

UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA

CARRERA DE ENFERMERÍA

*Tesis para optar por el grado académico de
Licenciatura en Enfermería*

**FACTORES PSICOSOCIALES QUE
INFLUYEN EN LA RECAÍDA DE LAS
PERSONAS DEPENDIENTES A
SUSTANCIAS PSICOACTIVAS.
REVISIÓN SISTEMÁTICA EN PAISES
HISPANOAMERICANOS DEL 2014-2018**

SHIRLEY ARAYA ARAYA

2019

TABLA DE CONTENIDOS

ÍNDICE DE CONTENIDO	2
ÍNDICE DE TABLAS	4
ÍNDICE DE FIGURAS	5
RESUMEN	7
CAPITULO I: PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN	9
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
1.1.1 Antecedentes del problema	10
1.1.2 Delimitación del problema.....	24
1.1.3 Justificación	24
1.2 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	25
1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	25
1.3.1 Objetivo general.....	25
1.3.2 Objetivos específicos	25
1.4 ALCANCES Y LIMITACIONES.....	26
1.4.1 Alcances de la investigación.....	26
1.4.2 Limitaciones de la investigación.....	26
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	27
2.1 CONTEXTO TEORICO CONCEPTUAL.....	28
2.1.1 Factores psicosociales.....	28
2.1.2 Sustancias psicoactivas (SPA)	32
2.1.3 Factores de protección y riesgo ante una recaída.....	37
2.1.1 Modelos y teorías.....	43
CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO	50
3.1 ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN.....	51
3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN	51
3.3 UNIDADES DE ANÁLISIS	51
3.3.1 Población.....	52
3.3.2 Muestra	52
3.3.3 Criterios de inclusión y exclusión.....	52
3.3.4 Fuentes	53
CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.....	55
4.1 GENERALIDADES	56
4.1.1 Distribución de las publicaciones científicas en revisión	57
4.1.2 Datos sociodemográficos de la población en estudio	60
4.1.3 Factores psicosociales distribuidos por categorías	67
4.1.4 Datos sobre el patrón de consumo de SPA de la población en estudio	72
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....	78

5.1	DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	79
	CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	91
6.1	CONCLUSIONES.....	92
6.2	RECOMENDACIONES	94
	BIBLIOGRAFIA	95
	GLOSARIO Y ABREVIATURAS.....	103
	ANEXOS	106
	AGRADECIMIENTO	107
	DECLARACIÓN JURADA.....	108
	CARTAS DE APROBACIÓN	109

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N°1 Criterios de inclusión y de exclusión	52
Tabla N°2 Resumen numérico del total de publicaciones revisadas	53
Tabla N°3 Características de las publicaciones científicas y población de estudio por país	59
Tabla N°4 Estudios con datos sociodemográficos presentes en la población en estudio	60
Tabla N°5 Publicaciones relacionadas por categoría psicosocial presentes en la población en estudio.....	67
Tabla N°6 Resumen de los factores psicosociales presentes en la población dependiente que influyen en la recaída al consumo de SPA, según países en estudio	71
Tabla N°7 Publicaciones con datos relacionados al patrón de consumo de SPA, presentes en la población dependiente en estudio.....	72
Tabla N°8 Sustancias psicoactivas de consumo en la población dependiente por países en estudio.....	73
Tabla N°9 Rango de edades y tiempo de consumo de la población dependiente al SPA por países en estudio	74
Tabla N°10 Cantidad de recaídas de la población dependiente al SPA por países en estudio .	75
Tabla N°11 Frecuencia de recaída y período de abstinencia de la población dependiente al SPA según países en estudio	76

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura N°1 Distribución porcentual del total de publicaciones científicas seleccionadas según bases de datos.	57
Figura N°2 Distribución porcentual del total de publicaciones científicas, según países en estudio.....	58
Figura N°3 Distribución porcentual de hombres y mujeres dependientes al consumo de sustancias psicoactivas de la población total de los países en estudio, 2019..	61
Figura N°4 Sexo de la población dependiente al consumo de sustancias psicoactivas según países en estudio, 2019.	62
Figura N°5 Estado civil de la población dependiente al consumo de sustancias psicoactivas según países en estudio, 2019.....	63
Figura N°6 Escolaridad de la población dependiente al consumo de sustancias psicoactivas según países en estudio, 2019.....	64
Figura N°7 Ocupación de la población dependiente al consumo de sustancias psicoactivas según países en estudio, 2019.....	65
Figura N°8 Convivencia de la población dependiente al consumo de sustancias psicoactivas según países en estudio, 2019.....	66
Figura N°9 Distribución porcentual de factores psicosociales relacionados con estados emocionales presentes en la población dependiente al consumo de SPA según países en estudio, 2019.....	68

Figura N°10 Distribución porcentual de factores psicosociales relacionados con habilidades de afrontamiento presentes en la población dependiente al consumo de SPA según países en estudio, 2019.....	69
Figura N°11 Distribución porcentual de factores psicosociales relacionados con el entorno/contexto social presentes en la población dependiente al consumo de SPA según países en estudio, 2019.....	70
Figura N°12 Modalidad de tratamiento de la población dependiente al consumo de sustancias psicoactivas según países en estudio, 2019..	77

RESUMEN

Introducción: la dependencia al consumo de sustancias psicoactivas es un problema a nivel mundial y los factores psicosociales juegan un papel clave en las recaídas. **Objetivo general:** determinar los factores psicosociales, que influyen en la recaída de personas dependientes a sustancias psicoactivas. 2014-2018. **Metodología:** enfoque cuantitativo descriptivo, revisión sistemática de 5 publicaciones de los países de Colombia, Costa Rica, Ecuador con dos estudios y España que cumplen con los criterios de inclusión. Muestra total representada N=388, n=299 hombres y n=89 mujeres. **Resultados:** la mayoría de la población es del sexo masculino, soltera, baja escolaridad, desempleada y convive con la familia de origen. Se destacan 7 factores psicosociales: la depresión, ansiedad, falta de afectividad, sensibilidad a la recompensa, situaciones precipitantes de recaída, la presión social externa, y el ambiente familiar disfuncional. Las drogas de mayor consumo son marihuana, cocaína y heroína, las recaídas oscilan entre 1- \geq 2 y con 1- \geq 2 años de consumo. **Discusión:** la población dependiente presenta factores de riesgo psicosocial que les dificultan regular los estados emocionales como la depresión y la ansiedad, tienen pocas habilidades de afrontamiento ante los conflictos y situaciones precipitantes de recaída, y reciben presión social tanto del ambiente familiar como del ambiente externo, que los hace vulnerables a recaer en el consumo de las drogas. **Conclusiones:** Las personas dependientes presentan características demográficas particulares como la baja escolaridad y el desempleo. Tienen influencia de múltiples factores psicosociales como depresión, dificultad ante los conflictos, y el entorno que los hace vulnerables a recaer en el consumo; las recaídas tienden a ser comunes y frecuentes en algunos individuos.

Palabras clave: determinantes, causas psicosociales, reincidencia, drogas, riesgos.

SUMMARY

Introduction: drug addiction of psychoactive substances is a worldwide problem, and psychosocial factors have a key role in relapses. **General objective:** to determine the psychosocial factors that influence the relapse of people dependent on psychoactive substances. 2014-2018. **Methodology:** descriptive quantitative approach, systematic review of 5 publications from the countries of Colombia, Costa Rica, Ecuador with two studies and Spain. All studies have the inclusion criteria. Total sample represented N = 388, n=299 men and n=89 women. **Results:** the majority of the population is male, single, low education, unemployed and lives with the family of origin. Main psychosocial factors are seven: depression, anxiety, and lack of affectivity, sensitivity to reward, precipitating situations of relapse, external social pressure, and dysfunctional family environment. The most consumed drugs are marijuana, cocaine and heroin, relapses range from 1- \geq 2 and with 1- \geq 2 years of use. **Discussion:** the dependent population presents psychosocial risk factors that make it difficult for them to regulate emotional states such as depression and anxiety, have little coping skills facing conflicts and certain precipitating situations of relapse, also social pressure from both the family and the external environment, which makes them vulnerable to relapse into drug use. **Conclusions:** Dependent people have particular demographic characteristics such as low schooling and unemployment. They are influenced by multiple psychosocial factors such as depression, difficulty in conflict, and the environment that makes them vulnerable to relapse into consumption; drug's relapses are common and may be frequent in some individuals.

Key words: determinants, psychosocial causes, drug relapse, drugs, drug risks.

CAPITULO I
PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.1 Antecedentes del problema

La dependencia al consumo de sustancias psicoactivas es un problema a nivel mundial, aunque son múltiples los determinantes que llevan al consumo, los factores psicosociales juegan un papel clave en el proceso de recaídas.

Antecedentes Internacionales

La Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (UNODC)⁽¹⁾, publica el “Informe Mundial sobre las Drogas 2014”, donde se determina que a nivel mundial, para el año 2012, entre 162 y 324 millones de personas, es decir entre el 3,5% al 7,0% de la población mundial de edades entre 15 y 64 años, consume alguna droga ilícita por lo menos una vez en su vida.

En España en el 2014, Sanvisens A., et al⁽²⁾ publica un artículo sobre características de los pacientes adictos a la heroína en un programa de tratamiento con metadona. La población de estudio es de 1.678 pacientes, 1.390 varones (82,8%) y sólo 288 mujeres (17,2%). El 51,7% de los pacientes están desempleados (n=867), el 51,2% tienen estudios primarios (n=859), y el 42,3% egresados de un centro penitenciario (n=710). La edad promedio del primer consumo de heroína es 19 años, la edad promedio de ingreso al tratamiento es 31 años, la edad de inicio del tratamiento aumenta de 28 a 37 años en el último período del estudio.

En el año 2014, Grau L.⁽³⁾, estudia los “Factores predictores de recaída en pacientes adictos y la importancia de tratamiento del insomnio para mantener la abstinencia”. Los resultados indican que los pacientes recaen a los 3 y a los 6 meses de seguimiento; pacientes sin apoyo

familiar 56,6% vs 46,4% (3 meses) y 69,8% vs 58,1% (6 meses), los poli consumidores 51,5% vs 47,2% (3 meses) y 50,8 vs 37,5% (6 meses), los pacientes con comorbilidad médica 67% vs 54,8% recaen a los 3 meses y los individuos con inicio temprano de la dependencia, edades $23,6\pm 7,8$ vs $25,2\pm 9,1$ recaen con mayor frecuencia a los 6 meses de seguimiento.

En Argentina Pedroncini Y.⁽⁴⁾ se realiza un estudio en el año 2015, sobre “Estilos parenterales y su relación con el apoyo social en el proceso de recuperación del adicto.” La muestra es integrada por 107 adictos varones en proceso de recuperación, de entre 13 y 65 años de edad (media=26 años, desvío típico=9.52). La mayoría 72% son solteros, un 34% con estudios secundarios completos. La media de recaída es de 22,47. La media de las variables de rechazo 25,11, presión hacia el logro 31,68, reprobación 37,10, estilo parenteral negativo 117,45, estilo parenteral positivo 98,75 y apoyo social 65,29.

En México, la Comisión Nacional Contra las Adicciones (CONADIC) et al.⁽⁵⁾, publican en el año 2015, la encuesta nacional de consumo de drogas en estudiantes, la cual reporta que el consumo de marihuana está en incremento entre jóvenes de 12 y 17 años. Asimismo sucede en la población escolar, la sustancia con mayor incremento en el consumo es la marihuana. Datos epidemiológicos muestran la marihuana e inhalables como droga de inicio entre las personas que acuden a tratamiento y la marihuana como principal droga de consumo después del alcohol.

En Managua año 2015, la autora Rojas G.⁽⁶⁾, investiga sobre los “Factores biopsicosociales asociados a recaídas en pacientes drogodependientes que asisten a la unidad de adicciones (U.D.A) hospital docente de atención psicosocial José Dolores Fletes Valle.” La muestra es de 129 pacientes con consumo de sustancias psicoactivas. Con respecto a las características

socio-demográficas de los entrevistados: el 100% proceden del área urbana, 70,6 % son hombres (n=91) y el 29,4% mujeres (n=38). La mayoría de los drogodependientes 52,7% se ubican en el rango de edad de 20-29 años, seguido por las edades de 30-49 años con un 21,7% y los adolescentes de 16-18 años que representan el 12,4%. Según el estado civil el 53,5% son solteros n=54 o separados n=15; y el 46,5% están casados n=23 o en unión libre n=37.

La mayoría de la población de estudio 72,1% (n=93) están desempleados, de estos 18 son estudiantes (14%) y 9 son amas de casa (7%). El 27,9% tienen empleo, de los cuales el 22,5% realiza trabajo tipo obrero (n=29) y 5,4% realiza trabajo tipo ejecutivo (n=7). Con respecto a la educación, se presenta baja escolaridad representado por 47,1% (n=62); tanto primaria completa como incompleta son el 5,9% respectivamente, secundaria incompleta 35,3% vs. 11,8% secundaria completa, sólo el 41,1% tiene educación universitaria (n=53). La mayoría tiene un nivel socioeconómico bajo, sin seguro médico (82,4%), el 11,8% si posee seguro y recibe pensión.⁽⁶⁾

La mayoría de los entrevistados 47% tienen antecedentes de abuso físico, el 41% de los encuestados sufre abuso sexual, la mayoría de los entrevistados 64,7% sufre alguna situación amenazante para su vida. Se puede observar que el 76,5% de los encuestados han estado en la cárcel aunque sea unas pocas horas. El 29,4% manifiesta haber estado en la cárcel antes de los 18 años, por delitos violentos contra las personas.⁽⁶⁾

Los factores del entorno socio-familiar que pueden contribuir a las recaídas de los usuarios entrevistados son de importancia. Se encuentra que, el 76,5% de las entrevistas manifiestan dificultad para hablar de sus problemas o sentimientos, incluso con las personas más cercanas, a pesar de que refieren que es importante mantener relaciones cercanas con alguien. El 5,9%

de los entrevistados tiene una orden de alejamiento. En el 47,1% de las entrevistas, los conflictos con su pareja, parientes o amigos terminan en violencia física.⁽⁶⁾

En Perú, Cruz J. et al.⁽⁷⁾ investiga en el 2016 sobre “Características clínicas y sociodemográficas de los pacientes en un centro de tratamiento de drogas en Perú”. Indica un predominio masculino con pacientes menores de 34 años. La frecuencia de consumo semanal 59,7%, en promedio de 3 a 4 veces por semana, el consumo diario de 12,9% se registra con 8 casos.

El 85,5% de los casos hace abandono del tratamiento, se observa que casi la mitad de los casos utiliza el servicio por un día y solo un 10% permanece por más de 3 meses. Pocas personas (21%) acceden a la modalidad de clínica de día con una duración de 9 meses. Predomina el nivel educativo medio, el 75% ha cursado al menos un año de educación secundaria y un 19% señala estar cursando estudios actualmente. La muestra estudiada presenta un 37% de nivel desempleo.⁽⁷⁾

El 61% son personas solteras, solo el 6% viven solos y un 48% viven en un entorno familiar con sus padres, y presentan dependencia económica para su subsistencia (vivienda, alimentación). Uno de cada tres pacientes tienen antecedentes familiares de consumo, principalmente del padre (17%). La sustancia principal de consumo es la cocaína 35%, seguida por la marihuana 34%, los casos de alcoholismo alcanzan un 25% de la demanda. La edad de inicio de consumo es de 15 a 19 años, con una mínima de 12, una máxima de 35 años y una media de 18.5 años de edad.⁽⁷⁾

En Colombia, Moreno N. y Palomar J.⁽⁸⁾ realizan un estudio en el 2017 sobre los factores familiares y psicosociales asociados al consumo de drogas en adolescentes. La muestra compuesta por 245 adolescentes de la ciudad de Medellín en Colombia de ambos sexos edades entre 13 y 17 años, seleccionados según criterio de comparabilidad, así: 120 estudiantes sobresalientes tanto a nivel académico como social de colegios públicos y privados distribuidos por sexo 50% hombres y 50% mujeres; y 125 adolescentes en tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas (SPA), internados en comunidades terapéuticas de la ciudad, 75% hombres y 25% mujeres, dado que en dicha población hay una prevalencia de varones.

Los resultados indican que la mayoría de participantes del estudio son adolescentes varones (62,4%), la edad promedio es 15.02 años y una desviación estándar de 1,365; y casi todos son solteros (97,6%). Con respecto a los factores psicosociales, de acuerdo con la prueba ANOVA, existen diferencias estadísticamente significativas en la autoestima, la resiliencia y la sensación de felicidad según el índice de consumo de sustancias psicoactivas.⁽⁸⁾

Los adolescentes que reportan el índice más bajo de consumo de sustancias psicoactivas (SPA), son los que mayores puntuaciones obtuvieron en las tres variables anteriores. Los predictores significativos del consumo de sustancias psicoactivas, muestran que dicho consumo se incrementa cuando hay menor control conductual materno, menor sensación de felicidad y menor comunicación con la madre.⁽⁸⁾

En el 2017, la Comisión Nacional Antidrogas (CNA)⁽⁹⁾ de El Salvador, publica el Informe Nacional sobre la situación de las drogas en El Salvador. Con relación al perfil del usuario

atendido según sexo, existe una relación de 9 a 1 en cuanto al consumo de sustancias psicoactivas entre hombres y mujeres en el año 2016.

En el sexo masculino, los trastornos por consumo de sustancias psicoactivas (SPA) se presentan principalmente por el uso de alcohol (88,7%), uso de múltiples drogas (7,4%), tabaco (3,5%), marihuana (2,5%) y cocaína (1,2%). Mientras que en el sexo femenino se agruparon con alcohol (78%), tabaco (7,5%), uso de múltiples drogas (5,6%), marihuana (2,8%) y opiáceos (1,7%). En el grupo de menores de 18 años de edad, es donde se registraron más casos de pacientes atendidos por uso de cannabinoides (25%) y el uso múltiples drogas y SPA (17,4%).⁽⁹⁾

El informe registra que más del 50% de la población entrevistada inicia el consumo de drogas a los 17 años. Concluyen que las edades más expuestas a consumir drogas son entre 12 y 18 años debido al contacto con los diferentes ambientes como la escuela, comunidad y las relaciones sociales. La droga ilícita más consumida, especialmente por los hombres, es la marihuana con un 4,4% y un 0,7% en las mujeres.⁽⁹⁾

En Uruguay, Mendieta A.⁽¹⁰⁾, publica un artículo en el 2017 sobre la percepción de los consumidores de sustancias psicoactivas acerca de los factores que inciden en su recaída, usa un enfoque mixto con una muestra de 40 personas de 19-54 años, 33 hombres y 7 mujeres. En los resultados se encuentra que 42,5% viven solos, 25% completan el ciclo escolar, 52,5% están desocupados.

El 95% de la población transita un periodo de recaída entre 1 y 65 días de duración, 72,5% de los usuarios tiene tratamientos previos. En relación a los factores de recaída, en la mayoría de

los usuarios se encuentra tendencia a la repetición de la conducta, vivencias de desamparo, de evasión de sensaciones displacenteras a través del consumo, experiencias removedoras y movilizadoras respecto al trabajo que causan ansiedad e incertidumbre.⁽¹⁰⁾

En Guayaquil, Casquete G. y Rodríguez K.⁽¹¹⁾, investigan en el 2018, sobre las consecuencias materno perinatales y determinantes psicosociales en embarazadas primigestas que consumen sustancias psicoactivas. La muestra está integrada por 132 mujeres embarazadas. El 39,39% son mayores de 19 años. La droga de consumo más frecuente es la cocaína, con una frecuencia de consumo semanal representa por el 28,79%. Según la escolaridad (37,12%) tienen bachillerato, (41,67%) con status socioeconómico medio bajo y (46,97%) manifiestan vivir en zona urbano marginal.

