



**Centros de Integración  
Juvenil, A.C.**

**Especialidad para el Tratamiento de las Adicciones**

**7ta. Generación**

**2010 – 2011**

**Reporte de Investigación Final**

Para concluir el Programa Académico de la Especialidad para el  
Tratamiento de las Adicciones

**Tema:**

**LA RECAÍDA EN EGRESADOS DE LA CLÍNICA  
MULTIDISCIPLINARIA PARA EL TRATAMIENTO DE LAS  
ADICCIONES CERESOVA.**

**Alumno:**

**FABIOLA MORENO PEDRAZA**

**Asesor:**

**EVA MARÍA RODRÍGUEZ RUIZ**

Ciudad de México, 29 de Marzo de 2012.

# INDICE

Introducción

Marco Teórico

Justificación

Relevancia del estudio

Planteamiento del problema

Objetivo

Método

Tipo de estudio

Descripción de la población

Procedimientos de reclutamiento

Ética y confidencialidad

Instrumento

Análisis de datos

Discusión y conclusiones

Referencias bibliográficas

Cronograma

Anexos

**LA RECAÍDA EN EGRESADOS DE LA  
CLÍNICA MULTIDISCIPLINARIA PARA  
EL TRATAMIENTO DE LAS  
ADICCIONES CERESOVA.**

**ALUMNA:**

**PSIC. FABIOLA MORENO  
PEDRAZA**

**ASESORA:**

**PSIC. EVA MARÍA RODRÍGUEZ  
RUIZ**

## INTRODUCCIÓN

Existen diversos tipos de programas dirigidos al tratamiento de las adicciones, mismos que van cubriendo diversas y distintas necesidades de los usuarios adictos, ya que no existe un sólo tratamiento que sea apropiado para todas estas personas y a su vez que les rinda los mismos resultados. Sin embargo, todos o la mayoría de ellos buscan promover un cambio global en el estilo de vida del adicto ya sea a través de la abstinencia total de sustancias, la reducción de riesgos o reducción de daños, teniendo cada uno de ellos logros significativos en la recuperación de los pacientes. Sin embargo, es importante no perder de vista que dichos resultados de éxito o fracaso no corresponden enteramente a la eficacia de los tratamientos ya que hay que recordar que la adicción es una enfermedad crónica, progresiva y mortal, siendo así, que aún cuando reciba algún tratamiento no es posible garantizar de por vida el buen mantenimiento de los resultados positivos cuando estos se hayan presentado. Prochaska (1986) señala que el proceso de cambio en las adicciones no es lineal, sino dinámico, como una especie de espiral por lo que las recaídas son frecuentes. Nahas (1992) revela que de acuerdo a los datos existentes, el 50% de los casos sometidos a algún tipo de tratamiento no se mantiene en abstinencia y la persona permanece vulnerable a la recaída.

Es así, que aun cuando existe una amplia gama de programas que se ofrecen para combatir las adicciones, coexiste una alta tasa de recaídas, por lo que dicho fenómeno se ha vuelto uno de los problemas más importantes en el tratamiento de la adicción, que requiere seguir siendo atendida de manera obligada. Mi interés en esta investigación reside en indagar sobre los factores que intervienen en la recaída del sujeto que se ha encontrado en tratamiento y ha logrado la abstinencia, en particular con la población de pacientes egresados de la Clínica Integral Multidisciplinaria para el Tratamiento de las Adicciones (CLIMTA) del Centro de Readaptación Social Varonil Santa Martha Acatitla (CERESOVA).

Esta investigación demanda particularmente voltear a ver a una comunidad en prisión. Es importante considerar que este tipo de población, se encuentra doblemente estigmatizada, por un lado por encontrarse reclusos y por el otro ser adictos, dicha condición presenta hasta cierto punto un paciente distinto al que se encuentra en tratamiento fuera de la cárcel; ya que si bien puede coincidir con ciertas características de personalidad, costumbres, estilo de vida, condición familiar, social, económica, educativa, etc., no establece netamente el mismo ritmo de vida y condiciones ambientales que pueda tener un egresado de un programa dentro de la cárcel al que pueda tener en otro programa similar pero fuera del ambiente carcelario.

Existen programas de prevención de recaída que dieron inicio con Marlatt y Gordon a mediados de los 80s. Sin embargo, con respecto a la población cautiva no se conoce mucho, por lo tanto resultara significativo hallar e identificar las particularidades en los factores de recaída y riesgo de la población señalada, a su vez este conocimiento coadyuvara a desarrollar y fundamentar herramientas para enriquecer y optimizar intervenciones más eficaces en comunidades similares a la de interés.

## MARCO TEÓRICO

Las primeras explicaciones generadas consideraban la recaída más como un resultado (falla o fracaso), que como un fenómeno que requiere de estudio y atención.

Estas son algunas definiciones: de acuerdo a García, L. y Cols., La recaída es descrita como el primer uso de una sustancia (legal e ilegal) que rompe con un periodo de abstinencia<sup>1</sup>. Marlatt y George (1984) definen recaída como una falla en el intento de una persona por alcanzar una conducta meta. Desde esta perspectiva, una recaída es vista como un proceso de transición, una serie de eventos que pueden o no regresar a los niveles de consumo antes del tratamiento (Saunders &Allsop, 1987).

Recientemente el modelo transteórico de los procesos de cambio, desarrollado por Prochaska y Di Clemente (1986), da un significado diferente y práctico a los eventos de recaídas. Este modelo plantea como concepto central que el cambio de una conducta adictiva es un proceso que se da a través de una serie de etapas o estadios a lo largo del tiempo, dicho proceso va desde que el individuo comienza a darse cuenta que tiene un problema, hasta el momento en que éste ya no existe. Así, el abandono exitoso de la conducta adictiva abarca una progresión de cinco fases:

- *Pre-contemplación*: no tiene interés en adoptar un nuevo comportamiento, no identifica riesgos.
- *Contemplación*: identifica riesgos, comienza a identificar los beneficios de adoptar una un comportamiento.
- *Preparación*: firme intención de adoptar el cambio.

1 García, L., Oropeza, R., & Vázquez, F. (2006). Entrevista de recaídas en usuarios de sustancias adictivas. En L. García, Desarrollo y confiabilidad de la entrevista de recaídas en usuarios de sustancias adictivas. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología, UNAM.

- *Acción*: adopta un nuevo comportamiento y lo implementa durante un periodo de 6 meses.
- *Mantenimiento*: realizó nuevo comportamiento durante más de 6 meses y toma medidas para continuar con los cambios.

Diversos autores han propuesto la utilización de otros términos: “resbalón, caída o desliz”, para designar el episodio inicial de retroceso que se presenta después de un periodo de abstinencia. Korovsky, G. y cols., señalan que una recaída se presenta después de que una persona adicta atravesó por un proceso de rehabilitación y logro la abstinencia. La recaída es la vuelta a patrones de consumo compulsivo, similares a la etapa anterior al tratamiento, con el consiguiente deterioro social, físico y psíquico, esto es diferente a un desliz o consumo aislado de una sustancia<sup>2</sup>.

Vaillant (1983) realizó un seguimiento de 685 sujetos tratados por problemas relacionados con el alcohol y observó que a los 2 años del tratamiento, el 63% había vuelto a su conducta adictiva, y al final del seguimiento de 8 años de duración, el 95% había reanudado su consumo ocasionalmente. Con relación al consumo de opiáceos, Maddux y Desmond (1986) observaron que el 70% de adictos recayó durante el primer mes después de la finalización del tratamiento, y el 87% había recaído dentro de los 6 meses siguientes.

Beck (1999) habla de que dos tercios de la población tratada recaen en un período entre tres semanas y 90 días.

Daley, Salloum et al. (1996) identificaron cinco factores que contribuyeron a la recaída de sus pacientes:

- Carecer de la habilidad de manejar tensión o estados emocionales negativos (69%)
- Conflictos interpersonales con familia u otros (29%)
- Ausencia de tratamiento profesional (25%)
- Pensamientos negativos (11%)
- Baja motivación hacia el cambio (10%)

La recaída constituye una crisis y retroceso en los intentos de mantener los cambios de conductas; así, cuando se hace referencia a la recaída, se asume que anteriormente existía un periodo de mejoría significativa en la modificación de la conducta (la remisión del consumo de sustancias)

<sup>2</sup>Gabriela Korovsky, Claudia Rial y María Soledad Olave. El desafío de la prevención de recaídas en drogodependencias Por Programa KEIRÓS. Montevideo, Uruguay. Pág.2

<sup>3</sup> Juan Díaz Salabert. Prevención de recaídas, Centro Provincial de Drogodependencias de Málaga.

Marlatt formula el llamado “Efecto de Violación de Abstinencia” (E.VA.). Explica que la recaída es un proceso de dos fases. La primera corresponde a la “caída” (fallo) determinada en gran parte por los factores cognitivos. En la segunda fase la caída es seguida por una “pérdida de control” (total recaída), la cual, dependerá de las percepciones del individuo sobre la causa de la caída inicial.

