



**Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua
UNAN – LEÓN
Facultad de Ciencias Médicas
Centro de Investigación en Demografía y Salud
CIDS
Maestría en Salud Mental y Adicciones.**



Tesis para optar al título de: Master en Ciencias con Mención en Salud Mental y adicciones.

Factores bio-psicosociales 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.

**Autor: Dra. Greylin Rojas Bermúdez.
Médico Psiquiatra.**

**Tutor:Dr. Andrés Herrera Rodríguez. Ph.D
Profesor titular.
Facultad de Ciencias Médicas.
UNAN-León.**

León, 2015

CONTENIDO

No de página.

I. Dedicatoria.

II. Agradecimiento.

III. Opinión del tutor.

IV. Resumen.

I. Capitulo.

Generalidades.

1.	Introducción	6
	Antecedentes	7
	Justificación	10
	Planteamiento del problema	11
	Objetivos	12
	Marco teórico	13
	II. Capitulo Diseño.	
	2.1 Diseño metodológico	22
	III. Capitulo Desarrollo.	
	3.1 Resultados	24
	3.2 Discusión	31
	3.3 Conclusiones	35
	3.4 Recomendaciones	36
	IV. Capitulo Bibliografía.	
	4.1 Bibliografía	38
	V. Capitulo Anexos.	
	5.1 Cuadros y gráficos.	
	5.2 Instrumento.	

DEDICATORIA.

A Dios, por ser mi creador, el motor de mi vida, por no haber dejado que me rinda en ningún momento e iluminarme para salir adelante, porque todo lo que tengo, lo que puedo y lo que recibo es regalo que él me ha dado.

A mis padres, por su comprensión y ayuda, porque me han dado todo lo que soy como persona, mis valores, mis principios, mi perseverancia y mi empeño, y todo ello con una gran dosis de amor y sin pedir nunca nada a cambio.

A mi hija que siempre me llena de felicidad y me inspira para seguir adelante en la carrera de la vida sin temor a nuevos retos.

A mi esposo Pavel, por su paciencia, comprensión, empeño, fuerza, amor, por ser tal y como es ,... porque lo amo. Nunca le podré estar suficientemente agradecida.

A todos ellos,
Muchas gracias de todo corazón.

AGRADECIMIENTO.

A mi tutor y maestro Dr. Andrés Herrera, por sus conocimientos, sus orientaciones, su manera de trabajar, su persistencia, su paciencia y su motivación ya que han sido fundamentales para mi formación, y siempre estaré en deuda con él por todo lo recibido.

Estoy muy agradecida con los pacientes, que con mucha dedicación colaboraron con mi estudio y con todas las personas que de alguna manera permitieron que este estudio llegara a su culminación.

RESUMEN.

El objetivo del presente trabajo fue la identificación de factores bio-psicosociales asociados a recaídas en pacientes drogodependientes que asistieron a la unidad de adicciones (U.D.A) en hospital docente de atención psicosocial José Dolores Fletes Valle, Managua, primer trimestre del año 2015.

El tipo de estudio fue tipo descriptivo de corte transversal, siendo la muestra de 129 pacientes que cumplieron criterios de inclusión y exclusión.

Respecto a las características socio-demográficas los entrevistados fueron: solteros, masculinos, adultos jóvenes, con educación media a superior, originarios de zona urbana de Managua, sin empleo, sin seguro médico la mayoría, derivados del servicio de emergencias del hospital psicosocial y nivel socioeconómico bajo.

Predominó en la población de estudio la presencia de comorbilidades psicopatológicas siendo frecuentes los trastornos del sueño, trastornos de ansiedad e intentos suicida y depresión y más de la mitad de los entrevistados refieren que no padecen de enfermedades crónicas, no se identificó ningún trastorno de personalidad en la población en estudio, en los que si presentaron prevaleció el trastorno límite de la personalidad y en menor incidencia los rasgos de personalidad disocial y dependiente.

En cuanto a los factores del entorno socio-familiar que pueden contribuir a las recaídas de los usuarios entrevistados se encontró que; la mayoría manifestaron no tener ningún amigo de confianza, les resulta difícil hablar de sus sentimientos o problemas incluso con las personas más cercanas, han tenido discusiones con su pareja, parientes o amigos que ha terminado en violencia física. En su mayoría han convivido en el último mes con alguien que tiene actualmente problemas con el alcohol o drogas, principalmente con amigos. La mitad de los entrevistados tienen antecedentes de abuso físico y sexual, sufridos en la infancia y la adolescencia y han estado expuestos a alguna situación amenazante para su vida.

INTRODUCCIÓN.

Según Alemán y López (Febrero 2013, p.15) a nivel mundial el consumo de alcohol y otras sustancias adictivas constituye un problema complejo de consecuencias en la salud individual, integración familiar y el desarrollo social; incrementando la carga mundial de morbi-mortalidad, estigma y exclusión social en quienes dependen de ellas.

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

Sánchez Castaño (2004, p.29) citado por Mavrou (2012, p.2) menciona que la drogodependencia está relacionada a los estilos de vida, hábitos, costumbres, comportamientos o actitudes. El problema de las adicciones, para afrontar su tratamiento, requiere actuar sobre el individuo en su integridad, teniendo en cuenta su aspecto biológico, psicológico y social, los factores bio-psicosociales y ambientales, cuando configuran una realidad social desfavorable, son predictores de un deficitario funcionamiento psicosocial, y generan más probabilidades de recaída en el drogodependiente. La influencia de estos factores muestra que el apoyo social también es importante para predecir la retención en el tratamiento. Las interacciones sociales, el consumo de drogas y la participación en el tratamiento están relacionados. Por lo tanto, es posible afirmar que los factores sociales están en relación directa con el éxito del tratamiento.

La estratégica situación geográfica de Nicaragua en el Centro de las Américas, así como sus amplias fronteras terrestres y marítimas la sitúan en una situación vulnerable, convirtiéndola en corredor del narcotráfico internacional, con un creciente mercado nacional. (Sánchez, M. [n. d] p. 47)

También existen, algunos indicadores directos e indirectos, ejemplo; las muertes asociadas a drogas y el incremento de ingresos al hospital psiquiátrico por problemas relacionados a estas, que muestran lo relevante del problema para el país. (Sánchez y García, 2001, p. 4)

El MINSA no cuenta con estadísticas específicas, para diagnósticos asociados a la drogodependencia, dado que, la condición de uso de drogas queda enmascarada en otros diagnósticos de accidentes y violencia sobre todo en las emergencias hospitalarias, esto aplica también a la recolección de datos y estadística en salud mental, así como el análisis de factores relacionados al inicio de consumo de drogas y las recaídas en drogodependientes.

ANTECEDENTES.

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

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

Las edades de 19 a 34 años son las que más consumen. Más de la mitad de los encuestados afirma que le sería fácil obtener marihuana y cocaína. Casi un tercio de ellos declara tener amigos o familiares que consumen drogas ilícitas.(Alemán, L. López, Y, Febrero 2013).

Según IosifinaMavrou, (2012)sobre los factores de protección, de riesgo y la prevención de recaídas en población drogodependientes, España 2012, se encontró que:

El perfil de las personas drogodependientes son jóvenes, solteras, dependencia económica de los padres, de clase media, inicio de consumo en la adolescencia, con alcohol como droga de inicio, seguido de la marihuana y cocaína.Los principales motivos para iniciar el consumo es por curiosidad, porque su pareja consumía, para olvidar los problemas y la mayoría han crecido en familias desorganizadas y desestructuradas.

Lara Grau López y Carlos Roncero en el estudio sobre factores de riesgo de recaídas en pacientes drogodependientes tras desintoxicación hospitalaria. Barcelona. Septiembre 2011, se encontró que:

Los antecedentes de patología médica, tales como trastornos afectivos comórbidos y policonsumo de sustancias recayeron con más frecuencia a los 6 meses tras su egreso. (López y Roncero, 2011).

Los pacientes con trastornos de personalidad no presentaron una tasa de recaída en los últimos 6 meses. El 91.7% de los pacientes adictos a la heroína volvieron a consumir a los 6 meses, en cambio solo el 28.6% de los pacientes adictos a cannabis recaían a los 6 meses. (López y Roncero, 2011).

Espina Eizaguirre, A. Garcia Martin, A. En su estudio sobre factores pronóstico de abandono terapéutico y recaída en heroinómanos, Vasco 1993 encontraron que:

los factores relacionados a recaídas son: personalidad ,autoeficacia, conducta antisocial y los trastornos borderline, problemas médicos, años de adicción y el tipo de sustancia de abuso, relaciones familiares, el apoyo y el estrés social, son aspectos importantes en el pronóstico a largo plazo.