Los resultados con respecto a las causas psicosociales reflejan que el 37,9% de las pacientes tienen baja autoestima, un 25,76% pasan deprimidas, 19,6% sufren de ansiedad y el 9,9% presentan debilidades emocionales. En cuanto a las causas sociales presentes en esta población, el 58,3% son de hogares disfuncionales, 18,9% sufren de problemas económicos, el 11,36% reciben presión e influencia social de su círculo de amigos y un 7,57% enfrentan problemas legales.⁽¹¹⁾

El *National Institute on Drug Abuse* (NIDA)⁽¹²⁾ en el 2018, publica un artículo, donde afirma que los factores de estrés relacionados con el consumo de drogas como la gente, los lugares, los estados de ánimo y el contacto con las drogas son los desencadenantes más comunes de una recaída, menciona que el carácter crónico de la dependencia significa, para algunas personas, la recaída como parte del proceso de rehabilitación.

NIDA reporta que los índices de recaída en el consumo de drogas (40-60%), son estadísticas similares a otras enfermedades crónicas como la hipertensión y el asma con índices (50-70%). Si una persona deja de seguir el plan de tratamiento, es probable que sufra una recaída.⁽¹²⁾ NIDA⁽¹³⁾ en el año 2019, publica un artículo sobre las señales en la prevención de recaídas reduciendo la insidia, donde afirma que más del 85% de las personas con adicciones, al dejar de consumir la droga recaen nuevamente dentro de un año.

En México, en el informe nacional sobre la situación del consumo de drogas en México y su atención integral del 2019. La Comisión Nacional Contra las Adicciones (CONADIC)⁽¹⁴⁾, reporta que en año 2018, del total de 8,135 casos de los servicios de urgencias, 915 pacientes (11,3%) ingresa bajo el efecto de alguna droga, el 83,6% de los pacientes son hombres (765 casos) y el 16,4% mujeres (150 casos). El 66,6% de los ingresos bajo los efectos de alguna sustancia psicoactiva es por el consumo de alcohol (609 casos), seguidos por la marihuana con el 8,3%, la cocaína con el 6,9% el resto de las drogas obtienen porcentajes por debajo del 6,0%.

En Ecuador, el autor Lino M. y Reyes D.⁽¹⁵⁾ publican un artículo en el 2019 acerca de los factores emocionales que inciden en la recaída de adolescentes adictos en rehabilitación, todos solteros y estudiantes con nivel de bachillerato incompleto. Encuentran los siguientes factores psicosociales de recaída en la población adicta: 50% depresión, 50% ansiedad y 50% conflictos familiares.

Antecedentes Nacionales

En el año 2012, el Ministerio de Salud⁽¹⁶⁾ establece la Política Nacional de Salud Mental 2012-2021. Incluye entre sus objetivos, lineamientos y acciones para el abordaje del consumo

de drogas, mediante el “desarrollo de un programa nacional intersectorial e interinstitucional de atención integral a las personas consumidoras de drogas y fortalecer los factores protectores de la población con un enfoque comunitario, basado en la evidencia epidemiológica y científica.”

El Ministerio de Salud⁽¹⁷⁾, en el 2012 uno de los principios rectores que fundamentan la “Política del Sector Salud para el Tratamiento de la Persona con Problemas Derivados del Consumo de Alcohol, Tabaco y Otras Drogas en Costa Rica, 2012” es que las estrategias de reducción de la demanda de drogas “... deberán abarcar todos los aspectos de la prevención, deberán incorporar servicios de información, educación, sensibilización pública, pronta intervención, asesoramiento, tratamiento, rehabilitación, prevención de recaídas, seguimiento y reinserción social.”

Blanco T. y Jiménez S.⁽¹⁸⁾, publican un artículo en el 2015, sobre los diferentes factores de riesgo asociados con la recaída en el consumo de drogas lícitas e ilícitas en personas adolescentes que han recibido tratamiento ambulatorio en el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA). La muestra de estudio se conforma por 101 adolescentes, 68 hombres y 33 mujeres, con un promedio de 16 años, un nivel bajo de escolaridad. Un 100% de los participantes consumen de marihuana, 87,1% consumen alcohol, 83,2% tabaco y en cuarto lugar el consumo de cocaína reflejado por el 57,5%.

Los resultados indican que a menor control atencional, hay más factores de riesgo percibidos de recaídas, mayor ansiedad, depresión, estrés y dificultades en la regulación emocional. Se observa una relación positiva donde a mayor confianza situacional, mayores habilidades de afrontamiento. El artículo menciona que: “la rehabilitación es apropiada en personas que ya

no padecen los efectos fisiológicos o emocionales agudos de un consumo de drogas reciente y que necesitan estrategias para modificar su comportamiento.” El objetivo es poder controlar las ansias para evitar que se reanude el consumo activo; así recuperando la salud de la persona y su función en la sociedad.⁽¹⁸⁾

En el año 2015, Caravaca J. et al.⁽¹⁹⁾ realizan un estudio para determinar los factores socioculturales y consumo de drogas entre estudiantes universitarios costarricenses. Con respecto a las características sociodemográficas de la muestra, el 50,4% mujeres y un 49,6% hombres con edades que oscilan entre 18 y 24 años de edad con un promedio de 19.20 años. Del total de estudiantes el 63,6% pertenece a la facultad de Ciencias de la Salud y el 36,4% a la facultad de Ciencias Sociales. Con respecto al estado civil de los participantes un 82% son solteros, 9,2% casados y un 8,8% reportan divorcio y otras condiciones de convivencia.

El 85% de la muestra expresa tener una influencia alta de sus amigos en la toma de decisiones diarias, donde el 98,4% de los estudiantes consumen con amistades. Según la distribución del consumo de drogas los últimos 12 meses es: alcohol 78,4% y tabaco 31,2%. En cuanto a las drogas ilícitas más consumidas en este estudio, son la marihuana con 27,2%, y en tercer lugar la cocaína con 6%.⁽¹⁹⁾

En el 2016, el Ministerio de Educación Pública (MEP)⁽²⁰⁾, difunde el protocolo de actuación ante las drogas, donde hace referencia a la legislación del consumo legal e ilegal de sustancias psicoactivas en el país, menciona que las drogas de consumo lícito como las bebidas alcohólicas y el tabaco, su consumo es permitido solo para personas mayores de 18 años y regulado por la Ley 9047 de Bebidas alcohólicas y la ley 9028 del control del tabaco

respectivamente. La Ley 5395 Ley General de Salud, regula los medicamentos de prescripción médica de la población en general.

En el 2017, el Instituto Costarricense sobre Drogas (ICD)⁽²¹⁾, publica el “Informe de situación nacional sobre drogas y actividades conexas, 2016.”; refiere que según datos del *National Institute on Drug Abuse* (NIDA) en el 2017, se estima que las recaídas rondan un 40%-60% del total de pacientes en tratamiento.

Las atenciones brindadas por los servicios del Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA), en el año 2014, reciben atención 61.507 casos: 46.593 hombres y 14.914 mujeres; 20.504 pacientes y un promedio de 3,00 atenciones por paciente. En el 2015 se atienden 72.281 casos: 54.856 hombres y 17.425 mujeres; 23.376 pacientes, aumenta el promedio de 3,11 atenciones por paciente. Para el año 2016, se tratan 73.483 casos, 55.290 hombres y 18.193 mujeres; 20.450 pacientes, continúa el incremento del promedio de 3,59 de atenciones por paciente.⁽²¹⁾

Del 2014 al 2016, se atienden en servicios del IAFA un total de 207.271 casos: 156.739 hombres y 50.532 mujeres, un total de 64.330 pacientes. Con respecto a los rangos de edad, la mayoría 41.315 personas son de la edad etaria ≥ 26 años, seguido del grupo etario ≤ 18 años con 13.103 personas tratadas y las edades de 19-25 años con 9.912 personas tratadas siendo la población que menos busca ayuda.⁽²¹⁾

El IAFA reporta los datos de escolaridad y condición laboral de pacientes egresados del tratamiento por adicción a sustancias psicoactivas. En el 2016, los resultados del 1 nivel educativo son: 58% con educación primaria, un 25% secundaria, 8% técnica o universitaria, el

7% sin educación y el 2% sin registro. Del total de egresos el 92% indica que actualmente no estudia en contraste con el 7% que sí y un 1% que no indica. El 64% no trabaja con respecto a un 34% que sí trabaja y un 1% que no indica.⁽²¹⁾

Del año 2010 al 2016 hay un incremento de un 400% de pacientes tratados en el IAFA por consumo de marihuana, sigue siendo la principal droga de consumo ilegal en Costa Rica, seguida por el crack. La principal droga de consumo legal es el alcohol. La edad promedio de inicio de consumo de marihuana en la población general costarricense es de 18.1 años. Las estadísticas reflejan que la población masculina supera 2 veces el consumo a la población femenina. La dinámica de consumo depende del tipo de sustancia y los factores sociales, económicos y políticos particulares para cada año según información del IAFA.⁽²¹⁾

Los datos sociodemográficos sobre consumidores de alcohol en Organizaciones No Gubernamentales (ONG) en el 2016, indican que la edad modal es 52 años, la edad modal de inicio de consumo es 13 años. El patrón de consumo de alcohol es: un 72% consume a diario, 19% de 2 a 7 veces por semana, 6% consume 1 vez a la semana y el 3% no indica. El 32,6% recibe tratamiento por primera vez, mientras que 64,2% lo hace por segunda vez o más. La duración modal en tratamiento es de 15 días. Un 63% completa el tratamiento, 24% abandona, 2% es expulsado, 1% abandona por traslado y el 9% no indica.⁽²¹⁾

En el 2016, los datos sociodemográficos sobre consumidores de cannabis en ONG, indican, que el 84,2% son dependientes hombres y 15,8% mujeres, la edad modal de pacientes en tratamiento es 16 años, la edad modal de inicio de consumo es 11 años. El 63% tiene nivel de primaria, 25% secundaria, 4% universitaria, 1% técnica, 6% ninguno y 1% no indica. El 77% trabaja, 22% no lo hace y 1% no indica.⁽²¹⁾

En relación al patrón de consumo y tratamiento en ONG, 58,2% recibe tratamiento por primera vez y el 39,6% son pacientes previos. La duración modal en tratamiento es de 27 días. 76% consume a diario, 29% cumple el tratamiento, 53% lo abandona, el 5% es expulsado, 1% es trasladado, 1% sale del tratamiento por otro motivo y 11% no indica.⁽²¹⁾

El Ministerio de Salud(MS)⁽²²⁾ y el Gobierno de Costa Rica, ponen en vigencia a partir de agosto de 2018, la “Estrategia nacional para el abordaje integral y la reducción del consumo de sustancias psicoactivas con enfoque de salud pública 2016-2021”. Según el decreto artículo 2º, las autoridades encargadas de cumplir con esta estrategia son el Ministerio de Salud , el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA) y el Instituto Costarricense sobre Drogas (ICD).

La Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) atiende las adicciones a través de la red de 29 hospitales. El Hospital Nacional Psiquiátrico Manuel Antonio Chapuí, cuenta con programas de atención de adicciones por medio de hospitalización, consulta externa, urgencias y observación. Este hospital dirige el programa en adicciones “Nuevos Horizontes”, el cual reporta un incremento en el consumo de SPA en menores de edad en una muestra de 375 casos. En el año 2014 se reporta un 30% de menores con adicción a SPA, en el 2015 un 46% y para el 2016 incrementa a 75%.⁽²²⁾

El 62% de estos adolescentes tienen entre 16 y 17 años de edad, la edad de inicio de consumo es 11 años en adelante, el consumo se presenta el doble en hombres que en mujeres, baja escolaridad, primaria incompleta, el 98% de estos menores no estudia y el 38% llegan con orden judicial. Las sustancias de mayor consumo son marihuana 76%, tabaco 73%, alcohol 70%, y cocaína 54%. Según Uribe L. directora del Hospital Nacional Psiquiátrico, menciona

la privación afectiva desde edad temprana, la falta de estimulación en educación y recreación y la falta de disciplina como causas principales del consumo de SPA.⁽²²⁾

La República de Costa Rica⁽²³⁾ con respecto al consumo de drogas ilegales o ilícitas en el país, regula el consumo de Marihuana, cocaína, crack, y éxtasis mediante la Ley 5395 Ley General de Salud; al igual que son reguladas mediante la Ley 8204 “Ley sobre estupefacientes, sustancias psicotrópicas, drogas de uso no autorizado, actividades conexas, legitimación de capitales y financiamiento al terrorismo” y su reforma integral; disponible en el Diario oficial La Gaceta No.08 del 11 de enero de 2002. En el artículo 100 punto m, indica que “...en materia de prevención del consumo, el tratamiento, la rehabilitación y la reinserción, al IAFA le corresponde la aprobación de todos los programas, públicos y privados, orientados a estos fines.”

IAFA⁽²⁴⁾ en agosto de 2019, presenta los resultados de la V Encuesta Nacional sobre “Consumo de Sustancias Psicoactivas en Población de Educación Secundaria, Costa Rica 2018”. Este estudio se efectúa en sesenta colegios técnicos y académicos a lo largo de todo el territorio nacional a estudiantes de edades entre ≤ 14 a ≥ 17 años, para un total de 7.071 jóvenes.

El 49,3% de las entrevistas indica consumo de bebidas alcohólicas en el contexto de celebraciones familiares; 38% recuerda el consumo de rompopo como su primera bebida alcohólica. Estudiantes con menor involucramiento parenteral (30,6%) mantienen un consumo activo de bebidas alcohólicas. La edad promedio de inicio de consumo de alcohol es 12.7 años y la edad promedio de inicio de consumo de marihuana es 13.4 años de edad.⁽²⁴⁾

1.1.2 Delimitación del problema

Revisión sistemática de estudios científicos relacionados a los factores psicosociales que influyen en la recaída de personas dependientes a sustancias psicoactivas en países hispanoamericanos: Colombia, Costa Rica, Ecuador y España. Los sujetos de estudio abarcan un total de N=388 personas, n=299 hombres y n=89 mujeres, con rango de edades de 12-60 años.

1.1.3 Justificación

Miles de personas alrededor del mundo, son dependientes al consumo de sustancias psicoactivas. Muchas de ellas buscan ayuda para su adicción en diferentes centros de rehabilitación que ofrecen sus sistemas sanitarios. Sin embargo, después de someterse a diferentes modalidades de tratamiento para superar su dependencia, un alto porcentaje de estos individuos recae en el consumo, algunos de ellos en forma frecuente.

El propósito de esta investigación es identificar mediante una revisión sistemática, cuáles son aquellos factores de tipo psicosocial que influyen en las recaídas de las personas dependientes al consumo de sustancias psicoactivas, y poder generar información para el abordaje integral de las necesidades de esta población y en la prevención de recaídas.

En nuestra sociedad hay muchas personas dependientes a las sustancias psicoactivas, éstas causan efectos en la conciencia, el estado de ánimo y comportamiento del individuo, y los diferentes factores de carácter psicológico y social de la persona y su entorno, pueden aumentar las probabilidades de reincidir nuevamente en el consumo después de un periodo de abstinencia. Por lo tanto, es importante estudiar sobre estos determinantes en relación a la reincidencia, ya que no hay suficientes estudios recientes sobre este tema.

Esta revisión sistemática, aporta información valiosa y reciente, sobre estos determinantes psicosociales que influyen en la reincidencia adictiva, al igual que proporciona datos sobre las características sociodemográficas y los patrones de consumo y recaída de esta población. Esta investigación puede beneficiar la práctica de la enfermera que trabaja en adicciones, mediante el abordaje integral y preventivo de la adicción basado en la evidencia. Por último, se espera poder contribuir en la disminución y prevención de recaídas así beneficiando a la población dependiente vulnerable a los factores de riesgo psicosociales.

1.2 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son los factores psicosociales, que influyen en la recaída de las personas dependientes a sustancias psicoactivas, en países hispanoamericanos durante el período de 2014 al 2018?

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1 Objetivo general

Determinar los factores psicosociales que influyen en la recaída de personas dependientes a las sustancias psicoactivas, mediante una revisión sistemática en países hispanoamericanos del 2014 al 2018.

1.3.2 Objetivos específicos

1. Identificar las características sociodemográficas de las personas dependientes a sustancias psicoactivas.
2. Identificar los factores psicosociales presentes en la población con dependencia a sustancias psicoactivas.

3. Identificar las recaídas de las personas dependientes a sustancias psicoactivas como producto de los factores psicosociales presentes.

1.4 ALCANCES Y LIMITACIONES

1.4.1 Alcances de la investigación

No se presentan en la investigación.

1.4.2 Limitaciones de la investigación

No se presentan limitaciones.

CAPÍTULO II
MARCO TEÓRICO

2.1 CONTEXTO TEORICO CONCEPTUAL

2.1.1 Factores psicosociales

En el año 2017, Mendoza Y. y Vargas K.⁽²⁵⁾, citan la definición de los factores psicosociales dada por la OMS en el 2002, como “aquellos factores que son considerados circunstancias de carácter psicológico y social que tienen una relación directa o indirecta con otros fenómenos o comportamientos y que pueden ser de orden casual, precipitante, o simplemente predisponente de los mismos.” Los factores psicosociales pueden influir tanto como determinantes de protección o de riesgo en el desarrollo y mantenimiento de las problemáticas.

El Ministerio de Salud (MS)⁽²²⁾; define factores de riesgo psicosocial como el conjunto de factores que pueden aumentar las probabilidades de consumo de alguna sustancia psicoactiva en la persona dependiente.

2.1.1.1 Factores psicosociales asociados al consumo de sustancias psicoactivas

El consumo de sustancias psicoactivas es una expresión multifactorial, debido a la interacción de distintos factores biológicos, psicológicos y sociales que facilitan el establecimiento de un patrón de abuso o dependencia al consumo.⁽²⁵⁾

2.1.1.2 El modelo psicosocial

La conducta humana no es algo solamente físico, psíquico o únicamente social, sino que es psicosocial; entonces cuando un individuo inicia la dependencia a las drogas, no es conveniente separar la adicción física de la adicción psíquica, o separar los factores individuales de los sociales.⁽²⁵⁾

El enfoque psicosocial mira al individuo en un contexto donde tanto los factores psicológicos como el ambiente social que lo rodea, influyen en su bienestar físico, mental y su habilidad de funcionar.

Monzón L.⁽²⁶⁾ en el 2018, señala en su trabajo de investigación que la personalidad se define como “la organización de las formas de reaccionar de un individuo, sus hábitos y los aspectos físicos que dan lugar a su modo de comportamiento en sociedad.” Y que “El carácter viene determinado por aspectos psicosociales que se adquieren a través de la experiencia y el aprendizaje. La experiencia y los diversos procesos de socialización, influyen en gran medida en la formación del carácter de un individuo.”

2.1.1.3 Categorización de los factores psicosociales precipitantes para producir recaídas

En el año 2016, Castilla P.⁽²⁷⁾ escribe sobre la prevención de recaídas en drogodependencias desde el modelo de Marlatt de 1993, quien junto con colaboradores de estudios anteriores, identifican tres categorías de alto riesgo psicosocial asociadas con las tasas de recaídas, con independencia de la drogadicción particular de cada persona:

1. Estados emocionales negativos: como la ira, frustración, ansiedad, depresión, aburrimiento, entre otras.
2. Conflictos interpersonales: como problemas matrimoniales, familiares, en el grupo de pares, en el ámbito laboral, entre otros.
3. Presión social: directa o indirecta.

2.1.1.4 Procesos Psicosociales

En el año 2015, Chicharro J.⁽²⁸⁾ se refiere sobre los procesos psicosociales en el tratamiento de conductas adictivas. Se entiende la conducta como el producto de variables internas del individuo, de variables externas asociadas a la situación y esencialmente de la interacción entre ambos tipos de factores.

Dentro de este proceso interactivo, la primera fase marcada por las variables personales y situacionales, afecta la percepción de la situación en la segunda fase. A partir de esta valoración hay cambios en el estado emocional de la persona, los cuales determinan la conducta que a su vez, influyen en la percepción que se tiene de la situación.⁽²⁸⁾

Chicharro J.⁽²⁸⁾ indica que dentro de las variables personales que afectan la forma de percibir las situaciones, se encuentran los procesos psicosociales. En esta revisión sistemática los factores psicosociales se categorizan bajo las habilidades de afrontamiento, los estados emocionales y el entorno o contexto social.

2.1.1.5 Habilidades de afrontamiento

García R. y Alonso M.⁽²⁹⁾, mencionan que la evaluación de las habilidades de afrontamiento se enmarca en las intervenciones de prevención de recaídas. En el 2013, Amarís M. et al.⁽³⁰⁾ afirma que el afrontamiento forma parte de los recursos psicosociales que el individuo utiliza para hacer frente a situaciones estresantes, y en la cual ejerce un efecto de mediación los rasgos de personalidad.

