



Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua – León  
Facultad de Ciencias Médicas  
Centro de Investigación en Demografía y Salud  
"2012, Año del Bicentenario y Refundación"



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA  
UNAN-LEÓN  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
CENTRO DE INVESTIGACIÓN EN DEMOGRAFÍA Y SALUD  
CENTRO PARA LAS ADICCIONES Y SALUD MENTAL. CAMH



**Tesis para optar al Título de:  
Máster en Salud Mental y Adicciones.**

Niveles de calidad de vida y determinantes de las recaídas en pacientes consumidores de sustancias psicoactivas en centros de rehabilitación de Managua, Agosto-Octubre, 2013.

**Autor.** Lic. Perla Indira Zeledón Zeledón

**Tutor:** Dra. Claudia Obando

León, Nicaragua.  
Noviembre, 2013.

*!!!! A la Libertad... Por la Universidad!!!!*



## INDICE

I.	INTRODUCCION -----	1
II.	ANTECEDENTES -----	5
III.	PROBLEMA DE INVESTIGACION -----	9
IV.	OBJETIVOS -----	10
V.	JUSTIFICACION -----	11
VI.	MARCO TEORICO -----	12
VII.	DISEÑO METODOLOGICO -----	24
VIII.	RESULTADOS -----	29
IX.	DISCUSION -----	38
X.	CONCLUSIONES -----	43
XI.	RECOMENDACIONES -----	46
XII.	BIBLIOGRAFIA -----	47
XIII.	ANEXOS -----	50



## DEDICATORIA

Dedico este estudio a:

- Dios por darme la sabiduría, la fortaleza y las ganas de salir adelante siempre y por darme el gran entusiasmo que mantuve durante todo el proceso mientras realice mi investigación.
- A mi esposo Melvin Matus, quien me apoyó de manera moral, económica y en la recolección de la información para que la pudiera obtener en tiempo y forma, además de su paciencia y esmero, dándome ánimo en los momentos que creía fracasar.
- A mi hijo Melvin Miguel Matus, por ser mi inspiración, quien me llena cada día para poder seguir cumpliendo mis metas y mis deseos de superación.
- A mis maestros quienes nos enseñaron de manera eficaz durante todo el proceso que llevo la maestría en Salud Mental y Adicciones, en especial al Dr. Andrés Herrera por darme la oportunidad de poder estar en la Maestría y por confiar en mi, para realizar este entrenamiento.
- A quienes leyeron este proyecto y confiaron en el: Tutor, Dra. Claudia Obando Medina y arbitro Dra. Lucrecia Palma, gracias por haber aprobado el estudio y confiar en mi, por apoyarme a escribir y poder concluir este proyecto, además de todas las recomendaciones brindadas para que este pudiese tener un mejor fin, infinitas gracias.



## AGRADECIMIENTO

- A los centros de rehabilitación de Managua: Cenicsol, Amar, Remar (Cofradía-Tipitapa) y Centro CARA, a sus directores, por darme la oportunidad de poder realizar este trabajo con ellos y en especial a los jóvenes que en los centros se encuentran por la oportunidad que me brindaron de poder abrir sus corazones conmigo, sé que es algo duro y lo cual es muy difícil compartirlo así de buenas a primeras con un extraño, sin embargo me dieron toda su confianza y muchísimas gracias por ello, ahora llego a una conclusión y a poder finalizar este pequeño ejercicio.
- Agradezco también al Centro Remar de León, por darme la oportunidad de realizar mi prueba piloto con los jóvenes de su centro, lo cual fué de mucha ayuda para poder dar inicio a la recolección de información y poder así mejorar el instrumento.
- Gracias a mis amigos: Karla Quiroz (por el tiempo que dedicaste a ayudarme a transcribir y por tus palabras alentadoras siempre), Ever Téllez gracias por tu paciencia y esmero en la ayuda incondicional con la realización de mi base de datos y aclararme siempre alguna duda que tenía con respecto a mis resultados, también por su gran apoyo siempre motivándome a seguir adelante con mi estudio, Magda Esther y Johanita gracias.

Gracias a todos ya que a ustedes les debo esto, por su apoyo incondicional.



## RESUMEN

El presente estudio sobre Calidad de vida y determinantes de las recaídas su propósito; Determinar los niveles de calidad de vida y determinantes de las recaídas explorando sus razones, en pacientes consumidores de sustancias psicoactivas de cuatro centros de rehabilitación de Managua (AMAR, REMAR, CENICSOL, CARA).

Es un estudio cuali-cuantitativo, con una población de 40 pacientes reincidentes y con tratamiento vigente, con edades entre 15 y 35 años de edad.

Se concluye que; la mayoría de los participantes eran del Centro Remar seguido por Cenicsol, y con edades de 30 a más, con una escolaridad de Secundaria incompleta, profesan una religión católica, con un bajo nivel de calidad de vida.

En relación a los determinantes de las recaídas, la mayor parte coincidió que el estado emocional negativo, seguido de ceder a las tentaciones, conflictos con la familia, la presión social y los conflictos con personas no familiares, inciden en las recaídas.

Se recomienda a las autoridades de los centros de rehabilitación; lograr la estabilidad del paciente y su familia, llevar a cabo el plan de abordaje de desintoxicación facilitando su integración, reinserción social, así como mejorar la calidad de vida, mantener un seguimiento y refuerzos para evitar la recaída, constituir la unidad en la que el usuario acaba el proceso de adaptación socio-familiar y laboral.

Es muy necesario incorporar la Calidad de vida en el ámbito de la intervención psicosocial y en especial del comportamiento adictivo de estos jóvenes.

**Palabras claves:** Calidad de vida, recaídas, adicto, pacientes, reincidentes.



## INTRODUCCION

La Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD) estima que unos 205 millones de personas consumen algún tipo de sustancia ilícita. La más común es el cannabis, seguido de las anfetaminas, la cocaína y los opioides. La utilización de sustancias ilícitas es más común entre los hombres que entre las mujeres, mucho más aún que el hábito de fumar cigarrillos y el consumo de alcohol. El consumo de sustancias también es más prevalente entre los jóvenes que en los grupos de más edad. Los datos de la ONUDD muestran que un 2,5% del total de la población mundial y un 3,5% de las personas de 15 o más años consumieron cannabis por lo menos en uno de los años 1998 a 2001. (Normativa 089, 2012).

Nuestra sociedad avanza muy rápidamente en muchos aspectos. La forma en la que se consumen drogas también. Los métodos para tratar a las personas que padecen problemas derivados del consumo de drogas también han evolucionado. El perfil de los pacientes adictos también ha cambiado en los últimos años. El consumidor de drogas marginal y con un largo historial de poli consumo ya no es mayoritario. Los pacientes presentan perfiles variados y a menudo una de las exigencias que realizan es la de que se les ofrezca una atención rápida y eficaz. No obstante, esta demanda no siempre puede ofrecérselos, bien por su situación clínica, bien por el exceso de demanda asistencial. En cualquier caso, habrá un grupo de pacientes en los que una intervención breve pueda ser adecuada.(Normativa 089, 2012).

Las intervenciones breves en consumidores de drogas pueden definirse como aquellas prácticas destinadas a investigar un problema potencial y motivar a un individuo a comenzar a hacer algo sobre el abuso de sustancias. La meta final es la de reducir el daño que puede resultar del uso continuado de sustancias. Difiere de la terapia a largo plazo en que el foco se sitúa sobre el presente, enfatiza el uso de herramientas terapéuticas en un tiempo más corto y enfoca un cambio de comportamiento más específico, en lugar de un cambio a gran escala o más profundo. Kristen, B.1999.



La investigación sobre la calidad de vida esta experimentando un notable crecimiento en el ámbito de las drogodependencias, sobre la percepción de la salud física, psicológica y social, de las personas a diferencia de las otras medidas, como las escalas diagnosticas, los índices de estado de salud basados en la presencia/ausencia de síntomas o escalas de la severidad sintomática(Lozano, Rojas, Bilbao I. 2008).

Sus aplicaciones son variadas y se utilizan en estudios de efectividad en la toma de decisiones clínicas, la monitorización de la salud, en relación a las drogodependencias la calidad de vida juega un papel muy importante en la evaluación de programas de reducción del daño, estos se basan en buscar minimizar los daños físicos, psicológicos y sociales que origina el consumo de sustancias psicoactivas.(Lozano, O Rojas, A. Pérez C, González Saiz F, Bilbao I. 2008).

El cambio observado en la CV es un indicador del impacto que estas estrategias tienen sobre la vida diaria de los pacientes, complementando a los denominados criterios duros, como son la disminución del consumo, la reducción de la criminalidad o la reducción de la morbimortalidad. También se ha usado para comparar la CV de diferentes consumidores de drogas, con la población consumidora o para estudiar su relación con variables implicadas en el desarrollo de la dependencia de tratamiento. (Lozano, O Rojas, A. Pérez C, González Saiz F, Bilbao I. 2008).

En el ámbito de la drogodependencia la calidad de vida juega un importante papel en la evaluación de los programas de reducción de daño, estos programas alcanzan a población consumidora de drogas con una gran problemática social y sanitaria y se basan en estrategias que buscan minimizar los daños físicos de drogas (Muñoz, Navas, Graña, y Martínez 2006, Secades y Fernández 2001).



En las adicciones, la recaída es un proceso, una cadena sucesiva de conductas, emociones, actitudes y sucesos que se inician un cierto tiempo antes de que el paciente comience de nuevo con el consumo de sustancias y se refiere que es difícil encontrar el punto exacto donde realmente empieza la recaída, pero generalmente un cambio o factor estresante importante, tanto positivo como negativo, es el que desencadena el inicio del proceso. (Gurin, Veroff y Feld, 1960).

Las tasas de recaídas de los adictos a sustancias siguen siendo altas, sobre todo en aquellos casos que solicitan dejar el tratamiento hospitalario, a partir de una falsa sensación de seguridad, habiendo permanecido temporalmente aislados de factores desencadenantes y estresantes y sin un programa estructurado de prevención de recaídas. (Gurin, Veroff y Feld, 1960).

Es ampliamente aceptado, en estos momentos, que las recaídas pueden ocurrir y ocurren, y que es posible que su aparición pueda minimizarse o evitarse, algunas veces completamente. Nadie conoce exactamente el porcentaje de adictos que se recuperan con éxito, sin recaídas. (Gurin, Veroff y Feld, 1960).

En Nicaragua veinte y tres centros de atención a personas con adicciones han funcionado históricamente, basados en un espíritu altruista y como acción humanitaria a fin de proveer asistencia con refugio, alimentación, psicoterapia eventualmente con fármaco terapia. (Normativa 089, 2012).

El funcionamiento de dichos centros se ha hecho sin supervisión del ICAD, ni control del MINSA, de tal manera que la conformidad de las actuaciones en salud respecto a los estándares mínimos de habilitación de tales centros, no ha sido evaluada, por lo que a estas alturas no es posible determinar si existe concordancia o no con lo establecido internacionalmente o con la normalización que el MINSA, paulatinamente ha ido consolidando para regular el sector salud.



Programa de Salud Mental en Nicaragua tiene como objetivo promover conocimientos, actitudes y hábitos saludables en las personas, la familia y la comunidad. Para su atención cuenta con una Red de Salud Mental, conformada por unidades o equipo multidisciplinarios cuyo objetivo principal además de complementar las acciones del primer nivel de atención, es realizar diagnóstico, evaluación y tratamiento de los diferentes problemas de Salud Mental.(Normativa 089, 2012).