Las situaciones o estímulos de alto riesgo, tienen una función central dentro del modelo de “recaídas” desarrollado por Marlatt (citado en Casas y Gossop, 1993), quien de acuerdo con los resultados obtenidos en un estudio sobre condicionamiento aversivo hacia la bebida en 1978, identificó la presencia de ocho factores al momento de producirse un episodio de recaída; dichos factores también han sido identificados en muchos otros estudios como los realizados con consumidores de heroína, jugadores compulsivos, fumadores, bulímicos (Marlatt y Gordon, 1980). Dichos factores se han clasificado en dos categorías:

**1. Intrapersonales o internos:** Estados emocionales negativos, estados físicos negativos, búsqueda de sensaciones positivas, control personal, deseos intensos y tentaciones.

**2. Interpersonales o externos:** Conflictos interpersonales, presión social hacia el consumo y celebración.

Los estímulos o factores de alto riesgo acompañan siempre a las personas en su vida cotidiana, pero retoman mayor significancia cuando la persona se encuentra en proceso de recuperación y sobre todo cuando la persona está altamente comprometida con su propósito de mantener la abstinencia.

Una situación de alto riesgo es entendida, en términos generales, como cualquier situación (incluidas las reacciones emocionales derivadas de tal situación) que representa una amenaza para la sensación de control que tiene un individuo y que aumenta el riesgo, en este caso de una recaída. Feldman (2000), plantea que las causas que pueden llevar a la recaída son situaciones multifactoriales y no la consecuencia a un factor aislado. Los diferentes factores que contribuyen a la generación de una probable recaída, según la autora son:

- Estados de ánimo (enojo, ansiedad, depresión, aburrimiento, soledad, culpa, vacío, etc.).
- Conductuales (falta de habilidades para resolver problemas, habilidades sociales, manejo del tiempo libre, etc.).
- Cognitivas (actitudes, creencias, expectativas relacionadas al uso de drogas, y la recuperación, baja autoeficacia, etc.).

- Ambientales y relaciones interpersonales (disponibilidad a la droga, presión social sea directa o indirecta, no contar con un soporte positivo, realizar cambios importantes en la vida, conflictos interpersonales, etc.).
- Fisiológicas (severidad de la adicción, enfermedades físicas, dolor físico, intenso urgente por consumir o craving, etc.).
- Psicológicas y psiquiátricas (trastornos mentales o de personalidad, problemas psicológicos no resueltos, otras conductas compulsivas, etc.).
- Espirituales (culpa y vergüenza excesiva, falta de significado y propósito en la vida, sentimientos de vacío, dificultad para disfrutar la vida, lejanía con personas significativas, etc.).

La alta tasa de recaídas es uno de los problemas más importantes en el tratamiento de la adicción a las drogas. El comprender la naturaleza de las recaídas y cuáles son los factores de riesgo o de protección de las mismas es fundamental para desarrollar intervenciones eficaces y valorar su eficacia.

El fenómeno de la adicción y con ello la recaída, ha ido en incremento llegando a la invasión de muchos espacios, entre estos, los reclusorios, lugar donde los adictos internos o internos adictos se viven doblemente estigmatizados no sólo por los ajenos a estas situaciones, sino además reforzado el estigma por ellos mismos, esto a través de un peculiar hábitat. A continuación se hace una descripción de la dinámica carcelaria.

## **LA VIDA EN LAS CARCELES**

La finalidad de abordar en torno al ambiente del *sistema carcelario* es el dibujar el escenario donde se encuentra nuestra población de estudio.

Con respecto a los antecedentes y orígenes del sistema carcelario es indispensable repasar la obra de Michel Foucault en *Vigilar y Castigar* (1976) donde da cuenta de las diferentes formas de castigar a lo largo del tiempo (desde la sociedad medieval a la contemporánea), describe las modificaciones que se van presentando en cuanto a los métodos de castigos, afirmando así que después de llegar a manejarse el castigo como un “suplicio”, a finales del siglo XVIII deja de ser un espectáculo para llevarse a cabo a puerta cerrada, teniendo una tendencia mayor hacia coartar la libertad y en algunos casos además obligando a la realización de trabajos forzados como una manera de exonerar las culpas, aunque no implicaba el pago directo del daño. Dichas penas dirigidas a un nivel más psicológico que físico y a su vez dejando de ser sólo del poder del rey y pasando a ser más de orden social. Aquí también establece la manera con que se trata de armar el “poder de castigar”, haciendo hincapié en no establecer el

castigo sobre el cuerpo, en aplicar el castigo en proporción al delito, la creación de un código donde se clasifiquen los delitos para hacer valer la pena y la publicación de dichas leyes con acceso abierto.

Por otro lado Gabriel Araujo (2004) señala que “la prisión es en la modernidad la forma para encerrar al delincuente y es también una parte del sistema carcelario que hace legítimo el encierro como ejercicio del poder de castigar, borrando lo que puede haber de exorbitante en el ejercicio del castigo”.

La cárcel identificada por algunos autores como un espacio de exclusión social, donde el sujeto que padece dicha vivencia queda estigmatizado, relegado y alejado de su entorno común de vida, situación que de alguna manera lo mutila de su poder sobre sí mismo, donde su cuerpo e incluso sus ideas y creencias, si el sujeto privado de su libertad lo permite, dejan de pertenecerle. Lo señalado se identifica desde situaciones básicas, pierde la libertad de moverse a los espacios que desee, se elimina la posibilidad de gestionar sobre su tiempo, de elegir el color que prefiere utilizar para su atuendo y así mismo aniquila la decisión de con quienes compartir o no determinado espacio, anulándose incluso los espacios privados y con ello la intimidad.

Para estos sujetos, estos lugares de espacios reducidos se vuelven prácticamente como su pequeño y nuevo mundo, donde además existe una reestructuración de hábitos, creencias e incluso ritos y ceremonias

Goffman quien en su obra internados (1987), nos describe su vivencia dentro de un hospital al hacerse pasar como paciente, concluye que las cárceles, asilos, hospitales psiquiátricos, monasterios y centros educativos tienen en común que tras sus muros el hombre se comporta muy diferente que en los contextos considerados libres, teniendo como hipótesis de trabajo la de que el ser humano adapta su conducta al contexto social en el que vive, adquiriendo y/o exacerbando la práctica de conductas nocivas, a este suceso le denomino “proceso de *desculturalización*”, considerado previamente el mismo acontecimiento por Clemmer (1940) quien lo nombro como *prisonalización*. Ambos conceptos que residen esencialmente en que la persona privada de la libertad adquiere progresivamente una forma de vida distinta a la que mantenía en el exterior de la institución, va incorporando una red de nuevos aprendizajes, ideas, comportamientos que le permitirán un intento continuo de adaptarse y sobrevivir a la situación.

Entre el reforzamiento y la adopción de prácticas dentro del mundo carcelario se encuentra la de adoptar conductas desafiantes y violentas como una forma de

resaltar su idea de “masculinidad”, se pierde el respeto al derecho de los otros, tienden a la ruptura de reglas y normas institucionales.

Hoy en día y de acuerdo a las estadísticas, el consumo de drogas es uno de los principales problemas de nuestra sociedad incluyendo este tipo de instituciones, donde la droga aparece día a día como parte de lo cotidiano. Cuestión sumamente delicada debida no sólo por el consumo mismo, sino por los adversos desenlaces que devienen de ello. Entre estos, en la actualidad existe una elevada correlación entre el consumo de drogas y la comisión de conductas delictivas, siendo esta condición la que caracteriza a la mayoría de los casos de las personas que se encuentran reclusas en penales del Distrito Federal (D.F.). Mismos hábitos que difícilmente erradican sino que por el contrario se mantiene en algunos y en otros incrementa empeorando su situación de encierro.

En el manual de derechos humanos del interno, promueve como parte de los derechos de los internos consumidores de drogas que en las instituciones penitenciarias se lleven a cabo programas en que se considere como asuntos prioritarios el control de tráfico de drogas y la atención a los consumidores.

Recientemente en los reclusorios del D.F. se le ha prestado mayor atención a este tipo de situaciones, haciendo prioritaria la intervención con adictos y creando programas de tratamiento de adicciones.

Para tal fin se instaura la Clínica Integral Multidisciplinaria De Tratamiento De Adicciones (CLIMTA) en el Centro de Readaptación Social Varonil Santa Martha Acatitla (CERESOVA), el cual se describe a continuación.

## **PROGRAMA CERESOVA (CLIMTA)**

Después de lo asentado, resulta relevante hacer una breve revisión al programa aplicado a nuestra población de estudio, con la idea de conocer sobre las herramientas que son ofrecidas a los pacientes: *La Clínica Integral Multidisciplinaria De Tratamiento De Adicciones (CLIMTA)* se inaugura el 29 de septiembre del 2009, actualmente tiene dos años de la apertura dentro del *Centro De Readaptación Social Varonil Santa Martha Acatitla (CERESOVA)*, se encuentra en un dormitorio independiente al resto de la población reclusa.

Este programa fue diseñado bajo la adaptación del *Modelo Minnesota* que de acuerdo a la norma 028 es un modelo residencial, mixto (*Programa de 12 pasos de Alcohólicos Anónimos junto con intervención profesional*). El personal de la clínica recibió capacitación como parte del convenio con el programa “Oceánica”, siendo de esta manera que surge el traslado de tecnología que permite ofrecer

herramientas eficaces y de vanguardia para la recuperación del interno adicto del CERESOVA, a través de un tratamiento profesional que refuerza el modelo de readaptación social del sistema penitenciario proveyendo un tratamiento integral en adicciones.