En el estudio elaborado por Castellón Soza, Miriam del Carmen, (2010) mostró que:

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

Por otra parte, el consumo de Drogas afecta todos niveles educativos, siendo el mayor porcentaje secundaria. El mayor porcentaje de usuarios de drogas se concentró entre los desempleados. La mayoría de los pacientes están en centros de tratamiento tipo residencial institucional, son centros privados, de organizaciones de la sociedad civil, no gubernamentales (ONG). No contamos en Nicaragua con centros públicos o estatales para la atención de los usuarios de drogas. Las drogas legales alcohol y tabaco son más del 70 % de las prevalencias de drogas de inicio. El consumo de alcohol a edades tempranas podría atribuirse al importante movimiento de la industria cervecera en expansión del mercado. Un gran porcentaje comienzan el consumo de drogas antes de los 20 años. Las Vías de administración más frecuentes fueron en orden descendentes: Oral, fumada e Inhalada. (Sánchez, M.2004).

Otro estudio sobre consumo de drogas en estudiantes de secundaria. Managua-Nicaragua. Septiembre 2004 se encontró:

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

Los estudiantes con más problemas de comportamiento dentro del colegio tienen un aumento de la prevalencia de consumo de “cualquier droga ilícita”. Mayor consumo de cualquier droga ilícita en estudiantes que viven con un amigo, solo, o con un novio(a), o esposo(a). (Sánchez, M.2004).

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

La droga iniciada a menor edad son los solventes e inhalables, le siguen en orden ascendente el crack, la marihuana y la cocaína y por ultimo éxtasis y otras metanfetaminas. Los alumnos de secundaria refieren que los estudiantes consumen drogas por curiosidad, para olvidar problemas, para compartir con amigos y para rendir más. (Sánchez, M.2004).

No se encontró en la biblioteca del hospital docente de atención psicosocial DR. JOSÉ DOLORES FLETES VALLE ni en el centro de documentación de la facultad de ciencias médicas de la UNAN Managua, estudios realizados en la UDA, sobre el tema

La alta tasa de recaídas es uno de los problemas más importantes en el tratamiento de la adicción a las drogas, en cualquier lugar del mundo. El comprender la naturaleza de las recaídas y cuáles son los factores de riesgo o de protección de las mismas es fundamental para el desarrollo de intervenciones eficaces. (Luengo, M. Romero, E. Gomez, J. 2001, p. 5)

Se ha observado un incremento sustancial en los motivos de ingreso hospitalario subsecuentes relacionados a la dependencia de drogas en estos últimos años en el hospital docente de atención psicosocial DR. JOSÉ DOLORES FLETES VALLE, considerando que es el único hospital de referencia nacional y las deficiencias en el registro a nivel periférico sobre estos problemas, el impacto podría ser mayor.

Según el CNLCD (2003), Nicaragua cuenta con un programa de salud mental que a través de una red de atención, con perfil bio-sico-social, brinda algún tipo de atención a las personas drogodependientes, pudiendo ofrecer a veces tan solo atención temprana, incidiendo menos en el análisis de los factores que contribuyen a las recaídas y en sus medidas preventivas, en el marco de un abordaje de rehabilitación.

En 2015 la U.D.A se está reorganizando el abordaje integral del paciente drogodependiente que asiste a esta unidad, tomando en consideración la caracterización completa del paciente que ingresa a esta unidad, como uno de las fases iniciales del abordaje integral.

Con el presente estudio se pretende contribuir para la identificación de aquellos factores que pueden contribuir a la recaída de los pacientes y de esta manera reforzar las intervenciones orientadas a la prevención de situaciones de riesgo.

JUSTIFICACION.

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

Según el CNLCD (2003), Nicaragua cuenta con un programa de salud mental que a través de una red de atención, con perfil bio-sico-social, brinda algún tipo de atención a las personas drogodependientes, pudiendo ofrecer a veces tan solo atención temprana, incidiendo menos en el análisis de los factores que contribuyen a las recaídas y en sus medidas preventivas, en el marco de un abordaje de rehabilitación.

El comprender la naturaleza de las recaídas y cuáles son los factores de riesgo o de protección de las mismas es fundamental para el desarrollo de intervenciones eficaces. (Luengo, M. Romero, E. Gomez, J. 2001, p. 5)

Por tal motivo a través del presente estudio se pretende contribuir al trabajo realizado por personal de salud que atiende la U.D.A, identificando aquellos factores que pueden contribuir a la recaída de los pacientes para un mejor abordaje terapéutico de los mismos y reforzar las intervenciones orientadas a la prevención de situaciones de riesgo.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El consumo de sustancias psicoactivas es un desafío importante para la salud pública en Nicaragua, cada año se incrementa más el número de ingresos subsecuentes de jóvenes al hospital docente de atención psicosocial DR. JOSÉ DOLORES FLETES VALLE, con trastornos mentales relacionados al consumo y dependencias a sustancias psicótropas.

En relación a los últimos tres años se encontró registrado en el área de estadística, que:

En 2011 los trastornos mentales secundario a psicotrópicos, representó el 22% de los ingresos anuales, siendo el 61% subsecuente. En el 2012 represento el 16% de los ingresos, siendo subsecuente el 72%.

En 2013 representó el 17% de los ingresos anuales, siendo el 69% subsecuente. Con predominio de edad de los 15 a los 34 años, en todos los años mencionados.

De estos pacientes solamente un cuarto de ellos, aproximadamente terminan las seis semanas de intervención en la UDA, por lo que el trabajo con este pequeño grupo de pacientes es fundamental para la prevención de futuras recaídas.(MINSA, normas generales de: Unidad de atención integral a las adicciones. Marzo, 2011).

Por tanto para comprender el comportamiento de los reingresos y pacientes de primera vez que acuden a la UDA, se hace necesario identificar ¿Cuáles son los factores biopsicosociales relacionados a las recaídas sobre todo en los pacientes que buscan ayuda en centros de rehabilitación y organizaciones como la Unidad de adicciones (UDA) ?

OBJETIVOS:

Objetivo general: Determinar 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, en el primer trimestre del año 2015.

Objetivos específicos:

1. Describir las características sociodemográficas de los pacientes investigados.
2. Identificar los antecedentes médicos y psiquiátricos de los pacientes en estudio.
3. Determinar factores del entorno socio familiar que pueden contribuir a las recaídas.

MARCO TEORICO.

Aspectos conceptuales generales.

Definición de drogas: La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a las drogas como sustancias naturales o químicas que introducidas en un organismo vivo por cualquier vía de administración, ingestión, inhalación, intramuscular o intravenosa, es capaz de actuar sobre el sistema nervioso central produciendo un cambio en la conducta de la persona modificando el estado psíquico.

Las drogas pueden ser de uso médico o no, legal o ilegal y cuyo consumo excesivo y/o prolongado determina tolerancia y dependencia, así como diversas afectaciones biológicas, psicológicas, sociales o espirituales. (Alemán y López 2013 p. 29)

Clasificación:

Por su Origen:

1. Naturales: alcohol, cocaína, opio, mezcalina, marihuana, tabaco y café.
2. Sintéticas o semisintéticas: heroína, metadona, anfetaminas, LSD, ansiolíticos, inhalantes, etc.

Por su regulación legal:

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

Por la dependencia:

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

Por su afectación a la conciencia:

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

Por sus efectos sobre el Sistema Nervioso Central:

1. Drogas estimulantes: café, tabaco, té, anfetaminas y la cocaína.
2. Drogas sedantes/depresoras: alcohol, morfina, heroína y algunos de los llamados somníferos y sedantes.
3. Drogas distorsionantes o deformantes de las percepciones: el LSD, la marihuana, el ICE (metanfetamina en su forma fumable) y algunos hongos, determinantes de alucinaciones y de ilusiones. (Alemán et al, 2013 p.29-30)

Clasificación Farmacológica de los Psicotrópicos de Abuso:

Tipo	Uso medico	Dependencia		Tolerancia
		Física	psíquica	
Opiáceos				
Opio	No	Alta	Alta	Si
Morfina	Analgésico	Alta	Alta	Si
Heroína	No	Alta	Alta	Si
Meperidina	Analgésico	Alta	Alta	Si
Codeína	Béquico	Moderada	Moderada	Si
Difenoxilato	Antidiarreico	Baja	Baja	Si
Fentanyl	Analgésico	Alta	Alta	Si
Nalbufina	Analgésico	Alta	Alta	Si
Propoxifeno	Analgésico	Moderada	Moderada	Si
Metadona	Dtox	Alta	Alta	Si
Buprenorfina	Detox	Alta	Alta	Si
Sedantes, hipnóticos y ansiolíticos				
Barbitúricos	Hipnótico, Anestésico	Moderada	Moderada	si
	Anticonvulsivo			
Benzodiacepinas	Tranquilizante , Hipnótico,	Baja	Baja	si

	Relajante Muscular Anticonvulsivo			
Buspirona	Ansiolítico	Se Ignora		No
Simpaticomiméticos anfetaminas				
Cocaína (<i>crack</i>)	Anestésico	Posible	Alta	Sí
Anfetaminas, Metanfetaminas	Narcolepsia	posible	No	Sí
Biperiden	Antiparkinsonico	Moderada	Moderada	No
Trihexifenidil	Antiparkinsonico	Moderada	Moderada	No
Metilfenidato	Déficit de atención Narcolepsia	Posible	Alta	Sí
Otros	Anoréxicos	Posible	Alta	Sí
Alucinógenos				
LSD 25	No	No	?	Sí
Fenilciclidina y Análogos	Veterinario	Posible	Alta	Sí
Psilocibina	No	Posible	?	No
Mezcalina	No	No	Moderada	Si
Ololiuqui	No	Se ignora		
Cannabis				
Marihuana	No	Posible	Moderada	Si
Hashish	No	Se ignora	Moderada	Si
Disolventes volátiles				
Naftaetilacetato	No	Leve/Moderada	Leve/Moderada	No
Metiletilisobutelino	No	u Ocasional	u Ocasional	

Acetona, Benzol	No
Tricloretileno	No
Tolueno	No
Benceno, Xilen	No

(Souza y Machorro, 2006, p. 23).