## ANTECEDENTES

A lo largo de la década de los 60, el concepto de calidad de vida se fué vinculando a una noción que incorpora medidas psicosociales de la realidad, las que inicialmente se denominaron “subjetiva”: percepciones y evaluaciones sociales relacionadas con las condiciones de vida de las personas, y que pueden incluir aspectos tan delicados de medir como son los sentimientos de felicidad, satisfacción, etc. (Gurin, Veroff y Feld, 1960)

Gurin, Veroff y Feld (1960) desarrollaron en aquel entonces un estudio epidemiológico sobre salud mental que tuvo importantes repercusiones: al explorar el estrés psicológico, introdujeron cuestiones sobre la felicidad autoatribuida. Sus resultados dieron pie a los famosos trabajos de Bradburn y Caplovitz (1965) iniciados en 1961, y que consolidaron la denominada «aproximación felicidad» al estudio de la calidad de vida. Estos trabajos dieron como resultado la construcción de una de las más conocidas escalas para el estudio del bienestar psicológico, la ABS (Affect Balance Scale. Bradburn, 1969).

La segunda orientación que origino el estudio de la calidad de vida en esta época, fue la denominada “aproximación satisfacción” que tiene su base en los trabajos de Cantril (1965). Este autor mantuvo que las personas comparan la percepción de su situación presente con la vida a la que aspiran. La diferencia entre estas percepciones y estas aspiraciones es lo que da lugar a una medida de satisfacción insatisfacción, que puede ser asumida como indicador de bienestar psicológico. Dicha diferencia, este autor propuso medirla con su escala SASS (Self- Anchoring Striving Scale).

Stoeckeler y Gage (1988), en un estudio de calidad de vida en Minnesota, identificaron varios de los mismos como los principales contribuyentes a la evaluación global de la calidad de vida. Estos dominios fueron: vida marital y familiar, amigos, familia extensa, educación, tiempo, religión, empleo, bienestar económico, vecindario y comunidad. En este



trabajo se añadieron dos estudios de particular interés: salud e impacto de los medios masivos de comunicación sobre calidad de vida. Iraurgi (1999) estudió las propiedades psicométricas de la escala de calidad de vida relacionada con la salud, siguiendo dos versiones del Medical Outcomes Study (MOS). La muestra estuvo formada por todos los usuarios del Programa de metadona del módulo de asistencia psicosocial de Rekalde. La estructura factorial fue sometida a un análisis de componentes principales. Los resultados muestran que la versión del cuestionario utilizado en este estudio reproduce en buena medida la estructura propuesta por los autores para sujetos con VIH/SIDA. (Iraurgi, 1999)

Iraurgi, Casas, Celorio y Diaz-Sanz (1999) estudiaron la calidad de vida relacionada con la salud en un programa de mantenimiento con metadona (PMM), el estudio fue descriptivo de corte transversal, su muestra fue de 40 sujetos dependientes a opiáceos que iniciaron un PMM en un centro de salud, fueron evaluados en las áreas siguientes: calidad de vida relacionada con la salud, bienestar psicológico, estrés, sintomatología y problemas relacionados con el ámbito toxicológico. Los resultados que obtuvieron en cuanto al nivel de calidad de vida es relativamente aceptable, con altas puntuaciones en aspectos emocionales (ansiedad – estrés) y una mala percepción de la salud. Por otro lado, refieren que la calidad de vida estaría íntimamente relacionada con el nivel de sintomatología que presente el sujeto, y en menor medida con la seropositividad a VIH o los años de consumo. (Iraurgi, 1999).

Desde una perspectiva interactiva, Carpio (2000), ha planteado un modelo que explica la calidad de vida no como las condiciones materiales o las condiciones de salud biológica de un individuo, sino como la resultante funcional de las condiciones biológicas, socioculturales y psicológicas de los individuos, donde las historias individuales son diferentes, los estilos interactivos donde las historias en conjunto dan formas de ajuste diferentes a las situaciones cotidianas que se le plantean a los individuos, generando alteración de los estados biológicos, cambio psicológico y alteración de las circunstancias sociales. Las competencias vinculadas con la calidad de vida según Carpio (2000) son la



prevención de la enfermedad, adherencia a tratamientos, prevención de accidentes, protección de ambientes físicos, preservación de ambientes sociales, etc.

Las recaídas pueden ocurrir y ocurren, y que es posible que su aparición pueda minimizarse o evitarse, algunas veces completamente. Es difícil conocer con exactitud el porcentaje de adictos a la cocaína que se recuperan con éxito, sin recaídas. Las recaídas seguirán siendo lo que contribuya de forma más importante a un innecesario abandono, al fracaso del tratamiento, a la frustración del paciente y de sus familias y a la sensación de agotamiento de los terapeutas. La recaída es una señal donde sus esfuerzos para recuperarse son incompletos, y de que algunos aspectos de su plan para conseguir la abstinencia necesitan ser revisados y corregidos. (Graham, 1999).

Ruiz de Apocada, Martínez, Gutiérrez, Pérez de Arenaza y Landabaso (1994) estudiaron la calidad de vida y autopercepción de salud en adictos a heroína en tratamiento con metadona, en 64 sujetos y 45 familiares desde enero de 1992 hasta mayo de 1993. Este estudio lo dirige como la vida diaria y como el apoyo químico con metadona fue asociado con cambios en las actividades y calidad de vida, tanto percibidas en los pacientes como sentidas por sus familiares. Establecieron unas medidas de bienestar general, estado de salud percibido y calidad de vida para valorar dichos cambios. Encontraron sustanciales cambios en dirección positiva (bienestar general, en las actividades diarias, ambiente general en casa, etc) en los primeros seis meses de tratamiento, que aumentan ligeramente en los posteriores meses de tratamiento y que se mantuvieron en el tiempo, también investigaron la calidad de vida relacionada con la salud de 49 heroínómanos que llevaban 4 años de tratamiento en un Programa de Mantenimiento con Metadona PMM en Austria. Hallaron que los pacientes mostraron una calidad de vida moderada, peor en las escalas del componente mental que en las del componente físico la calidad se correlaciona de forma inversa con la gravedad de la adicción.



En el tratamiento de las conductas adictivas, los procesos de recaída de los pacientes ya desintoxicados constituyen un reto asistencial continuo e ineludible debido a la elevada frecuencia con que se presentan. (Trujols, Tejero y Casas, 1996).

Asimismo señalan la relevancia del impacto psicológico que las recaídas en los hábitos tóxicos generan en el curso del trastorno por dependencia del paciente adicto, en los terapéutas y en la propia dinámica asistencial.(Trujols, Tejero y Casas,1996).

Wasserman (1998), realizó un estudio para investigar los factores predictores que predicen un período de uso de heroína en 74 pacientes en un tratamiento de abstinencia de heroína basado en la metadona. Luego de preparar una línea de base los participantes fueron evaluados 2 veces por semana durante 7 semanas y una nueva línea de base fue tomada después de 6 meses. El análisis de regresión logística fue utilizado para investigar los efectos de los predictores sobre el uso de heroína; una abstinencia total de heroína consistentemente predijo un bajo riesgo a un período de uso, mientras que el uso de marihuana estuvo asociado con un mayor riesgo. Las variables de estrés no fueron predictores.

Según Prochaska y Di Clemente, 2013, refieren que existen tres situaciones de alto riesgo en las recaídas como son: Estados emocionales negativos (35% de las recaídas), Conflictos interpersonales (actual o relativamente reciente, matrimonio, amistad, relaciones de trabajo, etc.) (16% de las recaídas), Presión social (20% de las recaídas)



## **PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

Gurin, Veroff y Feld (1960), refieren que en el manejo de las adicciones, la recaída, es un proceso, una cadena sucesiva de conductas, emociones, actitudes y sucesos que se inician un cierto tiempo antes de que el paciente comience de nuevo con el consumo de sustancias. Asimismo, refiere que es difícil encontrar el punto exacto donde realmente empieza la recaída, pero generalmente un cambio o factor estresante importante, tanto positivo como negativo, es el que desencadena el inicio del proceso.

Es por ello que la calidad de vida debe incorporarse decididamente en el ámbito de la intervención psicosocial y en especial del comportamiento adictivo por su condición de crítico problema de salud pública y el rol que tendría en la rehabilitación del adicto.

Por lo antes mencionado es que se propone la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son los niveles de calidad de vida y los determinantes de las Recaídas en pacientes consumidores de sustancias psicoactivas en cuatro centros de rehabilitación de Managua?



## **OBJETIVOS**

### **GENERAL**

Determinar los niveles de calidad de vida y determinantes de las recaídas explorando sus razones en pacientes consumidores de sustancias psicoactivas en centros de rehabilitación de Managua.

### **ESPECÍFICOS**

- 1) Caracterizar socio demográficamente a la población en estudio.
- 2) Identificar los niveles de calidad de vida en pacientes consumidores de sustancias.
- 3) Identificar las determinantes de las recaídas en pacientes consumidores de sustancias psicoactivas.
- 4) Explorar las principales razones que han incidido en las recaídas en pacientes en proceso de rehabilitación.
- 5) Indagar sobre como la calidad de vida influye en las recaídas de los pacientes consumidores de sustancias psicoactivas.



## JUSTIFICACIÓN

La alta tasa de recaídas continúa siendo uno de los problemas de Salud Pública más importantes en el tratamiento de la adicción a las drogas por ello la calidad de vida debe incorporarse en la intervención psicosocial y de comportamiento adictivo por su condición de crítico problema de salud pública y el rol que tendría en la rehabilitación del individuo adicto. (Sevilla, 1997).

Uno de los papeles en los que más influyen en los centros de rehabilitación para el mejoramiento de la calidad de vida debe ser el área psicosocial, mediante terapias individuales, familiares, de pareja y grupos. Además son necesarios componentes de autoayuda para conseguir cambios espirituales en la vida de la persona enferma, las terapias de autoayuda para conseguir cambios espirituales y las terapias alternativas también incluyen en el tratamiento como agente importante para mejorar la calidad de vida y evitar las recaídas de los jóvenes, también es necesaria la participación del equipo para que el proceso pueda funcionar, lograr la estabilidad del paciente, su familia y llevar a cabo el plan de abordaje de desintoxicación facilitando su integración y reinserción social, mejorar su calidad de vida, mantener un seguimiento y refuerzos para evitar la recaída, así mismo cumplir con las estrategias de reducción de daños, también deben constituir la puerta de entrada y salida a los procesos de tratamiento para los trastornos adictivos.

Este estudio será de gran utilidad para los centros de rehabilitación para idear nuevas estrategias sobre lo que se podría hacer con estos pacientes reincidentes y para la familia ya que esta juega un papel muy importante en la calidad de vida de estos y así poder evitar que una vez dados de alta del centro de rehabilitación recaigan.



## MARCO TEÓRICO

Calidad de vida:

A lo largo de los últimos años se viene utilizando el término calidad de vida como indicador de los resultados de la intervención terapéutica en drogodependencias (Iraurgi, 2002; Morales- Manrique et al., 2006). La Organización Mundial de la Salud (THE WHOQOL Group, 2004) define Calidad de vida como: *«la percepción del individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de los valores en que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses»*. Aunque la calidad de vida puede medirse de diversas maneras, sin embargo mayoritariamente se piensa que se deben tener en cuenta para su evaluación, al menos, los dominios físico, psicológico y social (Katschnig, Freeman y Sartorius, 2000).

Recaídas: Proceso de cadena sucesiva de conductas, emociones, actitudes y sucesos que se inician cierto tiempo antes que el paciente comience de nuevo con el consumo de sustancias psicoactivas. (Gurin, 1960).

Paciente. Palabra que de acuerdo a la definición de la Real Academia se deriva del lat. patients, entis, part. act. De pati, padecer, sufrir.