De la adopción del modelo Minnesota-Oceánica en CERESOVA el programa consta de 2 fases:

La primera nombrada TRATAMIENTO: el paciente permanece 90 días en internamiento sin tener contacto con el exterior de la clínica, no recibe visita familiar, ni realiza llamadas telefónicas durante el primer mes de internamiento.

La segunda fase es POST-TRATAMIENTO: esta etapa es de 90 días, establecida como una casa de medio camino, donde el paciente tiene que iniciar la reintegración a su medio, incluyéndose a las actividades de la población general, tales como: escuela, trabajo, cursos, talleres, actividad deportivas, etc.

Al concluir ambas fases, el interno egresa de la clínica y es ubicado en otro dormitorio donde existe la opción de integrarse a uno de los grupos de seguimiento que se brinda en apoyo a todos los que egresaron de la clínica independientemente de que hayan terminado o no el tiempo y las expectativas del programa.

#### **De las metas:**

Al finalizar el programa, se espera que el participante haya experimentado: la desintoxicación; romper la negación de su enfermedad mediante la información y la confrontación; aceptar la necesidad de ayuda y el desarrollo de un programa de vida basado en los principios de honestidad y apoyo mutuo; adquirir herramientas para identificar y manejar sentimientos y emociones y así lograr establecer un estilo de vida saludable en abstinencia y con valores espirituales.

Que el paciente que concluye la primera etapa de tratamiento se incluya en el Programa de post tratamiento, para dar seguimiento a su recuperación.

#### **De los criterios de admisión a la clínica:**

El paciente resulta **elegible** cuando cumple con los siguientes criterios:

- El ingreso debe ser VOLUNTARIO
- Ser preliberado o compurgado, MÍNIMO a seis meses de su liberación.
- No representar un peligro para la comunidad de la clínica.

El paciente resulta **apto** cuando:

- No sufre ninguna enfermedad física que requiera cuidado especializado que rebase al servicio de la clínica.
- No sufre ningún trastorno de los enumerados y definidos en el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, DSM-IV-TR como: esquizofrenia y otros trastornos psicóticos o retraso mental significativo.
- Pacientes con trastorno del estado de ánimo deben ser valorados para determinar si su trastorno puede ser tratado y estabilizado durante su estancia en la clínica.
- Y cuando cubre el perfil de dependencia a sustancia (s) de acuerdo al DSM-IV-TR.

**Las actividades que se realizan son las siguientes:**

- Reflexión: tiene como objetivo el cavilar sobre la lectura del día de los libros de reflexiones de Alcohólicos Anónimos, Sólo por hoy (narcóticos anónimos) y Al anon (familiares de Alcohólicos Anónimos).
- Conferencias: temas impartidos por el personal de la clínica, en los cuales se realizan análisis en torno a la enfermedad de la adicción y el tratamiento de acuerdo a la filosofía de Alcohólicos Anónimos.
- Terapia de grupo: los grupos se limitan a 10 pacientes, la terapeuta realiza intervención a nivel psicológico y hace un seguimiento directo de acuerdo al plan de tratamiento multidisciplinario propuesto para cada paciente.
- Talleres: coordinado por los técnicos en turno (3 distintos ) se lleva a cabo taller de arte-terapia, músico-terapia y escuela para padres
- Grupo focal: durante esta actividad queda abierto el tema a interés de los pacientes y sobre el tema propuesto se trabaja.
- Duelo: dirigido por área espiritual, a través de ciertas técnicas y dinámicas grupales de acuerdo a la historia del paciente se realiza la elaboración de duelos por pérdidas ante fallecimientos, separaciones, etc. y asimismo, se elabora el duelo a la adicción.
- Segundo y tercer paso: dirigido por área espiritual, correspondientes al número 2 y 3 de los 12 pasos de Alcohólicos Anónimos, en los que se enfatiza de un “poder superior”, quien puede devolver el sano juicio al colocar la voluntad y la vida a su cuidado.
- Terapia Racional Emotiva: se asiste al paciente en la identificación de sus pensamientos “irracionales” o disfuncionales y se le ayuda a remplazar dichos pensamientos por otros más eficientes, que le permitan lograr con más eficacia sus metas. Una de las tareas a realizar es la elaboración de

auto-registros, donde el paciente trabaja en identificar los “focos rojos” (pensamientos, espacios, situaciones y personas que lleven a un riesgo de recaída) con el objetivo de crear y desarrollar alternativas para contrarrestarlos.

- Prevención de recaída: en esta actividad se pretende sensibilizar a los pacientes sobre prevenir una futura recaída, se les proporciona información acerca de los probables desencadenadores (factores de recaída); Asimismo, se aborda desde la filosofía de Alcohólicos Anónimos “la cruz de la sobriedad” donde se les concientiza de la importancia de lograr y mantener sana la relación familiar, espiritual, laboral y recreativa. Es así que las herramientas ofrecidas al paciente coadyuvan en evitar situaciones riesgosas y de ser inevitables le auxilian a identificar y contrarrestar.
- Actividad Deportiva: supervisada por los técnicos en turno. Caminata, correr, calentamiento, marchas, fútbol, básquet bol, vóley bol, box, juegos coordinados (actividades que se realizan de manera informal y en algunos casos en torneos).
- Junta de Alcohólicos Anónimos: grupo de autoayuda (coordinado por los mismos pacientes), existe respeto de autonomía, actividad realizada bajo la filosofía de Alcohólicos Anónimos.
- Asignaciones terapéuticas: actividades de aseo y limpieza, cambian cada semana y es asignado por la terapeuta de grupo con el objetivo terapéutico de trabajar ciertas características y conflictos del paciente.
- Junta comunitaria: reunión de todo el equipo clínico y comunidad terapéutica. Los objetivos de esta junta son: bajar información a los pacientes, realizar acuerdos, equipo clínico escuchar y resolver las peticiones sobre necesidades de los pacientes.

Dichas actividades corresponden a ciertos horarios y días establecidos (*ver horario en Anexo* )

**De las evaluaciones que se realizan al paciente dentro de su proceso de tratamiento y se incluyen en expediente:**

- ADMISIÓN: entrevista del prospecto, buscado si es apto para la clínica de acuerdo a los criterios de admisión. La realiza personal responsable de admisiones.
- MÉDICA: por el medico asignado, quien realiza la historia médica y el examen físico.
- USO DE QUIMICOS: (El paciente deberá llenar la base de datos para consumo de sustancias antes de que se proceda a hacerle la evaluación

de uso de químicos). La evaluación de uso de alcohol y drogas incluye: edad de primer contacto, cronológicamente: patrones de consumo (tipo de droga, cantidad y frecuencia) y consecuencias del uso; Impacto de la droga en la vida e impacto de las circunstancias de vida en el consumo; Respuestas a tratamiento previo; Diagnóstico inicial, pronóstico y recomendaciones para tratamiento.

- PSICOMÉTRICA: siempre que la condición del paciente lo permita se llevan a cabo una batería de test psicométricos que incluyen: MMPI, 16 PF, HTP, Machover, Bender. Personal calificado para aplicar los test entrevista al paciente.
- PSICOSOCIAL: La evaluación psicosocial es hecha para valorar la historia personal, contexto cultural, la dinámica familiar, historia de consumo, historia sexual, historia escolar, historia laboral, antecedentes legales, los bloqueos a la recuperación y hacer recomendaciones clínicas apropiadas.
- ESPIRITUAL: La evaluación espiritual es hecha para valorar la historia religiosa, contexto cultural, necesidades espirituales y/o los bloqueos a la recuperación y hacer recomendaciones clínicas apropiadas.
- FAMILIAR: Algunas de las finalidades de esta entrevista son: conocer la familia nuclear del paciente y su interacción; conocer los facilitadores en el sistema e Invitar a éstos al programa familiar, asimismo, motivar al paciente para su participación en familia.

Al final de las evaluaciones, son integradas para la elaboración de un plan de tratamiento, mismo, al que se le dará seguimiento para obtener óptimos resultados.

## **JUSTIFICACIÓN**

El problema de las recaídas en usuarios de drogas que han logrado su abstinencia se ha convertido en objeto de atención, no sólo en el tratamiento sino en el plano de la investigación.

La recuperación plena de los adictos que hacen tratamiento, sólo se logra en una proporción que muchos autores sitúan en no más del 20%. Son numerosos los casos de recaídas durante el tratamiento y aún luego de la conclusión del tratamiento, por lo cual constituye un tema fundamental de investigación: conociendo las causas y los factores de riesgo y protección, éstas podrían ser prevenibles, y por extensión, la modificación y enriquecimiento del programa de tratamiento de adicciones que se lleva actualmente en CERESOVA.