Adicción: La OMS (1994), citado por Alemán et al (2013, p.19) define la adicción como el consumo repetido de una o varias sustancias psicoactivas, hasta el punto de que el consumidor (denominado adicto), se intoxica periódicamente o de forma continua, muestra un deseo compulsivo de consumir la sustancia/s preferida/s, tiene una enorme dificultad para interrumpir voluntariamente o modificar el consumo de la sustancia y se muestra decidido a obtener sustancias psicoactivas por cualquier medio. (Alemán et al 2013, p.19).

Por lo general, se acompaña de tolerancia y de un síndrome de abstinencia que ocurre frecuentemente cuando se interrumpe el consumo. (DSM IV, 2002 p.118-121)

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

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

- a) La farmacología de la droga y su forma de actuar sobre el organismo, y concretamente a nivel del Sistema Nervioso Central (S.N.C.)
- b) Las características de personalidad y circunstancias personales del sujeto
- c) Las condiciones socioculturales y el entorno/contexto, que rodean al individuo, tales como la presión social hacia el consumo, la facilidad de adquisición de la droga, etc.

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

En cuanto a los factores de índole sociodemográficos:

El perfil de la persona drogodependiente es joven, soltera, masculina, desempleado, dependencia económica de los padres, de clase media en la mitad de los casos, con baja escolaridad, procedencia de zona urbana. (mavrou, 2012 p.57)

En relación a los antecedentes médicos y psicopatológicos:

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

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

Los problemas en el área médica en la admisión, predicen el mayor consumo de alcohol y problemas psicosociales, lo cual puede ser debido a deterioro físico, la peor calidad de vida, y consecuentemente a un mayor abandono y marginación. (Espina et al 1993, p. 194)

Para algunos autores, existe una serie de rasgos determinantes de la personalidad pre toxicómana, que predisponen al uso de drogas, como una acción que se enmarcaría dentro de una actitud de búsqueda de soluciones a un estado crítico por el que atraviesa la persona. Entre estas características personales, se pueden distinguir las siguientes:

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

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

En los factores relacionados al contexto sociofamiliar:

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

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

Variables familiares y drogodependencia: La influencia de los componentes de la emoción expresada:

La Emoción Expresada (EE) es un constructo que evalúa la comunicación que los familiares del paciente mantienen con este último. Los componentes que han mostrado mayor relevancia dentro de este constructo han sido los de Criticismo, Hostilidad y Sobreimplicación Emocional.

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

En los diferentes estudios podemos ver que las variables del ámbito familiar que con más frecuencia se han vinculado a la existencia de consumo abusivo de drogas por parte de un miembro familiar son:

Clima familiar negativo: desorganización familiar y estrés, negatividad y rechazo, psicopatología del familiar.

Conflicto familiar excesivo: abusos verbales y físicos, críticas al enfermo, hostilidad generalizada.

Falta de comunicación adecuada entre miembros de la familia: incomunicación entre miembros familiares, falta de cohesión familiar, escasez de tareas compartidas y de tiempo juntos, interacciones disfuncionales entre miembros de la familia.

Estilos educativos inadecuados (por parte de los padres): ambigüedad en las normas familiares, exceso de protección, falta de reconocimiento y una organización familiar rígida.

Uso de drogas y las actitudes favorables hacia estas por los familiares relevantes (como por ejemplo los padres). (Becerra, 2008 p. 4)

Factores no patológicos relacionados a la historia de consumo de sustancias psicotrópicas:

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

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

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

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

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

Dependencia: Categoría con mayor problema en el continuo de consumo de sustancia. Se vuelve evidente la preocupación del paciente por obtener y consumir la sustancia, denota la incapacidad de controlar el consumo, presenta un deterioro integral en su funcionamiento psicosocial y persiste en la búsqueda de la sustancia a pesar de las experiencias adversas. (Alemán et al 2013 p.20-21)

Vías relacionadas: Las vías psicopatógenas más frecuentes, según González (Mis corderos bajo piel de lobo, 2012), citado por Alemán et al (2013, p.23-25), para el establecimiento de las drogodependencias y/o adicción son:

□ **Vía sociocultural:** Relacionada con costumbres, tradiciones y factores ocupacionales que facilitan el periódico consumo de sustancias y la consecuente adicción. Involucrados en este mecanismo está la presión de los grupos de pares y modas.

□ **Vía hedónica:** Existe una persecución constante del placer sin ningún otro objetivo en la vida, característica de los drogodependientes con importantes componentes disociales en su personalidad –previos a la adicción-- y se ve también en algunas personas de alto nivel económico y bajo nivel de responsabilidades ante la familia y la sociedad.

□ **Vía evasiva:** Busca de manera infructuosa alejarse de la realidad, con el posible objetivo de olvidar los conflictos hogareños, experiencias psico traumáticas actuales o pasadas, sin percatarse de que dicha conducta lo que hace es aumentarlas. □

□ **Vía asertiva:** Cuando las personas utilizan las drogas pretendiendo aumentar su seguridad personal.

□ **Vía sintomática:** Es donde existe previamente una afección corporal o más frecuentemente psíquica cuyos síntomas se pretenden atenuar, resultado que sólo se consigue en los primeros consumos, para después empeorar notablemente.

□ **Vía constitucional:** Es lo referido al componente de vulnerabilidad o predisposición genética, que por sí solo no es suficiente para desarrollar una drogadicción si no existen los factores psicológicos y medioambientales que determinen el uso reiterado de la sustancia.

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

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

El concepto de recaída:

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

- a) Un proceso que gradualmente e insidiosamente lleva a la iniciación del consumo de sustancia.
- b) Un evento discreto que se define por una caída o una vuelta al consumo de la sustancia.
- c) La vuelta al consumo de la sustancia con la misma intensidad que en los niveles anteriores al tratamiento.
- d) El consumo diario de la sustancia durante un determinado periodo temporal y
- e) Una consecuencia que lleva a la necesidad de iniciar de nuevo el tratamiento.

Marlatt ha establecido una distinción conceptual aceptada por otros muchos autores. Distingue el autor entre el consumo puntual de una sustancia (**“lapso”, “desliz” o “caída temporal”**) entendida como el primer consumo después de un periodo de abstinencia y la **“recaída”**, que supondría el retorno a la conducta dependiente que se había intentado cambiar, recuperando o no los niveles de la línea base anterior al tratamiento.

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

DISEÑO METODOLOGICO.

Tipo de estudio:

Descriptivo, de corte transversal.

Área de estudio:

Unidad de adicciones (UDA) ubicada en el hospital de atención psicosocial Dr. JOSÉ DOLORES FLETES VALLE de Managua.

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

Población de estudio:

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

Se incluyeron en el estudio, los pacientes que completaron los 45 días de intervención en la unidad.

Muestra: Tomando en cuenta que cada mes se presentaron 43 ingresos que completaron su intervención en la Unidad de adicciones, según los reportes estadísticos de HJDFV, se trata de una muestra del 100% de la población que asistió, 129 pacientes en el primer trimestre del año 2015.

Criterios de hospitalización a la UDA.

1. Usuario desintoxicado, con crisis yugulada, con pobre o nulo riesgo de repetición de la crisis durante los siguientes 45 días.
2. Mayores de 16 años.
3. Sin descompensación por enfermedades crónicas, ni deterioro grave de su estado de salud.
4. Con hoja y solicitud fundamentada de su traslado de los servicios de UIC, Sala No. 4 o 3, Emergencia y/o Consulta Externa.
5. Sin riesgo y/o vulnerabilidad suicida.
6. Usuario con documentación completa (hoja de admisión, hoja de emergencia, plan de tratamiento, historia clínica). (Subdirección médica, 2011, p. 6)

Criterios de Inclusión:

1. Que cumplan los criterios de hospitalización a la UDA
2. Usuarios de primer ingreso que hayan completado los 45 días de intervención
3. Usuarios subsecuentes que acudan 6 meses después de intervención en la UDA

Criterios de exclusión:

1. Usuarios que no hayan completado los 45 días de intervención.

2. Usuarios rehabilitados que apoyan el trabajo del personal médico.
3. Usuarios que se encuentren hospitalizados en las salas de agudo

Periodo de estudio:

Se aplicó el estudio durante el primer trimestre del año 2015.