Se dice del sujeto que recibe o padece la acción del agente. Persona que padece física y corporalmente, y especialmente quien se halla bajo atención médica. Persona que es o va a ser reconocida médicamente. Diccionario de la Lengua Española, vigésima segunda edición. 2009.



**Adicción:**Según la OMS, es un estado de intoxicación crónica o periódica originada por el consumo repetido de una droga, natural o sintética caracterizada por, una compulsión a continuar consumiendo por cualquier medio, una tendencia al aumento de la dosis, una dependencia psíquica y física de los efectos, consecuencias perjudiciales para el individuo y la sociedad.

**Sustancias psicoactivas:**Según la OMS, considera psicoactivo a toda sustancia química de origen natural o sintético que al introducirse por cualquier vía (oral-nasal-intramuscular-intravenosa) ejerce un efecto directo sobre el sistema nervioso central (SNC), ocasionando daños específicos a sus funciones; que está compuesto por el cerebro y la médula espinal, de los organismos vivos. Estas sustancias son capaces de inhibir el dolor modificar el estado anímico o alterar las percepciones.

**Calidad de Vida:**Consiste en la sensación de bienestar que puede ser experimentada por las personas y que representa la suma de sensaciones subjetivas y personales del "sentirse bien." Este término permite distinguirla de otros factores y está principalmente relacionado con la propia enfermedad o con los efectos del tratamiento. Guyatt GH, Fenny HD, 2003.

El Centro de Investigación y Medio Ambiente, define la calidad de vida como el grado en el cual las condiciones de una sociedad permiten a sus miembros «realizarse» de acuerdo con los valores ideológicos establecidos, proporcionándoles una experiencia subjetiva satisfactoria de su existencia. CIMA, 1979.

Un aspecto muy importante a tener en cuenta en la evaluación de la percepción de Calidad de Vida, es el grado de bienestar auto percibido a lo largo de la abstinencia (Fernández, 2003), ya que, al parecer, el bienestar subjetivo tiende a reflejar simplemente estados psicopatológicos alterados (Atkinson, Zibin y Chuang, 1997).



Calidad de vida contiene dos dimensiones principales:

Una evaluación del nivel de vida basada en indicadores “objetivos”;

La percepción individual de esta situación, amenudo equiparada con el término de bienestar, es un concepto multidimensional e incluye aspectos del bienestar y de las políticas sociales: materiales y no materiales, objetivos y subjetivos, individuales y colectivos. (Atkinson, Zibin y Chuang, 1997).

Factores materiales:

Los factores materiales son los recursos que uno tiene Ingresos disponibles, Posición en el mercado de trabajo, Salud, Nivel de educación, etc.

Se ha establecido una relación causa efecto entre los recursos y las condiciones de vida: mientras más y mejores recursos uno tenga mayor es la probabilidad de una buena calidad de vida. Rosella Pallomba. 2002.

Factores ambientales:

Los factores ambientales son las características del vecindario/comunidad que pueden influir en la calidad de vida, tales como: Presencia y acceso a servicios, grado de seguridad y criminalidad, transporte y movilización, habilidad para servirse de las nuevas tecnologías que hacen la vida más simple. También, las características del hogar son relevantes en determinar la calidad de las condiciones de vida. Rosella Pallomba. 2002.

Factores de relacionamiento:

Incluyen las relaciones con la familia, los amigos y las redes sociales. La integración a organizaciones sociales y religiosas, el tiempo libre y el rol social después del retiro de la actividad económica son factores que pueden afectar la *calidad de vida* en las edades avanzadas, Cuando la familia juega un rol central en la vida de las personas adultas mayores, los amigos, vecinos y otras redes de apoyo pueden tener un rol modesto. Rosella Pallomba. 2002.



Recaídas.

Recaídas seguirán siendo lo que contribuya de forma más importante a un innecesario abandono, al fracaso del tratamiento, a la frustración del paciente y de sus familias y a la sensación de agotamiento de los miembros del equipo. La recaída es una señal donde sus esfuerzos para recuperarse son incompletos, y de que algunos aspectos de su plan para conseguir la abstinencia necesitan ser revisados y corregidos.

El proceso de recaída ocurre en la persona que consume alcohol o drogas: todos los patrones o actitudes de recaída se van manifestando y ocurriendo en el interior de la persona que previamente había consumido alcohol o drogas psicoactivas. No son externos a él. Todo este proceso es propio de la persona, es el único que puede en primer lugar darse cuenta y, segundo, realizar cambios en su interior, en su personalidad. Rosella Pallomba. 2002.

El problema del consumo afecta principalmente a la población juvenil y a los varones más que a las mujeres. La marihuana, seguida de la pasta base de cocaína, el crack y el clorhidrato de cocaína son las drogas ilícitas de mayor consumo en América Latina, generando mayores problemas en jóvenes de alta vulnerabilidad social. Según los datos que proveen los centros de tratamiento, el alcohol y el tabaco, seguidos por la marihuana, son las drogas de inicio más frecuentes de los pacientes atendidos en centros de tratamiento; pero las drogas ilícitas de mayor impacto en la salud son la cocaína, la pasta base y el crack. CEPAL, 2000.

Todo lo que promueve un ambiente saludable por fuerza va a reducir el riesgo absoluto de abuso de sustancias y por ende aumentará la calidad de vida de cada uno de los jóvenes con vulnerabilidad social. CEPAL, 2000



No cabe duda que el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas (cannabis, anfetaminas, cocaína...) es uno de los comportamientos más problemáticos de los jóvenes en la actualidad; no en vano la adolescencia constituye la etapa de mayor riesgo en el inicio de conductas de consumo. Este hecho quizás se encuentre favorecido por determinadas características distintivas de este período evolutivo, tales como la búsqueda de autonomía e identidad personal, la necesidad de experimentar sensaciones nuevas y la importancia otorgada al grupo de iguales (Luengo, Otero y Gómez, 1996).

Investigadores del Centro de tratamiento integral de adicciones y familia de la Ciudad de México, (CETRIAF), refieren los síntomas que llevan a la recaída del paciente:

1. Aprehensión sobre el bienestar: Miedo e incertidumbre. Falta de confianza en la capacidad para mantenerse sobrio.
2. Negación: Para lidiar con la aprehensión, ansiedad y estrés, el sistema de negación se reactiva.
3. Inquebrantable compromiso con la sobriedad: Convencerse a sí mismo de que “Nunca volveré a beber”. (Olvidarse del sólo por hoy).
4. Intentos compulsivos de imponer la sobriedad a otros: Enjuiciar a los demás; el enfoque está sobre otros en vez de sí mismo.
5. Estar “a la defensiva”: No querer hablar de su adicción ni problemas.
6. Comportamiento impulsivo: Reacción ante los episodios de estrés agudo, que pueden llevar a tomar decisiones que afectan la sobriedad.
7. Comportamiento compulsivo: Ser rígido y repetitivo. (Trabajar mucho o involucrarse con demasiadas actividades).
8. Tendencia a la soledad: Se incrementó el aislamiento y la evasión.
9. Visión cerrada: Enfocarse exclusivamente en un área de la vida, olvidando las demás.



10. Depresión menor: Falta de concentración, complacencia y dormir demasiado.
11. Pérdida de planeación constructiva: Se olvidan los detalles y se persiguen metas irreales con expectativas idealistas.
12. Planes que empiezan a fallar: Debido a metas irreales.
13. Fantasear, sin hacer nada: El Síndrome de “Sí tan solo...” o “deseando escapar o ser rescatado”.
14. Sentimientos de que nada puede resolverse: Se desarrolla un patrón de fracaso (real o imaginario). La percepción de “he hecho todo lo posible y nada resulta”.
15. Deseo inmaduro de ser feliz: Querer ser feliz, sin definir qué es necesario hacer para serlo.
16. Periodos de confusión: Los episodios de confusión se vuelven más frecuentes, largos y severos, con comportamientos irracionales.
17. Irritabilidad con los amigos: El conflicto aumenta conforme va degenerando el comportamiento del adicto.
18. Enojo fácil: Episodios de enojo, frustración, resentimiento e irritabilidad aumentan. Se vuelve más frecuente la sobre-reacción.
19. Hábitos irregulares de comida: Comer demasiado o muy poco. Una dieta bien balanceada es remplazada por “comida chatarra”.
20. Apatía: Incapacidad para iniciar acción, falta de concentración, ansiedad y aprensión. Sentirse “atrapado”, sin salida.
21. Sueño irregular: Episodios de insomnio o sueño interrumpido, seguidos por maratones de sueño para compensar la fatiga.



22. Pérdida progresiva de estructura diaria: Dormir a deshoras, comer en forma irregular, no asistir a citas, etc. Hacer demasiado y luego tener largos periodos de aburrimiento por falta de actividades.
23. Periodos de depresión profunda: Por lo general ocurren cuando no hay estructura y se magnifican con fatiga y hambre. Hay tendencia a aislarse, irritabilidad y enojo, mientras que al mismo tiempo se queja de que “a nadie le importo”
24. Asistencia irregular a las juntas de AA: La asistencia a juntas es esporádica y se desarrollan patrones de racionalización para justificar esto.
25. Actitud de “no me importa”: Para encubrir sentimientos de impotencia y baja autoestima.
26. Rechazo abierto a la ayuda: Evitar las fuentes de ayuda (En ocasiones abiertamente, con enojo, y otras veces silenciosamente, con aislamiento).
27. Estar a disgusto con la vida: Comenzar a pensar que “las cosas están tan mal, qué más da si vuelvo a consumir”.
28. Sentimientos de impotencia y debilidad: Incapacidad para iniciar acción, pensamientos confusos y juicio distorsionado.
29. Autocompasión: El síndrome de “pobrecito de mí”. A veces se utiliza para llamar la atención en juntas o con familiares / amigos.
30. Pensar en usar alcohol, fármacos y otras drogas social o recreativamente: Pensar que usar alcohol, fármacos y otras drogas puede “normalizar las emociones y que ésta es una alternativa mejor que volverse loco o suicidarse”.
31. Mentir conscientemente: La negación y racionalización están presentes.
32. Pérdida total de auto confianza: Sentir que no puede salir de la trampa, aunque trate de hacerlo.



33. Resentimientos irracionales: Enojo hacia el mundo en general, hacia algún chivo expiatorio o hacia sí mismo.
34. Descontinuar el tratamiento o la autoayuda: Dejar de ir a juntas por completo, a pesar de saber que necesita ayuda.
35. Soledad, frustración, enojo y tensión abrumadores: Pensar que la única opción es usar alcohol o drogas (miedo a la locura o suicidio, con sentimientos de desesperación y desesperanza).
36. Uso de alguna droga distinta a la preferida: Pensar que con otra droga “no pasa nada”.
37. Comienza el uso controlado: Esforzarse por controlar la cantidad y las consecuencias.
38. Pérdida de control: A veces el control se pierde rápidamente y otras veces después de algunos patrones de “uso controlado”. Sin embargo, el uso vuelve a ser tan o más severo que cuando dejó de usar. Domínguez, Vanegas, 2002.

¿Por qué los pacientes recaen?

Muchos individuos son capaces de manejar los síntomas de abstinencia, si se presentan, y están durante periodos de tiempo importante sin consumir. Pero a veces, recaen, sin que exista ninguna razón aparente. Esta recaída puede deberse a varios factores:

1. El paciente no está convencido de que realmente tiene un problema, es decir, niega que sea alcohólico y/o drogadicto y en su lugar expresa una serie de creencias distorsionadas que “justifican” su negación, por ejemplo: “Yo no soy alcohólico, soy bebedor fuerte”, “Soy muy joven para ser adicto, todavía puedo aventarme unos años de fiesta”.
2. El paciente sí admite ser alcohólico y/o drogadicto pero no le conviene aceptarlo ante los demás por que el hacer implica que la persona se haga responsable de todos sus actos y por lo tanto sede el “derecho” a todos los beneficios que le da el ser un “enfermo”, como por ejemplo: no trabajar, estudiar, hacerse cargo de su propia persona etc.