Irwin C. Jr. et al.⁽³¹⁾ define las habilidades de afrontamiento como las capacidades de manejo y adaptación que forman características para manejar las dificultades y resolver los problemas

sin tener una respuesta preparada. La experiencia de situaciones similares, la confianza en sí mismo y la capacidad de autocontrol al enfrentar un problema, contribuyen a valorar en forma realista a la respuesta ante las situaciones. Estas habilidades de afrontamiento a su vez son influenciadas por las relaciones sociales.

2.1.1.6 Estados Emocionales

Cuji W. y Tixi J.⁽³²⁾ en el año 2015 cita a los autores Ellis y McNerny (1992) quienes manifiestan que “los estados de ánimo negativos influyen en las recaídas debido al bajo nivel de tolerancia a la frustración y al consumo abusivo de drogas como estrategia de afrontamiento”.

En el 2014, la Clínica Aprovat⁽³³⁾ explica que la adicción es una condición crónica y recurrente, se manifiesta en una serie de recaídas provocadas por la incapacidad de manejar estados emocionales negativos.

Piqueras J. et al.⁽³⁴⁾, refiere que las emociones negativas como miedo, ansiedad, la ira, la tristeza, depresión y el asco se las engloba en la categoría de “emociones negativas”. Estas reacciones tienen una función preparatoria para responder adecuadamente a las demandas del ambiente.

2.1.1.7 Contexto social

Es el ambiente donde las personas se desarrollan en determinadas condiciones de vida, y está relacionado con los grupos a los que pertenece.

Cuji W. y Tixi J.⁽³²⁾, menciona que la familia es el contexto social donde el ser humano desarrolla su personalidad. Este cumple con funciones básicas para la supervivencia del

individuo, como la satisfacción de necesidades biológicas de alimentación, abrigo y protección, necesidades psicológicas de apego, afecto y comunicación. A su vez, la familia es la encargada de la trasmisión de las características culturales como normas, valores y conductas aceptadas socialmente.

La familia como grupo social, influye en la evolución de los trastornos adictivos, ejerciendo una influencia sobre la abstinencia o recaída del adicto.⁽³²⁾

2.1.2 Sustancias psicoactivas (SPA)

El Ministerio de Educación Pública (MEP)⁽²⁰⁾, en el protocolo de actuación del año 2016; define sustancia psicoactiva como cualquier sustancia que al ser tomada, fumada, inhalada o inyectada genera un efecto en el sistema nervioso central y produce cambios en las emociones y el comportamiento. A las sustancias psicoactivas también se les conoce como droga.

En el 2015, el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA)⁽³⁵⁾ conceptualiza la droga como todas aquellas sustancias químicas de origen natural, sintético o semi-sintético que al ser ingeridas por una persona, pueden producir cambios fisiológicos, psicológicos o de la conducta.

Bilbao F.⁽³⁶⁾ en el 2014 en su publicación del manual de drogas y factores de riesgo; denomina droga a aquella sustancia que altera funciones mentales y hasta físicas que al ser consumida con frecuencia se origina una adicción o dependencia. Aquellas sustancias o mezcla de varias, al ingresar al organismo cambian o alteran funciones que afectan los procesos del pensamiento, la emoción, la sensación y la conducta.

2.1.2.1 Persona adicta o dependiente

Es aquella persona que depende del consumo de drogas y usualmente, no es capaz por sus propios medios de controlar y menos abandonar su adicción, según lo define el IAFA⁽³⁵⁾.

2.1.2.2 Clasificación de las drogas

Las sustancias psicoactivas se clasifican como sustancias depresoras o sustancias estimulantes según el efecto que produce en el sistema nervioso central, se clasifican según su origen como sustancias naturales, sintéticas o semi-sintéticas y, se clasifican en sustancias de uso legal o lícito o de uso ilegal o ilícito por los organismos judiciales de acuerdo con el IAFA.⁽³⁵⁾

2.1.2.3 Uso, abuso y dependencia a las sustancias psicoactivas

El uso de SPA es la utilización de las drogas sin ninguna implicación clínica ni social, lo cual conlleva al abuso cuando este consumo es recurrente y continuo de las sustancias con implicaciones médicas y sociales, este abuso se transforma en dependencia cuando el patrón de consumo lleva a tolerancia y consumo compulsivo de la sustancia.⁽³⁵⁾

El MEP⁽²⁰⁾, menciona que para entender y actuar sobre los efectos del consumo de sustancias psicoactivas se deben tomar en cuenta la droga consumida, la persona que la consume y el contexto de consumo.

2.1.2.4 Síndrome de Abstinencia

El Dr. Jiménez F.⁽³⁷⁾ y el IAFA, se refieren al síndrome de abstinencia como el conjunto de signos y síntomas producidos por la reducción o interrupción del consumo de un psicotrópico, después de un tiempo de uso prolongado, o por el consumo de dosis altas con menor frecuencia.

2.1.2.5 Abstinencia vs. Sobriedad

La abstinencia es el hecho de dejar de consumir una droga por un período de tiempo; mientras que la sobriedad es aprender a vivir en abstinencia con cambios positivos y transformadores de la actitud y comportamiento con respecto al consumo.⁽³⁷⁾

2.1.2.6 Ansia (*craving*)

El ansia es un deseo intenso y compulsivo de consumir la sustancia psicoactiva. Regadera B.⁽³⁸⁾, menciona que uno de los predictores de recaída es el ansia, que la recuperación no sólo depende de la abstinencia y el manejo de los factores de riesgo internos y externos, sino también de la capacidad de afrontar el ansia para evitar las recaídas.

2.1.2.7 Las conductas adictivas

Ruiz L.⁽³⁹⁾ y Castilla P.⁽²⁷⁾, refieren que las conductas adictivas son hábitos adquiridos relacionados a la adicción, que pueden ser modificados adquiriendo nuevos aprendizajes mediante la aplicación de modelos de cambio.

En el 2017, Mendieta A.⁽¹⁰⁾ se refiere al concepto de Marlatt A. y Witkiewitz⁽⁴⁰⁾, quienes exponen las conductas adictivas como “un patrón conductual complejo y progresivo que posee factores biológicos, psicológicos y sociales, donde la recaída tiende a ser la norma.”

Estas conductas adictivas se caracterizan por la gratificación inmediata y las consecuencias negativas a largo plazo; son conductas de enfrentamiento desadaptativas ante situaciones que no son desadaptativas en sí mismas y pueden llevar a consecuencias negativas en la pérdida de salud, estatus social y autoestima.⁽¹⁰⁾

2.1.2.8 Concepto de recaída

La recaída se entiende como el restablecimiento del patrón de consumo previo. Según Regadera B.⁽³⁸⁾ en el 2015 afirma que la recaída es un proceso que gradualmente lleva al adicto a volver al consumo de la sustancia con la misma intensidad que en los niveles anteriores al tratamiento o al consumo diario. Marlatt A. y Witkiewitz⁽⁴⁰⁾ definen la recaída como el proceso de volver al comportamiento sintomático después de un período de remisión de síntomas, es el resultado más ampliamente observado después del tratamiento de los trastornos psicológicos y por abuso de sustancias.

2.1.2.9 Recaída del lapso o desliz

La recaída del lapso o desliz es una caída temporal, explica Regadera⁽³⁸⁾, representa el primer consumo después de un periodo de abstinencia, que se percibe como un obstáculo o retroceso del individuo por modificar una conducta específica. A diferencia del desliz, la recaída implica el uso continuado de la sustancia después de este desliz.

2.1.2.10 Fases de recaída

Garzón D.⁽⁴¹⁾ menciona cuatro fases de recaída:

Fase 1 de pre contemplación: Periodo previo a que el individuo reconozca la necesidad de cambiar.

Fase 2 de contemplación: Reconoce el problema y la necesidad de hacer algo al respecto.

Fase 3 de acción: Individuo trata de cambiar su comportamiento propio, y lo adopta por un periodo de tiempo.

Fase 4 de mantenimiento: Individuo lucha por mantener los cambios realizados.

2.1.2.11 Signos individuales en el proceso de recaída

Durante el proceso de una recaída, tanto la persona dependiente como su familia atraviesan una serie de signos al experimentar una recaída. En el año 2015 Cuji W. et al.⁽³²⁾ y en el 2017 Garzón D.⁽⁴¹⁾ hacen referencia al trabajo de Bernardo en 1999 sobre los siguientes signos individuales:

- ✓ Disfunción interna: dificultad para pensar claramente, manejar sentimientos y pensamientos, en soportar el stress.
- ✓ Retorno de la negación: miente sobre lo que le pasa, no quiere o considera necesario externar sus problemas o pensamientos.
- ✓ Comportamiento defensivo: evita ver el dolor que vive, se torna autosuficiente al creer que todo está bien.
- ✓ Confusión y reacción exagerada: presenta irritabilidad y ciertos rasgos de impulsividad.
- ✓ Depresión: hábitos alimentarios irregulares, insomnio, desmotivación, pérdida de la estructura diaria.
- ✓ Pérdida de control del comportamiento: participa irregularmente en el tratamiento, insatisfacción con la vida, mentiras más consientes, pierde la auto-confianza.
- ✓ Vuelta al colapso físico y emocional: comienza a usar drogas “controladamente”, vergüenza y culpa, problemas en los ámbitos en el que se desenvuelve.

En el año 2017, Mendieta A.⁽¹⁰⁾ refiere una clasificación de posibles factores de recaídas, tomando el aporte de varios autores en el área de adicciones. Los factores de recaídas los clasifica como:

1. Intrapersonales:

- a) Manejo del autocontrol: impulsividad, conductas compulsivas, ira y agresividad.
- b) Estado emocional negativo: ansiedad, depresión, soledad, fallecimientos, separaciones, divorcio, mudanza, quiebre económico, pérdida de empleo, expulsión del hogar, delito, entre otros.
- d) Manejo de estados fisiológicos.
- e) Manejo del dinero.
- f) Manejo del tiempo libre.
- g) Dudas sobre el proceso de recuperación, autocompasión, impaciencia.
- h) Actitudes, pensamientos y sentimientos relacionados con la recaída: sueños, entre otros.

2. Interpersonales:

- a) No saber manejar conflictos interpersonales.
- b) Sentirse incapaz de resistir las presiones sociales al consumo.

2.1.3 Factores de riesgo y protección ante una recaída

Los factores de riesgos son aquellos que aumentan la posibilidad de uso y abuso de sustancias psicoactivas, mientras que los factores protectores disminuyen el riesgo de consumo. Ambos afectan negativa o positivamente al individuo durante el proceso de recaída.

Lucero G. y Miranda B.⁽⁴²⁾ en el 2019, investigan sobre la prevención de recaídas ante el consumo de drogas con adolescentes que reciben tratamiento residencial, donde mencionan los siguientes factores:

a. Factores familiares:

En la interacción del grupo familiar, se ejercen patrones de conductas y comportamientos, y se instaura un sistema de valores. En este medio se pueden manifestar factores de riesgo como: el consumo de sustancias psicoactivas por parte de familiares, disfunción familiar y conflictos familiares.⁽⁴²⁾

b. Factores sociales:

Son aquellos factores del medio externo como la comunidad, los amigos y escuela, entre otros. En este medio la persona dependiente presenta un mayor riesgo ante recaídas como: escasas redes de apoyo, fácil acceso a la compra de sustancias, amigos consumidores, presión social, lugar de residencia.⁽⁴²⁾

c. Factores personales:

Son aquellos factores que afectan al individuo a nivel personal como baja autoestima, problemas de conductas, problemas psicológicos y problemas biológicos.⁽⁴²⁾

2.1.3.1 Los síntomas de una recaída

Vásquez M.⁽⁴³⁾ en el 2015, menciona que las personas adictas durante el proceso de rehabilitación pueden manifestar una sintomatología previa al consumo después de un período de abstinencia. Refiere la sintomatología de recaída propuesta por Alvarado S.⁽⁴⁴⁾ con el fin de identificarlos para realizar una intervención oportuna. Estos síntomas son:

- ✓ Deseo obsesivo de volver a consumir la sustancia.
- ✓ Frecuentar lugares donde se expone a la droga y amigos de consumo.
- ✓ Apatía ante continuar el tratamiento.
- ✓ Aislamiento social.
- ✓ Irritabilidad.
- ✓ Preocupación excesiva por su imagen o defectos físicos.
- ✓ Sentimientos de depresión, ansiedad y resentimiento.
- ✓ Cambio de comportamiento con la familia, posición defensiva ante el tema.
- ✓ Insomnio, intranquilidad y dificultad para descansar.
- ✓ Preocupación constante por el dinero.

2.1.3.2 El proceso de recaída según Gorstá y Miller

En el 2019, Hernández L.⁽⁴⁵⁾ menciona en su investigación que después de un período de abstinencia y al finalizar un proceso de rehabilitación tanto el adicto como sus familiares o redes de apoyo experimentan temor de que el adicto recaiga en el consumo nuevamente.

Antes de la recaída, hay muchas conductas y factores de riesgo que anteceden el hecho de volver a utilizar sustancias. Gorstá T. y Miller M.⁽⁴⁶⁾ en su guía de prevención de recaídas “Sobriedad” publicada en 1994 comentan que:

El proceso de recaída incluye volverse disfuncional en sobriedad. Esta disfunción puede incluir salud física, psicológica o social. Esto no significa que el uso adictivo no es una recaída, significa que el proceso de la recaída está ocurriendo antes de que comience el uso adictivo; cuando comienza el uso adictivo, esto es el resultado de que el proceso de la recaída está ocurriendo.(p.119).⁽⁴⁶⁾

Durante este proceso de recaída, la persona adicta experimenta diferentes señales de alerta antes de recaer. La mayoría de personas no están conscientes de estas señales anticipadamente, pero son capaces de identificarlos retrospectivamente.⁽⁴⁶⁾

2.1.3.3 Señales durante el proceso de recaída

Gorstá T. y Miller⁽⁴⁶⁾ identifican 37 señales de alerta de recaída divididas en 11 fases, por medio de entrevistas clínicas a pacientes y familiares y la observación de pacientes en recuperación. En la actualidad, estas señales son una herramienta para trabajar la prevención de recaídas con pacientes con la tendencia a reincidir.

Fase 1. Señales internas de alerta de recaída. Las personas en recuperación experimentan la inhabilidad de funcionar normalmente. Los síntomas más comunes son:⁽⁴⁶⁾

a) Dificultad para: pensar con claridad, b) manejar sentimientos y emociones, c) recordar cosas, d) manejar el estrés, e) para dormir descansadamente, f) con la coordinación física y los accidentes, g) vergüenza, culpa y desesperanza.

Fase 2. Regreso de la negación. Las personas en recuperación se vuelven incapaces de reconocer y expresar honestamente sus pensamientos y sentimientos. Las señales más comunes son:⁽⁴⁶⁾

a) Preocupación por sí mismo: sentimientos de intranquilidad, ansiedad y miedo ante la recaída, b) Negación de la preocupación: para tolerar este período de preocupación, miedo y ansiedad, ignoran y niegan sentimientos igual como negaron su adicción alguna vez.

Fase 3. Comportamiento evasivo y defensivo. Las personas en recuperación evitan pensar o hablar de sentimientos dolorosos e incómodos. Los síntomas más comunes son:⁽⁴⁶⁾

a) Creencia de que no va a recaer nuevamente en el consumo de sustancias, b) Mayor preocupación de la sobriedad de otros que en sí mismo, c) Tendencia a estar a la defensiva, d) Comportamiento compulsivo, e) Comportamiento impulsivo, d) Tendencias hacia la soledad.

Fase 4. Creando crisis. Las personas en recuperación experimentan una secuencia de problemas causados por la negación de los sentimientos personales, del aislamiento y descuido del programa de recuperación. Las señales de alerta más comunes son:⁽⁴⁶⁾

a) Visión del túnel, b) Depresión menor, c) Pérdida de la planeación constructiva, d) Los planes comienzan a fallar.

Fase 5. Inmovilización. La persona en recuperación es incapaz de iniciar la acción. Avanzan por sus impulsos de vivir, pero están controlados por su estilo de vida. Los síntomas más comunes:⁽⁴⁶⁾

a) Soñar despierto y pensamiento fantasioso, b) Sentimientos de desesperanza, c) Deseo inmaduro de ser feliz.

Fase 6: Confusión y sobrerreacción. Las personas en recuperación tienen problemas para pensar con claridad, están irritables y reaccionan abruptamente a pequeñas cosas. Las señales más comunes son:⁽⁴⁶⁾

a) Períodos de confusión, b) Irritabilidad con otras personas, c) Disposición al enojo.

Fase 7: Depresión. Las personas en recuperación se deprimen tanto que tienen dificultad en mantener la rutina normal. Pueden pensar en el suicidio, en beber o usar drogas como un camino para terminar la depresión. Las señales de alerta más comunes son:⁽⁴⁶⁾

a) Hábitos alimenticios irregulares, b) Falta de deseo de ponerle acción, c) Hábitos irregulares para dormir, d) Pérdida de la estructura o rutina diaria, e) Períodos de profunda depresión.

Fase 8: Pérdida del control de comportamiento. Se vuelven incapaces de controlarse o de regular sus comportamientos y su estructura diaria. Su vida se vuelve caótica y se crean problemas en todas las áreas de la vida y la recuperación. Las señales de alerta más comunes son:⁽⁴⁶⁾

a) Asistencia irregular a reuniones de tratamiento, b) Desarrollan una actitud de “no me importa”, c) Rechazo abierto a la ayuda, d) Disgusto con la vida y e) Sentimientos de impotencia e ineficacia.

Fase 9: Reconocimiento de la pérdida de control. Se rompe su negación y de repente reconocen tener problemas severos y qué poco poder y control para resolver cualquier problema. Esta conciencia es muy dolorosa y da miedo. Para ese momento se han vuelto tan aislados que parece que no hay nadie a quien pedirle ayuda. Las señales de alerta más comunes son:⁽⁴⁶⁾

a) Auto compadecerse, b) Pensamientos de uso social, c) Mentir conscientemente, d) Pérdida completa de la autoconfianza.

Fase 10: Reducción de opciones. Las personas en recuperación se sienten atrapadas por el dolor y por la incapacidad de manejar la vida. Parece que hay solo tres caminos de salida: enfermedad mental, suicidio o uso adictivo. Las señales de alerta más comunes son:⁽⁴⁶⁾

a) Resentimiento irracional, b) Asistencia irregular a tratamiento, c) Soledad abrumadora, frustración, enojo y tensión, d) Pérdida del control del comportamiento.

Fase 11: Regreso al uso adictivo o colapso físico-emocional. Las señales son:⁽⁴⁶⁾

a) Regreso al uso adictivo “controlado”, b) Vergüenza y culpa, c) Pérdida de control, d) Problemas de vida y salud.

1.1.1 Modelos y teorías

Otilie Rung, Klaudia Cwiekala-Lewis y Michael Scarcello son los autores del modelo de la estructura del conocimiento de enfermería para la investigación y la práctica.

Otilie Rung es estadounidense, estudiante de doctorado en salud integral en la Universidad de Arizona. Klaudia Cwiekala-Lewis es de origen polaco, labora como investigadora en la Universidad de *York* en *Pennsylvania* y Michael Scarcello, trabaja como profesor y coordinador de campos clínicos en la Universidad de la *Confederation* en Canada.

2.1.3.4 Modelo de la estructura del conocimiento de enfermería para la investigación y la práctica

El modelo de la estructura del conocimiento de enfermería para la investigación y la práctica, es un modelo no jerárquico compuesto de componentes activos e interactivos, fue creado para demostrar como los componentes del conocimiento de enfermería deben estar organizados y

cómo están conectados entre sí. El modelo es representado por un mecanismo de engranaje, donde la operación del mecanismo funciona de forma unánime con todos los componentes. Rung O. et al.⁽⁴⁷⁾ menciona que estos engranajes representan gráficamente la naturaleza dinámica, flexible, evolutiva y coordinada del desarrollo del conocimiento.