## **RELEVANCIA DEL ESTUDIO**

Al realizar la revisión documental como parte de la indagación requerida para la elaboración de esta investigación, encontré que la recaída es uno de las manifestaciones más presentes e iterativas dentro del proceso de recuperación del adicto y aun cuando la persona enferma pase por largos períodos de abstinencia y curse por diversos tratamientos para la adicción siempre permanece latente el riesgo de atravesar por una recaída o en el peor de los casos, el de instalarse nuevamente en el consumo de la droga, esto debido a la naturaleza de la misma enfermedad, que es un padecimiento de tipo crónico. Este fenómeno ha llamado la atención de muchos interesados en el estudio y en el tratamiento de las adicciones, por lo que existen diversos trabajos dirigidos a enriquecer la percepción que se tenía respecto a la recaída e incluso en la producción de conceptos y elementos que permiten retomarse para el diseño y operación de programas profesionales dirigidos a este tipo de eventos.

Hay que destacar, que existen escasas o nulas investigaciones que aborden o profundicen en el problema de las recaídas en la población reclusa, aunado a que los programas de adicciones dentro de reclusorios no habían recibido la suficiente atención como para que se les proporcionara los recursos necesarios para operar de manera óptima como hasta hace unos años y no es que los anteriores programas no fueran efectivos por el contrario, el problema es que no existe documentación que brinde soporte de dicha experiencia.

Por lo que se espera que los hallazgos logrados en la presente investigación permitan aportar elementos que orienten a generar dentro del tratamiento estrategias que consigan brindar las herramientas requeridas a fin de minimizar los riesgos de recaída y enriquezcan los programas de adicciones sujetos a las mismas condiciones de encierro.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La gran complejidad del fenómeno de recaída se ve reflejada en los múltiples factores que llegan a producir la repetición del comportamiento adictivo de alguien que había logrado la abstinencia durante un tiempo relativamente importante. Misma situación a la que llegan a enfrentarse muchas personas aun cuando han llegado a estar en uno o en varios tratamientos.

Cuando se trata de personas que pasan por una condición semejante a la anteriormente descrita más un componente extra como lo es, la situación de

encierro (preso), la situación incrementa su complejidad y por lo tanto también en el requerimiento del tratamiento.

La CLIMTA-CERESOVA, en el trabajo de seguimiento que realiza con los egresados de la clínica se enfrenta a una especie de montaña rusa donde hay momento en que algunos internos (ex pacientes) se suben en busca de mantener o regresar a la abstinencia y a su vez otros bajan perdiéndose, hasta que llega la noticia con otro de sus compañeros de que ya “recayó”.

La intención de esta investigación es que a través de los hallazgos se puedan crear estrategias que permitan minimizar los riesgos de recaída, para lo cual, es importante detectar las peculiaridades de esta población.

Por lo que la principal pregunta para esta investigación es:

¿Cuáles son los factores que intervinieron en la recaída en egresados de la Clínica Multidisciplinaria para el Tratamiento de las Adicciones CERESOVA?

## **OBJETIVO PRINCIPAL**

Identificar qué factores propician la recaída después del tratamiento de la adicción a las drogas en la Clínica Integral Multidisciplinaria de Tratamiento de Adicciones del Centro de Readaptación Social Varonil Santa Martha Acatitla con la finalidad de fortalecer el programa de post-tratamiento que se dirige a los internos adictos.

## **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Determinar qué factor es el de mayor incidencia en la presentación de recaída.
- Identificar con cual droga se presenta la recaída

## **MÉTODO**

### **TIPO DE ESTUDIO**

En la presente investigación se empleó la metodología cualitativa, la cual, se centra en adoptar una aproximación comprensiva e interpretativa de los procesos

sociales desde la perspectiva de los actores, dicha aproximación posibilita profundizar, por lo que se consideró como la más adecuada para trabajar con esta población, ya que de esta forma me ayudo a comprender los motivos por los que los internos recaen después de salir de tratamiento

## **DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN**

La muestra quedó conformada por 29 varones en un rango de edad de 22 a 38 años de edad, internos en el Centro de Readaptación Social Varonil Santa Martha Acatitla que atravesaron por un proceso terapéutico en la Clínica Integral Multidisciplinaria de Tratamiento de Adicciones, permaneciendo durante el periodo de 6 meses establecidos para cubrir las etapas de tratamiento y post-tratamiento.

## **PROCEDIMIENTO DE RECLUTAMIENTO**

Se estableció contacto con la coordinadora de la Clínica Integral Multidisciplinaria de Tratamiento de Adicciones y se le expuso el motivo del estudio. Para ello, se solicitó su autorización para ingresar a la Unidad y acceder a los expedientes clínicos de los pacientes.

Posteriormente, se realizó la revisión de los expedientes clínicos correspondientes a los ingresos del 29 de septiembre del 2009 con la inauguración de la CLIMTA hasta diciembre del 2011 y se seleccionaron aquellos que cumplían con el criterio de conclusión exitosa en las dos etapas de tratamiento (83 egresos)

Consecutivamente se depuró la relación de los involucrados por razón de que algunos ya no estaban en el centro de reclusión por los motivos de haber obtenido su libertad (20 casos) o que en su defecto, habían sido trasladados a otro centro (2 internos).

Se prosiguió por hacer un llamado a los egresados aún presentes (61 internos) para una reunión. A los internos que atendieron el llamado (53 casos) se les informó sobre los objetivos del estudio, a fin de solicitar su apoyo para la captación de los pacientes que cumplieran con el tercer criterio de inclusión, “el haber vuelto a consumir drogas”.

De acuerdo con lo anterior, la muestra quedó conformada por 29 internos que manifestaron haber vuelto a consumir posteriormente de que concluyeron con las dos etapas de su tratamiento.

Las entrevistas se realizaron del 03 de enero al 15 de febrero del 2012 de forma individual en una de las oficinas de la Clínica.

## **INSTRUMENTO**

Se aplicó a 29 internos la Entrevista de Recaída para Usuarios de Sustancias Adictivas “ERSA” (Autores: Lizbeth Roberta García Quevedo, Roberto Oropeza Tena, Fernando Vázquez Pineda y Humberto Ibarra Arias), esta entrevista tiene como principal objetivo identificar las situaciones asociadas a las recaídas. Las entrevistas fueron transcritas para su posterior análisis.

La entrevista ERSA se sustenta en la Taxonomía de Disparadores de Recaída de acuerdo a los trabajos expuestos por Marlatt y Gordon y en la categoría de afecto positivo previo al consumo.

La ERSA se organiza en dos partes:

- La primera parte sondea los *Antecedentes de Consumo*: Identificación, patrón de consumo y abstinencia (forma y la duración).
- La segunda parte de la ERSA mencionada como *Recaída* sondea: sobre el contexto de recaída, categorías de recaída, disparadores de recaída, similitud entre recaídas (*ver anexo*).

## **ÉTICA Y CONFIDENCIALIDAD**

Para la realización de las entrevistas, se les explicó a los internos el objetivo de la investigación y se les solicitó su consentimiento para participar en el estudio; aclarándoles que su decisión no estaba condicionada, de ninguna manera y se hizo saber que la información recabada era estrictamente confidencial y que sería utilizada para fines de investigación, asegurándoles guardar el anonimato (*anexo*).

## ANÁLISIS DE RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados obtenidos de la Entrevista de Recaídas para los usuarios de Sustancias Adictivas (ERSA) aplicada a los 29 sujetos que quedaron seleccionados

### **PARTE 1: “Antecedentes de consumo”.**

#### **Sección 1. Patrón de Consumo:**

De los sujetos entrevistados 16 casos refirieron encontrarse consumiendo hasta ese momento señalando la mayoría de ellos que un día antes habían consumido y algunos otros unas horas antes de la aplicación de la entrevista. 7 hicieron mención de que tenían 1 mes sin consumir, 2 llevaban 2 meses y los 4 restantes tenían de 3 a 5 meses en abstinencia.

#### ***Drogas que volvieron a consumir***

A continuación se describen las drogas de las cuales la población de estudio volvió a hacer uso después de concluir el tratamiento.

#### *Drogas socialmente admitidas:*

- Alcohol: tipo “mezcal”, 7 de los 29 participantes refirieron que lo volvieron a consumir, pero sólo 3 de ellos identificaron esta sustancia como la droga de preferencia y/o que le causó mayor problema.
- Tabaco: 13 sujetos del total de la muestra manifestaron volvieron a hacer uso de esta droga después de la conclusión del tratamiento, siendo sólo 2 sujetos quienes señalaron el tabaco como la droga de mayor uso, cabe señalar que de los 13 casos 12 la combinaron con otra(s) droga(s), siendo sólo 1 caso que refirió la recaída únicamente de tabaco; de los 16 casos restantes no señalaron recaída en el tabaco ya que argumentaron que no interrumpieron su consumo ni durante el periodo de tratamiento.

#### *Drogas ilegales:*

- Cocaína: “*piedra*” fue la sustancia reconocida por 17 sujetos del total de la muestra como una de las droga que consumieron, 14 de ellos la especificó como la sustancia de mayor uso y/o que les causó mayor problema. Esta sustancia en comparación con las otras, fue identificada por una mayoría, por lo que representó la droga número 1 (*principal*) con que se presentó la recaída.