Fuente de información:

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

Instrumentos de recolección de la información:

Se elaboró un cuestionario en base al instrumento estandarizado ASI 6.

Para la valoración del craving se utilizó el modelo de escalas unidimensionales, tipo Likert. Se realizó revisión de expedientes clínicos, hoja de resumen psicológico y de trabajo social.

Plan de recolección de datos

Se les solicitó consentimiento informado para la realización de los cuestionarios, mediante la entrevista personal.

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

Procesamiento, análisis y presentación de datos:

Para el procesamiento de la información se realizó una base de datos en el paquete estadístico de análisis de SPSS 15.0 (SPSS Inc. Chicago, Illinois, USA).

Las características socio-demográficas de los encuestados se analizaron y se presentaron en tablas de frecuencias, así como las comorbilidades médicas – psiquiátricas y el entorno socio familiar.

Se realizó cruces de variables sociodemográficas y antecedentes médico-psicopatológicos.

Se tomaron en cuenta los aspectos éticos para la realización del estudio, informándosele a los participantes.

Consideraciones éticas.

Se solicitó permiso a directora de Hospital docente de atención psicosocial Jose Dolores Fletes Valle para la revisión de los expedientes clínicos, además se les solicitó consentimiento a cada uno de los participantes para integrarse al estudio así mismo se les explicó que los datos serían usados con fines de investigación y se mantendría el sigilo de la información.

RESULTADOS.

Datos sociodemográficos de los participantes.

En el presente estudio se encontró que: el 53% de los entrevistados tenían entre 19 a 39 años de edad, siendo adolescentes después de 16 años a más en un 12%, todos procedían del área urbana de Managua (100%), el 70.6% de los entrevistados eran del sexo masculino y el 29.4% eran femeninas, en relación a la ocupación el 51.1% de los entrevistados no tienen ninguna ocupación, en cuanto a la escolaridad se encontró que 41.1% de los entrevistados cursaron educación superior, seguido de los que estudiaron la secundaria incompleta en un 35.3% y la mayoría eran solteros (41%), el 29% en unión libre y una minoría separados de sus parejas (12%). Ver Tabla 1.

TABLA 1. Características socio-demográficas de la población de estudio.

Variable	n	%
Grupo Etéreo.		
16-18 años	16	12
19-24 años		
25-29 años	68	53
30-49 años	28	
50 y más	17	
Sexo		
Masculino	91	70.6
Femenino	38	29.4

Variable	N	%
Ocupación		
Ninguno	66	51.1
Ama de casa	9	6.2
Estudiante	18	14.7
Soldador	7	5.4

Atención al cliente en SITEL	7	5.4
Cocinera	7	5.4
Cargador	7	5.4
Mecánico	8	6.4
Estado civil		
Soltero	54	41
Casado	23	18
Separado	15	12
Unión libre	37	29
Procedencia		
Urbano	129	100
Rural	0	0
Escolaridad		
Primaria completa	8	5.9
Primaria incompleta	8	5.9
Secundaria completa	14	11.8
Secundaria incompleta	46	35.3
Universidad	53	41.1

Seguridad social y origen de referencia.

Con respecto a seguro social se observa en la tabla 2, que la mayoría no tiene seguro médico (82.4%), el 11.8% si posee seguro y recibe pensión.

Además, se puede observar que en su mayoría (29.4%) de los usuarios de la U.D.A son referidos por el servicio de emergencias del hospital psicosocial y otros centros como los centros de rehabilitación externos, sala de emergencia de hospitales generales, estaciones de policías, seguidos de aquellos que acudieron por recomendación de familiares (17.6%) y amigos (11.8%) ver tabla 2.

TABLA 2. Seguro Social y derivación al tratamiento UDA.

Variable	n	%
Seguro medico		
Seguro social	23	17.8
Ninguno	106	82.4
Derivación hacia la UDA		
Emergencia del hospital	38	29.4
Área de hospitalizado de agudos	8	5.9

Familiares	22	17.6
Amigos	15	11.8
Otros	38	29.4
Consulta externa del hospital	8	5.9

Antecedentes médicos y/o psicopatológicos.

Además se encontró en el presente estudio que el 52.9% refieren que no padecen de enfermedades crónicas, el 17.6% refieren presentar otra enfermedad como anemia entre otras, el 11.8% de los entrevistados presentan hipertensión arterial seguidas de diabetes mellitus (3.9%), así mismo la mayoría de los usuarios entrevistados (70.6%), presentan o han presentado a lo largo de su vida trastornos del sueño, seguido de trastornos de ansiedad e intentos suicida en un 53.1% , los trastornos de depresión en 47.1% y en menor frecuencia el trastorno afectivo bipolar (17.7) ver gráfico 1.

Al revisar el expediente se confirmó otras comorbilidades entre ellas trastorno mental y del comportamiento debido al consumo de alcohol (23.5%), Trastorno mental y del comportamiento debidos a psicotrópicos (17.6%), en menor frecuencia alucinosis alcohólica, trastorno afectivo orgánico, trastorno psicóticos inducido por psicotrópicos, episodio psicótico residual, crisis conversiva.

En la mayoría de los usuarios entrevistados (76.5%) no se identificó ningún trastorno de personalidad, en los que si presentaron algún trastorno de personalidad, prevalecía el trastorno límite de la personalidad en un 11.8%.

Al preguntar a los usuarios entrevistados sobre si han vivido en algún alojamiento restringido o supervisado durante los últimos 6 meses o los 30 últimos días el 11.8% respondió que estuvo en un centro de rehabilitación para drogas o en el hospital psiquiátrico. El 64.7% refirió no haber estado hospitalizado o ingresado en otra unidad de tratamiento.

TABLA 3. Antecedentes médicos de los participantes en estudio.

Variable	n	%
Enfermedades crónicas		
Ninguna	68	52.9
Hipertensión arterial	15	11.8
Cirrosis u otras enfermedades	5	3.9
Crónicas hepáticas	5	3.9
Enfermedades respiratorias	5	3.9

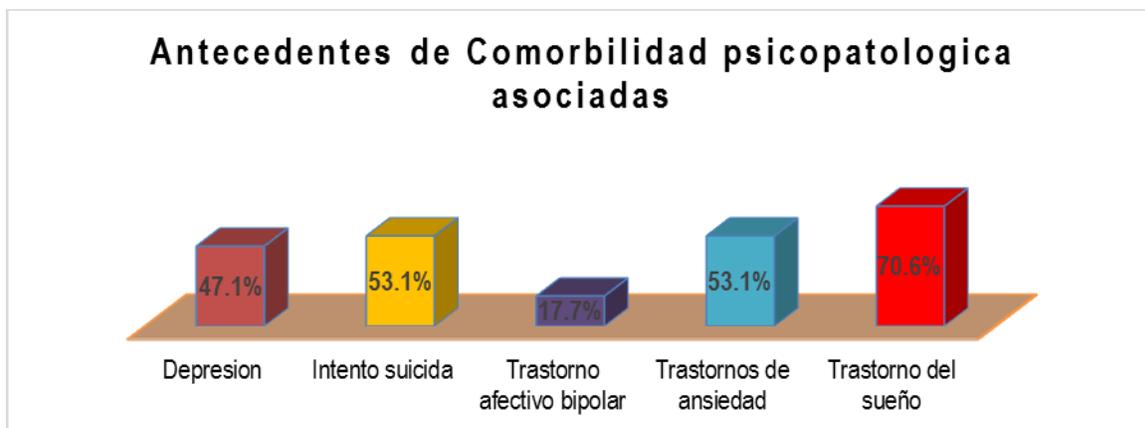
crónicas		
Diabetes mellitus	8	3.9
Otras	23	17.6

Trastornos de personalidad

Ninguno	98	76.5
Rasgo de personalidad dependiente	8	5.9
Rasgo de personalidad disocial	8	5.9
Trastorno de personalidad limite	15	11.8

Variable	n	%
Permanencia en alojamiento restringido o supervisado en una unidad de hospitalización durante los últimos 6 meses o los últimos 30 días.		
Centro de rehabilitación de drogas	15	11.8
Hospital general	8	5.9
Hospital psiquiátrico	15	11.8
Cárcel	8	5.9
No	83	64.7
Antecedentes de tratamiento por uso de drogas.		
Si	68	52.9
No	61	47.1
Permanencia en alojamiento restringido o supervisado en una unidad durante los últimos 6 meses o últimos 30 días.		
Si	15	11.8
No	114	88.2

Grafico 1. Comorbilidad Psiquiátrica.



Antecedentes de eventos traumáticos y conflictos con la ley.