El paciente al estar internado y no haber decidido él el tratamiento toma una actitud de lucha al cambio, pues él cree que estaba bien lo que hacía y que la familia se debió de haber tomado la molestia de preguntarle. Por lo tanto el cambio lo ve como una imposición. Para salir de la situación puede realizar varias estrategias: a) Fugarse, b) Amenazas a la familia de que se cuando salga se va a seguir drogando, los va a golpear o los va a asesinar, c) Prevé a la familia de que se van a volver locos, d) Le promete a la familia cambios mágicos y de un día para otro, e) Plantean ellos mismos su tratamiento, es decir, le juegan al psicólogo y al padrino, f) Directamente manifiestan que van a continuar drogándose, por lo tanto, ellos piensan que va a ser una pérdida de tiempo y de recursos, g) Activamente realizan conductas contraproducentes para su tratamiento (p. e. no hacer servicios, no levantarse, no hacer diario, no poner atención en las sesiones, etc.), h) Simulan ya haber cambiado pensando que por eso van a salir antes de los tres meses (síndrome del impostor).

4. El paciente internado puede que este “parando bronca”, es decir, aplica la estrategia de “cambiar” para seguir obteniendo los beneficios económicos y emocionales que le proporciona la familia, amigos, trabajo, pareja y reducir la molestia y dolor de éstos.

5. Puede que el paciente si intente recuperarse pero no se apega a la disciplina que implica un tratamiento terapéutico, es decir, no confía en su psicólogo, no le proporciona toda la información importante o vital de su vida (p. e. homosexualidad o que no consume otras sustancias más que el alcohol, etc.). Por lo tanto el tratamiento estará basado en problemas superficiales y no en aquellos que son los que realmente llevan a que el paciente consuma.

6. Al salir el paciente no realiza las indicaciones que el psicólogo y los padrinos le dan. No asisten a sus sesiones de seguimiento, no se apegan a un grupo de AA, siguen frecuentando personas y lugares de alto riesgo, en el caso del fármacodependiente sigue bebiendo alcohol, etc.

7. El paciente no aprende de las experiencias que supuestamente le provocan dolor derivadas de su consumo (pérdida de empleos, de la confianza de la familia, de la esposa o parejas, de su libertad).



8. El paciente adquiere un estilo de vida, es decir, invierte tres meses de su libertad para invertirlos posteriormente en otros días, meses o años de “placer”.

9. En el mejor de los casos el paciente deja de consumir, pero no realiza ningún tipo de cambio en su forma de pensar, de comportarse, es decir, continúan con toda su patología sin presentar el síntoma de drogarse. AA lo llama “borrachera seca”, “cualquier péndejo tapa la botella, pero no cualquier péndejo deja de sufrir”.

Es por ello que la calidad de vida debe incorporarse decididamente en el ámbito de la intervención psicosocial y en especial del comportamiento adictivo por su condición de crítico problema de salud pública y el rol que tendría en la rehabilitación del adicto. Adán D. Cervantes, Alejandro F. Vanegas 2002.

El proceso de recaída ocurre en la persona que consume alcohol o drogas: todos los patrones o actitudes de recaída se van manifestando y ocurriendo en el interior de la persona que previamente había consumido alcohol o drogas psicoactivas. No son externos a él. Todo este proceso es propio de la persona, es el único que puede en primer lugar darse cuenta y, segundo, realizar cambios en su interior, en su personalidad.

Las formas en que se desarrolla la recaída puede ser: a) aguda, es que el establecimiento rápido y fulminante de los síntomas. El tiempo que transcurre entre el saneamiento y el desarrollo de los síntomas debilitantes es muy corto. Como resultado de esto, el organismo tiene muy poco tiempo en adaptarse a la nueva vida, y entonces los síntomas de recaída van maltratando agudamente el proceso que se estaba llevando a cabo hasta ese momento. b) crónica, los síntomas debilitantes van progresando en forma gradual pero severa. El tiempo transcurrido entre la obtención de la salud física y la recaída es mucho más insidioso y prolongado. El organismo se va volviendo disfuncional cada día. Adán D. Cervantes, Alejandro F. Vanegas 2002.



Se ha creado diversos modelos explicativos en torno a la recaída. En ellos existe una división entre las aproximaciones biológicas y psicológicas. Las aproximaciones biológicas se enfocan en las características fisiológicas de las personas y los procesos del consume por ejemplo: deseo intenso, pérdida de control, síndrome de abstinencia, cambios a nivel neuronal y alteraciones en el estado de ánimo debido a cambios físicos. En general, los modelos biológicos explican cómo afectan las sustancias el funcionamiento del sistema nervioso central. (Connors, Maisto, & Donovan, 1996).

El modelo psicológico de Prevención de Recaídas desarrollado por Marlatt y Gordon (1985), es uno de los que ha tomado más importancia en el campo de las adicciones por su desarrollo y aplicación en el uso clínico y programas de investigación. Un aspecto central de su trabajo es la creación de una Taxonomía de Disparadores de Recaída (TDR). Un disparador es una situación de alto riesgo que ocurre inmediatamente antes de la recaída y que puede provocar o inducir el consumo de la sustancia (Larimer, Palmer, & Marlatt, 1999). La TDR se organiza en dos en dos categorías generales y ocho subcategorías: La categoría I, Determinantes intrapersonales-ambientales (con cinco subcategorías), identifica episodios de recaída que involucran una respuesta a eventos psicológicos (estados emocionales negativos) o físicos (dolor) o respuestas a eventos ambientales (problemas económicos, accidentes). En estos casos no se reporta a otra persona o personas como un disparador significativo (Marlatt, 1996). La categoría II, Determinantes interpersonales, identifica episodios de recaída donde se observa la influencia significativa de otras personas, como en conflictos interpersonales o presión social. (Connors, Longabaugh, & Miller, 1996).



### **Determinantes Intrapersonales:**

Determinantes asociados con factores intrapersonales (dentro del individuo), y/o reacciones hacia eventos ambientales no personales. Las cinco subcategorías son:

- A. Estados emocionales negativos. Como la frustración, enojo, miedo, ansiedad, depresión, soledad, etc.
- B. Estados físicos/fisiológicos negativos. Reacciones físicas o fisiológicas desagradables o dolorosas asociadas al uso de la sustancia.
- C. Incremento de estados emocionales positivos. Uso de la sustancia para incrementar sentimientos de placer, alegría, celebración, etc.
- D. Prueba de control personal. Uso de la sustancia para probarse a sí mismo que puede tener un uso moderado
- E. Tentación o urgencia de consumo. Uso de la sustancia como respuesta a tentaciones o deseo intenso. La tentación puede surgir en presencia de señales asociadas al consumo (ver un paquete de cigarrillos) o cuando la tentación de uso viene "de repente".(Connors, 1996).

### **Determinantes Interpersonales:**

Determinantes asociados con factores interpersonales, con la presencia o influencia de otras personas como parte de un evento precipitante. Las tres subcategorías son:

- A. Problemas interpersonales. Experimentar sentimientos desagradables. Pueden ser desencadenados por conflictos con otras personas como discusiones, peleas, celos, discordias, disputas, etc.
- B. Presión social. Respuesta a la presión directa o indirecta que ejerce otra persona o grupo en el individuo para consumir.
- C. Aumento de experiencias sociales placenteras. Uso de la sustancia en una situación interpersonal, para incrementar sentimientos de placer, celebración y/o excitación sexual. Marlatt, 1996.



## DISEÑO METODOLOGICO

Tipo de estudio:

El diseño utilizado fué el de métodos mixtos: Diseño cuali-cuantitativo.

Área de estudio y período de estudio:

El área de estudio se realizó en Cuatro centros de rehabilitación de Managua, escogidos por conveniencia basados en la disponibilidad del director a la participación, los cuales son:

- ✓ Centro Amar
- ✓ Centro Cenicsol
- ✓ Centro CARA
- ✓ Centro Remar Cofradía (Tipitapa)

El período de estudio fué de Agosto-October 2013.

### **Población de estudio.**

Estuvo constituida por 40 pacientes reincidentes (casos extremos) y con tratamiento vigente.

Muestreo:

No probabilístico, subjetivo por decisión razonada, en este caso las unidades de la muestra se seleccionaran en función de algunas de sus características de manera racional y no causal.

### **Criterios de selección:**

1. Que sean hombres o mujeres en los centros de rehabilitación
2. Que sean pacientes reincidentes y con tratamiento vigente, ingresados en los centros de rehabilitación de Managua.
3. Con edades de 15 a 35 años



## **Componente cuantitativo:**

### **Instrumento de recolección de la información**

El Test para evaluar la calidad de vida en adictos a sustancias psicoactivas, (TECVASP), el cual fué adaptado al español por Ó.M. LOZANO, 2006, en Andalucía España, el cual al hacer la prueba piloto en León Nicaragua, se tuvo que hacer validación del instrumento para mejorarlo y adaptarlo al contexto Nicaraguense. Este instrumento esta formado por 22 ítems, (18 positivos y 4 negativos) con formato de respuestas graduadas de cuatro alternativas con las siguientes puntuaciones, nada 4 puntos, poco 3 puntos, a veces 2 puntos, bastante 1 punto, de esta forma la valoración mas positiva del contenido en la mayor puntuación representa una mejor calidad de vida, y para poder valorar las preguntas negativas se hizo los valores pero a la inversa, según las puntuaciones obtenidas en el programa, se le dió un valor de **61 a 78** puntos una **BAJA** Calidad de vida, de **79 a 87** puntos, una **Media** calidad de vida, y de **88 a 104** puntos, una **ALTA** calidad de vida.

### **Cuestionario para recaída TDR (Taxonomía de disparadores de la recaída)**

Este instrumento fue elaborado por Marlatt en 1985 con el objetivo de medir factores intrapersonales e interpersonales que determinan la recaída en los pacientes consumidores de sustancias psicoactivas.

**Fuentes de información:** Fué primaria ya que se trabajo directamente con los participantes.

### **Las variables de estudio son;**

Dependiente: Calidad de vida

### **Independiente:**

Recaídas en el uso de sustancias



### **Prueba Piloto:**

Se llevo a cabo un pilotaje con 8 personas de edades y situaciones similares a las personas en estudio, con el fin de adaptar el instrumento al contexto y se obtuvo buenas respuestas de las personas participantes y se hicieron modificaciones menores al instrumento original.

### **Análisis de la Información.**

El análisis de los datos cuantitativos se realizó utilizando el Paquete estadístico SPSS versión 16, mediante análisis univariados para poder determinar la frecuencia con la que se da el evento.

### **Componente Cualitativo:**

El componente cualitativo consistió en la realización de grupos focales en los centros seleccionados.

La idea central fue conocer las opiniones y experiencias de cada uno de los participantes, explorando los niveles de calidad de vida de los jóvenes y las determinantes que los conllevan a las recaídas. Estos grupos estuvieron compuestos por jóvenes con edades de 15 a 35 años, reincidentes y con tratamiento vigente, e ingresados en los centros de rehabilitación de Managua, los grupos focales fueron grabados en audio y posteriormente se transcribieron.

El procesamiento y análisis se llevo a cabo con el programa Open Code para identificar códigos y categorías.

Las temáticas generales que se abordaron en los grupos focales fueron:

Calidad de vida, comunicación familiar, proyecciones de futuro, razones de consumo y apariencia de sí mismo, recaídas, las razones que los llevaron a recaer, etc.