- Marihuana: 16 casos son los que manifestaron volvieron a hacer uso de esta sustancia, aunque sólo 9 de ellos la identificó como la droga de mayor uso y/o que les causó mayores problemas. Esta droga fue identificada como la segunda droga con que se presentó la recaída.
- Pastillas: 6 sujetos de los 29 refirieron haber regresado a hacer uso de esta droga, pero sólo 1 de los 6 la identificó como la número 1.
- Inhalables: “activo”, 3 de los 29 participantes señalaron haber vuelto a hacer uso de esta sustancia, de los cuales, ninguno identificó esta droga como de mayor uso ni que le cause problemas; argumentaron la mayoría de los consumidores que se debe a que este tipo de sustancia tiene mucho mayor restricción, aparentemente situación similar con el alcohol, fenómeno que hasta cierto punto limita el consumo de estas dos sustancias. De los 29 casos ninguno hizo referencia de alguna otra droga.

### ***Número de drogas que volvieron a consumir***

De acuerdo a la vivencia de recaída de estos sujetos se detectó que 6 del total de la muestra tuvieron recaída con 1 sola droga, 16 más volvieron a hacer uso de 2 drogas diferentes, 5 sujetos hicieron uso de tres drogas y los 2 últimos consumieron 5 drogas distintas de las anteriormente señaladas.

### ***Tiempo de consumo***

En razón al tiempo que llevaban consumiendo posterior a su egreso de la clínica: 3 casos mencionaron que consumieron sólo 1 ocasión, 3 personas de 2 a 3 veces y no lo volvieron a hacer, 1 caso refirió que consumió durante 10 días, 6 consumieron entre un período de 1 a 3 meses, 6 más entre un período de 4 a 6 meses, 2 casos entre un tiempo de 8 y 9 meses, otros 6 casos refirieron consumo durante un espacio de 11 meses a 1 año y los últimos 3 casos llevaban más de 1 año consumiendo.

### ***Frecuencia de consumo***

De los 29 varones 17 señalaron que consumieron todos los días, 3 especificaron que consumían 1 vez por semana, 3 más señalaron que consumían de 2 a 3 veces por semana, 1 señaló que consumió de 1 a 2 veces por mes y otros 5 refirieron que únicamente consumieron de 1 a 3 ocasiones y no volvieron a hacer uso.

### ***Cantidad de consumo***

- Tabaco: los consumidores declararon consumió de 3 cigarros como mínimo y 7 como máximo.
- Alcohol: de los sujetos que manifestaron el uso de esta droga especificaron como cantidad mínima 1 trago y como máximo 1 litro y medio.

- Cocaína (piedra): la mayoría de los casos que consumió esta sustancia refirió un consumo mínimo de medio gramo y como máximo un gramo, sólo 1 caso señaló que consumía hasta 5 gramos.
- Marihuana: los usuarios a esta droga especificaron como cantidad mínima de consumo 2 cigarros y como máximo 4 cigarros.
- Inhalables: respecto a esta sustancia señalaron consumo de 60ml. a 150ml.
- Pastillas: los usuarios a esta droga señalaron el uso mínimo de 1 pastilla y de 4 como máximo.

## **Sección 2. Abstinencia:**

### ***Tiempo de abstinencia***

Para la estimación del tiempo de abstinencia anterior a la última recaída todos los casos contemplaron los 6 meses en que estuvieron en tratamiento más el tiempo que continuaron en abstinencia después de su egreso de la clínica, detectando lo siguiente: 1 sujeto se mantuvo 1 año 8 meses en abstinencia, 3 sujetos lograron abstinencia durante 1 año 6 meses, 7 sujetos de 1 año a 1 año 5 meses, 3 sujetos de 10 a 11 meses, otros 8 casos de 8 a 9 meses y los últimos 7 tuvieron abstinencia de 6 meses 15 días a 7 meses. Lo que quiere decir, que el tiempo máximo de abstinencia de estos sujetos después de su egreso de la clínica fue de 1 año y el mínimo de 15 días.

Es importante resaltar que los niveles más elevados de recaída se dieron en el primer y tercer mes de abstinencia, del cuarto al sexto mes de abstinencia disminuyó considerablemente el número de recaídas, incrementando nuevamente en el séptimo mes, posteriormente vuelve a disminuir del octavo al onceavo mes y al llegar al tiempo de un año de abstinencia se vuelve a apreciar un incremento en las recaídas, se advierte una dinámica en espiral, donde por ciertos periodos pareciera existir mayor riesgo que en otros ante la recaída.

### ***Motivo de abstinencia***

El 100% de los egresados describieron como “voluntario” el tiempo de abstinencia, la mayoría argumentó que solicitó su ingreso al tratamiento por el deseo de dejar de drogarse.

## **PARTE 2: “Recaída”**

### **Sección 1. Contexto de recaída:**

Se realiza una indagación en torno al contexto momentos antes de la recaída, encontrando lo siguiente:

### ***Fecha de recaída***

Respecto a fechas exactas de la recaída, sólo 14 personas tuvieron exactitud de la fecha, el resto hizo mención del mes y año, de acuerdo a la información recibida se observó que 5 sujetos tuvieron la recaída en los meses que corresponde al primer trimestre del año, 5 más en el segundo trimestre del año, otros 5 en el tercer trimestre y 14 sujetos durante el último trimestre del año, es decir, durante los meses de octubre a diciembre, prácticamente en los meses en que hay más fechas de festejo y en que se tiene “en apariencia” más cercanía con la familia, según el discurso de los participantes hay mayor presencia de “estímulos” que vulneran el estado emocional y con ello el riesgo de consumo.

### ***Día de la semana***

De los 29 participantes 11 refirieron que volvieron a consumir en un domingo, 10 más señalaron que el evento se presentó en sábado, 3 mencionaron que fue en martes, 3 más en jueves y 2 en viernes. Existe cierta relación entre los días que la mayoría de los participantes tuvo la recaída, que fue en un sábado o domingo, estos días son en los que específicamente los internos reciben visita y ya sea que la reciban o no, son momentos idóneos para obtener dinero debido a que la visita deja dinero a su familiares y la mayoría de las veces regalan “una moneda”(dinero) a otros interno que se ofrecen a cargar sus bolsas o a hacerles algunos mandados, incluso estos son los días en que se efectúan los cobros entre los mismos internos ya sea por trabajos y/o préstamos que realizaron entre semana.

### ***Solos o acompañados***

De si se encontraban solos o acompañados momentos antes del consumo 8 de los 29 internos señalaron que se encontraban solos y los 21 restantes se encontraban acompañados, siendo en la mayoría de los casos que se encontraban con ex compañeros de la clínica y que ya habían recaído, otros argumentaron que consumieron con o frente a compañeros de estancia, otros más con internos con quienes anteriormente consumían y algunos otros con su visita.

## **Lugar**

Los lugares donde se consumió el acto fue en la mayoría de los casos (17/29) en su propia estancia, otros lugares a los que recurrieron fueron otras estancias, en área de visita y lugar de trabajo.

## **Sección 2. Categoría de recaída:**

Esta parte de la entrevista está basada en la teoría de la Taxonomía de Disparadores de Recaída de Marlatt y Gordón (1985) y la teoría de afecto positivo de McKay et al. (1995).

La estructura de este apartado permitió realizar una aproximación a las 8 situaciones descritas en la taxonomía de disparadores de recaída y una más respecto al afecto positivo, las cuales dirigen al reconocimiento de los factores que pudieron originar la recaída.

La organización de las 9 situaciones de la ERSA, se dividen en 2 categorías y 9 subcategorías:

- Primera categoría: se clasifican cuestiones *intra-personales-ambientales* o internos, las cuales se dividen en 5 subcategorías (de la situación 1 a la 6)
- Segunda categoría: identifica cuestiones interpersonales, se divide en 3 subcategorías (situaciones de la 7 a la 9)

Para este apartado se le solicitó a cada uno de los pacientes que analizará cada una de las 9 situaciones adelante descritas con la intención de que identificarán aquellas que coincidieron con su experiencia momento antes de la recaída. Posteriormente se les pidió que estimaran el nivel de influencia de cada una de las situaciones que admitieron respecto al evento de recaída, encontrando lo siguiente:

### ***Categoría Área Intrapersonal- Ambiental***

- ❖ Situación 1 “Afecto displacentero”: De los 29 sujetos participantes 24 de ellos (83%) señalaron que se sintieron mal emocionalmente momentos antes de la recaída, narrando que esta situación si influyó en volver a consumir, cada uno de ellos estimo el nivel de influencia en su propio caso, siendo así que el 46% indicó que esta situación influyó totalmente en su recaída, el 29% identificó esta situación con mucha influencia, el 21% que influyó moderadamente y el 4% que influyó poco.