Los componentes de este modelo son la meta paradigma: dimensiones persona, ambiente, salud y enfermera, interactúan entre sí con el componente de la práctica y conocimiento, a su vez que éstos están conectados entre sí a los componentes paradigmas, teorías, modelos y la filosofía de enfermería en forma flexible, dinámica y evolutiva. Los paradigmas crean conceptos generales y abstractos que interactúan siendo aplicados a la práctica. Las diversas fuentes como la experiencia; introspección, visión; evidencia y conocimiento de otras disciplinas, son unificadas en cohesión con imaginación y creatividad por la enfermera profesional de acuerdo con Rung O. et al.⁽⁴⁷⁾

La evidencia científica

Icart M.⁽⁴⁸⁾ explica que la evidencia procede de la certeza que proporcionan las pruebas científicas obtenidas de la investigación que determina exigencias metodológicas. Se trata de una evidencia dinámica que sigue un camino a la adquisición, aplicación y evaluación del conocimiento.

Las actuaciones no pueden ser guiadas por la intuición, el presentimiento o la tradición. Ante varias opciones terapéuticas se debe confiar en aquella que ha sido ensayada con éxito en un gran número de personas y en circunstancias similares a la propia.

Rung O. et al.⁽⁴⁷⁾ indica que el meta paradigma proporciona los cuatro conceptos básicos e interactúa con la práctica en todos los aspectos de diseño teórico en forma integral en todas las áreas de la práctica de enfermería. Por lo tanto, una investigación debe contener estos conceptos básicos con respecto al estudio que realiza.

La persona dependiente al consumo de sustancias psicoactivas es aquella que tiene necesidades psicosociales particulares, debido a la dependencia, los efectos de la droga y al entorno y contexto social en que vive. El ambiente es aquel donde se desarrolla la persona dependiente y que ejerce influencia bidireccional del individuo con el entorno familiar y con el contexto social externo. Durante el tiempo activo de consumo, las personas dependientes viven en un entorno social con factores de riesgo tanto físicos, psicológicos y sociales que afectan su salud.

Casquete G. y Rodríguez K.⁽¹¹⁾ reportan en su estudio, “una población dependiente de hogares disfuncionales, presión e influencia social del círculo de amigos, problemas económicos y legajes.” Entonces, la salud es el bienestar, equilibrio y adaptabilidad biopsicosocial del individuo en relación con sí mismo, su familia y el entorno que lo rodea; mientras que la enfermera es aquella que aborda integralmente a la persona dependiente, integra a su familia en el proceso de recuperación, educa y dispone recursos de ayuda que le permitan mantener o restablecer su salud.

Rung O. et al.⁽⁴⁷⁾ menciona que el modelo de la estructura del conocimiento, caracteriza a la enfermera con conciencia de sus actos, creativa, competente y preocupada de identificar problemas y desarrollar las soluciones a través de la investigación y la aplicación del conocimiento científico. Un alto porcentaje de la población dependiente recae en el consumo

activo debido a factores psicosociales que les genera estrés. Entonces la pregunta es: ¿cuáles son los factores psicosociales que influyen en las recaídas de las personas dependientes al consumo de sustancias psicoactivas?

Icart M.⁽⁴⁸⁾ refiere que todo profesional debería conocer como valorar la validez y aplicabilidad de la investigación publicada. Sí es necesario hay que buscar ayuda de otras disciplinas para asegurar la confiabilidad de la información. También menciona que La enfermería basada en la evidencia (EBE) es el proceso sistemático de búsqueda, valoración y aplicación de la investigación más actual para la toma de decisiones en la práctica de enfermería y que se deben seguir una serie de pasos: 1.formulación de preguntas clínicas, 2.búsqueda bibliográfica, 3.lectura crítica, 4.implementación y 5.evaluación.⁽⁴⁸⁾

Se realiza una revisión sistemática, mediante la búsqueda en las bases de datos científicas: Scielo, Researchgate, Dialnet, Redalcy y Google Académico, se obtienen 59 estudios científicos como fuentes secundarias tras aplicar los filtros de búsqueda, al analizar y valorar la información se descartan manualmente 54 estudios. Se implementa la investigación con un total de cinco estudios que cuentan con la validez y los criterios de inclusión y exclusión que delimitan esta investigación sistemática.

Los cinco estudios seleccionados son de los países de Colombia, Costa Rica, Ecuador y España publicados en los últimos cinco años. Estos estudios representan poblaciones dependientes al consumo de sustancias psicoactivas, que reportan recaídas en el consumo debido a la influencia de factores psicosociales. Los determinantes psicosociales presentes en los diferentes estudios son relacionados con los estados emocionales, las habilidades de afrontamiento y el contexto social de la persona dependiente al consumo de SPA.

La población dependiente presenta múltiples factores psicosociales que influyen en la recaída de la persona dependiente. Un porcentaje de la población dependiente proviene de un ambiente familiar disfuncional y son expuestos a la presión social externa. Los factores psicosociales más frecuentes son la depresión, ansiedad, estrés, sentimientos de falta de afectividad, mal manejo de las situaciones precipitantes y sensibilidad a la recompensa.

Las poblaciones en estudio presentan ciertas características sociodemográficas, en su mayoría son del sexo masculino, solteros, con baja escolaridad, que conviven con su familia de origen. Las sustancias psicoactivas marihuana, cocaína y heroína son las drogas de mayor consumo, la mayoría indica entre 1 y >2 recaídas en diferentes períodos de tiempo y, hay consumidores que tienen desde <1 año hasta 10 años de consumo.

El modelo de la estructura del conocimiento de enfermería para la investigación y la práctica que proponen Rung O. et al⁽⁴⁷⁾, le permite a la enfermera profesional acceder a todas las bases del conocimiento de enfermería en forma no jerárquica. Esto le posibilita interactuar con los meta paradigmas en forma flexible, dinámica y evolutiva y acceder los diferentes paradigmas, teorías y modelos para ser aplicados en la práctica de la disciplina.

Los resultados de la investigación le permiten a la enfermera profesional en adicciones basar el conocimiento en la evidencia, planificar el cuidado del usuario de manera integral no sólo tratando la parte física sino también la parte psicosocial. Así la estructura del conocimiento de enfermería es basada en la práctica y la práctica basada en el conocimiento de enfermería, como menciona Rung O. et al⁽⁴⁷⁾

Molina A. et al.⁽⁴⁹⁾, indica que los diagnósticos más comunes para la población dependiente tiene en cuenta el usuario y su grupo familiar. Por lo tanto, el proceso de atención enfermera aplicado a las personas dependientes debe incluir: a) Captación y valoración de datos del usuario y su contexto social, laboral y familiar. b) Diagnóstico o análisis de posibles factores psicosociales causantes de estrés. c) Planificación, se priorizan y se fijan metas y acciones dirigidas al abordaje integral. d) Ejecución del plan, conlleva incluir a la familia del adicto dentro del grupo terapéutico y e) Evaluación constante de los resultados alcanzados.

Rung O. et al.⁽⁴⁷⁾, menciona que el modelo de la estructura del conocimiento para la investigación y la práctica, facilita acceso a los diferentes componentes del conocimiento en forma dinámica, flexible y evolutiva. La enfermera profesional en adicciones, puede abordar integralmente las personas dependientes que recaen al consumo, mediante otras teorías y modelos prácticos de enfermería que mejor se adapten a las necesidades psicosociales.

De acuerdo con las características y resultados de la población dependiente, se recomienda el modelo de Sistemas de Betty Neuman⁽⁵⁰⁾, basado en la relación del individuo con los factores psicosociales como factores estresantes, la reacción ante estos factores y los determinantes de reconstitución. La reconstitución incluye los factores intrapersonales, interpersonales y extra personales y el factor entorno interrelacionado con las variables del sistema del usuario (fisiológica, psicológica, sociocultural, de desarrollo y espiritual).

Esta investigación muestra un marco conceptual, antecedentes estadísticos, lineamientos, políticas y programas que deben ser del conocimiento de la enfermera profesional como un recurso valioso de información. No basta tener la información disponible, es responsabilidad

de la disciplina conocer el estado nacional y los protocolos con respecto al consumo de sustancias psicoactivas para aplicarlos en beneficio tanto del usuario como la comunidad.

La planificación de enfermería debe abarcar los cuatro pilares de enfermería: investigación, educación, administración y el cuidado directo para tener un mayor impacto en la población. El Ministerio de Salud⁽²²⁾, indica que el Hospital Nacional Psiquiátrico cuenta con programas de atención de adicciones a través de los servicios de hospitalización, consulta externa, urgencias y observación. Las poblaciones en estudio reciben tratamiento ambulatorio, internamiento residencial y hospitalización a través de sus propios sistemas de salud.

La evaluación es la única forma de demostrar el impacto, la efectividad y calidad de las intervenciones; las acciones que se implementan en los diferentes niveles de atención, para las personas dependientes al consumo de sustancias psicoactivas, deben ser evaluadas con el fin de analizar los resultados e implementar medidas correctivas si es necesario. Icart M.⁽⁴⁸⁾, menciona que la evolución clínica del paciente, también debe tener en cuenta los aspectos económicos y la repercusión de la intervención en el sistema sanitario y social.

Icart M.⁽⁴⁸⁾ menciona que la práctica de la enfermería basada en la evidencia consiste en tomar decisiones fundamentadas con las mejores pruebas científicas disponibles, es un componente ético esencial de cualquier profesión. Por lo tanto, para mejorar el abordaje de la población dependiente al consumo de sustancias psicoactivas y su relación con los factores psicosociales, es necesario generar conocimiento científico basado en la evidencia.

Rung O. et al.⁽⁴⁷⁾ indica que a medida que se genera nuevo conocimiento surgen nuevas preguntas, y así se continúa con el ciclo de la investigación a la práctica de la disciplina.

CAPÍTULO III
MARCO METODOLÓGICO

3.1 ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación es una revisión sistemática de publicaciones científicas en países hispanoamericanos en los últimos cinco años, con un enfoque cuantitativo. En la que se analizan los resultados cuantitativos de los diferentes artículos y publicaciones científicas relacionadas con el tema en estudio. Como lo menciona Sampieri R.⁽⁵¹⁾, un enfoque cuantitativo usa la recolección de datos para probar hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico para establecer patrones de comportamiento y probar teorías.

3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Es un estudio descriptivo, el cual busca especificar propiedades, características y rasgos importantes de cualquier fenómeno que se analice; se busca identificar la información las variables y realizar un análisis comparativo entre la información encontrada que contiene las variables de la investigación, con el fin de explicar los factores psicosociales que influyen en la recaída de las personas dependientes al consumo de sustancias psicoactivas en países hispanoamericanos por medio de una revisión sistemática de publicaciones científicas del período 2014-2018.

3.3 UNIDADES DE ANÁLISIS

El total de publicaciones son 5 que representan 4 países de estudio distribuidos de la siguiente forma:

Ecuador 40% (n=2), Colombia 20% (n=1), Costa Rica 20% (n=1) y España 20% (n=1).

3.3.1 Población

Cantidad total de personas dependientes al consumo de sustancias psicoactivas de 4 países en estudio (N=388), datos que se obtienen de un total de 5 publicaciones seleccionadas para esta investigación.

3.3.2 Muestra

La muestra se conforma por un total de 388 personas dependientes al consumo de sustancias psicoactivas, distribuida de la siguiente manera: n=60 personas dependientes en Ecuador1, n=108 personas dependientes en Ecuador2, n=18 personas dependientes en Colombia, n=101 personas dependientes en Costa Rica y n=101 personas dependientes en España.

3.3.3 Criterios de inclusión y exclusión

Tabla N°1
Criterios de inclusión y de exclusión

CRITERIOS DE INCLUSIÓN	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
✓Estudios científicos de los años 2014 al 2018.	✗Estudios con más de 5 años de antigüedad.
✓Personas dependientes en rango de edades de 12 a 65 años.	✗Personas dependientes en rango de edades <12 y >65 años.
✓Personas dependientes al consumo de sustancias psicoactivas que registran recaídas o abandono al tratamiento.	✗Personas dependientes al consumo de sustancias psicoactivas con adherencia al tratamiento.
✓Factores psicosociales relacionados con las recaídas del individuo dependiente al consumo.	✗Factores psicosociales protectores y los relacionados con el consumo de sustancias.
✓Consumo de sustancias psicoactivas: alcohol, marihuana, cocaína, crack y heroína.	✗Consumo de tabaco, medicamentos psicotrópicos, LSD, éxtasis, hongos alucinógenos, otras drogas.

Fuente: Elaboración propia, 2019.

3.3.4 Fuentes

Bases de datos: Scielo, Researchgate, Redalcy, Dialnet y Google Académico. Se obtienen publicaciones científicas como fuente de información secundaria.

Tabla N°2
Resumen numérico del total de publicaciones revisadas para la revisión sistemática

Bases de datos	Total de estudios tras aplicar filtros	Publicaciones seleccionadas manualmente	Publicaciones no incluidas por su contenido	Total de publicaciones seleccionadas
Redalcy	4		4	
Dialnet	5		5	
Scielo	8	1	7	1
Google Académico	34	3	31	3
Researchgate	8	1	7	1
Total	59	5	54	5

Fuente: Elaboración propia, 2019.

3.4 INSTRUMENTOS DE RECOPIACIÓN DE LA INFORMACIÓN

3.4.1 Revisión bibliográfica

La revisión bibliográfica de documentos, informes, tesis, libros, artículos, leyes y datos estadísticos de distintas instituciones, centros y unidades de adicciones relacionadas con el sector de la salud, las cuales en conjunto permiten el desarrollo y construcción del marco teórico y metodológico del trabajo.

3.4.2 Publicaciones científicas

La investigación utiliza como instrumento principal una lista de chequeo, la cual facilita tabulación de los datos para ser analizados y recolectados previamente, con el objetivo de acceder la información para el abordaje del tema de investigación. Se revisan, se anotan y

marcan con un *check* (✓) los estudios que cumplen un mínimo de 3 criterios de inclusión, y aquellos estudios que no cumplen los criterios se descartan y se marcan con una equis (✖).

3.4.3 Diseño de la investigación

La investigación se basa en un diseño no experimental longitudinal, ya que la información es obtenida de diversas publicaciones científicas con diferentes países hispanoamericanos, distintos autores y años de publicación.

3.4.4 Plan piloto

El plan piloto se realiza con una lista de chequeo, basada en la búsqueda de publicaciones con 3-4 criterios de inclusión. Se revisan, se anotan y marcan con un *check* (✓) los estudios que cumplen los criterios de inclusión, y aquellos que no cumplen los criterios se descartan y se marcan con una equis (✖). Los criterios de inclusión y clasificación de los datos son:

1. Estudios con datos de personas dependientes a sustancias psicoactivas (SPA).
2. Estudios con datos de factores psicosociales presentes en la población adicta.
3. Estudios con datos de las recaídas de la población dependiente al SPA.
4. Estudios con datos sociodemográficos de la población dependiente al SPA.

De las distintas bases de datos se obtienen 59 publicaciones para la investigación, distribuidos de la siguiente manera: Argentina 6, Colombia 6, Costa Rica 4, Ecuador 9, El Salvador 6, España 6, México 5, Nicaragua 3, Perú 5, Uruguay 5, Venezuela 4. Después de aplicar los diversos filtros como los criterios de inclusión y exclusión y la revisión manual individual de cada uno de los estudios, solamente se seleccionan un total de 5 publicaciones científicas para implementar en el desarrollo de la investigación, teniendo como resultado final: Ecuador (n=2), Colombia (n=1), Costa Rica (n=1) y España (n=1).

CAPÍTULO IV
PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

4.1 GENERALIDADES

Este estudio se enfoca en la recopilación de datos mediante una revisión sistemática de diferentes publicaciones científicas que cumplen con los criterios de inclusión relacionados con los objetivos de esta investigación. La información se obtiene a través de numerosas bases de datos con confiabilidad científica como Scielo.org, Researchgate.net y Google Académico. Las publicaciones científicas seleccionadas en esta investigación son estudios publicados con fechas entre el año 2014 y el año 2018.

Este capítulo está compuesto por 4 apartados, distribuidos de la siguiente manera:

1. Distribución de las publicaciones científicas en revisión.
2. Características sociodemográficas por países en estudio.
3. Factores psicosociales distribuidos por categoría y países en estudio.
4. Datos sobre el patrón de consumo de sustancias psicoactivas y las recaídas.

4.1.1 Distribución de las publicaciones científicas en revisión

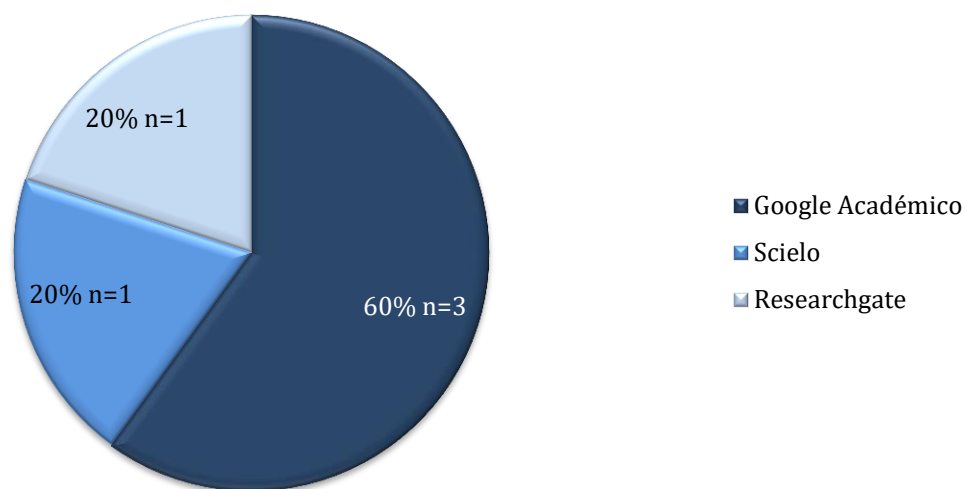


Figura N°1 Distribución porcentual del total de publicaciones científicas seleccionadas según bases de datos. Revisión sistemática del 2014-2018. Fuente: Elaboración propia, 2019.

La mayoría (60%) de las publicaciones científicas son obtenidos de la base de datos Google Académico.

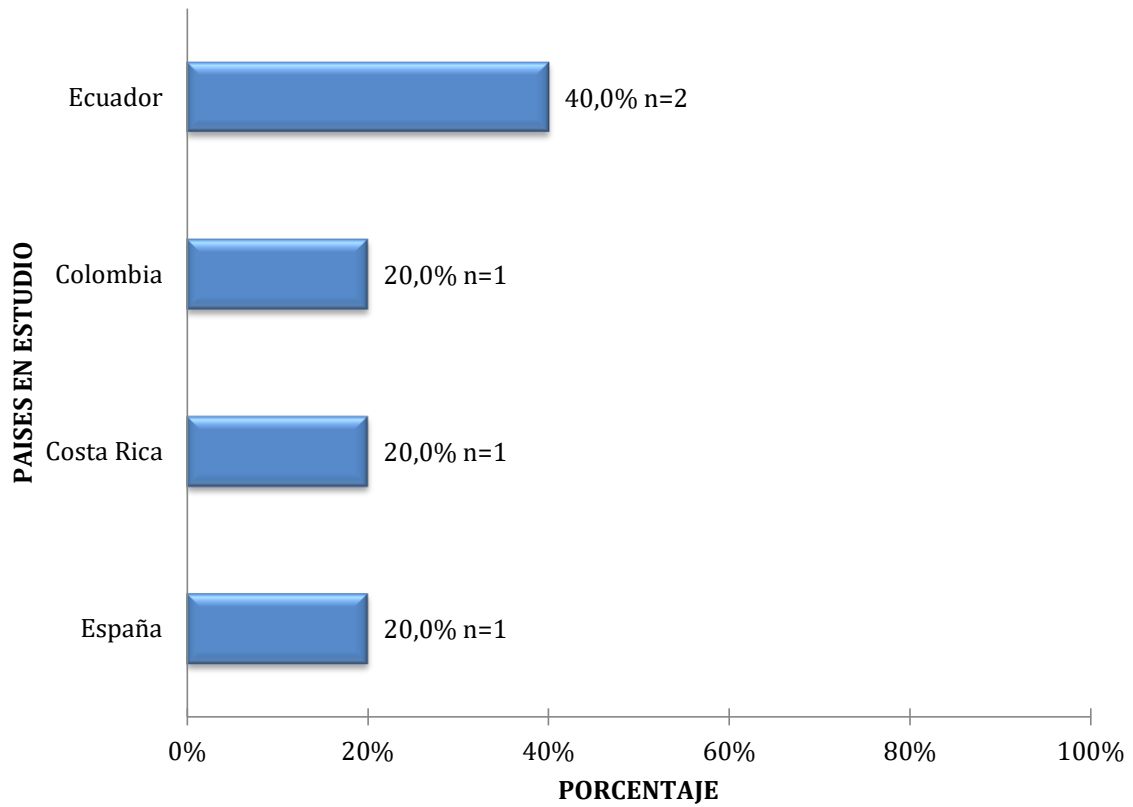


Figura N°2 Distribución porcentual del total de publicaciones científicas, según países en estudio.