Los datos cualitativos se analizaron utilizando la técnica de análisis de contenido el cual es definido como un nuevo marco de aproximación empírica, como un método de análisis controlado del proceso de comunicación entre el texto y el contexto, estableciendo un



conjunto de reglas de análisis, paso a paso, que les separe de ciertas precipitaciones cuantificadoras.

Análisis del material dentro de un modelo de comunicación: Donde se podrá determinar que parte de la comunicación infiere sobre el comunicador (sus experiencias, sentimientos), la propia situación del texto, sus aspectos socioculturales, los efectos del mensaje, etc.

Reglas de análisis: El material que es analizado paso a paso crea reglas y procedimientos que permiten dividir el material en unidades de análisis más interpretables.

- Categorías centrales de análisis: La investigación e interpretación continua del texto crea categorías cuidadosamente revisadas mediante procesos de retroalimentación que ayudan a construir las ideas fundamentales del investigador.

- Criterios de fiabilidad y validez: Los procedimientos de control de calidad permiten comparar mediante triangulación los resultados con otros estudios, lo que mejora la posible subjetividad de los análisis puramente cualitativos. Además los controles sobre la calidad de la codificación permiten un mejor conocimiento entre texto y contexto y lo que es más importante en la reducción de códigos en la búsqueda de teorías interpretativas, (Bardin, 1996).

### **Procedimiento:**

Inicialmente se informo a todas las instituciones a través de comunicación escrita sobre el proyecto de investigación, sus objetivos y las personas encargadas del estudio, posteriormente se contactaron las instituciones para programar las visitas que se llevaron a cabo en el mes de Septiembre, 2013.

En general se obtuvo buena colaboración por parte de los centros participantes en el estudio, los cuestionarios se aplicaron por medio de un cronograma de fechas acordadas.



---

### **Aspectos éticos:**

Se obtuvo la aprobación del Protocolo de estudio por parte del comité de bioética de la facultad de Ciencias Médicas.

Se solicitó permiso a las autoridades de los centros de rehabilitación para la realización del estudio por medio de una carta dirigida a los Directores de cada uno de ellos, además se les hizo saber a los pacientes, que este se haría de forma confidencial y que sería anónimo todo con fines de estudio, dando a conocer de esta manera los objetivos propuestos y que su participación sería de forma voluntaria. Esto es a través de un consentimiento informado verbal y escrito por cada uno de ellos, garantizando la confidencialidad, anonimato y que tiene la posibilidad de negarse a participar en el estudio, si así lo desean.

Solamente el investigador tendrá acceso a nombre de los informantes, con el objetivo de mantener la confidencialidad, no se mencionaran sus nombres en ningún documento del estudio.

### **Limitaciones:**

El único problema que se presentó a la hora de realizar dicho estudio fue el poder hacer el primer contacto con los Directores de los centros de rehabilitación, dado a que la Guía telefónica que me facilitó el Director del Instituto contra el alcoholismo, estaban suspendidos, pero hubo otros contactos que me ayudaron a conseguir los números de teléfonos celulares de los directores de los centros, fue el único inconveniente.



## RESULTADOS

### 1- Datos Sociodemográficos de pacientes reincidentes de los Centros de rehabilitación de Managua.

Centro de Rehabilitación	Frecuencia	Porcentaje
AMAR	8	20.0
CARA	4	10.0
CENICSOL	12	30.0
REMAR	16	40.0
<b>Edad</b>		
15 a 19	3	7.5
20 a 24	3	7.5
25 a 29	9	22.5
30 a 35	25	62.5
<b>Escolaridad</b>		
Primaria Incompleta	1	2.5
Primaria Completa	3	7.5
Secundaria Incompleta	23	57.5
Secundaria Completa	5	12.5
Universidad Incompleta	4	10.0
Universidad Completa	4	10.0
<b>Religion</b>		
Católico	22	55.0
Evangélico	15	37.5
Moravo	2	5.0
Ninguno	1	2.5
<b>Estado civil</b>		
Soltero	31	77.5
Casado	6	15.0
Divorciado	1	2.5
Ajuntado	2	5.0
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100</b>

*Fuente. Encuesta*



En relación a los Centros visitados se observa que: 8 (20%) los participantes fueron del Centro Amar, 4 (10%) CARA, 12 (30%) Cenicsol y 16 (40%) Remar Cofradía, Según la edad de los participantes: 3(7.5%) se encontraban en el grupo de 15-19 años, 3 (7.5%) entre 20-24 años, 9 (22.5%) entre 25-29 años y 25 (62.5%) tenían de 30-35 años, En la escolaridad: 1(2.5%) estudió la PI, 3 (7.5%) PC, 23(57.5%) SI, 5 (12.5%) SC, 4 (10%) UI y 4 (10%) UC, Según religión de los participantes: 22 (55%) son católicos, 15 (37.5%) evangélicos, 2 (5%) moravo y 1 (2.5%) no profesa ninguna religión, Con respecto al estado civil: 31 (77.5%) son solteros, 6 (15%) son casados, 1 (2.5%) divorciado y 2 (5%) son ajuntados.

### 2- Nivel de Calidad de Vida en pacientes reincidentes de los Centros de rehabilitación de Managua.

Nivel Calidad de Vida	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	19	47.5
Medio	10	25.0
Alto	11	27.5
Total	40	100

**Fuente: encuesta**

En relación al Nivel de Calidad de Vida: 19 (47.5%) tienen un bajo Nivel de Calidad de Vida, 10(25%) tienen un Nivel medio de Calidad de Vida y 11 (27.5%) tienen un alto Nivel de Calidad de Vida.

### 3- Determinantes de las recaídas en pacientes reincidentes de los Centros de rehabilitación de Managua.

Intrapersonal	Frecuencia	%
Ceder a lastentaciones	13	32.5
Estado emocionalnegative	18	45.0
Estado fisiconegative	2	5.0
Prueba de control	7	17.5
Interpersonales	Frecuencia	%
Conflictos con personas no familiares	8	20.0
Conflictos con la familia	22	55.0
Conflictos con compañeros de trabajo	2	5.0
Presion social	8	20.0

**Fuente: Encuesta**



En relación al **Nivel Intrapersonal**: 13 (32.5%) llegó a las recaídas por ceder a las tentaciones, 18 (45%) porque tenía un estado emocional negativo, 2 (5%) porque tenía un estado físico negativo y 7 (17.5%) por prueba de control, por querer probarse a sí mismo.

En la parte **Interpersonal**: 8 (20%) lo hizo porque tenía conflictos con personas no familiares, 22 (55%) porque tenía conflictos con la familia, 2 (5%) porque tenía conflictos con compañeros de trabajo y 8 (20%) por la presión social.

#### 4- Razones que hicieron consumir a los pacientes reincidentes de los Centros de rehabilitación de Managua.

<b>Razones que lo hicieron volver a consumir</b>		
No resistí la invitación	5	12.5
Me sentí molesto	9	22.5
Me sentí triste	13	32.5
Tenía deseos	11	27.5
Otras	2	5.0
<b>Número de veces que busco ayuda en un Centro</b>		
1 a 2	22	55.0
3 a 4	10	25.0
Más de 5	8	20.0
Total	40	100%

**Fuente: Encuesta**

Con respecto a las **razones que lo hicieron volver a consumir**: 5 (12.5%) lo hicieron porque no se resistieron la invitación, 9 (22.5%) porque se sentían molestos, 13 (32.5%) porque se sentían tristes, 11 (27.5%) porque tenían deseos y 2 (5%) por otros motivos.

En cuanto al **número de veces que han buscado ayuda en un Centro de Rehabilitación**: 22 (55%) lo ha hecho de una a dos veces, 10 (25%) de tres a cuatro veces y 8 (20%) lo hicieron más de cinco veces.



## 5- Determinantes de las recaídas en pacientes reincidentes de los Centros de rehabilitación de Managua.

<b>Motivos por los que salió del programa la 1ra vez</b>		
Abandono	16	40.0
Tener deseos de consumir	4	10.0
Sentirse triste	2	5.0
Sentirse molesto	2	5.0
Sentía que no me ayudaba	1	2.5
Problemas con su pareja (infidelidad)	15	37.5
<b>Tiempo que estuvo en el programa la 1era vez</b>		
9-12 meses	6	15.0
3 meses	18	45.0
1 mes	11	27.5
Otro	5	12.5
<b>Métodos que uso para no recaer</b>		
Pensamiento positivo sobre ventajas de la abstinencia	7	17.5
Pensamiento sobre la consecuencia del consumo	13	32.5
Estrategia de evitación o distracción	3	7.5
Apoyo social	17	42.5
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100.0</b>

### **Fuente: Encuesta**

En cuanto a los *motivos por los que salió del programa la primera vez*: 16 (40%) fue por abandono, 4 (10%) porque tuvieron deseo, 2 (5%) porque se sentían tristes, 2 (5%) porque se sentían molestos, 1 (2.5%) porque se sentían que no le ayudaba, 15 (37.5%) por problemas con su pareja e infidelidad.

En relación al *tiempo que estuvo en el programa la primera vez*: 6 (15%) estuvo de nueve a doce meses, 18 (45%) estuvo tres meses, 11 (27.5%) estuvo un mes y 5 (12.5%) estuvo otro tiempo no especificado.

Con respecto al *método que utilizó para no recaer*: 7 (17.5%) usó un pensamiento positivo sobre ventajas de la abstinencia, 13 (32.5%) pensaron en las consecuencias del consumo, 3 (7.5%) usaron estrategias de evitación o distracción y 17 (42.5%) refirieron que el apoyo social es primordial para no recaer.



### **Resultados cualitativos:**

Producto del análisis de los grupos focales se obtuvo un modelo del proceso que lleva a los jóvenes a una recaída y mala calidad de vida.

Se identificaron seis temas los cuales están integrados en el modelo, estos fueron:

#### **Adicción:**

Este fue un tema que se identificó, además de ser la característica común que todos los participantes tenían, los cuales manifestaban que habían empezado el consumo a edad muy temprana (12 años la mayoría), referían iniciaron consumiendo alcohol, cigarrillo, hasta llegar a mezclar sustancias, lo que comúnmente llamaban “Combo”. De igual manera expresaron no poder dejar el consumo ya que era algo que ellos sentían como una necesidad. Que a pesar de los intentos siempre vuelven a recaer, porque siempre están pensando en esa sustancia:

*“el perro vuelve al vomito, por que esa es su naturaleza exacta, y el ser humano el adicto, ya es completamente un enfermo alcohólico”*

*“A partir del segundo año de secundaria comencé a consumir marihuana, una cosa llevo a otra, el alcohol, piedras, crack, hasta te de floripón”*

*“Buscar como ir a robar de nuevo para consumir, porque yo amaba la droga, yo lo quería, yo lo chinchineaba, me entiende...”*

#### **Familia:**

Este tema fue identificado dado que la mayor parte de las veces los jóvenes manifestaban que la familia juega un papel muy importante en la recuperación del paciente adicto, pero que la mayor parte de ellos no cuenta con ese apoyo de la familia, sino más bien con el rechazo, ya que sienten vergüenza, además referían los que son casados, que son rechazados por su pareja como por sus hijos dado a que son adictos problema, los cuales en vez de ayudar y ser responsables con ellos, lo que llevan a la casa son más problemas.