En la tabla número 4 se observa, que la mayoría de los entrevistados (47%) tienen antecedentes de abuso físico., el 41% de los encuestados sufrió abuso sexual, la mayoría de los entrevistados ha sufrido alguna situación amenazante para su vida en un 64.7%.

Se puede observar que el 76.5% de los encuestados ha estado en la cárcel aunque sea unas pocas horas.

El 29.4% manifestó haber estado en la cárcel antes de los 18 años, por delitos violentos contra las personas.

Tabla número 4. Antecedentes de eventos traumáticos y conflictos con la ley.

Variable	n	%
Abuso sexual		
Si	53	41
No	76	59
Abuso físico		
Si	61	47
No	68	53
Acontecimientos traumáticos		
Si	46	35.3
No	83	64.7

Implicación en actividades legales		
Si	99	76.5
No	30	23.5
Antecedentes legales antes de los 18 años		
Si	38	29.4
No	91	70.6

Características del entorno sociofamiliar y relaciones interpersonales.

En el gráfico número 2, se observa que el 64.7% manifestaron pasar mayor tiempo con su pareja, han establecido poco contacto mediante llamadas telefónicas mensajes (35.3%), mientras que el 29.4% manifestó establecer contacto mediante llamadas y mensajes de texto con familiares adultos y amigos íntimos. La mayoría refirieron que no han hablado con nadie sobre sus problemas o sentimientos (35.3%), el 29.4% con su pareja y el 23.5% con amigos íntimos. El 35.3% de los entrevistados refieren que han tenido problemas de relación con familiares adultos y el 29.4% con la pareja. Aproximadamente la mitad de los entrevistados refirieron que han tenido discusiones con familiares adultos en el último mes.

El 76.5% de los entrevistados manifiestan les resulta difícil hablar de sus sentimientos o problemas incluso con las personas más cercanas.

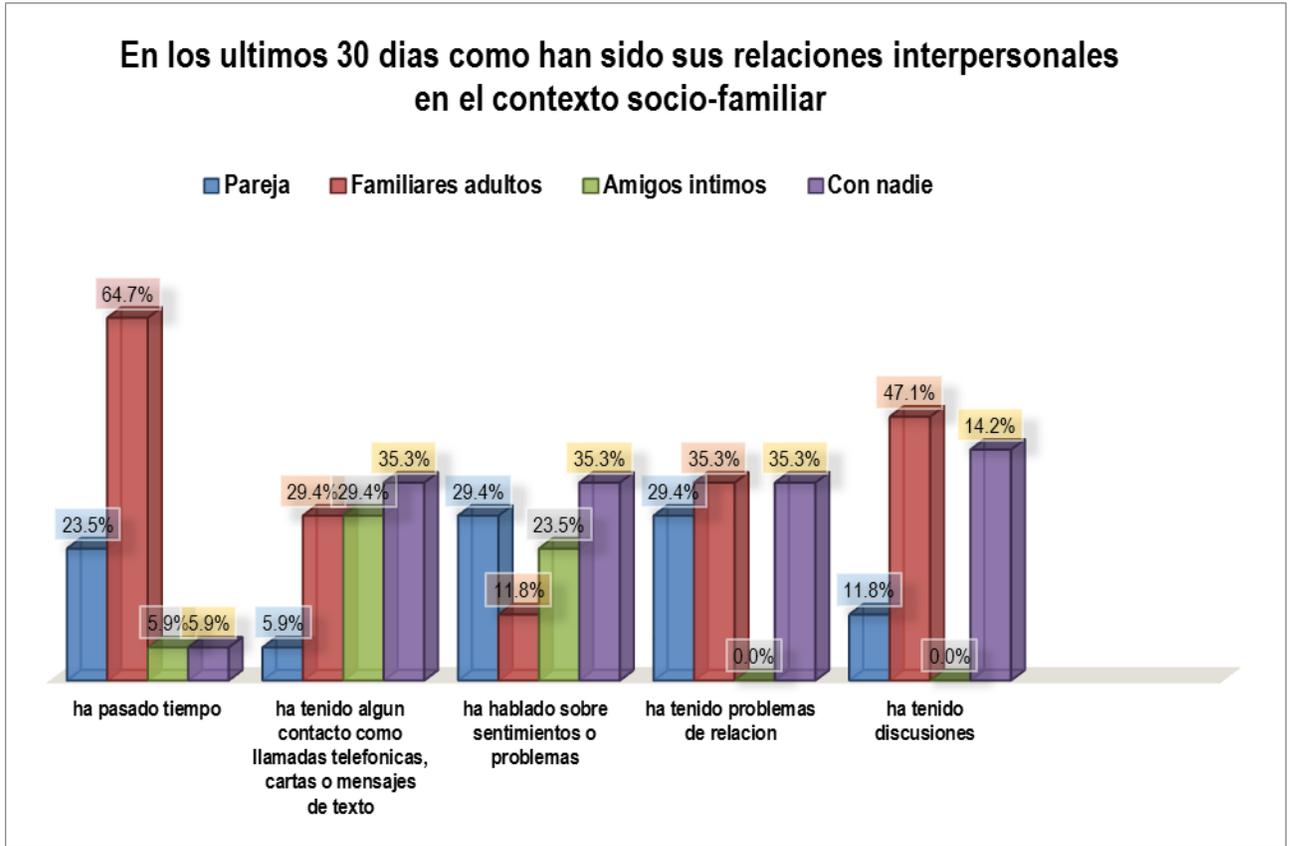
El 76.5% de los entrevistados refieren que es importante mantener relaciones cercanas con alguien.

El 5.9% de los entrevistados tiene una orden de alejamiento de alguien familiar.

En 47.1% de los entrevistados las discusiones con su pareja, parientes o amigos termino en violencia como empujones, golpes o arrojando objetos.

Al preguntárseles que con quien puede contar en caso de necesitar ayuda, el 64.7% menciona a los familiares adultos y solamente el 5.9% dijeron que no contaban con nadie, finalmente el 70.6% no cuentan con nadie más si necesitara ayuda.

Grafico número 2. Entorno socio familiar y relaciones interpersonales.



DISCUSION.

Este estudio tuvo como fin determinar los factores Biopsicosociales relacionados 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, en el primer trimestre del año 2015.

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

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

A pesar de que la mayoría alcanzo la educación superior, seguido de los que alcanzaron la secundaria incompleta los pacientes entrevistados no tienen ocupación, seguido del que tienen empleo informal e inestable . Lo que en otros estudios se asoció con probabilidad de recaídas dado que esta población tiene más conflictos familiares y están más insatisfechos de su situación actual. (Espina, A. García, M, A. (1993, pag 192).

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

Se presenta además que la mayoría de los entrevistados son solteros y una minoría están separados de sus parejas, lo cual es un factor riesgo, ya que tener una familia y estar casados es considerado un factor protector. El 82.4% no tiene seguro médico lo cual está en correspondencia al gran porcentaje de pacientes sin ocupación y/o con empleo informal.

También predominó pacientes que fueron transferidos a la UDA a través de la emergencia del hospital psicosocial, lo cual refleja que el personal que labora en el hospital está consciente de la necesidad de rehabilitación de estos pacientes. Respecto a la fuente de derivación Espina, A. García, M, A. (1993) en su estudio sobre factores pronóstico de abandono terapéutico y recaída en heroinómanos menciona que los que venían de bienestar social mejoraban en estado médico, ajuste social, neuroticismo y depresión, mientras que

los que venían por vía judicial tenían peor pronóstico. (Espina, A. García, M, A. (1993, pag 192).

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

En cuanto a los antecedentes médicos y psicopatológicos, se presenta que los pacientes estuvieron en un centro de rehabilitación para drogas o internado en el hospital psiquiátrico durante los últimos 6 meses, además refieren que no padecen de enfermedades crónicas, el resto mencionó, en orden de frecuencia otras enfermedades crónicas, hipertensión, diabetes y en menor frecuencia cirrosis y enfermedades respiratorias. Con respecto a este factor Espina, A. García, M, A. (1993), presentó que los problemas en el área médica en la admisión predicen el mayor consumo de alcohol y problemas psicosociales a los 2.5 años, lo cual puede ser debido al deterioro físico, la peor calidad de vida, y consecuentemente a un mayor abandono y marginación. (Espina, A. García, M, A. (1993, p. 192).

Otro estudio menciona que los pacientes con antecedentes patológicos médicos (44,9% vs 23,3%, $p = .04$) y con trastornos afectivos comórbidos (93,8% vs 6,3%, $p = .007$) recayeron con más frecuencia que aquellos pacientes que no presentaban estos trastornos. (López, L.G. Roncero 2012, p. 119). Por lo tanto, en este estudio los pacientes que no padecen de estas enfermedades crónicas (el 53%), de los usuarios de la U.D.A entrevistados tendrían un factor protector.