Revisión sistemática del 2014-2018. Fuente: Elaboración propia, 2019.

El 40% (n=2) representan estudios con población del país de Ecuador.

Tabla N°3
Características de las publicaciones científicas y población de estudio por país

Número de estudio	País en estudio	Año de la publicación	Rangos de edad de la población	Sexo masculino f	Sexo femenino f	Muestra del estudio f
1	Ecuador1	2014-2015	18-30	60		60
2	Ecuador2	2016-2017	12-17	83	25	108
3	Colombia	2017	14-23	10	8	18
4	Costa Rica	2015	12-17	68	33	101
5	España	2015	19-60	78	23	101
				n=299	n=89	N=388

Fuente: Elaboración propia, 2019.

Los estudios de Ecuador2 y Costa Rica (40%), representan población adolescente.

El estudio de España indica el rango más amplio de edades en la población.

4.1.2 Datos sociodemográficos de la población en estudio

Tabla N°4
Estudios con datos sociodemográficos presentes
en la población en estudio

Datos sociodemográficos	Cantidad de Estudios	
	Absoluto	%
Rango de edad	5	100,00
Sexo	5	100,00
Escolaridad	2	40,00
Estado Civil	2	40,00
Ocupación	2	40,00
Convivencia	2	40,00

Fuente: Elaboración propia, 2019.

El 100% (n=5) de los estudios reportan las variables de rango de edad y sexo.

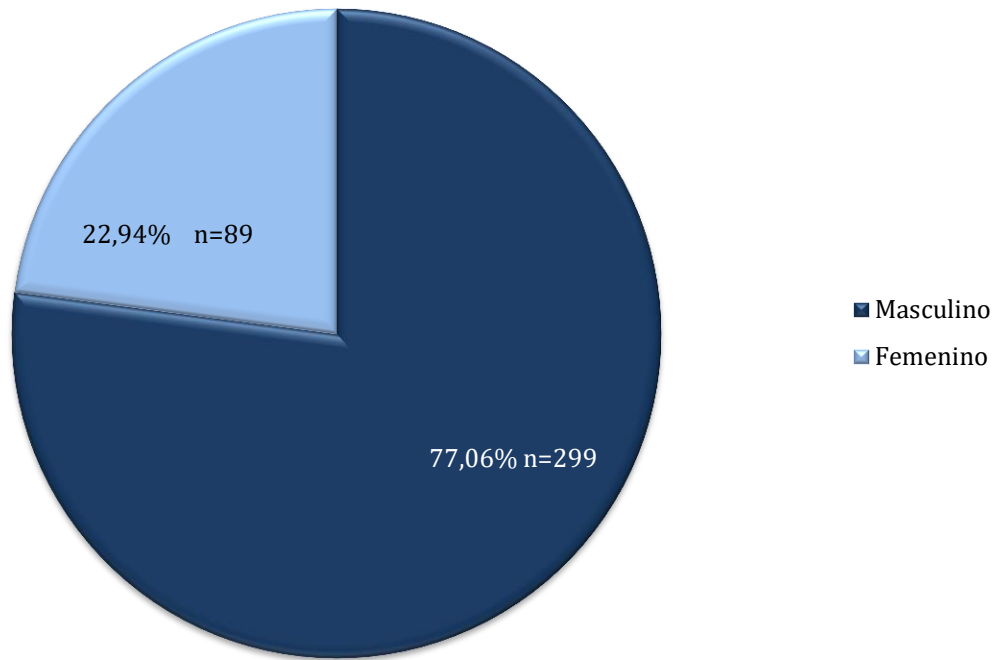


Figura N°3 Distribución porcentual de hombres y mujeres dependientes al consumo de sustancias psicoactivas de la población total de los países en estudio, 2019. Fuente: elaboración propia, 2019.

El 77,06% (n=299) de la población total (N=388) de los estudios es del sexo masculino.

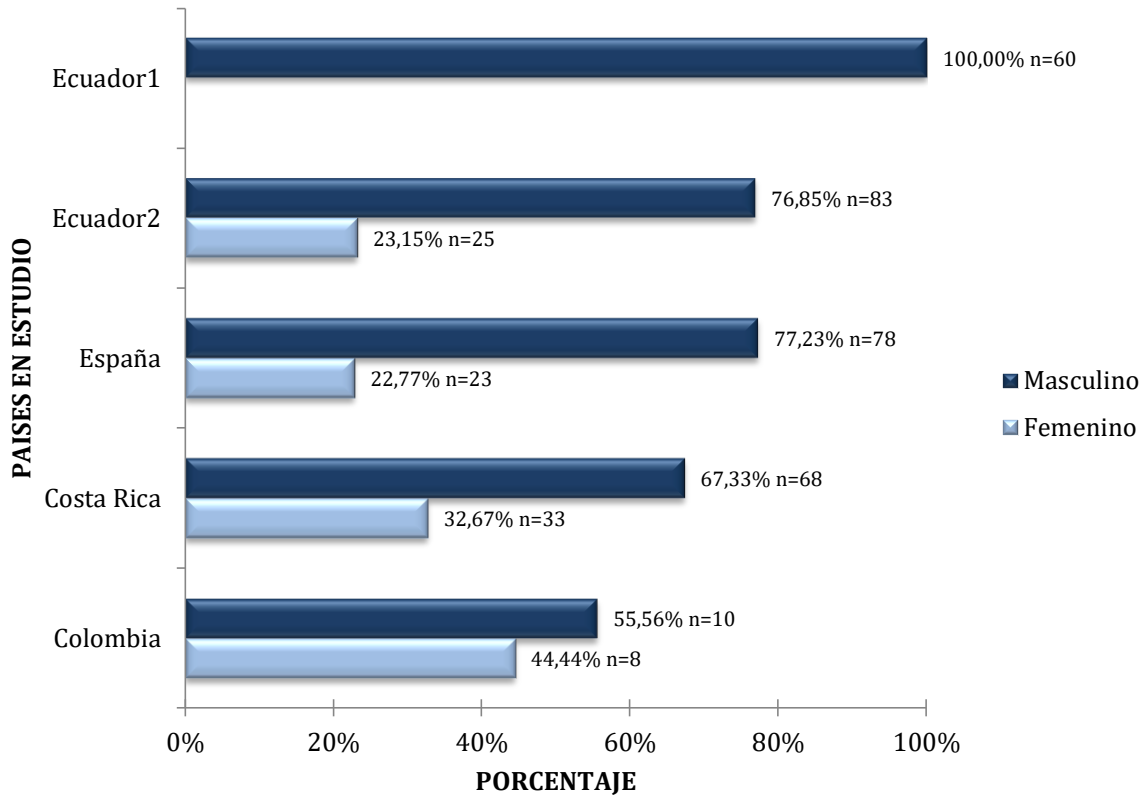


Figura N°4 Sexo de la población dependiente al consumo de sustancias psicoactivas según países en estudio, 2019. Fuente: Elaboración propia, 2019.

El 100% (n=5) de los estudios indican que los porcentajes de la población masculina superan la población femenina. La población total del estudio de Ecuador1 es del sexo masculino.

Las poblaciones masculinas de Ecuador2 y la España triplican la población femenina.

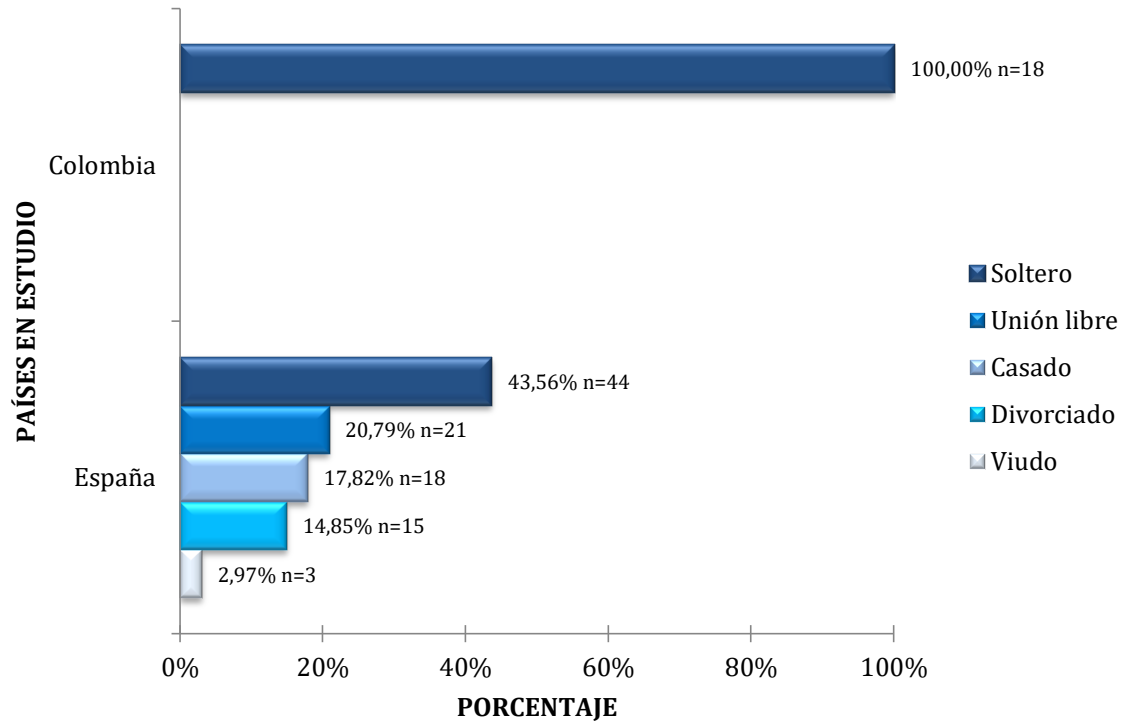


Figura N°5 Estado civil de la población dependiente al consumo de sustancias psicoactivas según países en estudio, 2019. Fuente: Elaboración propia, 2019.

La población total del estudio de Colombia es soltera.

El estudio de España representa diferentes estados civiles, el mayor porcentaje es ser soltero.

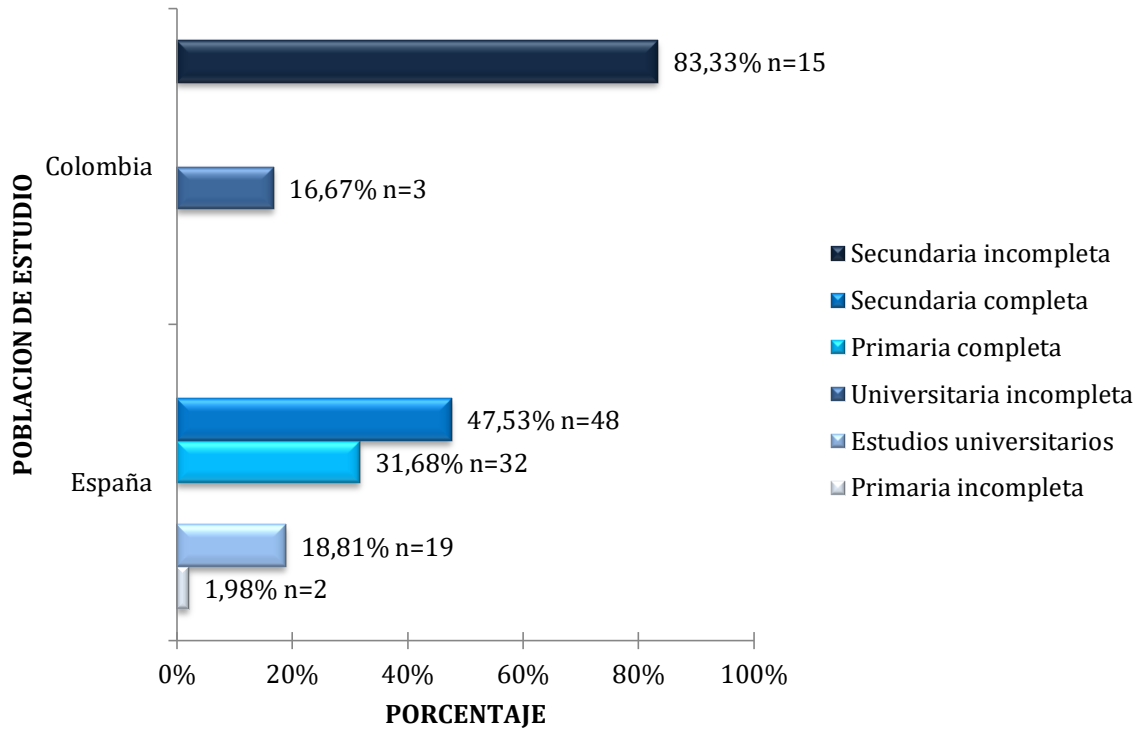


Figura N°6 Escolaridad de la población dependiente al consumo de sustancias psicoactivas según países en estudio, 2019. Fuente: Elaboración propia, 2019.

El estudio de España representa diferentes grados de escolaridad con respecto al estudio de Colombia.

En la población de Colombia, indica la educación secundaria incompleta con el mayor porcentaje y en la población de España la secundaria completa.

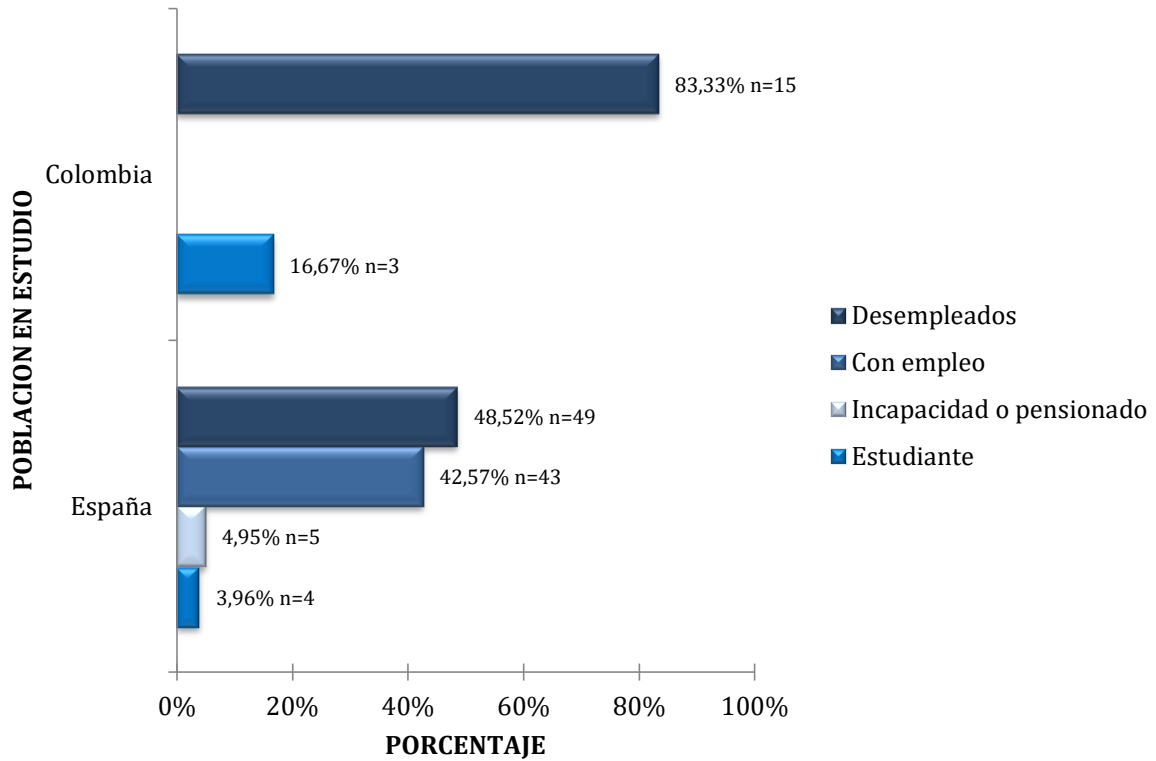


Figura N°7 Ocupación de la población dependiente al consumo de sustancias psicoactivas según países en estudio, 2019. Fuente: Elaboración propia, 2019.

Los estudios de Colombia y España indican que la mayoría de la población está desempleada.

El estudio de España muestra poca diferencia (5.95%), entre la población desempleada y la empleada.

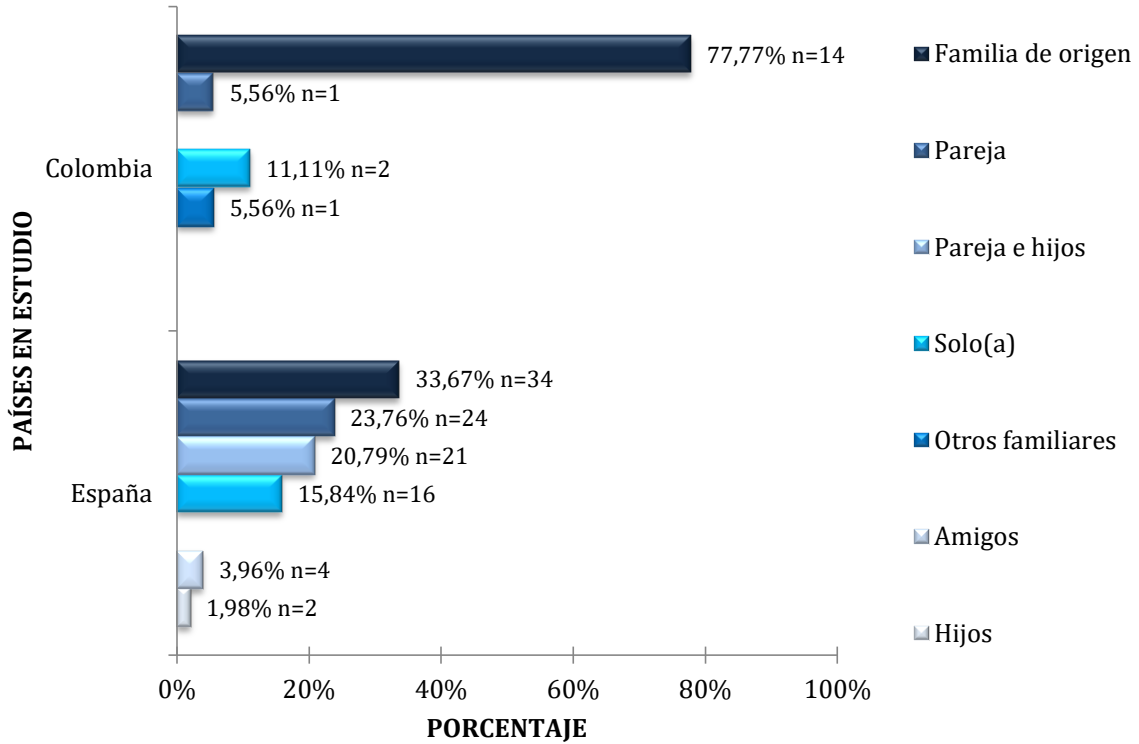


Figura N°8 Convivencia de la población dependiente al consumo de sustancias psicoactivas según países en estudio, 2019. Fuente: elaboración propia, 2019.

Los estudios de Colombia y España, indican que la mayoría de la población dependiente convive con su familia de origen.