*“Soy divorciado, tengo ya varios años de estar viviendo solo, tengo una pareja de hijas, las cuales junto con mi esposa se afrentan, era un desastre, sentían vergüenza de mi, sentían pena, no querían verme...”*

*“Tengo un hermano que me odia pues porque a el no le gusta andar con gente de baja sociedad”*

### **Valores:**

Este tema fue identificado como un tema clave en el proceso de recaída, ya que se entrelaza con el tema anterior “Familia”, ya que los valores son los que se inculcan desde el hogar, el hecho de tener normas, de tener algo que hacer todos los días, de asistir a las iglesias, pero es algo que ellos como pacientes con un problema de adicción referían que no les gustan las normas, las reglas que están acostumbrados a hacer lo que quieren y por eso la mayor parte de las veces abandonan los centros, dado a que ahí tienen que tener un horario, levantarse temprano, hacer terapias laborales, bañarse entre otros además de dedicarle su tiempo a Dios.

*“ yo creo en Dios, yo diario le pido al señor que me quita estas ansias de consumir”*

*“Poco a poco vamos recobrando esa identidad, hasta darnos cuenta que somos hombres de valor que valemos mucho y que al dejar de consumir vamos a ser algo nuevo, algo bueno para la sociedad, para la familia”*

*“Yo soy quien tiene que seguir las recomendaciones, es mi vida la que esta en juego no la de ellos, tengo que aprender a seguir las reglas...”*

### **Calidad de vida.**

Este tema fue identificado dado que la mayor parte del tiempo los jóvenes expresaban que se sentían mal, tanto física como emocionalmente, que no tenían la posibilidad de tener un trabajo digno ya que las personas desconfían de ellos, debido a su adicción, que la misma familia los rechaza, que no tienen responsabilidades, que siempre tienen tiempo de ocio donde no lo aprovechan para poder hacer algo que contribuya con sus vidas y eso es lo que



los lleva al consumo de sustancias, pero también manifestaban que para poder tener una calidad de vida, ellos tenían que estar limpios de drogas, de recuperarse, de poder recuperar también la confianza con su familia y con la misma sociedad.

*“Tener tu trabajo, tomar tus responsabilidades como padre de familia, como hermano, hijo, padre, llevar una vida normal, dejar esas adicciones, tener una vida sana..”*

*“Vivir sin consumir, estar en un programa que te enseña a dejar de consumir, que cambia tus actitudes, tus manera de pensar, tus principios, te los inculcan de nuevo, tratan de mantenerte y guiarte para ser una persona responsable, útil, ser solución no problema, eso es calidad de vida..”*

### **Centros de rehabilitación:**

Al explorar en el estudio, sobre las posibles alternativas de prevención para evitar las recaídas, los informantes identificaron los centros de rehabilitación como un agente clave en este proceso, ya que reconocen que en estos se les orienta sobre las estrategias de evitación que tienen que seguir para evitar recaer.

*“Si los centro de rehabilitación las terapias, si ayudan bastante para el que quiere esos cambios para el que no quiere no...” Los centros te sacan del hoyo...”*

*“Yo me corrí del centro, me fui para la Costa de nuevo , pero yo mire que el resultado no me ayudo de nada seguí en lo mismo”*

### **Prevención:**

Otro tema identificado al hacer la exploración fue la prevención en donde los jóvenes ellos mencionaban muy a menudo que ellos reconocen perfectamente cuales son esas estrategias de prevención pero que no las ponen en practica o si las siguen es solo por cierto tiempo, pero cuando ya no pueden, por distintas razones vuelven a recaer.



*“tratar de evitar esos pensamientos negativos porque al fin de cuenta solo nos van a traer cosas negativas en las acciones, así que cada vez que sintas ganas o deseos de consumir algo, pensaba más bien las consecuencias antes de las acciones...”*

*“retirarnos de las personas que están activas, no visitar los lugares donde antes se solía consumir, y estar en un programa de seguimiento de adaptación o de rehabilitación...”*

*“ponerse suero vitaminado, ponerse vitamina y quedarse estativo en la casa, no salir, eso era mi método y tal vez pasaba semanas sin consumir, también hacer ejercicio ya que eso mantiene mi mente ocupada y ya no estoy pensando en el consumo...”*

### **Recaídas:**

Otro tema muy importante identificado a la hora de hacer la exploración fue las recaídas, lo cual es un proceso que lleva a los jóvenes hasta el consumo nuevamente de las sustancias, pero no un consumo de una copa, sino de muchas copas, acompañados de otras sustancias y ya sin poder dejarlas, ya que ellos sienten esa necesidad y cuando vuelven a recaer es algo fatal según mencionaban y que no lo podían dejar de hacer ya que su cuerpo se los pide debido al tiempo de abstinencia que llevaban, cuando logran volver al consumo lo hacen sin control y preferían que los podía conducir hasta la muerte debido a una sobredosis, y que han recaído no una sino muchas veces y que cada experiencia con esa recaída cada vez ha sido peor.

*“Es un momento de debilidad, de flaqueza, que venís vos y sentís mucha carga, mucha presión por X ó Y circunstancia...”*

*“Es como un castillito de cartas, que si le hace falta una carta se desvanece todo, mas sin embargo si tuviéramos esa carta bien colocada, en el lugar adecuado, creo que podríamos evitar las recaídas y evitarnos esos momentos angustiosos en el cual lo único que hacemos es embarrarnos mas del mismo barro, del mismo fango”*



## DISCUSIÓN

En relación al estudio sobre calidad de vida y determinantes de las recaídas en pacientes internos en cuatro centros de rehabilitación de Managua, según datos cuantitativos, todos los participantes reincidentes eran hombres, y en un grupo de edad más prevalente en los de 25 años y más, por lo cual la teoría nos refiere que la utilización de sustancias ilícitas es más común en hombres que entre las mujeres, mucho más aun el hábito de fumar y el consumo de alcohol, además de ser más prevalente en los jóvenes que en los grupos de mayor edad. Según datos de la ONUDD muestra que 2.5% de la población mundial y un 3.5% de las personas de 15 años y más, consumieron cannabis al menos en uno de los años, 1998-2001.

Según el test sobre Calidad de vida que se le aplicó a los participantes, la mayor parte de estos tiene un bajo nivel de calidad de vida, y algunas de las variables que arrojaban estos datos entre ellas se puede mencionar, que se sentían deprimidos, estaban ansiosos, consideran que su salud tanto física como mental está deteriorada, y la Organización Mundial de la Salud, 2004, define Calidad de vida como: *«la percepción del individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de los valores en que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses»*, además este mide la percepción de la salud física, psicológica y social de las personas y según los pacientes referían que calidad de vida es tener una vida bonita, trabajando, vivir feliz con tu familia, estar feliz con todos, ser paciente con toda la sociedad, encontrar un balance en el cual puedes estar estable emocionalmente, económicamente, socialmente, estar integrado a la sociedad, ser productivo a la sociedad y velar también por los intereses de esta.

Según el TDR (taxonomía de disparadores de las recaídas), la mayoría de los participantes refirió en la parte Intrapersonal haber recaído, por ceder a las tentaciones y por tener estado emocional negativo y Marlatt afirma que; son determinantes asociados con factores intrapersonales (dentro del individuo) y reacciones hacia eventos ambientales no personales.



En la parte Interpersonal los pacientes refieren haber recaído, por tener conflictos con la familia además con personas no familiares y por la misma presión social, y según refiere Marlatt, 1996, son determinantes asociados con factores interpersonales, lo que es la presencia o influencia de otras personas como parte de un evento precipitante., según los participantes referían que es, volver a recaer en los patrones de conducta, la impulsividad, la agresividad, que se ponen irritados, que son patrones de conducta negativos, y que solo haría falta el contacto con la sustancia, para haber recaído, además de que se creen autosuficientes y que no necesitan ayuda de nadie, y que hay recaídas que son espirituales donde les ataca la mente, el espíritu y el cuerpo y que son cosas con las que tienen que aprender a trabajar, y tener fe ya que a veces pierden hasta la fe y creen que ya no hay salida.

En relación al motivo por el cual salió del programa la primera vez, los participantes refirieron que fue por que abandonaron, y muchos por que tenían problemas con su pareja, y según Rossella Pallomba afirma, las recaídas seguirán siendo lo que contribuya de forma más importante a un innecesario abandono, al fracaso del tratamiento, a la frustración del paciente y de sus familias y a la sensación de agotamiento de los terapeutas. La recaída es una señal donde sus esfuerzos para recuperarse son incompletos, y de que algunos aspectos de su plan para conseguir la abstinencia necesitan ser revisados y corregidos, lo cual concuerda con lo que refirieron los pacientes en donde decían, que ellos sentían que estar en un centro no les servía, no miraban resultado, pero que estaban seguros que por eso es que recaían ya que nunca terminaban el tratamiento y las indicaciones a como eran, no estaban dispuestos a seguir las reglas, además de conflictos emocionales, con la pareja y con la misma familia dado a que aun estando en los centros no tenían el apoyo de ellos, que solo la madre es la que esta siempre al lado de ellos, y que sus papas son los que están siempre enojados, que los corren de sus hogares y que los quisieran ver presos para que no estén molestando en casa.



La esposa y los hijos de los pacientes que están ingresados en los centros sienten vergüenza por ellos, además los rechazan y eso forma parte de los mismos disparadores de las recaídas según ellos referían, teniendo en cuenta que no lo pueden controlar y saben perfectamente que es con lo primero que tienen que trabajar.

También saben que los centros de rehabilitación son un centro de refugio donde tienen un techo, agua, luz, cama, y sobre todo alimentación, y que los educadores o padrinos que tienen en ellos son como sus familias, quienes aprenden a conocerlos y a darles buenos consejos sobre cómo salir de este problema de consumo, en dichos centros refieren ellos tienen reglas, se vuelven a programar y que las terapias laborales son de gran ayuda para mantener la mente ocupada y evitar los pensamientos de consumo y que si la mayor parte salenuyendo del centro es por que no les gustan las reglas y les encanta andar en las calles sin tener nada que hacer nada más que andar en el consumo, tanto así como ni pensar en el aseo diario de ellos.

El proceso de recaída ocurre en la persona que consume alcohol o drogas: todos los patrones o actitudes de recaída se van manifestando y ocurriendo en el interior de la persona que previamente había consumido alcohol o drogas psicoactivas. No son externos a él. Todo este proceso es propio de la persona, es el único que puede en primer lugar darse cuenta y, segundo, realizar cambios en su interior, en su personalidad.

Por otro lado, como lo han señalado la mayoría de los investigadores el factor determinante para las recaídas son los factores intrapersonales y en particular los vinculados con el estado físico negativo y su estado emocional negativo, que se convierten así en los principales indicadores y predictores de probables recaídas y de problemas de salud mental (Wasserman, 1996), y los mismos participantes referían que es volver a recordar esas emociones, esos sentimientos que no fueron capaces de aceptar o de superar en el pasado, son esos mismos sentimientos que están ahí dentro, que quedan pendiente y que no solucionan, que consumen por que están tristes, por que su familia los rechaza, además las mismas amistades de consumo, de actividad a como ellos referían son quienes estaban ahí siempre a cada momento recordándoles lo bueno que estaba la sustancia y lo tonto que era



por no probarla hasta que llego el momento en que no resistieron mas la tentación y pensaron que iban a lograr solo hacerlo por un momento, con un poquito y que luego no lo harían mas, hasta que se vieron nuevamente con la sustancia en la mano y que ya no la podían soltar.