- ❖ Situación 2 “*Estados físicos negativos*”: Del total de la muestra 11 internos (38%) expusieron haber sentido un malestar físico momentos antes del consumo, aceptando en su totalidad que esta situación si influyó en la recaída, de los cuales 3 manifestaron que esta situación influyó totalmente, 1 declaró que influyó mucho, 4 que influyó moderadamente y los últimos 3 que influyó poco.
- ❖ Situación 3 “*Búsqueda de sensaciones positivas*”: De los 29 casos 15 (52%) indico haber deseado cambiar o mejorar su estado de ánimo o físico, de los cuales sólo 13 aceptaron que esta situación influyó en su recaída, a su vez 4 de estos (31%) añadieron que esta situación influyó totalmente en su recaída, 3 más (23%) señalaron que influyó mucho, 5 (38%) que influyó moderadamente y 1 mencionó que influyó poco.
- ❖ Situación 4 “*Control personal*”: El 69 % de la muestra correspondientes a 20 participantes manifestaron que hubo pensamientos y comportamientos expuestos a situaciones riesgosas de consumo con cierta finalidad de probar control. Los 20 participantes admitieron que esta situación influyó en su recaída, ampliando 4 de ellos (20%) que lo anterior afectó totalmente, para el 45% influyó mucho, para un 30% influyó moderadamente y para un 5% influyó poco.
- ❖ Situación 5 “*Tentación y necesidad de consumo*”: 20 de 29 internos (69%) refirieron que se sintieron identificados con sentir deseo o necesidad de consumir, argumentando 6 de ellos (30%) que esta situación influyó totalmente en su recaída, 6 más (30%) refirió que esta situación influyó mucho y 8 sujetos (40%) que influyó moderadamente.
- ❖ Situación 6 “*afecto positivo previo al consumo*”: 8 de los 29 sujetos de estudio, mencionaron que se encontraban tranquilos o que tenían un buen estado de ánimo momentos antes del consumo, 6 de ellos consideró que esta situación influyó en su recaída, de los cuales 5 deliberaron que esta situación influyó moderadamente y 1 señaló que influyó poco.

### **Categoría Área Interpersonal**

- ❖ Situación 7 “*Problemas interpersonales*”: Con respecto a sí el participante experimento momentos antes del consumo un malestar emocional debido a

problemas en su relación con otras personas, 17 de 29 (59%) afirmaron esta situación asociándola con su recaída, agregando 9 de ellos (53%) que ese evento influyó en su totalidad, 5 más (29%) refirieron que influyó mucho, 2 (12%) que influyó moderadamente y 1 que influyó poco.

- ❖ Situación 8 “Presión social”: 11 de 29 (38%) experimentaron algún tipo de presión de otras personas para consumir, 6 de ellos considero que esta situación fue determinante para que volviera a consumir, 2 que esta situación influyó mucho, 2 más que influyó moderadamente y 1 persona que influyó poco.
- ❖ Situación 9 “Experiencias sociales placenteras”: 11 de los 29 participantes narraron que se encontraban contentos en compañía de otras personas y quisieron mantener o aumentar la sensación, sólo 1 de ellos dijo que esta situación afectó totalmente, 3 explicaron que fue muy influyente y los otros 7 que se trató de un evento que influyó moderadamente.

### **Sección 3. Disparadores de recaída:**

De las 9 situaciones anteriormente descritas, se les solicitó a los participantes elegir las 3 más significativas entre todas las situaciones con las que se identificaron momentos antes del consumo.

#### ***Categoría Intrapersonal-Ambiental***

- ❖ Situación 1 “*Afecto displacentero*”: De los 24 participantes que se identificaron con esta situación, 23 correspondientes al 79% del total de la muestra especificaron sobre la emoción sentida. El 25% refirió la soledad, otro 25% el enojo, la frustración fue manifestada por un 12%, el 14% hizo mención de haber sentido poca confianza en sí mismo, el 9% depresión y el 7% declaró “otra” agregando ambivalencia y tristeza especificando esta última en menor grado que la depresión. Es importante aclarar que la mayoría de los que se identificó con esta situación hicieron mención de más de una emoción con las que coincidieron momentos antes del consumo, señalando la soledad y la frustración con mayor orden jerárquico, es decir fueron distinguidas estas emociones como de mayor intensidad, por lo que, aunque el enojo fue de las emociones más reconocidas por la población de estudio no fue experimentada como de mayor impacto.

- ❖ Situación 2 “*Estados físicos negativos*”: La segunda subcategoría señala malestares físicos asociados al fenómeno de la recaída, esta situación resulto significativa sólo para 4 de los 29 participantes (13%). De los malestares físicos identificados enunciaron la tensión o ansiedad con un 57%, molestias estomacales con un 29% y problemas para dormir con un 14%. Recordando que algunos participantes se identifican con más de uno de los malestares, identificaron la tensión o ansiedad con mayor orden jerárquico.
- ❖ Situación 3 “*Búsqueda de sensaciones positivas*”: Esta subcategoría identifica el interés de incrementar estados emocionales positivos. Del total de la muestra 9 de ellos (31%) señaló que le resulto muy significativa esta situación, el 25% de estos especificó que consumió para sentirse mejor de lo que se sentía, el 9% deseaba estar más alerta, el 8% buscó sentirse contento, otro 8% buscó sentirse más prendido o acelerado y el 50% no se identificó con las especificaciones anteriores. Sin embargo, hubo revelaciones especificando ideas de que consumieron buscando “no sentir”(sic.), “olvidar el momento”(sic.), “dejar de sentir ansiedad”(sic.), “evadir el problema”(sic.) y “olvidar, fugarse”(sic), se infiere que en las frases que fueron referidas por ellos sólo existe la intención de dejar de sentir el malestar, como si se descartara el alcance de estados emocionales y físicos de mejoría o superiores, parece existir sólo el interés de neutralidad “sentirse ni bien, ni mal”, como si llegar al alcance de esto, fuera lo mejor a lo que pudieran aspirar o quizás “merecer”.
- ❖ Situación 4 “*Control personal*”: La cuarta subcategoría desprende situaciones de control personal. En este apartado 14 de los 29 participantes (48%) la eligieron como de las situaciones más significativas. De lo cual el 44% de los sujetos identificados con esta situación quisieron probar que podían consumir un poco de la sustancia y detener el consumo, un 19% refirió que era suficiente su confianza de no consumir exponiéndose a situaciones de riesgo de consumo, 15% más señaló que podía controlar cualquier situación de riesgo de consumo por haber estado en tratamiento, 11% quiso probar que a fuerza de voluntad podía estar en lugares donde antes consumía y no consumir y otro 11% tenía la idea que no consumiría en una situación donde tuviera la sustancia a la mano.
- ❖ Situación 5 “*Tentación y necesidad de consumo*”: Esta situación hace referencia al deseo y/o urgencia de consumo. El 38% de la muestra total la eligió como significativa, de este total el 29% particularizó que sintió deseo de consumir por tener dinero, el 21% sintió deseo al ver objetos

relacionados con el consumo, el 17% vio a antiguos compañeros de consumo, 17% se encontraba cerca o en el lugar donde anteriormente consumía, el 8% inicio consumiendo otra sustancia que lo llevo a la droga de preferencia y el 8% reveló el deseo de volver a experimentar el efecto de la droga. Se advierte que las situaciones identificadas como de mayor impacto son a razón de tener dinero y el encontrarse en el lugar donde antes consumía.

- ❖ Situación 6 “*Afecto positivo*”: De los 8 sujetos que se identificaron con esta situación, sólo 3 de ellos la consideraron significativa entre las otras. De lo cual, 2 señalaron que momentos antes del consumo se sintieron de buen humor o alegres, 2 opiniones más identificaron la sensación de estar satisfecho con su vida en general y sólo 1 estaba feliz por cómo le estaban saliendo las cosas. Este apartado fue el de menor identificación y significancia para los participantes.

## ***Categoría 2 Área Interpersonal***

- ❖ Situación 7 “*Problemas interpersonales*”: Se presentan sentimientos desagradables estallados por una situación de conflicto con otro, para esta situación un 48% del total de la muestra la reconoció como significativa, de lo cual, un 33% de estos coincidió con el haberse sentido enojado tras haberse involucrado en discusiones con familiares, la mayoría de ellos especificó conflicto con su pareja, el 21% sentía que era difícil relacionarse con los demás, el 17% se sintió enojado tras involucrarse en discusiones con compañeros de trabajo y/o con sus compañeros de estancia (dormitorio), otro 17% se sintió frustrado por la desconfianza que le mostraba su familia, el 8% mantuvo una sensación de menosprecio hacia su persona. Una persona argumentó que no había atravesado por alguna discusión con su familia, pero que existía un distanciamiento desde hace un tiempo (sin especificar el tiempo) señalando esta situación como una de las que desencadenó el volver a consumir.
- ❖ Situación 8 “*Presión social*”: Hace referencia a la presión social en torno al consumo, para este apartado un 27% de los participantes les hizo sentido esta situación. Las formas como se sintieron presionados especifican que: el 33% argumento haber visto a alguna persona consumir drogas, un 27% usó la droga para integrarse y sentirse parte del grupo de personas que estaban consumiendo, otro 27% declaró que alguien lo invitó a consumir y

el 13% se encontraron con un grupo de personas que lo presionaban a consumir y sintió que no podía negarse.

- ❖ Situación 9 “*Experiencias sociales placenteras*”: Hace alusión al interés de incrementar experiencias sociales placenteras, esta subcategoría fue la que menos hizo sentido a los participantes, siendo un 20 % de la muestra total quienes se identificaron con esta situación, es decir, de los 11 que se identificaron con esta situación, sólo 6 la consideraron una de las razones relevantes que los llevó a recaer. Las situaciones concretas son las siguientes: 2 personas buscaron desenvolverse mejor en un grupo de personas, 2 deseaban sentirse más integrados en una reunión, 1 festejo algún evento especial con amigos, otro estuvo en una reunión, 1 más buscaba incrementar el placer sexual en sus relaciones íntimas y 1 más lo asocio a la música ligada al momento del momento agradable de la reunión, cabe aclarar que alguno(s) se identificó con más de un evento descrito.