4.1.3 Factores psicosociales distribuidos por categorías

Tabla N°5
Publicaciones científicas relacionadas por categoría psicosocial
presentes en la población en estudio

Categorías psicosociales	Cantidad de estudios	
	Absoluto	%
Estados emocionales	4	80,00%
Habilidades de afrontamiento	4	80,00%
Entorno/Contexto Social	3	60,00%

Fuente: Elaboración propia, 2019.

El 80% (n=4) de los estudios indican determinantes psicosociales de recaída relacionados con los estados emocionales y las habilidades de afrontamiento.

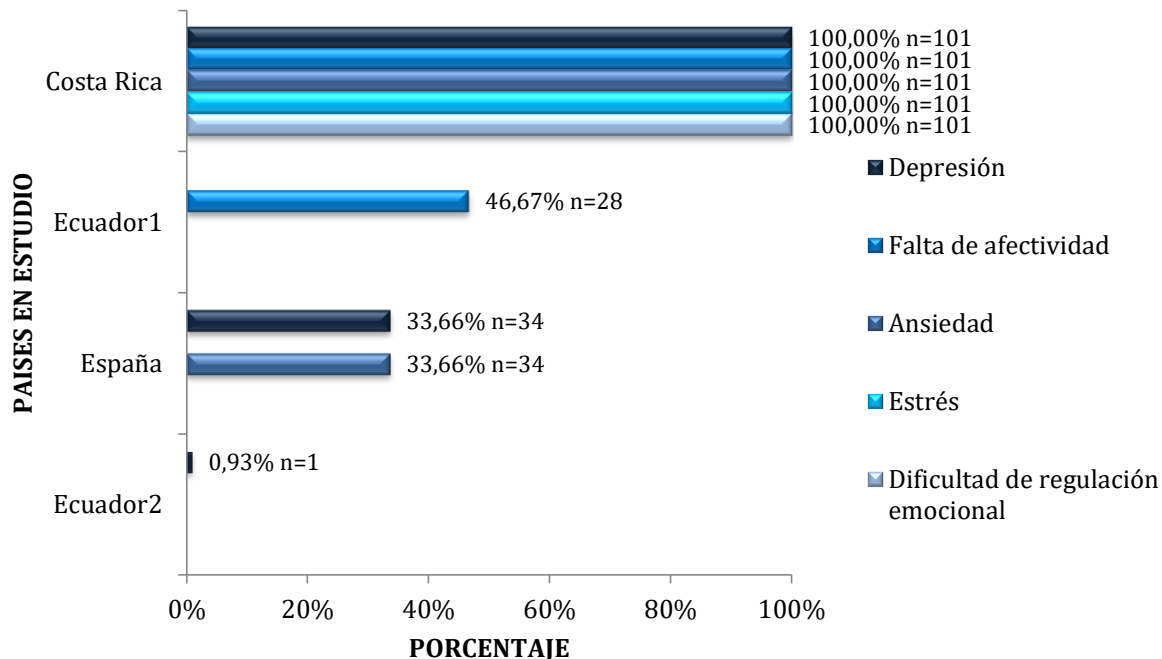


Figura N°9 Distribución porcentual de factores psicosociales relacionados con estados emocionales presentes en la población dependiente al consumo de SPA según países en estudio, 2019. Fuente: Elaboración propia, 2019.

Los estudios de Costa Rica, España y Ecuador2 (n=3), indican la depresión como factor de recaída en la población dependiente.

Los estudios de Costa Rica y España (n=2) registran el factor ansiedad y los estudios de Costa Rica y Ecuador1 (n=2) indican el factor falta de afectividad, ambos como determinantes psicosociales de recaída en la población dependiente.

Los estudios de Costa Rica y España usan escalas psicológicas para representar sus resultados.

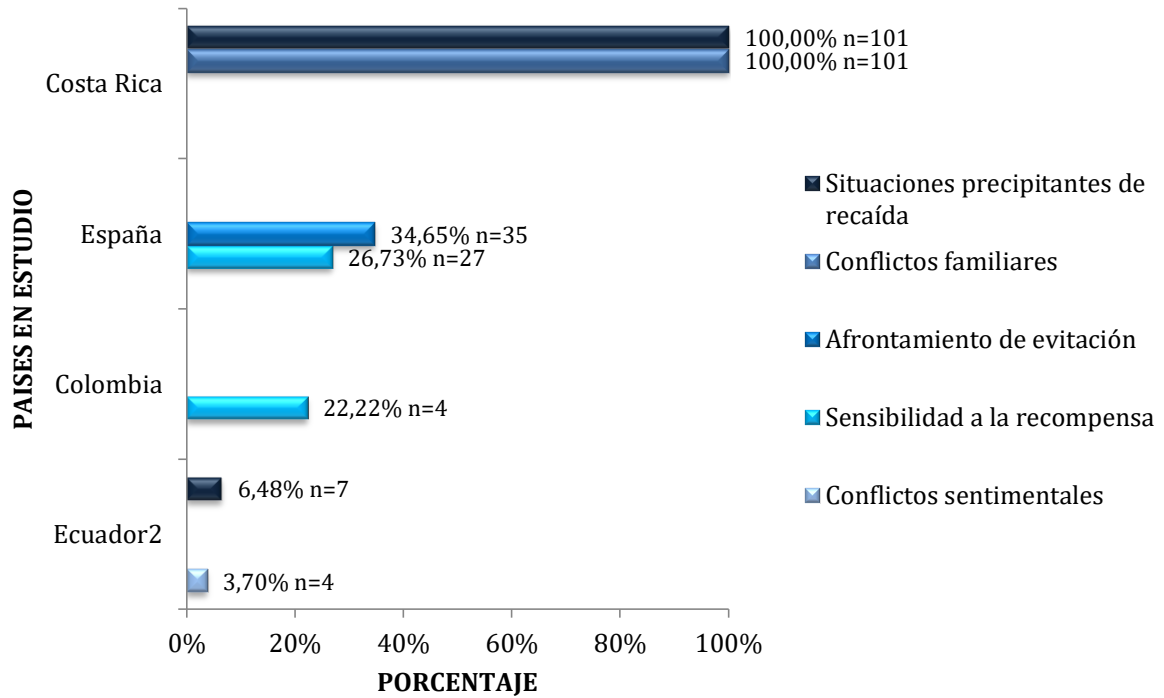


Figura N°10 Distribución porcentual de factores psicosociales relacionados con habilidades de afrontamiento presentes en la población dependiente al consumo de SPA según países en estudio, 2019. Fuente: Elaboración propia, 2019.

El 40% (n=2) de la población total en estudio, indica las situaciones precipitantes de recaída y la sensibilidad a la recompensa como determinantes de recaída.

Los estudios de Costa Rica y España usan escalas psicológicas para representar sus resultados.

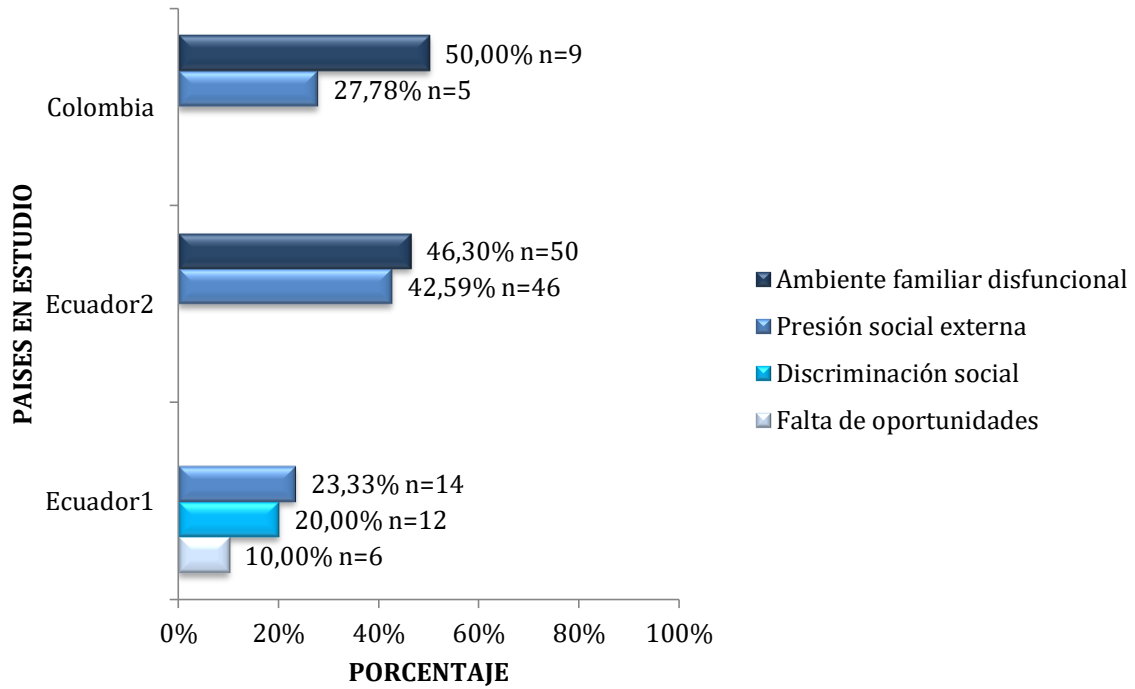


Figura N°11 Distribución porcentual de factores psicosociales relacionados con el entorno/contexto social presentes en la población dependiente al consumo de SPA según países en estudio, 2019.

Fuente: Elaboración propia, 2019.

Los estudios de Ecuador2 y Colombia (n=2), indican el ambiente familiar disfuncional como mayor factor de recaída.

(n=3) de los estudios, indican el factor presión social externa como determinante de recaída.

Tabla N°6
Resumen de los factores psicosociales presentes en la población dependiente que influyen en la recaída al consumo de SPA, según países en estudio

FACTORES PSICOSOCIALES	Colombia		Costa Rica		Ecuador1		Ecuador2		España		Total Estudios
	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%	
Estados Emocionales											
Depresión			101	100,00%			1	0,93%	34	33,66%	3
Ansiedad			101	100,00%					34	33,66%	2
Falta de afectividad			101	100,00%	28	46,67%					2
Dificultad de regulación emocional			101	100,00%							1
Estrés			101	100,00%							1
Habilidades de Afrontamiento											
Sensibilidad a la recompensa	4	22,22%							27	26,73%	2
Situaciones precipitantes de recaída			101	100,00%			7	6,48%			2
Conflictos familiares			101	100,00%							1
Afrontamiento de evitación									35	34,65%	1
Conflictos sentimentales							4	3,70%			1
Entorno/Contexto social											
Presión social externa	5	27,78%			14	23,33%	46	42,59%			3
Ambiente familiar disfuncional	9	50,00%					50	46,30%			2
Discriminación social					12	20,00%					1
Falta de oportunidades					6	10,00%					1

Fuente: Elaboración propia, 2019.

El 60% (n=3) de los estudios, indican la depresión y la presión social externa como factores de recaída.

El 50% de los factores psicosociales son indicados por 2 o más de los países en estudio.

Los estudios de Costa Rica y España no reportan datos en la categoría relacionada al entorno social. Ambos estudios usan escalas psicológicas para representar sus resultados.

4.1.4 Datos sobre el patrón de consumo de SPA de la población en estudio

Tabla N°7
Publicaciones con datos relacionados al patrón de consumo de SPA,
presentes en la población dependiente en estudio

Patrón de consumo	Cantidad de publicaciones	
	Absoluto	%
Cantidad de recaídas	5	100,0%
Modalidad del tratamiento	5	100,0%
Sustancia Psicoactiva	4	80,0%
Tiempo de consumo	3	60,0%
Frecuencia de recaída y abstinencia	2	40,0%
Poli consumo de SPA	1	20,0%

Fuente: Elaboración propia, 2019.

El 100% (n=5) de los estudios indican el número de recaídas y la modalidad del tratamiento.

Tabla N°8
Sustancias psicoactivas de consumo en la población dependiente por países en estudio

Sustancias SPA de consumo	Costa Rica		Colombia		Ecuador2		España	
	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%
Poli consumo					36	33,33%		
Alcohol	4	3,96%					59	58,42%
Marihuana	62	61,39%	12	66,67%	14	12,96%	3	2,97%
Cocaína	23	22,77%	6	33,33%	12	11,11%	24	23,76%
Heroína					81	75,00%	6	5,94%
Crack	9	8,91%						
Otras drogas	3	2,97%			1	0,93%	9	8,91%
Totales	101	100,00%	18	100,00%	108	100,00%	101	100,00%

Fuente: Elaboración propia, 2019.

La población de Colombia indica poli consumo de sustancias psicoactivas.

Los estudios de Costa Rica y Colombia (n=2), registran la marihuana como mayor sustancia de consumo, y la cocaína como la segunda droga de consumo.

El estudio de España indica el alcohol como la droga lícita de mayor consumo.

Tabla N°9
Rango de edades y tiempo de consumo de la población dependiente al SPA
por países en estudio

Rango de edades	Colombia		Costa Rica		Ecuador2	
Rango de edad de la muestra	14-23 años		12-17 años		12-17 años	
Rango de edad de inicio de consumo	11-14 años		No indica		13-16 años	
Tiempo de consumo	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%
No indica					15	13,89%
Consumo <1 año			5	4,95%		
Consumo de 1-2 años	10	55,56%	48	47,52%	87	80,56%
Consumo de 3-4 años	5	27,78%	34	33,66%	2	1,85%
Consumo de 5-6años	1	5,56%	13	12,87%	4	3,70%
Consumo de 7-8 años	1	5,56%	1	0,99%		
Consumo de 9-10 años	1	5,56%				
Totales	18	100,00%	101	100,00%	108	100,00%

Fuente: Elaboración propia, 2019.

Los estudios de Colombia y Ecuador2 (n=2), inician el consumo de sustancias psicoactivas en la adolescencia. Todos los estudios (n=3), reportan la mayoría de la población con 1 a 2 años de consumo.

Tabla N°10
Cantidad de recaídas de la población dependiente al SPA
por países en estudio

Número de recaídas	Colombia		Costa Rica		Ecuador1		Ecuador2		España	
	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%
0 recaídas									66	65,35%
1 recaída	6	33,33%	44	43,56%	30	50,00%			35	34,65%
2 recaídas	5	27,78%			18	30,00%	78	72,22%		
≥2 recaídas			57	56,44%						
3 recaídas	3	16,67%					25	23,15%		
>3 recaídas	4	22,22%			12	20,00%				
4 recaídas							4	3,70%		
5 recaídas							1	0,93%		
Totales	18	100,00%	101	100,00%	60	100,00%	108	100,00%	101	100,00%

Fuente: Elaboración propia, 2019.

La mayoría de los estudios presentan 1 y ≥2 recaídas.

En el estudio de España, (n=35) personas recaen en un período total de 6 meses.

Tabla N°11
Frecuencia de recaída y período de abstinencia de la población
dependiente al SPA según países en estudio

Frecuencia de recaída y abstinencia	Costa Rica	España
		Meses
Tiempo entre recaídas en un período de 6 meses		<3 y 3-6
Tiempo promedio entre recaídas en población con ≥ 2 recaídas	3	
Tiempo promedio de abstinencia previo a la última recaída	3,5	

Fuente: Elaboración propia, 2019.

En el estudio de España, del porcentaje total de la población recae, un grupo recae en <3 meses y el otro grupo recae entre 3 y 6 meses.

La población de Costa Rica con 2 ó más recaídas, indica un promedio de 3 meses entre las recaídas, y un tiempo promedio de abstinencia de 3,5 meses previo a la última recaída.

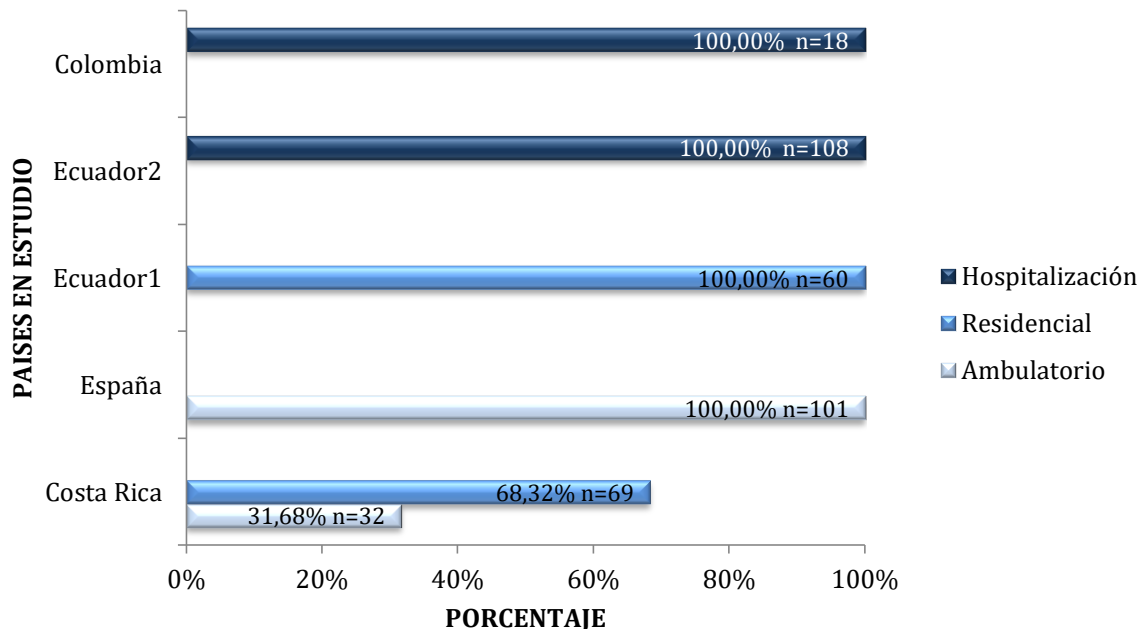


Figura N°12 Modalidad de tratamiento de la población dependiente al consumo de sustancias psicoactivas según países en estudio, 2019. Fuente: Elaboración propia, 2019.

El estudio de Costa Rica indica 2 modalidades de tratamiento para la población dependiente. La población total de los estudios de Colombia y Ecuador2 indica la modalidad de tratamiento hospitalaria.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

5.1 DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Dos de los estudios de esta revisión sistemática corresponden al país de Ecuador, por lo tanto para efectos de diferenciar una población de la otra, se les denomina Ecuador1 y Ecuador2. Las características sociodemográficas de las variables rango de edad y sexo son registradas en todos los estudios. Los estudios de Costa Rica, Ecuador1 y Ecuador2, no indican la mayoría de las variables sociodemográficas por lo que no se les puede caracterizar en cuanto al estado civil, la escolaridad, la ocupación ni la convivencia.

La población masculina supera la población femenina en la totalidad de los países en estudio. La población total del estudio de Ecuador1 es masculina. Los porcentajes de la población masculina de Ecuador2 y España triplican la población femenina. El ICD⁽²¹⁾, en el 2016, refiere estadísticas de usuarios egresados de ONG, “pacientes con edad modal de 16 años consumidores de cannabis, el porcentaje masculino supera cinco veces el porcentaje femenino.”

El estudio de Costa Rica, indica que el porcentaje de población masculina es el doble del porcentaje femenino, lo que muestra que el porcentaje de la población masculina en edades adolescentes continúa en aumento. El descenso del porcentaje de la población femenina, puede ser por una disminución en el consumo de esta población o puede ser por falta de captación en instituciones gubernamentales o a través de las ONG.

La población total de Colombia es soltera con edades entre 14 y 23 años. Igualmente, el estudio de España con edades entre 19 y 60 años, la mayoría son solteros. Caravaca J. et al.⁽¹⁹⁾ indica que “la mayoría de los participantes son solteros”. También Rojas G.⁽⁶⁾ investiga una

“población mixta con edades entre 16 y 49 años y más de la mitad son solteros”. Esto indica que la población adulta es soltera, independientemente del rango de edad a la que pertenece.

Los estudios de Colombia y España indican baja escolaridad. En Colombia, el último año de escolaridad concluido aprobado es la primaria completa, ya que reporta estudios secundarios inconclusos en la mayoría de su población. En Costa Rica, datos de escolaridad del ICD⁽²¹⁾ indican que “en el 2016 el mayor nivel educativo es la educación primaria”. El estudio de Costa Rica menciona que el promedio de su población presenta baja escolaridad con primaria completa, pero no lo representa con datos estadísticos.