Los datos del presente estudio como ha sido señalado encuentran una relación entre nivel de calidad de vida y consumo de sustancias, la calidad de vida se deteriora o es de menor calidad cuando el consumo de sustancias es mayor, es decir a menor edad menor calidad de vida, dado a que los mas jóvenes son quienes están haciendo un uso combinado del consumo de sustancias, caso contrario de los mas adultos, quienes solo refieren haber consumido alcohol, y a mayor tiempo de consumo menor calidad de vida, y según Fernández, Graham y Gillis. 1999, Refieren lo contrario, que a mayor edad menor calidad de vida así como a mayor tiempo de consumo igualmente una menor calidad de vida, esto puede deberse a los cambios que han ocurrido conforme pasan los años, debido a que ahora los jóvenes tienen mas acceso a las sustancias y no solo consumen alcohol sino hacen combinación con otras sustancias asi como ellos decían, que son un combo ya que consumen todo tipo de sustancia y que una cosa los lleva a otra, la mayor parte de ellos referia haber empezado el consumo a edad de los 12 años, y que empezaron con alcohol o tabaco y de ahí aumentando cada dia mas el uso de estos y haciendo combinaciones para tener mejores sensaciones de placer de esta hasta el momento que ya no la pudieron controlar y se volvieron adictos.

El problema del consumo afecta a la población juvenil y a los varones más que a las mujeres. La marihuana, seguida de la pasta base de cocaína, el crack son las drogas ilícitas de mayor consumo en América Latina, generando mayores problemas en jóvenes de alta vulnerabilidad social. Según los datos que proveen los centros de tratamiento, el alcohol y el tabaco, seguidos por la marihuana, son las drogas de inicio más frecuentes de los pacientes atendidos en centros de tratamiento; pero las drogas ilícitas de mayor impacto en la salud son la cocaína, la pasta base y el crack. CEPAL, 2000.



Todo lo que promueve un ambiente saludable por fuerza va a reducir el riesgo absoluto de abuso de sustancias y por ende aumentara la calidad de vida de cada uno de los jóvenes con vulnerabilidad social. Revista de la UNAM, 2013.

No cabe duda que el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas (cannabis, anfetaminas, cocaína), es uno de los comportamientos más problemáticos de los jóvenes en la actualidad; no en vano la adolescencia constituye la etapa de mayor riesgo en el inicio de conductas de consumo. Este hecho quizás se encuentre favorecido por determinadas características distintivas de este período evolutivo, tales como la búsqueda de autonomía e identidad personal, la necesidad de experimentar sensaciones nuevas y la importancia otorgada al grupo de iguales (Luengo, Otero y Gómez, 1996).



## CONCLUSIONES

Según el estudio sobre Calidad de Vida y determinantes de las recaídas se puede concluir:

### **En la parte cuantitativa; En relación a los datos sociodemográficos:**

La mayoría de los participantes eran del Centro Remar seguido por Cenicsol, con un grupo de edad que predominó de 30 a 35 años, con una escolaridad de Secundaria incompleta, profesan una religión católica, seguida de evangélico, son solteros en su mayoría y con hijos.

### **Con respecto al nivel de calidad de vida:**

La mayoría de los participantes tiene un bajo nivel de calidad de vida y expresaban, que para tener una buena calidad de vida tenían que estar limpios de sustancias, estar con la familia, tener un trabajo digno y estar bien tanto física como mentalmente., además de tener esa responsabilidad en el hogar, en la sociedad y con uno mismo y resumían la palabra calidad de vida en cuatro cosas; Dios, familia, trabajo y responsabilidad.

### **En relación a los determinantes de las recaídas:**

En la parte Intrapersonal; la mayor parte coincidió que el estado emocional negativo incide mucho en relación a recaer, seguido de ceder a las tentaciones.

En la parte Interpersonal; ellos coincidían que los conflictos con la familia son quienes más influyen a llevar a un consumidor a recaer, seguido de la presión social e igual número, los conflictos con personas no familiares, ellos también nos referían que tenían problemas con sus compañeros de trabajo, con su jefe que eran alcohólicos problema y que siempre les gustaba andar solos, además de que el trabajo cerca de los expendios y la misma bulla era quien los empezaba a remojar a diario las ganas de volver a consumir, solo el hecho de escuchar que la sustancia estaba buena, y pensar en esas sensaciones de consumo fueron quien los llevo nuevamente a recaer.



En cuanto a las razones que los llevaron a consumir o recaer, la mayor parte de ellos lo hicieron por que se sentían tristes, seguido de la parte de tener deseos de consumo, la misma debilidad, los problemas y que tratan de manera errada de refugiarse nuevamente en la sustancia.

En relación al número de veces que busco ayuda en un centro, la mayoría de ellos refiere que han asistido a un centro en busca de ayuda de 1 a 2 veces, seguido de los que la han buscado de 3 a 4 veces y mas, y que el hecho de buscar la ayuda constantemente es por que ellos saben de que si han recaído es por que no concluyeron el tratamiento la primera vez que estuvieron en el centro y por no haber seguido las reglas.

En relación al motivo por el cual salió del programa la primera vez, referían, que lo hicieron por que abandonaron sin haber cumplido el tratamiento, seguido del tener deseo de consumo, En relación al tiempo que estuvo en el programa la primera vez, la mayoría estuvo un periodo de 3 meses, no completan el tratamiento simplemente ven los centros como un refugio donde tienen sus tres tiempos de comida, donde hay abrigo, hay luz, y algunos por que referan que es el único lugar donde le ayudan a controlar sus emociones, a identificar esos disparadores y a ordenarse nuevamente en la vida, y poder hacer un inventario de ella, y poder descubrir de una vez cual es su verdadero problema por el cual recae, y por que no tienen aquel deseo de dejar la sustancia sino que simplemente lo hacen por salir del paso, no por el deseo de cambiar verdaderamente sus vidas.

En cuanto a los métodos que usaron como estrategias para evitar las recaídas, la mayoría refirió que el apoyo social es el método primordial para no recaer seguido del pensamiento sobre las consecuencias del consumo, también solo el hecho de evitar esos pensamientos de consumo y mantener la mente ocupada es lo primordial para poder evitar eso, tener un trabajo donde mantener tu tiempo de ocio ocupado, alejarse de amigos de actividad, sesionar ya sea en Alcoholicos Anonimos o asistir a terapias a los centros de rehabilitación



según las indicaciones de los padrinos, o terapeutas, asistir a la iglesia consideran ellos también que es una buena estrategia para evitar las recaídas y lo mas importante el apoyo de la familia, la cual siempre este a tu lado dándote el apoyo para lograr vencer esta enfermedad, también consideraban de mucha importancia el hacer ejercicio ya que los hace sentir nuevamente saludables y también les mantiene la mente ocupada.



## RECOMENDACIONES

En los centros de atención, es necesaria la participación del equipo para que el proceso pueda funcionar:

- ✓ Lograr la estabilidad del paciente y su familia y llevar a cabo el plan de abordaje de desintoxicación facilitando su integración y reinserción social y mejorar su calidad de vida, mantener un seguimiento y refuerzos para evitar la recaída.
- ✓ Cumplir con las estrategias de reducción de daños, también deben constituir la puerta de entrada y salida a los procesos de tratamiento para los trastornos adictivos, estos deben constituir la unidad en la que el usuario acaba el proceso de adaptación socio-familiar y laboral.
- ✓ Es muy necesario que se incorpore la Calidad de vida en el ámbito de la intervención psicosocial y en especial del comportamiento adictivo de estos jóvenes por su condición de crítico problema de salud pública.
- ✓ La familia juega un papel muy importante en la recuperación del adicto y en evitar que ellos recaigan una vez dados de alta del centro de rehabilitación, por lo que es importante continuar dándole seguimiento de manera individual y las terapias familiares.
- ✓ Incorporar terapias alternativas como un agente importante para mejorar la calidad de vida, ya que constituyen una herramienta muy valiosa en la recuperación de la salud.
- ✓ El papel del gobierno en esto esta siendo muy importante en conjunto con la Policia Nacional dado a que así reducen tanto la demanda como la oferta, pero seria de vital importancia hacer énfasis especial en el control de la producción y trafico de drogas, realizar campañas de comunicación y prevención en los grupos de mayor vulnerabilidad social como lo es la juventud.
- ✓ A los jóvenes: Maximizar la importancia del cambio del estilo de vida en el proceso de abandono del consumo de sustancias psicoactivas, por ejemplo: hábitos de vida saludables, manejo adecuado del estrés, reestructuración del ocio y tiempo libre



## BIBLIOGRAFIA

1. Atkinson, M., Zibin, S., y Chuang, H. (1997). Characterizing quality of life among patients with chronic mental illness: A critical examination of the self-report methodology. *American Journal of Psychiatry*, 105, 99-105.
2. Adán Domínguez Cervantes, Alejandro Flores Venegas, CETRIAF, Centro de tratamiento de adicciones y familia, Mexico. 2002.
3. Bardin, L. (1996 2ª e) Análisis de contenido. Akal.
4. CIMA (1979). Encuesta sobre calidad de vida en España. Madrid- MOPU.
5. Connors, G., Longabaugh, R., & Miller, W. (1996). Clinical commentary on replications and extensions of Marlatt's relapse research. Looking forward and back to relapse: Implications for research and practice. *Addiction*, 91 (Supplement), 191-196.
6. Connors, G., Maisto, S., & Donovan, D. (1996). Conceptualizations of relapse: A summary of psychological and psychobiological models. *Addiction*, 91 (Supplement), 5-13.
7. Fernández, J., Gonzales, M., Sáis, P., Gutiérrez, E. y Robes, J. (1999). Calidad de vida severidad de la adicción en heroínomanos en mantenimiento prolongado con metadona. *Adicciones* 11(1), 43-52.
8. Fernández J. (2003). La calidad de vida en adicciones: una medida de la efectividad de los tratamientos. *Anales de Psiquiatría*, 19, 377- 384.
9. Graham, K. y Gillis, K. (1999). The relationship between psychological well-being and alcohol and drug use following substance misuse treatment. *Substances use and misuse*, 34 (3), 1199-1222.
10. Gurin, G., Veroff, J. y Feld, S. (1960). Americans view of their mental health. New York – Basic Books.
11. Guyatt GH, Fenny HD, Patrick DL. Measuring health-related quality of life. *Ann Intern Med* 1993;118:622-629.



12. Iraurgi, I. (1999). Estimación de la calidad de vida en toxicomanías mediante el cuestionario MOS-SF-35: estructura factorial, consistencia interna y validez. *Revista Española de Drogodependencias* 24 (1), 31-45.
13. Iraurgi, I., Casas, A., Celorio, M. y Diaz-Sanz, M. (1999). Calidad de vida relacionada con la salud en usuarios de un programa de metadona. *Revista Española de Drogodependencias* 24(2), 131-147.
14. Iraurgi, 2002; Morales- Manrique et al., 2006). Estimación de la calidad de vida en toxicomanías mediante el cuestionario MOS-SF-35: estructura factorial, consistencia interna y validez. *Revista Española de Drogodependencias*.
15. Katschnig, Freeman y Sartorius, 2000; Wiessma, 2000; Morales-Manrique et al., 2006).
16. Lucas-Carrasco R, Pascual-Sedano B, Galán I, Kulisevsky J, Sastre-Garriga J, Gómez-Benito J. Using the WHOQOL-DIS to Measure Quality of Life in Persons with Physical Disabilities Caused by Neurodegenerative Disorders. *Neurodegener Dis* 2011; 8: 176-86. 2004.
17. Lozano, O Rojas, A, Perez, Gonzalez Saiz F, Ballesta R, Bilbao I, (2008). Evidencias de validez del test para la evaluación de calidad de vida en adictos a sustancias psicoactivas a partir del modelo biaxial de la adicción. *Psicothema* Vol. 20 (2), 317-323.
18. Luengo, M.A., Otero L., J. M., Romero, E. y Gómez F., J. A. (1996). Efectos de la necesidad de búsqueda de sensaciones sobre la involucración en el consumo de drogas en los adolescentes. *Análisis y Modificación de Conducta*, 22(86): 683-708.
19. Marlatt, G. A. (1996). Taxonomy of high-risk situation for alcohol relapse: Evolution and development of a cognitive-behavioral model, Section I: Theoretical perspectives on relapse. *Addiction*, 91 (Supplement), 37-49.
20. Marlatt, G. A. & George, W. (1984). Relapse prevention: Introduction and overview of the model. *British Journal of Addiction*, 79, 261-273.