Acerca de comorbilidades psicopatológicas los entrevistados presentan o han presentado a lo largo de su vida trastornos del sueño, seguido de trastornos de ansiedad e intentos suicida así como depresión y en menor frecuencia el trastorno afectivo bipolar. Estos factores se correlacionan con los resultados presentados en la guía medico social para el diagnóstico de drogodependencias. Donde se menciona que los índices de suicidio entre personas con adicción son 5-10 veces más altos que entre personas sin adicción, y que el uso de drogas está asociado con morbilidad psiquiátrica (patología dual o trastornos concurrentes). Esta coexistencia se podría establecer de dos formas, la primera, con una enfermedad psiquiátrica de base y después el establecimiento de la dependencia (10 al 35%); y la otra forma sería a la inversa, el establecimiento del trastorno psiquiátrico provocado por el consumo de sustancias (20 al 80%), (UNODC, 2005). (Alemán, L. Lopez, Y. 2013, pag 58).

En la mayoría de los usuarios entrevistados no se identificó ningún trastorno de personalidad, en los que si presentaron algún trastorno de personalidad, prevalecía el trastorno límite de la personalidad y en menor incidencia los rasgos de personalidad disocial y dependiente, lo cual constituye un factor pronóstico indiferente, ya que según varios estudios consideran que los pacientes con trastornos de personalidad no presentaron una tasa de recaída mayor a los 6 meses, que los pacientes sin trastornos de personalidad. (López, L.G. Roncero 2012, pag. 120). Sin embargo, en otros estudios se menciona que los

trastornos de personalidad están más asociados a comorbilidad, lo que indirectamente propiciaría las recaídas al consumo de sustancias y además se considera que los tipos de personalidad más frecuentes en pacientes toxicómanos se destacan personalidad antisocial, límite, desordenes narcisistas, histéricos, dependientes y evitativos. (Espina, A. García, M, A. (1993, pag 193).

Además, se encontró que la mayoría de los pacientes considera que tiene una buena salud física, sin embargo un poco más de ellos refieren sentirse preocupados leve a moderadamente y 17.7% se sienten moderado a extremadamente preocupados, si se compara con aquellos que han estado hospitalizados o alojados en un lugar supervisado o restringidos en los últimos 6 meses , se advierte que hay poca capacidad de introspección sobre la magnitud de los problemas físicos generados por el consumo de sustancias psicotrópicas.

En cuanto a factores del entorno socio familiar que pueden contribuir a las recaídas de los usuarios entrevistados, se encontró que un porcentaje de los usuarios entrevistados manifestaron no tener ningún amigo de confianza, a pesar de que la mayoría manifestaron pasar mayor tiempo con su pareja, el 76.5% de los entrevistados manifiestan les resulta difícil hablar de sus sentimientos o problemas incluso con las personas más cercanas.

En 47.1% de los entrevistados las discusiones con su pareja, parientes o amigos terminó en violencia como empujones, golpes o arrojando objetos. Lo cual refleja una mala calidad en sus relaciones interpersonales con sus familiares, esto se contrapone con los resultados, donde se observan que la mayoría sienten satisfacción moderada en sus relaciones interpersonales y la mayoría no siente ninguna preocupación sobre los problemas interpersonales, por lo tanto la calidad de las relaciones interpersonales y la percepción que tiene el usuario entrevistado sobre ello, constituye un factor de riesgo que puede favorecer la conducta de consumo.

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

Estos factores son similares con otros estudios de población de relapsantes en donde se demuestra que tienen un menor número de amigos y un mayor número de ellos consumidores (71%), también perciben más problemas en cuanto a la falta de relaciones sociales y cuentan con un número menor de personas en las que apoyarse para sentirse mejor. (Luengo, Romero 2000, pag 16).

Se advierte que el 71% de los entrevistados han convivido en el último mes con alguien que tiene actualmente problemas con el alcohol o drogas. De estos el 41.2% refirió que fue con amigos, seguidos en orden de frecuencias por familiares adultos y pareja. Esto constituye un factor de riesgo de consumo ya que según estudios previos los amigos que usan sustancias, presionan para el consumo (presión de los pares), conductas antisociales de

grupos, involucramiento en “subgrupos” de riesgo o alto riesgo (pandillas por ejemplo) y búsqueda de sensaciones (como grupo) (Sánchez, 2013 p.16-23).

Respecto a algún trauma emocional que haya tenido el paciente a lo largo de su vida, se encontró antecedentes de abuso físico. Situándose en la infancia y la adolescencia con mayor frecuencia, además presencia abuso sexual, predominando en la infancia y la adolescencia siendo la edad mínima de inicio de abuso sexual de 5 años, la edad máxima fue de 18 años, con un promedio de 11 años de edad. La mayoría de los entrevistados sufrió alguna situación amenazante para su vida.

Estos acontecimiento traumáticos aun constituyen los entrevistados una preocupación actual, mientras que el restante 35.3% siente preocupación o reacciones relacionadas a estos acontecimiento de moderada a considerable.

Esto se relaciona con otros estudios que resaltan la importancia de acontecimientos vitales estresantes (AVS), unidos al bajo apoyo social y depresión como valor pronóstico de recaídas y ajuste social. (Espina, A. García, M, A. (1993, p.195).

Por otra parte se pudo observar que la mayoría de los encuestados han estado en la cárcel aunque sea unas pocas horas. En su mayoría por delitos violentos contra las personas antes de los 18 años de edad. Solo una minoría está pendiente de juicio o cargos, el resto está libre de cualquier cargo legal, lo que constituye un factor protector, estudios previos encontraron que los siguientes factores son considerados de mal pronóstico: bajo nivel socioeconómico, abandono temprano de la escuela, separación materna y edad temprana de implicación delictiva. (Espina, A. García, M, A. (1993, pag 195). Casi todos los estudios concluyen que la criminalidad asociada al consumo de drogas es de mal pronóstico. (Espina 1993 p.194 y 199)

Según la escala de valoración de craving ,en el momento de la entrevista la mayoría manifestó sentir poco a ningún deseo por el consumo de la droga, seguido por un porcentaje que refirió deseo moderado y en su minoría manifestarán deseo irresistible. Los pacientes con un alto craving, que lo palían con un consumo de drogas previo al ingreso hospitalario para desintoxicación, tienen un peor pronóstico de su drogadicción (Rosenberg, 2009). También podría estar relacionada con la motivación que tiene el paciente para realizar el tratamiento de desintoxicación y deshabitación de la adicción, ya que probablemente los pacientes que consumen horas antes del ingreso estén en una fase pre-contemplativa o contemplativa del abandono del consumo de la sustancia (Prochaska y DiClemente, 1982). (López, L.G. Roncero 2012, p. 120).

CONCLUSIONES.

El perfil socio-demográfico identificado en los entrevistados fue: solteros, masculinos, adultos jóvenes, con educación media a superior, originarios de zona urbana de Managua, sin empleo, sin seguro médico la mayoría, derivados del servicio de emergencias del hospital psicosocial y nivel socioeconómico bajo.

Una pequeña cantidad de los entrevistados estuvo en un centro de rehabilitación u hospitalización a consecuencias de las drogas. Más de la mitad de los entrevistados refieren que no padecen de enfermedades crónicas.

Predominó en la población de estudio la presencia de comorbilidades psicopatológicas siendo frecuentes los trastornos del sueño, trastornos de ansiedad e intentos suicida y depresión.

No se identificó ningún trastorno de personalidad en la población en estudio, en los que si presentaron prevaleció el trastorno límite de la personalidad y en menor incidencia los rasgos de personalidad disocial y dependiente.

La mayoría considera que tiene una buena salud física, sin embargo aproximadamente la mitad de ellos refieren sentirse preocupados leve a moderadamente.

En cuanto a los factores del entorno socio-familiar que pueden contribuir a las recaídas de los usuarios entrevistados se encontró que; la mayoría manifestaron no tener ningún amigo de confianza, les resulta difícil hablar de sus sentimientos o problemas incluso con las personas más cercanas, han tenido discusiones con su pareja, parientes o amigos que ha terminado en violencia física. En su mayoría han convivido en el último mes con alguien que tiene actualmente problemas con el alcohol o drogas, principalmente con amigos. La mitad de los entrevistados tienen antecedentes de abuso físico y sexual, sufridos en la infancia y la adolescencia y han estado expuestos a alguna situación amenazante para su vida. Estos acontecimientos traumáticos aun constituyen motivo de preocupación o molestias.

Según la escala de valoración de craving dos tercios aproximadamente manifestó sentir poco a ningún deseo por el consumo de la droga, y un tercio deseo irresistible.

RECOMENDACIONES.

A la comunidad y la familia:

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

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

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

A la institución (hospital docente de atención psicosocial):

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

5. Apoyar la realización de estudios de pre y posgrado sobre los temas relacionados al consumo de psicotrópicos.

Al ministerio de salud:

1. Apoyar la iniciativa de la Rehabilitación basada en la comunidad (RBC), para concientizar al personal de salud (atención primaria y especialidades no psiquiatras) de la importancia de los trastornos mentales, principalmente los relacionados al consumo de psicotrópicos.