En España, la mayoría presenta secundaria completa. España representa mayores grados de escolaridad con respecto al estudio de Colombia. Los resultados de la investigación de Rojas G.⁽⁶⁾ reflejan “alto porcentaje de baja escolaridad en una población con diferentes niveles educativos.” La educación media también se considera baja escolaridad por ser el requisito mínimo educativo, tanto para optar por trabajos de ocupación no calificada como para acceder a una educación superior y tomando en cuenta que la población es dependiente.

Los estudios de Colombia y España indican que la mayoría de la población están desempleadas; ambos estudios reportan ser estudiante con el menor porcentaje. Los resultados de Rojas G.⁽⁶⁾, indican que “casi tres cuartas partes de la población está desempleada; e indica que el porcentaje de la población con empleo, casi la cuarta parte realiza trabajo tipo obrero.” España refleja varios resultados en esta variable e indica poca diferencia entre los porcentajes de personas desempleadas y con empleo, es posible que se deba a mayor nivel educativo y al amplio rango de edad de su población a diferencia del estudio de Colombia.

El ICD⁽²¹⁾ reporta datos de los egresos del IAFA, “en el 2016 más de la mitad de la población en tratamiento no trabaja”. Los resultados muestran que el desempleo es una característica presente en la mayoría de las personas dependientes. El desempleo puede desencadenar otros tipos de problemas sociales. El Ministerio de Salud de Costa Rica⁽²²⁾, menciona que “más de una tercera parte de los jóvenes usuarios del programa para adolescentes Nuevos Horizontes llegan con orden judicial.”

Los estudios de Colombia y España indican que la mayoría de la población dependiente convive con sus familiares de origen. El estudio de España muestra un porcentaje de su población que convive con mayor independencia de su familia de origen con respecto a la población de Colombia. Cruz J. et al.⁽⁷⁾, menciona las características sociodemográficas de la población adicta “como personas que viven en un entorno familiar con sus padres y presentan dependencia económica para su subsistencia.”

En cuanto a las características sociodemográficas, las poblaciones de Colombia y España tienen en común que: la mayoría de la población es del sexo masculino, es soltera, presenta baja escolaridad, está desempleada y convive con sus familias de origen, pero los rangos de edad de sus poblaciones son diferentes.

Los estudios de Ecuador1, Ecuador2 y Costa Rica no indican los datos de estado civil, escolaridad, ocupación ni convivencia, por lo tanto no se les caracteriza en estas variables sociodemográficas. El estudio de Costa Rica coincide con el tamaño de la muestra del estudio de España, y a su vez, Costa Rica coincide con el estudio de Ecuador2 en cuanto al rango de edad de la población.

Todos los estudios en revisión, muestran factores psicosociales multifactoriales que influyen en las recaídas de las personas dependientes al consumo de sustancias psicoactivas. Mendoza Y. y Vargas K.⁽²⁵⁾, mencionan que “el consumo de sustancias psicoactivas es una expresión multifactorial causada por la interacción de distintos factores biológicos, psicológicos y sociales.” Castilla P.⁽²⁷⁾ menciona que “los estados emocionales negativos, los conflictos interpersonales y la presión social directa e indirecta son categorías de alto riesgo psicosocial asociadas con las tasas de recaídas.”

Los resultados psicosociales en esta revisión sistemática, son categorizados por su relación con las habilidades de afrontamiento, los estados emocionales y el entorno social presentes en la población en estudio, con el fin de representar y abordar los resultados en una forma más comprensible al lector.

Los estudios de Costa Rica y España, interpretan los resultados por medio de escalas psicológicas cuantitativas, los exponen en tablas y en forma descriptiva. En esta investigación se utilizan las tablas con resultados cuantitativos descriptivos de los factores psicosociales relacionados con las recaídas.

Los estudios de Costa Rica y España, presentan problemas de redacción; ya que ambos estudios repiten una misma información en diferentes partes de la publicación, redactada en diferente forma, y esto dificulta la recopilación de la información.

En el estudio de España, el total de la muestra está compuesta por dos grupos, el primero son usuarios ya en tratamiento y el segundo es un grupo de control que recibe tratamiento por primera vez. Ambos grupos están conformados por personas dependientes a las sustancias

psicoactivas y ambos grupos son contabilizados en la población total de España. La cantidad de recaídas en la población son cuantificadas en un período total de 6 meses.

El estudio de Costa Rica, los resultados de los factores psicosociales son presentados por categorías de las escalas aplicadas y los especifican en forma descriptiva. Los resultados psicosociales de recaída representados aplican para la población total de Costa Rica. El estudio de Colombia, presenta los resultados de los factores psicosociales en forma cuantitativa y cualitativa; para esta revisión se utilizan sólo los resultados cuantitativos. Los estudios de Ecuador, presentan los resultados de los factores psicosociales y las otras variables mediante tablas con valores absolutos y gráficos.

Los factores psicosociales de recaída relacionados con los estados emocionales son: el estudio de Costa Rica reporta el factor “dificultad de regulación emocional” asociado a los estados emocionales negativos. La Clínica Aprovat⁽³³⁾ explica que “la adicción se manifiesta en una serie de recaídas provocadas por la incapacidad de manejar estados emocionales negativos.” Piqueras J. et al.⁽³⁴⁾, refiere que “las emociones negativas, tienen una función preparatoria para responder adecuadamente a las demandas del ambiente.”

El estudio de Costa Rica registra el factor “estrés” como determinante de recaída, y lo relaciona con la baja autoeficacia del individuo ante las metas. Gorstá T. y Miller M.⁽⁴⁶⁾ menciona que “la dificultad para manejar el estrés es una señal de alerta de recaída.” NIDA⁽¹²⁾ indica que “los factores de estrés relacionados con el consumo de drogas como la gente, los lugares, los estados de ánimo y el contacto con las drogas son los desencadenantes más comunes de una recaída. En el caso de Costa Rica, las exigencias propias y externas del individuo le generan estrés y este estado emocional en un factor de recaída.

Los estudios de Costa Rica, Ecuador² y España registran el factor “depresión” como determinante de recaídas. Las poblaciones de Costa Rica y España indican la “ansiedad” como factor de recaída. El estudio de Costa Rica relaciona la depresión y la ansiedad con la baja autoeficacia. Resultados de Lino M. y Reyes D.⁽¹⁵⁾ reportan “la depresión y la ansiedad como factores psicosociales que inciden en la recaída de su población.” Vásquez M.⁽⁴³⁾ menciona “sentimientos de depresión y ansiedad” como síntomas de recaída. Ambos factores se muestran como determinantes psicosociales y como síntomas de recaída.

Los estudios de Costa Rica y Ecuador¹, indican el factor “falta de afectividad”, ambos estudios lo relacionan a los estados emocionales. Gorstá T. y Miller M.⁽⁴⁶⁾ indican que “algunas de las señales de alerta de recaída son la auto compasión, resentimiento irracional, soledad abrumadora y pérdida completa de la autoconfianza.” El MS⁽²²⁾ indica que “Uribe L. directora del HNP, menciona la privación afectiva desde edad temprana como causa principal de consumo de SPA.” La falta de afectividad en las poblaciones de Costa Rica y Ecuador¹, es un sentimiento interno del individuo y no un factor de contexto social como indica Uribe L.

Los distintos factores psicosociales de recaída relacionados a los estados emocionales, muestran lo difícil que es para la población dependiente controlar sus emociones. También muestra que algunos de estos factores son síntomas comunes en las personas dependientes al consumo de sustancias psicoactivas.

Los factores psicosociales de recaída relacionados con las habilidades de afrontamiento son: la “sensibilidad a la recompensa” es un factor de recaída presente en los estudios de Colombia y España, ambos países lo relacionan a las sensaciones placenteras o gratificantes.

Marlatt A. y Witkiewitz⁽⁴⁰⁾ exponen las conductas adictivas como “un patrón conductual complejo y progresivo que posee factores biopsicosociales, donde la recaída tiende a ser la norma.” Mendieta A.⁽¹⁰⁾ menciona que “estas conductas adictivas se caracterizan por la gratificación inmediata y las consecuencias negativas a largo plazo.” Muchas de las personas dependientes son sensibles a la recompensa, les es difícil controlar esos deseos placenteros que forman parte de un patrón conductual relacionados con su adicción, y al no afrontar eficazmente estos pensamientos se convierten en factor de riesgo para recaer en el consumo.

Los estudios de Costa Rica y Ecuador², indican las “situaciones precipitantes de recaída” como factor de recaída. La población de Costa Rica relaciona las situaciones precipitantes de recaída con el afrontamiento del ansia (*craving*), mientras que la población de Ecuador² lo relaciona con la pérdida de seres queridos y ruptura sentimental. Regadera B.⁽³⁸⁾, menciona que “uno de los predictores de recaída es el ansia y que se debe afrontar para evitar las recaídas.” Mendieta A.⁽¹⁰⁾ reporta “experiencias removedoras y movilizadoras respecto al trabajo” como situación precipitante de recaída.

Amarís M. et al.⁽³⁰⁾ afirma que “el afrontamiento forma parte de los recursos psicosociales que el individuo utiliza para hacer frente a situaciones estresantes.” Por lo tanto, es importante que la población dependiente desarrolle habilidades para afrontar los diferentes desafíos en la vida; como son las situaciones de pérdida al igual que afrontar pensamientos compulsivos de consumo y no exponerse a una recaída.

El estudio de Costa Rica indica el factor “conflictos familiares” y el estudio de Ecuador² indica el factor de “conflictos sentimentales.” Lino M. y Reyes D.⁽¹⁵⁾ indican que “la mitad de su población recae por el factor psicosocial conflictos familiares.” Rojas G.⁽⁶⁾ reporta

“conflictos con su pareja, parientes o amigos terminan en violencia física.” Irwin C. Jr. et al.⁽³¹⁾ define las habilidades de afrontamiento como “la capacidad de manejo y adaptación para manejar dificultades y resolver problemas.” Los conflictos familiares y sentimentales pueden ser detonante de recaídas sino se afrontan en forma adecuada.

El estudio de España indica como factor el “afrontamiento de evitación”, el cual lo relacionan con la evitación de afrontar el abandono y auto culpa. Gorstá T. y Miller M.⁽⁴⁶⁾ mencionan que “en la fase 3 de las señales de alerta de recaída, se presenta un comportamiento evasivo y defensivo y evitan pensar o hablar de sentimientos dolorosos e incómodos.” Mendieta A.⁽¹⁰⁾ reporta “evasión de sensaciones displacenteras a través del consumo” y Rojas G.⁽⁶⁾ reporta “dificultad para hablar de sus problemas o sentimientos” ambos como factores de recaída. El afrontar situaciones que desean evitar, puede ser un factor de riesgo.

Los factores psicosociales de recaída relacionados con el entorno o contexto social son: el “ambiente familiar disfuncional” es determinante importante de recaída para las poblaciones de Colombia y Ecuador². Lucero G. y Miranda B.⁽⁴²⁾ mencionan que “son factores de riesgo familiar el consumo de alcohol y drogas por parte de familiares, la disfunción familiar y conflictos familiares” Es claro que el ambiente familiar disfuncional es un detonante de recaída en el adicto, pero también las personas dependientes llegan eventualmente a convertirse en factor de riesgo para su propia familia, su pareja e hijos.

El factor “presión social externa”, está presente en las poblaciones de Colombia, Ecuador¹ y Ecuador². Casquete G. y Rodríguez K.⁽¹¹⁾ reportan en su estudio “población dependiente de hogares disfuncionales, presión e influencia social del círculo de amigos, problemas económicos y legales.” También, Caravaca J. et al.⁽¹⁹⁾, mencionan que “un alto porcentaje de

la población expresa tener una influencia alta de sus amigos en la toma de decisiones diarias y que consumen con amistades.” Esto demuestra que estas poblaciones reciben presión social del entorno relacionado al ambiente de consumo.

El estudio de Ecuador¹ presenta los factores de “discriminación social” y la “falta de oportunidades” como determinantes de recaída. El Ministerio Salud⁽²²⁾, menciona que una tercer parte de los menores de edad atendidos por el HNP, llegan con orden judicial.” Existe un estigma social ligado al comportamiento antisocial de muchos adictos, por lo que mucha gente no piensa en la adicción como una enfermedad, y esto los hace vulnerables a la discriminación y falta de oportunidades. Rojas G.⁽⁶⁾, presenta en su estudio personas dependientes “que manifiestan haber estado en la cárcel antes de los 18 años por delitos violentos y otras que tienen orden de alejamiento.”

En resumen, se identifican y exponen un total de 14 factores psicosociales que influyen en la recaída de la población dependiente al consumo de sustancias psicoactivas, de los cuales se destacan siete determinantes presentes en dos o más de los estudios en revisión, estos factores son: la depresión, ansiedad, falta de afectividad, sensibilidad a la recompensa, situaciones precipitantes de recaída, la presión social externa y el ambiente familiar disfuncional.

El estudio de Costa Rica, muestra dos tablas con las sustancias psicoactivas de consumo, en esta revisión se utiliza la tabla que indica la droga de consumo por la que la población recibe tratamiento.

Todos los países en estudio reportan la marihuana y la cocaína como sustancia de consumo. Sin embargo, la marihuana es la droga de mayor consumo en las poblaciones de Costa Rica y

Colombia. Ecuador2 y España reportan consumo de heroína; siendo ésta la droga de mayor consumo en la población de Ecuador2, y la cocaína la droga ilícita de mayor consumo en España. La Comisión Nacional Antidrogas (CNA)⁽⁹⁾ de El Salvador menciona “el alcohol y la marihuana como las drogas de mayor consumo.” La tendencia de consumo de sustancias SPA puede variar por la oferta y la demanda, y la preferencia y el poder adquisitivo del individuo.

El estudio de Ecuador2 presenta población con poli consumo de sustancias psicoactivas. También Grau L.⁽³⁾ indica población con poli consumo en su investigación. Por lo tanto, un individuo dependiente puede llegar a consumir más de una sustancia psicoactiva, situación que empeora su salud y dependencia. El estudio de Costa Rica menciona que tiene población con poli consumo, pero no lo presenta con datos estadísticos. La dependencia puede llevar al poli consumo, en búsqueda de diferentes efectos de las sustancias psicoactivas.

Los estudios de Colombia, Ecuador1 y España, la mayoría presentan 1 recaída. Ecuador2 y Costa Rica indican de 2 a ≥ 2 recaídas en una población con rango de edad de 12-17 años. Los estudios de Colombia, Ecuador1 y Ecuador2, no especifican períodos de tiempo en cuanto a las recaídas. NIDA⁽¹²⁾ reporta que “los índices de recaída en el consumo de drogas son del 40-60%”, y NIDA⁽¹³⁾ indica que “>85% de las personas dependientes en abstinencia recaen dentro de un año.” Los porcentajes de recaída de Costa Rica y Ecuador1 se ubican dentro de las estadísticas del NIDA.⁽¹²⁾ y confirman que las recaídas son comunes en esta población.

El estudio de Costa Rica divide su población total en 2 grupos: el primero los que recaen una vez y el segundo los que recaen dos o más veces, la población del segundo grupo, indica que el tiempo promedio entre las recaídas es de 3 meses y el tiempo promedio de abstinencia es de 3,5 meses. El estudio de España, contabiliza el tiempo de las recaídas dentro de un período

total de 6 meses de tratamiento, del porcentaje total de las personas que recaen, una parte recae antes <3 meses y la otra parte recae entre 3 y 6 meses.

El estudio de Grau L.⁽³⁾, indica que “los pacientes recaen a los 3 y a los 6 meses de seguimiento, el porcentaje mayor recae a los 6 meses; también indica que “a los 3 y 6 meses recaen con frecuencia los poli consumidores y que a los 6 meses recaen con frecuencia los individuos con inicio de la dependencia a menor edad.” La población de Costa Rica con 2 ó más recaídas indica un tiempo promedio entre las recaídas similar a los resultados de Grau L.⁽³⁾ y también coincide en que el mayor porcentaje recae a los 6 meses, mientras que el estudio de España obtiene resultados diferentes.

En los estudios de Colombia, Costa Rica y Ecuador², la mayoría de la población lleva de 1 a 2 años de consumo. Costa Rica y Ecuador² representa población menor de edad y Colombia población adolescente-joven. Tanto Colombia como Ecuador² indica el inicio del consumo en la adolescencia. En los estudios de Costa Rica y Ecuador², se puede apreciar que hay adolescentes menores de edad que llevan hasta más de cinco años de consumo.

IAFA⁽²⁴⁾, indica en la V encuesta nacional a estudiantes de secundaria en el 2018, que “la edad promedio de inicio de consumo de alcohol es 12.7 años y la edad promedio de inicio de consumo de marihuana es 13.4 años de edad.” El ICD⁽²¹⁾ indica los datos sociodemográficos sobre consumidores de cannabis en ONG en el 2016, reporta que “la edad modal de consumo es 16 años y la edad modal de inicio de consumo es 11 años.” La edad promedio de inicio de consumo ilícito de SPA que reporta el IAFA⁽²⁴⁾ se ubica dentro de los rangos de edad de inicio de consumo de las poblaciones de Colombia y Ecuador².

Es preocupante ver que hay muchos adolescentes con tantos años de consumo. Al observar el número de recaídas y el tiempo de consumo de algunos de estos adolescentes, muestra que un porcentaje de ellos mantiene el consumo activo por largos períodos de tiempo. Entonces, la cantidad de recaídas en la población adicta puede depender de factores como la edad de inicio de consumo, el tiempo activo de consumo del individuo y el tiempo de abstinencia.

La información de la población dependiente del total de los estudios es captada en hospitales, clínicas o centros que brindan atención en adicciones. La poblaciones de Colombia, Ecuador¹, Ecuador² y España reciben el tratamiento a través de una modalidad de tratamiento, ya sea hospitalaria, residencial o en forma ambulatoria. El estudio de Costa Rica, indica dos diferentes modalidades de tratamiento que son la modalidad residencial y la modalidad ambulatoria.

Muchas personas con dependencia desconocen de su enfermedad adictiva, de los efectos en el organismo de las sustancias que consumen, al igual que no tienen claro los factores de riesgo psicosocial potenciales que los hacen vulnerables a una recaída. Rung O. et al.⁽⁴⁷⁾, menciona que “el modelo de la estructura del conocimiento, caracteriza a la enfermera como competente y preocupada de identificar problemas y desarrollar las soluciones a través de la investigación y la aplicación del conocimiento científico.”

Por lo tanto, es responsabilidad de la enfermera en adicciones brindar educación al usuario sobre su enfermedad adictiva como parte del abordaje integral, identificar y tomar en cuenta en la planificación de la atención, los factores de riesgo psicosociales de los usuarios con dependencia a las sustancias psicoactivas.

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 CONCLUSIONES

Las personas dependientes a las sustancias psicoactivas presentan características demográficas particulares, moldeadas por el estilo de vida y el contexto social en que viven. En general, la mayoría de esta población es del sexo masculino, soltera, con baja escolaridad y está desempleada; lo cual lleva a la dependencia económica y favorece el que convivan con sus familias de origen.

La población dependiente presenta múltiples factores psicosociales que influyen en la recaída de la persona dependiente. En total, se identifican 14 factores psicosociales que influyen en la recaída de la población dependiente, de los cuales se destacan siete determinantes presentes en dos o más de los estudios en revisión, estos factores son: la depresión, ansiedad, sentimientos de falta de afectividad, sensibilidad a la recompensa, situaciones precipitantes de recaída, la presión social externa y el ambiente familiar disfuncional.

Esta población dependiente, algunos provienen de un ambiente familiar disfuncional, son expuestos a la presión social interna y externa como conflictos familiares, sentimentales e influencia de los amigos de consumo. También presentan pocas habilidades para afrontar problemas y situaciones; a su vez muestran inestabilidad emocional con tendencia a estados emocionales negativos como la depresión, ansiedad, estrés y dificultad para regular sus emociones. Esta población exhibe sensibilidad a la recompensa, donde los factores de riesgo los conducen a la búsqueda de sensaciones gratificantes que los hace vulnerables a recaer.