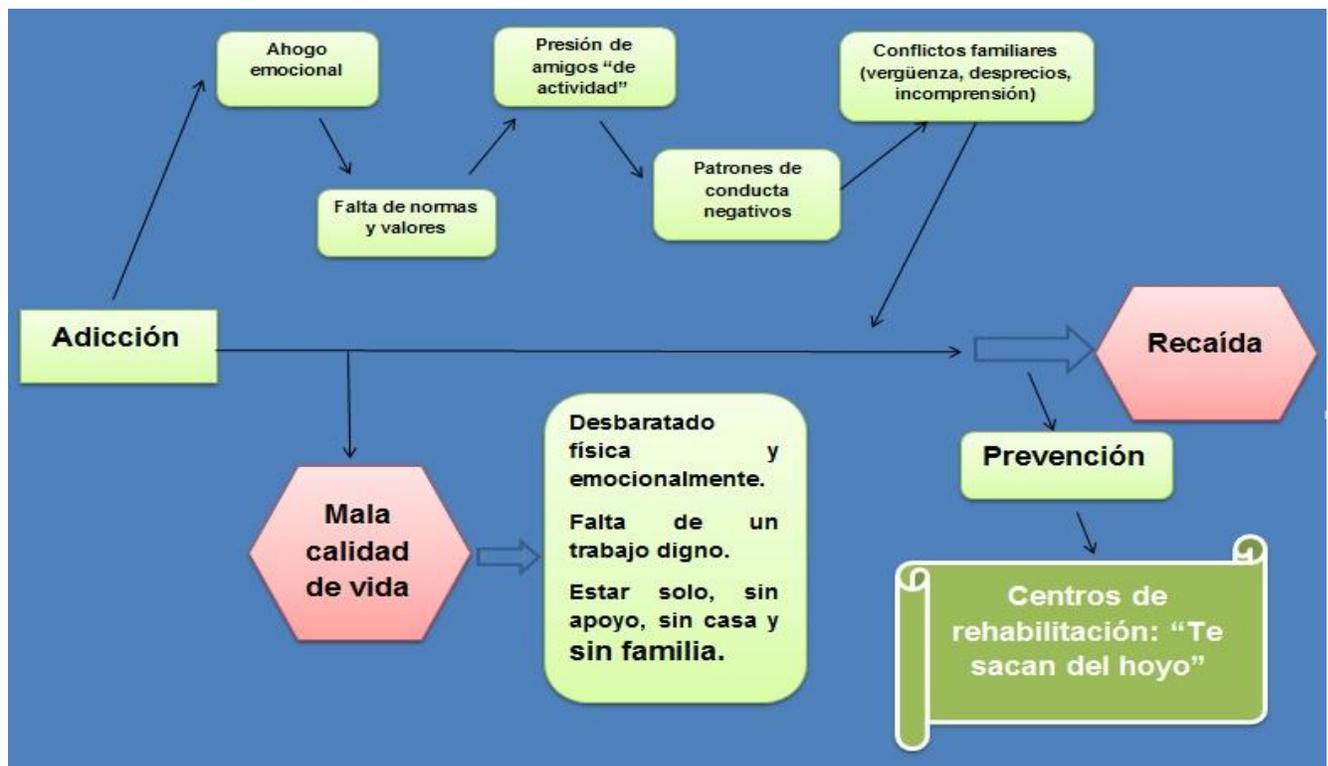
21. Marlatt, G. A., & Gordon, J. (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford. McKay, J., Alterman, A., Mulvaney, F.,
22. Producción, tráfico y consumo de drogas en América Latina. CEPAL, Santiago de Chile, Octubre, 2000.
23. Rosella Pallomba. Institute of population research and social policies, Roma Italia. 2002. Taller sobre calidad de vida. CEPAL, Santiago de Chile.
24. Revista de divulgación de la ciencia de la UNAM, 2013. <http://www.drugabuse.gov/es/informaci%C3%B3n-sobre-drogas> (revisado el 09 de Noviembre del 2013, a las 7:30 pm).
25. Stoeckeler, H. y Gage, M. (1988). Quality of life. University of Minnesota.
26. Testa MA, Simonson DC. Assessment of quality of life outcomes. *N Engl J Med* 1996;334:835-840.
27. Trujols, J., Tejero, A. y Casas, M. (1996). El fenómeno de las recaídas en el tratamiento de las conductas adictivas y su repercusión en la dinámica asistencial. *Adicciones* 8 (3), 349- 367
28. Wasserman, D., Weinstein, M., Havassy, B. y Hall, S. (1998). Factors associated with lapses to heroin use during methadone maintenance. *Drug and Alcohol Dependence*. 52 (3), 183-192.
29. Julio Alguacil Gómez. Encuesta sobre la calidad de vida en España, Madrid CEOTMA, 1998.



# ANEXOS



## Proceso que lleva a los jóvenes a los jóvenes a tener una recaída y una mala calidad de vida.





## GUIA DE PREGUNTAS

Centro de rehabilitación: \_\_\_\_\_

Numero de test: \_\_\_\_\_

### Características sociodemográficas.

Sexo: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Escolaridad: \_\_\_\_\_ Religion: \_\_\_\_\_

Est. Civil: \_\_\_\_\_ Hijos: si\_\_\_ no\_\_\_

Est civil de los padres: \_\_\_\_\_ Trabajan sus padres: \_\_\_\_\_

Relación con sus padres: Buena\_\_\_ Mala\_\_\_

### PERCEPCION DE LA CALIDAD DE VIDA (MARQUE CON UNA X)

**Calidad de vida:** (MARQUE CON UNA X SU RESPUESTA)

OPCIONES	Nada	poco	A veces	bastante
1. Has tenido dolor físico				
2. Has tenido problemas de sueño				
3. Has tenido vómitos				
4. Te has sentido agotado				
5. Has estado ansioso				
6. Has estado deprimido				
7. Te has sentido agresivo				
8. Has tenido problemas para recordar cosas				
9. Has tenido alucinaciones				
10. Has tenido problemas para concentrarte				
11. Has tenido problemas para orientarte				
12. Has consumido drogas para estar bien físicamente				
13. Has consumido drogas para estar bien psicológicamente				
14. Has estado mal físicamente para hacer actividades cotidianas				
15. Crees que tu salud psicológica esta deteriorada				
16. Has tenido personas que se han preocupado por ti				
17. Has tenido problemas familiares				
18. Crees que es consumo de drogas ha empeorado tu actividad social				
19. Tienes personas que puedan ayudarte a salir de las drogas				
20. Crees que tu solo, puedas dejar las drogas				
21. Haría cualquier cosa para dejar las drogas: ir a tratamiento, pedir ayuda a familiares				
22. Crees que tu salud física ha estado deteriorada.				



<p><b>Edad de inicio del consumo:</b></p> <p>_____</p> <p><b>Tiempo de consumo</b></p> <p>_____</p> <p><b>Tiempo que estuvo en un centro la 1ra vez</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. De 9 a 12 meses: _____</li> <li>2. 3 meses _____</li> <li>3. 1 mes _____</li> </ol> <p><b>Motivo para salir del programa</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Abandono _____</li> <li>2. Tener deseos _____</li> <li>3. Sentirse triste _____</li> <li>4. Sentirse molesto _____</li> <li>5. Sentía que no me ayudaba _____</li> <li>6. Otro _____</li> </ol> <p><b>Tiempo de estar en este centro o programa actual.</b></p> <p>_____</p>	<p><b>Que Razones lo hicieron volver a consumir?</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. No resistí la invitación _____</li> <li>2. Me Sentía molesto _____</li> <li>3. Me Sentía triste _____</li> <li>4. Tenía deseos _____</li> <li>5. Otra _____</li> </ol> <p><b>Numero de veces que ha asistido por ayuda a un centro:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 1 a 2 _____</li> <li>2. 3 a 4 _____</li> <li>3. Mas de 5 veces _____</li> </ol> <p><b>Determinantes de las recaídas:</b></p> <p><b>Intrapersonal</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ceder a las tentaciones _____</li> <li>2. Estado emocional negativo _____</li> <li>3. Estado físico negativo _____</li> <li>4. Prueba de control _____</li> </ol> <p><b>Interpersonal</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Conflicto con personas no familiares _____</li> <li>2. Conflicto con la familia _____</li> <li>3. Conflicto con compañeros de trabajo _____</li> <li>4. Presión social _____</li> </ol> <p><b>Métodos para no recaer:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pensamiento positivo sobre ventajas de la abstinencia _____</li> <li>2. Pensamiento sobre las consecuencias del consumo _____</li> <li>3. Estrategias de evitación/distracción _____</li> <li>4. Apoyo social _____</li> </ol>
---	--

**Algo mas que quiera agregar:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



León, 09 de Septiembre 2013

Srs...  
Directores Centros de rehabilitación  
Managua

Sus manos.

Por medio de la presente quier hacer solicitud formal de poder realizar mi Trabajo de Investigación para poder optar al Master en Salud Mental y adicciones, tema de investigación el cual corresponde al Título:

**Calidad de Vida y determinantes de las recaídas en pacientes consumidores de sustancias psicoactivas de los Centros de rehabilitación de Managua**, el cual tiene como objetivo principal: determinar los niveles de calidad de vida y características de las recaídas explorando sus razones en pacientes consumidores de sustancias psicoactivas.

**Al finalizar el estudio me comprometo con el Centro a entregar una copia del estudio y a presentar a las autoridades del centro sus resultados, antes de cualquier publicación.**

Sin más a que hacer referencia me despido deseando éxito en todas sus actividades y esperando una respuesta positiva a mi solicitud.

Sin más a que hacer referencia me despido deseando éxito en todas sus actividades.

---

Lic. Perla Indira Zeledón Zeledón  
Asistente de Investigación  
Centro de Investigación en Demografía y Salud  
CIDS-UNAN-LEON



## PARA GRUPO FOCAL

### Solicitud de permiso de manera verbal.

#### Para comenzar me gustaría que me contaran un poco de sus vidas:

1. De que barrio son, si viven con su familia, si tienen hermanos...
2. Como es la relación con su mama, papa y hermanos...
3. En que trabajan sus padres...
4. Si pudiera identificar a alguien de su familia que se preocupe por usted, quien o quienes serian...

#### Preguntas más sensibles relacionadas a la adicción... RECAIDA...

1. Me podrían contar un poco sobre como fue el proceso antes de ingresar al centro...  
Por ejemplo: como era su adicción...
2. Que es para ustedes Recaída?
3. Pueden identificar algunas señales de recaída.. Cuales serian?
4. Que creen que influyo en que tuvieran una recaída?
5. Me gustaría que me contaran si alguna vez utilizaron algún método para evitar consumir y cual fue?
6. En su familia hay personas que consumen alcohol u otras drogas... Quienes?
7. Que percepción tienen otras personas de usted... como cree que lo ven?
8. Hablando un poco sobre Calidad de Vida, me gustaría que ustedes me describan, que seria para ustedes calidad de vida?
9. Quienes o que cosas, nos permiten tener una calidad de vida?

#### Preguntas de cierre:

1. Como se describirían ustedes
2. Que actividades deportivas les gusta y cuales practican
3. Pueden contarme cuales son sus planes y expectativas para el futuro