤	Para despejarse
➤	para sentirse alegre, platicador
➤	para sentirse relajado
➤	Por la separación con su pareja
➤	Por la soledad
➤	Por problemas con su pareja
➤	Por sentirse seguro
➤	Porque lo relaja
➤	Porque me desestresa
➤	Porque se siente aburrida
➤	Porque se siente triste o alegre

Fuente: Entrevista semi estructurada

Tabla 12. Correlación del consumo reciente de alcohol y combinaciones de drogas

			Usa combinaciones de drogas		Total	
			No	Si		
En los últimos 30 días, cuántos días ha bebido alcohol (agrupado)	0	Recuento	18	15	33	
		% del total	18.4%	15.3%	33.7%	
	1 - 9	Recuento	19	25	44	
		% del total	19.4%	25.5%	44.9%	
	10 - 19	Recuento	7	7	14	
		% del total	7.1%	7.1%	14.3%	
	20 - 29	Recuento	0	4	4	
		% del total	0.0%	4.1%	4.1%	
	30+	Recuento	1	2	3	
		% del total	1.0%	2.0%	3.1%	
	Total		Recuento	45	53	98
			% del total	45.9%	54.1%	100.0 %

Fuente: Entrevista semi estructurada

Valor de P 0.308

Tabla 13. Antecedentes de tratamiento para el consumo de alcohol/drogas

¿Cuántas veces ha estado en tratamiento por uso de alcohol/drogas?	
1 vez	23.5%
2 veces	11.8%
3 veces	5.9%
4 veces	5.9%
Más de 5 veces	52.9%
Total	100%

Fuente: Entrevista semi estructurada

ANEXO 3: GLOSARIO DE TERMINOS

- 1. ADICCIÓN:** La OMS (1994), citado por Alemán y López (2014, p.8) define la adicción como el consumo repetido de una o varias sustancias psicoactivas, hasta el punto de que el consumidor (denominado adicto), se intoxica periódicamente o de forma continua, muestra un deseo compulsivo de consumir la sustancia/s preferida/s, tiene una enorme dificultad para interrumpir voluntariamente o modificar el consumo de la sustancia y se muestra decidido a obtener sustancias psicoactivas por cualquier medio. Por lo general, se acompaña de tolerancia y de un síndrome de abstinencia que ocurre frecuentemente cuando se interrumpe el consumo. (DSM IV, 2002 p.118-121)
- 2. ASI (Addiction Severity Index):** Índice de gravedad de la adicción, es una entrevista multidimensional empleada para valorar la gravedad del uso de sustancias (alcohol y drogas), del estado de salud y los problemas laborales, familiares, sociales y legales que pudieran estar asociados al consumo de alcohol y otras drogas, con el principal objetivo de proporcionar tratamientos específicos e individualizados para cada paciente en función de sus necesidades. (Bobes y Díaz, 2007, p.78)

3. DROGA: La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a las drogas como sustancias naturales o químicas que introducidas en un organismo vivo por cualquier vía de administración, ingestión, inhalación, intramuscular o intravenosa, es capaz de actuar sobre el sistema nervioso central produciendo un cambio en la conducta de la persona modificando el estado psíquico. Las drogas pueden ser de uso médico o no, legal o ilegal y cuyo consumo excesivo y/o prolongado determina tolerancia y dependencia, así como diversas afectaciones biológicas, psicológicas, sociales o espirituales. (Alemán y López, 2014 p. 16)

4. Emoción Expresada (EE): Es un constructo que evalúa la comunicación que los familiares del paciente mantienen con el paciente. Los componentes que han mostrado mayor relevancia dentro de este constructo han sido los de *Criticismo, Hostilidad y Sobre implicación Emocional*.

5. FACTOR DE RIESGO: Se entiende por factor de riesgo “un atributo y/o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que incrementa la probabilidad de uso y/o abuso de drogas (inicio) o una transición en el nivel de implicación con las mismas (mantenimiento)”. (Sánchez, 2013 p.12)

6. RECAÍDA: Según Donovan (1996a) citado por Luengo et al (2005, p.15), en los diferentes trabajos se presentan distintas definiciones de recaída, entre las que se considera a ésta como:

a) Un *proceso* que gradualmente e insidiosamente lleva a la iniciación del consumo de sustancia.

b) Un *evento discreto* que se define por una caída o una vuelta al consumo de la sustancia.

c) La vuelta al consumo de la sustancia con la misma intensidad que en los niveles anteriores al tratamiento.

d) El consumo diario de la sustancia durante un determinado periodo temporal y

e) Una consecuencia que lleva a la necesidad de iniciar de nuevo el tratamiento.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES 2014-2016

ACTIVIDADES	ENERO				FEBRER				MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO				JULIO				AGOSTO				SEPTIEM				OCTUBR				NOVIEM				DICIEMB											
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4												
ENTREGA DE PROTOCOLO			X																																																					
CORRECCION DEL DOCUMENTO						X																																																		
DEFENSA DEL PROTOCOLO										X																																														
RECOLECCION DE LOS DATOS																						X	X						X	X							X	X							X	X							X	X		
ANALISIS DE LOS DATOS																																																								
ENTREGA DE RESULTADOS PRELIMINARES			X																																																					
CORRECCION DEL DOCUMENTO						X																																																		
DEFENSA DEL PROTOCOLO										X																																														
ENTREGA DE INFORME FINAL			X																																																					
DEFENSA DE INFORME FINAL						X																																																		