Las sustancias psicoactivas ilícitas de mayor consumo son la marihuana, cocaína y heroína; el alcohol como sustancia lícita y algunas personas presentan poli consumo. La cantidad de

recaídas oscilan entre 1 y ≥ 2 en la mayoría de la población, éstas son comunes y pueden ser frecuentes. También se observan individuos adolescentes con muchos años de consumo activo, a diferencia de otros que presentan un patrón de tiempo promedio de recaída de tres meses aproximadamente. Muchos de estos individuos inician el consumo temprano en la adolescencia.

Esta población tiene acceso a las diferentes modalidades de tratamiento, ambulatorio, residencial y hospitalario. Las recaídas dependen de variables como el tipo de droga de consumo, la edad de inicio de la dependencia, el tiempo de consumo, los tratamientos y el manejo eficaz de los factores de riesgo psicosocial que enfrentan.

6.2 RECOMENDACIONES

- Aplicar los modelos de enfermería que mejor se adapten a las necesidades biopsicosociales de las personas dependientes, en los centros y unidades de atención de adicciones. Se recomienda el modelo de Sistemas de Betty Neuman, basado en la relación del individuo dependiente con los factores psicosociales como factores estresantes, la reacción ante estos factores y los determinantes de reconstitución.
- Registrar a través de enfermería, los diferentes datos relacionados al consumo de sustancias psicoactivas con fines estadísticos en los centros y unidades de atención de adicciones, captar información como patrones de consumo, cantidad de recaídas y los períodos de tiempo entre recaídas, tiempo de abstinencia o sobriedad entre otros datos importantes presentes en la población dependiente.
- Involucrar a la familia de la persona dependiente, dentro del proceso de rehabilitación en los centros de tratamiento.
- Ampliar las investigaciones en universidades y centros de tratamiento, relacionadas con las recaídas de la población dependiente a las sustancias psicoactivas, ya que son pocos los estudios recientes sobre este tema.

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA

1. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONODC). Informe mundial sobre las drogas 2014. Ginebra, Suiza: Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONODC); p. 10.
2. Sanvisens A, Rivas I, Faure E, Muñoz T, Rubio M, Fuster D, et al. Características de los pacientes adictos a la heroína admitidos en un programa de tratamiento con metadona. *Med Clínica*. enero de 2014;142(2):53–8.
3. Grau-López L. Factores predictores de recaída en pacientes adictos y la importancia de la evaluación y tratamiento del insomnio para mantener la abstinencia [Internet]. [Barcelona, España]: Universidad Autónoma de Barcelona; 2014.
4. Pedroncini Y. Estilos parenterales percibidos en adictos en proceso de recuperación y su relación con el apoyo social. [Buenos Aires, Argentina]: Universidad Abierta Interamericana; 2015.
5. CONADIC, Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes 2014: Reporte de Drogas. México: Comisión Nacional Contra las Adicciones (CONADIC), Secretaría de Salud; 2015 p. 309. Reporte No.: Primera edición.
6. Rojas G. Factores biopsicosociales asociados a recaídas en pacientes drogodependientes que asisten a la unidad de adicciones (U.D.A) hospital docente de atención psicosocial José Dolores Fletes Valle, Managua, primer trimestre del año 2015. [León, Nicaragua]: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua; 2015.

7. Cruz JE, Gaino LV, de Souza J. Características clínico y sociodemográficas de los pacientes de un centro de rehabilitación para las adicciones. *Rev Gaúcha Enferm.* 2016;37(2).
8. Moreno N, Palomar J. Factores familiares y psicosociales asociados al consumo de drogas en adolescentes. *Interam J Psychol.* 2017;51(2):141–51.
9. Comisión Nacional Antidrogas (CNA), República de El Salvador. Informe Nacional sobre la situación de las drogas en El Salvador, 2017. El Salvador: Comisión Nacional Antidrogas (CNA); 2017, p. 65.
10. Mendieta A. Percepción que expresan tener los consumidores problemáticos de sustancias psicoactivas acerca de los factores que inciden en su recaída durante el proceso de tratamiento. *Rev Urug Enferm.* 2017;12(2):64.
11. Casquete G, Rodríguez K. Consecuencias materno perinatales y determinantes psicosociales por el uso de sustancias psicoactivas en embarazadas primigestas de 15 a 19 años atendidas en el Hospital Matilde Hidalgo de Procel. [Guayaquil, Ecuador]: Universidad de Guayaquil; 2018.
12. *National Institute on Drug Abuse (NIDA)*. Las drogas, el cerebro y la conducta: la ciencia de la adicción [Internet]; 2018 [citado el 23 de octubre de 2019]. Disponible en: <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/las-drogas-el-cerebro-y-el-comportamiento-la-ciencia-de-la-adiccion/prefacio>

13. *National Institute on Drug Abuse*. Cues give clues in relapse prevention [Internet]. 2019 [citado el 23 de octubre de 2019]. Disponible en: <https://www.drugabuse.gov/news-events/latest-science/cues-give-clues-in-relapse-prevention>
14. CONADIC, Secretaría de Salud. Informe sobre la situación del consumo de drogas en México y su atención integral 2019. Ciudad de México: Comisión Nacional Contra las Adicciones (CONADIC), Secretaría de Salud; 2019.
15. Lino M, Reyes D. Análisis de factores emocionales que inciden en las recaídas en adolescentes de 15 a 17 años consumidores de sustancias psicoactivas. [Guayaquil, Ecuador]: Universidad de Guayaquil; 2019.
16. Ministerio de Salud, Gobierno de Costa Rica. Política Nacional de Salud Mental 2012-2021. 2012 p. 139.
17. Ministerio de Salud, Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA). Política del sector salud para el tratamiento de la persona con problemas derivados del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en Costa Rica. 2012 p. 93.
18. Blanco T, Jiménez S. Factores de riesgo que influyen en la recaída de consumo de drogas lícitas e ilícitas en adolescentes atendidos en el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. 2015;34(2):147–57.
19. Caravaca J, Noh S, Hamilton H, Brands B, Gastaldo D, Miotto M. Factores socioculturales y consumo de drogas entre estudiantes universitarios costarricenses. *Texto Contexto Enferm*. 2015;24:145–53.

20. Ministerio de Educación Pública (MEP). Protocolo de actuación en situaciones de hallazgo, tenencia, consumo y tráfico de drogas. ALTERCOM; 2016.
21. Instituto Costarricense sobre Drogas (ICD). Informe de situación nacional sobre drogas y actividades conexas. Costa Rica 2016. San José, Costa Rica: Gobierno de Costa Rica; 2017 [citado el 20 de noviembre de 2019] p. 159.
22. Ministerio de Salud, Gobierno de Costa Rica. Estrategia Nacional para el abordaje integral y la reducción del consumo de sustancias psicoactivas con enfoque de Salud Pública 2016-2021. 41386-S ago, 2018 p. 100.
23. República de Costa Rica. Ley sobre estupefacientes, sustancias psicotrópicas, drogas de uso no autorizado, actividades conexas, legitimación de capitales y financiamiento al terrorismo. 8204 2001 p. 88.
24. Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA). V Encuesta Nacional sobre consumo de sustancias psicoactivas en población de educación secundaria, 2018. San José, Costa Rica: Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia; 2019, p. 80.
25. Mendoza Y, Vargas K. Factores psicosociales asociados al consumo y adicción a sustancias psicoactivas. Rev Psicol Iztacala. marzo de 2017;20(1):29.
26. Monzón L. La cocaína en los trastornos de personalidad de tipo B. [Madrid, España]: Universidad Pontificia Comillas; 2018
27. Castilla P. La prevención de recaídas en drogodependencias desde el modelo de Marlatt. Trab Soc Hoy. 1Cuatr de 2016;(77):109–33.

28. Chicharro R. Factores psicosociales relevantes en pacientes en tratamiento por conductas adictivas. [España]: Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED); 2015
29. García R, Alonso M. Evaluación en programas de prevención de recaída: adaptación española del Inventario de Habilidades de Afrontamiento (CBI) de Litman en dependientes del alcohol. *Adicciones*. 2002;14(4):455–63.
30. Amarís M, Madariaga C, Valle M, Zambrano J. Estrategías de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. *Redalyc*. 2013;30(1):123–45.
31. Irwin Jr. CE, Igra V, Eyre S, Millstein S. *Risk-taking behavior in adolescents: the paradigm*. *Ann N Y Acad Sci*. 1997;817(1):1–35.
32. Cuji W, Tixi J. Factores asociados a recaídas de alcohólicos rehabilitados que concurren a grupos de apoyo. [Cuenca, Ecuador]: Universidad de Cuenca; 2015.
33. Aprovat. Drogas, emoción al límite. *Clínica Aprovat*. agosto de 2014;2.
34. Piqueras JA, Ramos V, Martínez AE, Oblitas LA. Emociones negativas y salud. *Av Psicol*. 2010;18(1):25.
35. Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA). Las drogas y sus efectos. Proceso de investigación presentado en; 2015.
36. Bilbao F. Manual de drogas y factores de riesgo Droyfar. Palibrio; 2014. 109 p.
37. Jiménez F, IAFA. Síndromes de intoxicación y abstinencia a drogas psicoactivas. San José, Costa Rica: IAFA; sf. 129 p.

38. Regadera B. La recaída en el consumo de alcohol y sustancias: un tratamiento alternativo desde la perspectiva de mindfulness. 2015;17.
39. Ruiz L. El Modelo de prevención de recaídas de Marlatt y Gordon. 2019
40. Marlatt G. A, Witkiewitz K. *Therapist's guide to evidence-based relapse prevention*. Burlington, MA, USA: Elsevier Inc.; 2007. 377 p.
41. Garzón D. Consumo de drogas en adolescentes, factores de riesgo relacionados con recaídas. Hospital Teodoro Maldonado Carbo, 2017. [Guayaquil, Ecuador]: Universidad de Guayaquil; 2017.
42. Lucero G, Miranda B. Prevención de recaídas ante el consumo de drogas con adolescentes que reciben tratamiento residencial. [Guayaquil, Ecuador]: Universidad de Guayaquil; 2019.
43. Vásquez M. Factores afectivos en la reincidencia del consumo de drogas en individuos que han recibido tratamiento de rehabilitación en COTENUVI, Cantón Salinas, Provincia de Santa Elena, 2014-2015. [La Libertad, Ecuador]: Universidad Estatal Península de Santa Elena; 2015.
44. Alvarado S. La recaída en el proceso de recuperación de la adicción [Internet]. Adicciones. sf [citado el 31 de enero de 2020]. Disponible en: <http://www.adicciones.org/recuperacion/recaida.html>
45. Hernández L. Proceso de recaída en usuarios que reciben tratamiento de rehabilitación en adicciones. [México]: Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas; 2019

46. Gorstá T, Miller M. Sobriedad (*Staying Sober*). 1era. Jarero Internacional, SA de C.V.; 1994. 204 p.
47. Rung O, Ćwiekala-Lewis K, Scarcello M. *Model of the structure of nursing knowledge for Research and Practice*. Pol Nurs. el 20 de diciembre de 2016;62(4):557–61.
48. Icart MT. La evidencia científica. Estrategia para la práctica enfermera. Rev ROL Enf. 1999;22(3):184–90.
49. Molina A, González J, Montero F, Gómez J. La complejidad de la coordinación social y sanitaria en las adicciones y el papel de la enfermera. Enferm Clínica. febrero de 2016;26(1):68–75.
50. Neuman Systems Model [Internet]. *Neuman Systems Model*. [citado el 20 de abril de 2020]. Disponible en: <https://www.neumansystemsmodel.org>
51. Hernández-Sampieri R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación [Internet]. México: McGraw-Hill : Interamericana; 1991
52. Organización Mundial de la Salud (OMS). Glosario de términos de alcohol y drogas [Internet]. Madrid, España: OMS; 1994. 66 p.

GLOSARIO Y ABREVIATURAS

GLOSARIO

Abstinencia: Privación del consumo de drogas, por un tiempo determinado. OMS⁽⁵²⁾

Adicción: Hábito de consumo repetitivo de una o varias sustancias psicoactivas.⁽⁵²⁾ Es una enfermedad crónica con factores genéticos, psicosociales, y ambientales que influyen en su desarrollo y manifestaciones.

Dependencia: Necesidad de consumir dosis repetidas de la droga para sentirse bien. La persona presenta un deterioro del control sobre el consumo de la sustancia psicoactiva⁽⁵²⁾

Factores psicosociales: Son aquellas interacciones entre la persona, su familia y el entorno social que le rodea, y las capacidades psicológicas, sociales, sus necesidades y su cultura.

Persona adicta o dependiente: es aquella persona que depende del consumo compulsivo de las drogas y no es capaz por sus propios medios de controlar o abandonar su adicción.

Proceso de recaída: Es todo el proceso que va desde la abstinencia sostenida hasta la adicción activa, donde se observan regresiones a los antiguos patrones de comportamiento.

Recaída: Es restablecimiento del patrón de consumo habitual del individuo tras un periodo de abstinencia.⁽⁵²⁾

Sustancia psicoactiva: Es aquella que altera el funcionamiento normal del sistema nervioso central, modifica el pensamiento y el estado de ánimo de la persona y tiene la capacidad de producir dependencia física y psicológica.

ABREVIATURAS

CCSS: Caja Costarricense del Seguro Social

CNA: Comisión Nacional Antidrogas (El Salvador)

CICAD: Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas

CONADIC: Comisión Nacional Contra las Adicciones (México)

EBE: Enfermería Basada en la Evidencia.

HNP: Hospital Nacional Psiquiátrico

IAFA: Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia

ICD: Instituto Costarricense sobre Drogas

MEP: Ministerio de Educación Pública

MS: Ministerio de Salud

NIDA: *National Institute on Drug Abuse*

OMS: Organización Mundial de la Salud

ONG: Organizaciones No Gubernamentales

SPA: Sustancia Psicoactiva

ANEXOS

Anexo 1. Agradecimiento

Agradezco a Dios en primer lugar por darme la oportunidad de cumplir mi sueño de servir como enfermera.

De todo corazón agradezco a toda mi familia, en especial a mi esposo Eric por su apoyo incondicional y a mis hermosos hijos Matthew y Megan quienes me inspiran cada día a ser mejor.

Agradezco a los profesores David Guadamuz y Carlos Eduardo López, por su guía a través de mi formación profesional.

Finalmente, le doy gracias a mis amigas y hermanas de oración María Ramos, Rocío, Cinthya y Nury por su inseparable compañía y apoyo en este proceso de mi vida.

Shirley Araya A.

Anexo 2. Declaración jurada

DECLARACIÓN JURADA

Yo Shirley Araya Araya, cédula de identidad número 2-0486-0207, en condición de egresada de la carrera de Licenciatura en Enfermería, de la Universidad Hispanoamericana, y advertida de las penas con las que la ley castiga el falso testimonio y el perjurio, declaro bajo la fe del juramento que dejo rendido en este acto, que mi trabajo de graduación, para optar por el título de Licenciada en Enfermería, titulado “Factores psicosociales que influyen en la recaída de las personas dependientes a sustancias psicoactivas. Revisión sistemática en países hispanoamericanos del 2014-2018” es una obra original y para su realización he respetado todo lo por las Leyes Penales, así como la Ley de Derechos de Autor y Derechos Conexos, número 6683 del 14 de octubre de 1982 y sus reformas, publicada en la Gaceta número 226 del 25 de noviembre de 1982; especialmente el numeral 70 de dicha ley en el que se establece: “Es permitido citar a un autor, transcribiendo los pasajes pertinentes siempre que estos no sean tantos y seguidos, que puedan considerarse como una producción simulada y sustancial, que redunde en perjuicio del autor de la obra original”. Asimismo, que conozco y acepto que la Universidad se reserva el derecho de protocolizar este documento ante Notario Público. Firmo, en fe de lo anterior, en la ciudad de San José el día miércoles 15 de enero de 2020.



FIRMA Y NOMBRE COMPLETO

Anexo 3. Carta de aprobación del tutor

CARTA DE LA TUTORA

San José, 28 de abril, 2020.

Máster Vanessa Aguilar Zeledón
Directora Carrera Enfermería
Universidad Hispanoamericana

Estimada señora:

La estudiante, **SHIRLEY ARAYA ARAYA**, cédula **2-0486-0207** me ha presentado, para efectos de revisión y aprobación, el trabajo de investigación denominado: **"FACTORES PSICOSOCIALES QUE INFLUYEN EN LA RECAÍDA DE LAS PERSONAS DEPENDIENTES A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS. REVISIÓN SISTEMÁTICA EN PAISES HISPANOAMERICANOS DEL 2014-2018"**, el cual ha elaborado para optar por el grado académico de Licenciatura en Enfermería.

En mi calidad de tutora, he verificado que se han hecho las correcciones indicadas durante el proceso de tutoría y he evaluado los aspectos relativos a la elaboración del problema, objetivos, justificación; antecedentes, marco teórico, marco metodológico, tabulación, análisis de datos; conclusiones y recomendaciones.

De los resultados obtenidos por el postulante, se obtiene la siguiente calificación:

a)	ORIGINAL DEL TEMA	10%	9
b)	CUMPLIMIENTO DE ENTREGA DE AVANCES	20%	18
c)	COHERENCIA ENTRE LOS OBJETIVOS, LOS INSTRUMENTOS APLICADOS Y LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACION	30%	25
d)	RELEVANCIA DE LAS CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	20%	18
e)	CALIDAD, DETALLE DEL MARCO TEORICO	20%	18
	TOTAL		88

En virtud de la calificación obtenida, se avala el traslado al proceso de lectura.

Atentamente, MARIA MARCELA CASTRO
MENDEZ (FIRMA)
Fecha: 2020.04.08
20:24:34 -00'00'

MSc. Marcela Castro Méndez
Cédula identidad 1-1034-0377
Carné Colegio Profesional E-4705

Anexo 4. Carta de aprobación del lector

CARTA DE LA LECTORA

San José, 06 de junio 2020

Máster Vanessa Aguilar Zeledón
Directora Carrera Enfermería
Universidad Hispanoamericana

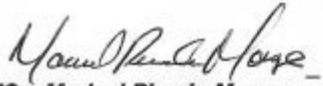
Estimada señora:

La estudiante **Shirley Araya Araya**, cédula 2-0486-0207, me ha presentado, para efectos de revisión y aprobación, el trabajo de investigación denominado: **"FACTORES PSICOSOCIALES QUE INFLUYEN EN LA RECAÍDA DE LAS PERSONAS DEPENDIENTES A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS. REVISIÓN SISTEMÁTICA EN PAISES HISPANOAMERICANOS DEL 2014-2018"**, el cual ha elaborado para optar por el grado académico de Licenciatura en Enfermería.

En mi calidad de lectora, he verificado que se han hecho las correcciones indicadas durante el proceso de lectoría y he evaluado los aspectos relativos a la elaboración del problema, objetivos, justificación; antecedentes, marco teórico, marco metodológico, tabulación, análisis de datos; conclusiones y recomendaciones.

Por consiguiente, se avala el traslado al proceso de defensa.

Atentamente,


MSc. Marisel Picado Monge
Cédula identidad 3-0408-0459
Carné Colegio Profesional E-12171

BIBLIOTECA UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA

**CARTA DE AUTORIZACIÓN DE LOS AUTORES PARA LA CONSULTA, LA
REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL Y PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA
DE LOS TRABAJOS FINALES DE GRADUACIÓN**

San José, 25 de junio de 2020


Señores
Universidad
Centro de Información Tecnológico (CENIT)

Estimados Señores:

La suscrita SHIRLEY ARAYA ARAYA con número de identificación 2-0486-0207 autora del trabajo de graduación titulado FACTORES PSICOSOCIALES QUE INFLUYEN EN LA RECAÍDA DE LAS PERSONAS DEPENDIENTES A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS. REVISIÓN SISTEMÁTICA EN PAÍSES HISPANOAMERICANOS DEL 2014-2018, como requisito para optar por el grado de LICENCIATURA EN ENFERMERÍA; Si autorizo a la Biblioteca de la Universidad Hispanoamericana para que con fines académicos, muestre a la comunidad universitaria la producción intelectual contenida en este documento.

De conformidad con lo establecido en la Ley sobre Derechos de Autor y Derechos Conexos N° 6683, Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica.

Cordialmente,


2486207
Firma y Cédula de Identidad