#### **Sección 4. Similitud con otras recaídas:**

##### ***Del parecido de esta recaída con la anteriores***

Del total de la muestra sólo 3 casos consideraron semejante su última recaída con las anteriores, la mayoría de los pacientes la consideró diferente, de los cuales 8 casos señalaron que esta recaída fue mucho peor que las anteriores, los 18 casos restantes reportaron que esta última fue en menor grado, argumentando que el haber estado en tratamiento les llevo a vivir esta última recaída como parte del aprendizaje y no como un fracaso, por lo que fue menos difícil levantarse y redirigir su vida, incluso algunos volvieron a buscar ayuda y se incorporaron a grupos de Alcohólicos Anónimos, terapia de grupo de seguimiento y otros servicios y actividades que presta la institución.

##### ***Del parecido de las situaciones que iniciaron esta última recaída con las que iniciaron las anteriores.***

Del 57% del total de la muestra afirmaron que las situaciones (*factores*) que iniciaron la última recaída se parecen a las anteriores, de los cuales un 27% de ellos señaló es un parecido total, el 33% refirió que se parecen mucho, para el 27% se parece moderadamente y para un 25% se parece poco. Ante los resultados anteriores, valdría la pena realizar dentro de la clínica la aplicación de la ERSA, para que una vez identificados los factores de recaída específicos para

cada paciente se le pueda brindar tareas para atender la particularidad de cada situación.

## DISCUSIONES Y CONCLUSIONES

Lo más relevante de los resultados

De acuerdo a los resultados obtenidos se puede concluir que el factor más predominante para esta población tiene que ver con la presencia de *emociones desagradables*. Esta situación no sólo fue experimentada por la mayoría, sino además reconocida como la de mayor impacto en comparación con las otras ocho subcategorías.

La presencia del afecto displacentero fue completamente dominante para consumir la recaída, por lo que fue denominada como el factor número uno. Entre las emociones desagradables más experimentadas fueron la frustración y la soledad en un mismo nivel.

El segundo factor significativo, es la situación que enfatiza sobre *control personal*, los resultados la revelaron como de las más influyentes en segundo lugar junto con otra subcategoría, la cual, se aborda más adelante. Los participantes se identificaron particularmente con la frase “quiso probar que podía consumir un poco de la sustancia y detener el consumo...”.

El otro factor trascendente, se encontró en la subcategoría de *problemas interpersonales*, fue reconocida entre las principales que propiciaron la recaída, este factor ocupa el segundo lugar junto con la situación de control personal. Para esta subcategoría los eventos de mayor presencia fueron “el sentir enojo producto de discusiones con su pareja, familiares o amigos”, existiendo mayor énfasis en cuestiones de índole de pareja.

Es importante destacar que en este apartado se presenta únicamente los factores más sobresalientes. Sin embargo, todos al final de cuenta resultan significativos ya que cada uno de ellos se gesta como reflejo de la dinámica del ambiente en el que la población de estudio se desenvuelve.

Entre algunos relatos que tuvieron a bien compartir los participantes en entrevistas individuales describieron la presencia de algunas emociones como: “desesperación” y “fastidio” estas como producto del tiempo que llevan viviendo en el lugar (reclusorio), otros hicieron hincapié en el tiempo que les falta para

compurgar su sentencia, otros resaltaron situaciones de la dinámica y del ambiente carcelario y unos más sobre su sensación de abandono al no contar con el apoyo familiar o a falta de una pareja.

Cabe señalar, que de los sucesos que más comúnmente experimentan los presos son vivenciar rupturas, distanciamientos o abandono de la pareja, esto debido primero a su condición de encierro y el tiempo de sentencia que le dicta el juez, aunado a que muchos de ellos padecen una situación de consumo de drogas, circunstancias por las que han dejado de atender sus responsabilidades con su familia, como por ejemplo pasan de ser el sostén a convertirse en una carga para las familias y/o “parejas” ya que en vez de aportar para la economía del hogar, la mayoría de las veces solicitan apoyo monetario.

Aparte de las vivencias antes descritas a las que se enfrentan día a día los internos, también revelaron que el haber estado en la clínica les llevó a situaciones extras, pues al concluir el tratamiento y llegar a un dormitorio distinto con internos que se drogaban, llegaron a padecer “el doble” al estar expuestos al contacto con las sustancias, utensilios y/o en su defecto el presenciar ritos de consumo de otros, este tipo de vivencias de acuerdo al discurso de los participantes los llevó a experimentar “ansiedad” y “frustración”. Asimismo, añadieron el haberse sentido relegados a su salida, debido a que en el momento del tratamiento adquirieron cierto “estatus” por el cambio generado por su estilo de vida y por el espacio en sí sólo, al concluir y salir de la clínica se pierde dicho “estatus” a su vez que les genera conflictos con los otros internos y consigo mismo ante la sensación de la pérdida de sentido de pertenencia.

Por todo lo anterior, mi impresión es que la dinámica carcelaria desarrolla un artífice en la recaída. Esta dinámica, donde el preso ha creado un estatuto independiente del que existe a nivel institucional y este se extiende hasta el último rincón del penal, orillando al “nuevo” a que de manera paulatina logre la adaptación a este medio y gradualmente enaltezca su nuevo estilo de vida. La droga ha sido y es uno de los elementos clave en estos espacios volviéndose causa y consecuencia del estilo de vivir. Con la droga los internos se vuelven presos no únicamente por encontrarse reclusos sino por estar hundidos en el mundo de la enfermedad de la adicción, pues llegan al grado de hacer de la droga su comida y su bebida del día (literalmente), alcanzando a vivenciar como una necesidad que debe ser satisfecha a costa de lo que sea, llegando a conductas totalmente primitivas que merman su integridad tanto física, como mental, emocional y espiritual, al llegar a este punto su voluntad muere y repiten una y otra vez la misma conducta. Para los que no consumen la mayoría de la

veces su fuerza se agota al verse inmerso en un espacio donde gobierna la droga.

Aunque la institución brinda apoyo a los internos con diversas actividades y la posibilidad de un seguimiento posterior a la conclusión del tratamiento en adicciones, mucho tiene que ver con el requerimiento de que se continúe atendiendo la parte emocional a su vez de que se corrija la idea que mantienen de que el consumo es la única salida o solución, para que antes de que lleguen otra vez al consumo busquen ayuda. Por lo cual, me parece que es pertinente que los internos egresados de la CLIMTA continúen con un seguimiento obligatorio, asimismo, abrir otras actividades propias para el grupo de egresados de la clínica para permitir que se siga manteniendo el sentido de pertenencia ya que a su vez permitirá atenuar las condiciones de la salida de los próximos egresados.

## **AGRADECIMIENTOS**

En primer lugar al Centro de Readaptación Social Varonil Santa Martha Acatitla ya que su apoyo fue valioso para la realización de la investigación. A los internos participantes por haber cooperado en el estudio, compartiendo sus experiencias, a los autores de la Entrevista de Recaída para Usuarios de Sustancias Adictivas “ERSA” (Lizbeth Roberta García Quevedo, Roberto Oropeza Tena, Fernando Vázquez Pineda y Humberto Ibarra Arias) por su aportación al tema.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ainara Arnosó Martínez. **Cárcel y Trayectorias Psicosociales: Actores y Representaciones Sociales.**

Beck A. Wright F. et al: **Terapia cognitiva de las drogodependencias**, Paidós, Buenos Aires, 1999.

Centros de Integración Juvenil Dirección de Tratamiento y Rehabilitación, Prevención de Recaídas. Manual de aplicación pag: 5-7.

Díaz Juan Salabert. **Prevención de recaídas.** Centro Provincial de Drogodependencias de Málaga.

Goffman, Erving. 1972. **Internados.** Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales. Editorial Amorrortu, Buenos Aires (1987).

Goffman, Erving. **Estigma**, la identidad deteriorada. Amorrortu editors, Buenos Aires-Madrid

Foucault, Michel. 1976. **Vigilar a castigar. Nacimiento de la prisión.** Editorial Siglo veintiuno. (1976)

García, María del Mar, MSW, MHS. **Prevención de Recaída Estrategias de Intervención.**

Garmendia María Luisa, Alvarado María Elena, Montenegro Mariano, Pino Paulina, (2008). **Importancia del apoyo social en la permanencia de la abstinencia del consumo de drogas.** Chile : Rev Méd 136: 169-17

Gómez Fragueta, J. A. y Villar, P. Universidad de Santiago de Compostela. Autor Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología. **Análisis de Factores de Prevención de Recaídas Evaluación de los Tratamientos de Drogodependencia** Luengo, A.; Romero, E.

Korovsky Gabriela, Rial Claudia y Olave María Soledad, Directoras Ejecutivas del Programa KEIRÓS. Montevideo, Uruguay. **El desafío de la prevención de recaídas en drogodependencias.** Pag.2

Marlatt A., Gordons, J. (1985) "**Relapse Prevention**". New York, Guilford pres.

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.