2. Promover el trabajo en conjunto de los CAPS con los recursos comunitarios de salud, para la identificación y seguimiento de los casos.

BIBLIOGRAFIA.

1. Alemán, L. Lopez, Y. (Febrero 2013). Guía médico-social para el diagnóstico y atención primaria de las drogodependencias en Nicaragua. FUNDACIÓN POPOL-NA. Managua. Consultado el 26 de octubre 2013 en: http://issuu.com/fgdnicaragua/docs/guia_medico_social_drogodependencias_popolna
2. Becerra, J. Variables familiares y drogodependencia: La influencia de los componentes de la emoción expresada. (7 de abril 2008). Centro Medico Castellar Salud. Castellar, España. Consultado el 11 de diciembre 2013 en: - <http://www.psicologiacientifica.com/drogodependencia-familia-emocion-expresada/>
3. Bobes, J. Bascarán, M. Bobes, M. Carballo, J. Díaz, E. Flórez, G. García, M. Saiz, P. Valoración de la gravedad de la adicción: Aplicación a la gestión clínica y monitorización de los tratamientos. (marzo, 2007). Socidrogalcoho/PNSD, Cibersam, universidad de Oviedo-España. Consultado el 11 de noviembre 2013 en: <http://www.pnsd.mssi.gob.es/Categoria2/publica/pdf/ValoracionGravedadAdiccion.pdf>
4. Castellón, M. (2010). Conocimientos actitudes y practicas acerca del uso de drogas en estudiantes del IV y V año del instituto Paz y Amor, Bo. Batahola Sur, Managua, Septiembre a diciembre 2010. Consultado el 30 de junio 2013 en: http://www.minsa.gob.ni/index.php?option=com_remository&Itemid=52&func=fileinfo&id=7519
5. Castillo, IosebaIraurgi y Bilbao, Nieves Corcuera. Craving: concepto, medición y terapéutica. Norte de salud mental nº 32 • 2008 • pag 9–22. Módulo de Asistencia Psicosocial de Rekalde y Dirección de Drogodependencias. Gobierno Vasco.
6. Consejo Nacional de Lucha Contra las Drogas (CNLC). (18 de marzo, 2002) Plan nacional antidrogas 2002-2006. Managua.
7. Consejo Nacional de Lucha Contra las Drogas (CNLC). (2003). Reporte de Nicaragua; centros de tratamiento. Managua-Nicaragua. Agosto-septiembre 2003.
8. DSM IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado. (2002). Masson, S.A. Barcelona España.
9. Espina, A. García, M, A. (1993). Factores pronóstico de abandono terapéutico y recaída en heroinómanos. Facultad de Psicología. Universidad del país Vasco. Apartado 1249- 2080 San Sebastián. Revisión adicciones, 1993. Vol. 5 No.2. Pág. 185-204 Consultado el 10 de noviembre 2013 en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4389298>
10. López, L.G. Roncero, C. Daigre, C. Gonzalvo, B. Bachiller, D. Rodriguez, L. [et al]. (Septiembre 2011). Factores de riesgo de recaídas en pacientes drogodependientes tras desintoxicación hospitalaria. Hospital Universitario VallHebron. Servicio de Psiquiatría. Agencia de Salud Pública de Barcelona. Adicciones, 2012. Vol. 24. Numero Pag. 115-122. Consultado el 20 de octubre 2013 en: <http://www.psiquiatria.com/adicciones/factores-de-riesgo-de-recaida-en-pacientes-drogodependientes-tras-desintoxicacion-hospitalaria/>

11. Luengo, M. Romero, E. Gomez, J. (2001). Análisis de la eficacia y prevención de recaídas en el consumo de drogas. Proyecto Hombre Galicia. Editorial Compostela S.A. España. Consultado el 20 de octubre 2013: [http://www.usc.es/udipre/es/pdf/informe final ph.pdf](http://www.usc.es/udipre/es/pdf/informe%20final%20ph.pdf)
12. Luengo A, Romero E, GomezFraguela J-A y Villar P. (Febrero 2005). Análisis de factores de prevención de recaídas y evaluación de los tratamientos de drogodependencias. Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología. Universidad de Santiago de Compostela. Consultado el 20 de octubre 2013 en: <http://proyectohombre.es/archivos/29.pdf>
13. Maltez, V. Sánchez, Cl. Del placer a la esquizofrenia: Abuso de sustancias y conducta autodestructiva. (2013, viernes 15 de marzo). [Versión electrónica] El nuevo diario, sección salud. Managua. Consultado el 24 de octubre 2013 en: <http://www.diarionica.com/index.php/salud/4956-aumenta-el-consumo-de-drogas-en-nicaragua?tmpl=component>
14. Mavrou, I. (2012). Los factores de protección, de riesgo y la prevención de recaídas en población drogodependientes: Analisis socioeducativo del programa de comunidad de Proyecto hombre en Granada y del programa de PYKSIDA en Nicosia. Granada. Consultado el 20 de octubre 2013 en: <http://0-hera.ugr.es.adrastea.ugr.es/tesisugr/21007020.pdf>
15. Sánchez, M. (n.d). Diagnostico nicaragüense de servicios de atención a personas drogodependientes. Consejo nacional de lucha contra las drogas. Managua
16. Sánchez, M. Garcia, N. (2001) Muertes violentas y consumo de drogas en Nicaragua. Managua, Nicaragua. Julio a diciembre 2001
17. Sánchez, M. (2004). Consumo de drogas en estudiantes de secundaria. Consejo nacional de lucha contra las drogas. Managua-Nicaragua. Septiembre 2004
18. Sánchez, M. (mayo, 2013). Drogodependencias: Introducción, modelo explicativo. Hospital docente de atención psicosocial. Managua, Nicaragua.
19. Souza y Machorro, M. Guisa Cruz, V. Díaz Barriga, S. Sánchez Huesca, R. Farmacoterapia de los síndromes de intoxicación y abstinencia por psicotrópicos (2006). México. Centros de integración juvenil (A.C). Consultado el 18 de diciembre 2013 en: [http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Drogas_de_Abuso/Articulos/Farmacoterapia de los Sindromes.pdf](http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Drogas_de_Abuso/Articulos/Farmacoterapia%20de%20los%20Sindromes.pdf)
20. MINSA. Subdirección medica- Hospital psicosocial Dr. José Dolores Fletes Valle. Normas generales de: Unidad de atención integral a las adicciones. Marzo, 2011. Managua, Nicaragua

ANEXOS.

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE LOS DATOS.

I. Características sociodemográficas
<p>Esta es una entrevista estandarizada que hace preguntas acerca de varios aspectos de su vida-salud, empleo, uso de alcohol y drogas, etc. Algunas de las preguntas se refieren a los últimos 30 días o a los últimos 6 meses, mientras que otras abarcan toda su vida. Toda la información que Ud. nos dé es confidencial.</p> <p>Por favor, conteste a las preguntas con la mayor precisión.</p> <p>Si hay preguntas que no entiende o que prefiere no contestar, por favor dígamelo. La entrevista dura aproximadamente una hora.</p> <p>Tiene alguna pregunta antes de comenzar? Primero empezaremos con algunas preguntas de información general.</p>
Iniciales del nombre del paciente:
No. De expediente:
Fecha de entrevista:
Fecha de admisión a la UDA:
Hora de inicio de la entrevista:
Sexo:
Edad:
Procedencia:
<input type="checkbox"/> Urbano <input type="checkbox"/> Rural
Municipio:
Ocupación:
Rango dentro de la familia:
<input type="checkbox"/> Mamá <input type="checkbox"/> Papá <input type="checkbox"/> Abuelo(a) <input type="checkbox"/> Tío (a) <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otra persona, aclare:
Escolaridad: (último grado aprobado)
<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Primaria completa <input type="checkbox"/> Primaria incompleta <input type="checkbox"/> Secundaria completa <input type="checkbox"/> Secundaria incompleta <input type="checkbox"/> Universidad
Estado civil:
<input type="checkbox"/> Soltero (a) <input type="checkbox"/> Casado (a) <input type="checkbox"/> Unión libre Divorciado (a) <input type="checkbox"/> Separado (a) <input type="checkbox"/> Viudo (a)
¿Desde hace cuándo? Años _____ meses _____
Quién lo envió a la UDA?
<input type="checkbox"/> Personal médico de atención primaria <input type="checkbox"/> Emergencia del hospital <input type="checkbox"/> Área de hospitalizados (pab.3 pab. 4) <input type="checkbox"/> Familiares <input type="checkbox"/> Amigos <input type="checkbox"/> Por si solo <input type="checkbox"/> Juez <input type="checkbox"/> Otros, aclare: _____

<p>¿Qué tipo de seguro médico tiene?</p> <p><input type="checkbox"/> Ninguno</p> <p><input type="checkbox"/> Seguro privado</p> <p><input type="checkbox"/> Seguro de salud de las fuerzas armadas</p> <p><input type="checkbox"/> Seguridad social (Régimen normal)</p> <p><input type="checkbox"/> Seguridad social (Régimen pensionista)</p> <p><input type="checkbox"/> Otro. Especifique: _____</p>
<p>II. Componentes médicos y psicopatológicos</p>
<p>Alojamiento: Las siguientes preguntas se refieren a si ha vivido en algún alojamiento restringido o supervisado durante los últimos 6 meses o los 30 últimos días</p>
<p>En los últimos 6 meses, cuantas días ha permanecido en un hospital, en una unidad de hospitalización para alcohol, drogas o psiquiátrica, cárcel, comunidad terapéutica o piso protegido? _____</p>
<p>De esos días, cuantas fueron en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Centro de rehabilitación de drogas _____ • Hospital general _____ • Hospital psiquiátrico _____ • Cárcel _____ • otro tipo de alojamiento: _____
<p>Alguna vez le han diagnosticado alguna de las siguientes enfermedades? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Hipertensión arterial <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> Artritis reumatoidea <input type="checkbox"/> Enfermedades cardíacas <input type="checkbox"/> Accidente cerebro vascular <input type="checkbox"/> Epilepsia o convulsiones <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> VIH/SIDA <input type="checkbox"/> Tuberculosis <input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> Cirrosis u otras enfermedades hepáticas crónicas <input type="checkbox"/> Nefropatía crónica <input type="checkbox"/> Enfermedad respiratoria crónica (asma, enfisema, EPOC) <input type="checkbox"/> Otras enfermedades crónicas (dolor de espalda crónico, problemas digestivos, colitis,) <p>si la respuesta es "Sí" especifique: _____</p>
<p>Si es mujer, ¿está embarazada?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe</p>
<p>Tiene algún tipo de discapacidad física que afecte gravemente a su visión, audición o movilidad? _____</p> <p>Si la respuesta es "Sí" especifique: _____</p>
<p>Antecedentes de Comorbilidad asociada: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿Cuáles?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Intento suicida <input type="checkbox"/> Esquizofrenia <input type="checkbox"/> Trastornos de ansiedad <input type="checkbox"/> Trastorno afectivo bipolar <input type="checkbox"/> Trastornos del sueño <input type="checkbox"/> Otros <p>Especifique: _____</p>

<p>¿Presencia de trastornos de la personalidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Si hubiera, especificar: _____</p>
<p>Tiene algún tipo de discapacidad física que afecte gravemente a su visión, audición o movilidad? Si la respuesta es "Sí" especifique: _____</p>
<p>¿En los últimos 30 días, como diría que ha sido su salud física?</p> <p><input type="checkbox"/> Excelente <input type="checkbox"/> Muy buena <input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Mala</p>
<p>¿Cuánta preocupación ha tenido por su salud física o sus problemas médicos?</p> <p><input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Considerable <input type="checkbox"/> Extrema</p>
<p>III. Contexto socio-familiar: Las siguientes preguntas se refieren a sus relaciones familiares y sociales.</p>
<p>¿Ha mantenido alguna relación romántica o sexual con una pareja en el último mes? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
<p>¿Cuantos amigos íntimos tiene? _____ (Excluya cónyuge / pareja sexual, y cualquier otro familiar adulto)</p>
<p>En los últimos 30 días: Ha pasado tiempo (en persona) con su: <input type="checkbox"/> Pareja/s <input type="checkbox"/> Familiares adultos <input type="checkbox"/> Amigos íntimos</p> <p>Ha tenido algún contacto como llamadas telefónicas, cartas o e-mail con: <input type="checkbox"/> Pareja/s <input type="checkbox"/> Familiares adultos <input type="checkbox"/> Amigos íntimos</p> <p>Ha hablado sobre sentimientos o problemas con: <input type="checkbox"/> Pareja/s <input type="checkbox"/> Familiares adultos <input type="checkbox"/> Amigos íntimos</p> <p>Ha tenido problemas de relación con: <input type="checkbox"/> Pareja/s <input type="checkbox"/> Familiares adultos <input type="checkbox"/> Amigos íntimos</p> <p>Ha tenido discusiones con: <input type="checkbox"/> Pareja/s <input type="checkbox"/> Familiares adultos <input type="checkbox"/> Amigos íntimos</p>
<p>Le resulta difícil hablar de sus sentimientos o problemas incluso con las personas más cercanas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
<p>Se siente nervioso o incomodo cuando esta con otras personas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
<p>¿Es importante para usted tener relaciones cercanas con alguien? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
<p>Si necesita ayuda, puede contar con su...? <input type="checkbox"/> Pareja/s <input type="checkbox"/> Familiares adultos <input type="checkbox"/> Amigos íntimos</p>
<p>En los últimos 30 días, alguna de las relaciones con su pareja, parientes o amigos acabo en empujones/ golpes, o arrojando objetos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
<p>Aparte de su pareja, familiares adultos y amigos íntimos; hay otras personas con las que realmente puede contar si necesita ayuda? (ej., cura, medico, terapeuta, abogado, asistente social?) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
<p>En general en los últimos 30 días, cuanta satisfacción le han proporcionado sus relaciones con otros adultos? (ej. Numero de relaciones, cantidad de contacto, calidad de la comunicación, trato, ayuda mutua, etc.) <input type="checkbox"/> Ninguna</p>

<input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Considerable <input type="checkbox"/> Extrema
En los últimos 30 días, cuanta preocupación ha tenido debido a problemas en sus relaciones con otros adultos? <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Considerable <input type="checkbox"/> Extrema
¿Cuántos días ha estado en un albergue para gente sin hogar? A. Últimos 6 meses _____ B. 30 Días _____
¿Cuántas noches ha pasado en la calle, o en lugares como edificios abandonados, carros, parques porque no tenía otro lugar para quedarse? Últimos 6 meses _____ B. 30 Días _____
En los últimos 30 días (cuando no estaba en un alojamiento restringido/supervisado o albergue), ¿ha vivido con alguien que tenga actualmente problemas con el alcohol o que consuma drogas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Señale todas las que Correspondan: <input type="checkbox"/> Cónyuge/Pareja <input type="checkbox"/> Hijo/s < 18 años <input type="checkbox"/> Padres <input type="checkbox"/> Otros familiares adultos <input type="checkbox"/> Amigos <input type="checkbox"/> Otros: quienes _____
Las siguientes preguntas se refieren a cualquier abuso o trauma que pueda haber sufrido a lo largo de su vida
Alguna vez algún conocido le ha agredido o ha abusado de usted físicamente? (Excluya abuso sexual) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Qué edad tenía la primera vez que sucedió? _____ años ¿Cuándo sucedió por última vez? _____ años _____ meses
¿Alguna vez algún conocido le ha agredido o ha abusado de usted sexualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Qué edad tenía la primera vez que sucedió? _____ ¿Cuándo sucedió por última vez? _____ Años _____ Meses
¿Alguna vez ha sido víctima de un crimen violento como un atraco o agresión? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Qué edad tenía la primera vez que sucedió? _____ años ¿Cuándo sucedió por última vez? _____ Años _____ Meses
¿Alguna vez ha estado envuelto en cualquier otra situación amenazante para su vida? (ej. grandes catástrofes, accidente/ incendio grave, guerra. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Qué edad tenía la primera vez que sucedió? _____ ¿Cuándo sucedió por última vez? _____ Años _____ Meses
¿Algún otro trauma que lo haya afectado en sobremanera?
Situación legal - Las siguientes preguntas se refieren a su implicación en actividades ilegales y a sus consecuencias judiciales
Alguna vez ha estado en la cárcel, incluso unas pocas horas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Antes de los 18 años, alguna vez fue realmente detenido, (tiene antecedentes penales) por? (Señale todas las que correspondan)

<input type="checkbox"/> Delitos violentos o contra las personas (ej. atraco, agresión, violación) <input type="checkbox"/> Delitos de drogas (ej. posesión, trafico, fabricación) <input type="checkbox"/> Delitos con ánimo de lucro o contra la propiedad <input type="checkbox"/> (ej. hurto en tiendas, robos en viviendas, robo de coches, vandalismo, incendios provocados) <input type="checkbox"/> Delitos solo aplicables (a menores de edad <input type="checkbox"/> ej. fugarse de casa, consumo de alcohol, absentismo escolar) Otros delitos Especificar: _____
¿Cuántas veces le han condenado por un delito cometido después de los 18 años de edad? _____ Veces
Actualmente, se encuentra en alguna de las siguientes situaciones? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Libertad provisional <input type="checkbox"/> Libertad condicional <input type="checkbox"/> Pendiente de juicio o cargos <input type="checkbox"/> Pendiente de sentencia <input type="checkbox"/> Participando en un programa de reinserción <input type="checkbox"/> Otros (ej. pendiente de auto de prisión, bajo juicio de amparo, arresto domiciliario)
¿Cuánta gravedad tiene para usted sus problemas judiciales actuales? <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Considerable <input type="checkbox"/> Extrema