Nahas, G. et al.: **Manual de toxicomanías**, Masson, España, 1992, pp.33 y 104

Pensar y hacer educación en contextos de encierro. **Sujetos Educativos en Contextos Institucionales Complejos** Modulo 3.

Prochaska, J., Di Clementi, C., (1983) "**Stages and processes of self-change of smoking. Towards an integrative model of change**". *Journal of consulting and clinical psychology*, 51, 390-395.

Prochaska, J., (1993) "**Modelo transteórico de cambio para conductas adictivas**". En Casas, M. y Gossop, M. *Recaída y prevención de recaídas*. Ediciones Neurociencias, Sitges.

Psicothema (1997). **Evaluación Conductual En Prevención de Recaídas en la Adicción a las Drogas: Estado actual y aplicaciones clínicas.** Vol. 9, nº 2, pp. 259-270. ISSN 0214 - 9915 CODEN PSOTEG.

UM-Tesoro III (15)... **Prevención de Recaídas en el Adicto en Recuperación, La subjetividad en el contexto** pag: 1-3

Vicente E. Caballo. **Manual de Técnicas de terapia y modificación de conducta.** Siglo XXI de España Editores (pag.139)

## Anexo 1

### CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	Mes	N	DICIEMBRE				ENERO				FEBRERO				MARZO			
	Semana	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Entrega de protocolo		X	X	X														
Levantamiento de información (Entrevista)							X	X	X									
Transcripción de las entrevistas									X	X	X	X						
Análisis de resultados											X	X	X	X				
Elaboración de informe														X	X	X	X	
Entrega del informe final																		X

## Anexo 2

### Horario de actividades:

HORARIO	LUNES-VIERNES	SÁBADO-DOMINGO
6:00	REFLEXIÓN DE LIBROS A.A., AL ANON, SÓLO POR HOY.	
7:30	CAMINATA	REFLEXIÓN DE LIBROS A.A., AL ANON, SÓLO POR HOY.
8:00	ASIGNACIONES TERAPÉUTICAS/ ASEO PERSONAL	
9:00	DESAYUNO	DESAYUNO
9:30	CONFERENCIA	ASIGNACIONES TERAPÉUTICAS/ ASEO PERSONAL
10:00	TERAPIA GRUPAL (1ER. PASO Y DUELO A LA ADICCIÓN, PANFLETOS.	LAVADO DE ROPA
12:30	TALLERES, DUELO,	ACTIVIDAD DEPORTIVA
14:00	COMIDA	COMIDA / VISITA
15:00	GRUPO FOCAL, TRE, PREVENCIÓN DE RECAÍDA, 2DO. Y 3ER. PASO	CINE-DEBATE / VISITA
16:00	10 CONSECUENCIAS	
17:30	ACTIVIDAD DEPORTIVA	
18:30	CENA	CENA
19:15	JUNTA A.A.	JUNTA A.A.
21:00	TAREAS	TAREAS

## Anexo 3

### Consentimiento Informado

Por parte de la persona entrevistada:

La presente investigación tiene como objetivo identificar cuáles son los factores asociados a la recaída del consumo de drogas de los jóvenes que estuvieron en la Clínica Integral Multidisciplinaria de Tratamiento de Adicciones del Centro de Readaptación Social Varonil, para posteriormente hacer propuestas que fortalezcan su proceso de post-tratamiento.

Su participación es completamente **voluntaria** y el participar en la investigación **no te otorga ninguna clase de beneficios y tampoco repercute de ninguna manera en tu proceso de tratamiento ni jurídico**. Al participar aceptas realizar la prueba y acudir a la sesión correspondiente de la aplicación. Te comprometes a proporcionar toda la información que se requiera para cubrir los objetivos de la investigación.

**Entrevistado**

\_\_\_\_\_

Firma de aceptación

**Por parte de la investigadora:**

La investigadora se compromete a guardar toda tu información de manera **confidencial**. Por lo que no dará a conocer tu identidad y si tú así lo deseas utilizará un seudónimo para poder identificarte.

Toda la información que se recabe con tu colaboración será **únicamente con los fines que la investigación pretende y no formara parte de tu expediente dentro de la institución**. Únicamente se podrá publicar a través de revistas de divulgación científica.

**Investigadora**

**Testigos que avalan el presente convenio**

Testigo uno

Testigo dos

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Anexo 4

### Entrevista de Recaídas para Usuarios de Sustancias Adictivas (ERSA)

Lizbeth Roberta García Quevedo, Roberto Oropeza Tena, Fernando Vázquez Pineda, y Humberto Ibarra Arias.

#### I. Antecedentes de consumo

Este apartado evalúa tres áreas: datos de identificación, patrón de consumo y abstinencia.

**Instrucciones para el entrevistador (IE):** son una guía para aplicar la ERSA. Es necesario conocerlas anticipadamente para tener un mejor manejo de la entrevista.

La ERSA define una recaída, como el primer uso de una droga (incluyendo alcohol y tabaco), rompiendo con un periodo de abstinencia. El objetivo de esta entrevista, es identificar las principales causas del inicio de la recaída más reciente, después de que la persona estuvo en abstinencia, al menos por una semana. Toda la información que proporcione la persona será confidencial.

Fecha de aplicación: \_\_\_\_\_

#### Sección A. Datos de Identificación

- |                        |
|------------------------|
| 1. Nombre: _____       |
| 2. Sexo:     (M)   (F) |
| 3. Edad:     _____     |

#### Sección B. Patrón de Consumo

4. - ¿Cuál es la principal sustancia por la que actualmente está en tratamiento?

**IE:** Marcar la sustancia y especificar el tipo. Si es poliusuario, pedirle que jerarquice las sustancias en orden descendente, de la que causa más (1) a la que causa menos problemas (3) y aplicar la ERSA retomando la sustancia asignada con el número 1. En caso de detectar varias sustancias de igual impacto, ubicar la entrevista en la sustancia con la que inició la última recaída.

- |   |                                      |
|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Alcohol   Tipo: _____    | <input type="checkbox"/> Marihuana   |
| <input type="checkbox"/> Inhalables   Tipo: _____ | <input type="checkbox"/> Tabaco.     |
| <input type="checkbox"/> Cocaína   Tipo: _____    | <input type="checkbox"/> Cristal.    |
| <input type="checkbox"/> Pastillas   Tipo: _____  | <input type="checkbox"/> Otra: _____ |

5. ¿Por cuánto tiempo ha consumido esta sustancia? \_\_\_\_\_

6. ¿Cuándo fue la última vez que consumió esta sustancia? \_\_\_\_\_

7. ¿Con qué frecuencia usó esta sustancia en los últimos 6 meses?

- 1 ó 2 veces al mes    1 vez por semana    2 a 3 veces por semana    Diario   Otra: \_\_\_\_\_

8. ¿Qué cantidad de la sustancia usó en cada ocasión durante los últimos 6 meses? \_\_\_\_\_

**IE:** Convertir a tragos, cigarrillos, gramos o mililitros.

### Sección C. Abstinencia

Considerando la sustancia por la que está en tratamiento, trate de recordar la recaída más reciente, en los últimos dos años, y responda las siguientes preguntas.

9 - ¿Cuánto tiempo duró la abstinencia anterior a la recaída? \_\_\_\_\_

10.- ¿Cómo fue la abstinencia anterior a la recaída?

IE: Describir al usuario las opciones de respuesta

Voluntaria     Forzada u obligada     No recuerda     Otra: \_\_\_\_\_

## II. Recaída

Este apartado está dividido en cuatro secciones que evalúan la última recaída del usuario entrevistado.

### Sección 1. Contexto de recaída

IE: Pedir al usuario que describa cómo fue su recaída más reciente, solicitando la siguiente información:

1. ¿Cuándo ocurrió el inicio de la recaída? Fecha: \_\_\_\_\_

2. ¿En que situación se encontraba? \_\_\_\_\_

3. ¿Qué día de la semana era? \_\_\_\_\_

4. ¿Qué hora era? \_\_\_\_\_

5. ¿Dónde estaba? \_\_\_\_\_

6. ¿Había otras personas? \_\_\_\_\_

7. ¿Quién? \_\_\_\_\_

### Sección 2. Categorías de recaída

IE: En los siguientes nueve reactivos, si el usuario contesta NO, pasar al siguiente reactivo. Por otro lado si contesta SI pasar al inciso b), si en ese contesta SI pasar al inciso c). Para obtener las respuestas del inciso c), explicar al usuario la siguiente escala y escribir sobre la línea el porcentaje dado por el usuario.

c) ¿Qué tanto considera que influyó?    0%-----25%-----50%-----75%-----100%  
No                      Influyó                      Influyó                      Influyó                      Influyó  
Influyó                      Poco                      Moderadamente                      Mucho                      Totalmente

A continuación, le haré unas preguntas sobre las situaciones que pudieron originar la recaída. Conteste si o no. Ubique cada pregunta **momentos antes de la recaída**.

1. a. ¿Se sintió mal emocionalmente?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
b. ¿Esta situación influyó en la recaída?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
c. ¿Que tanto considera que influyó?	0 a 100%	
2. a. ¿Se sintió mal físicamente?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
b. ¿Esta situación influyó en la recaída?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

c. ¿Que tanto considera que influyó? 0 a 100% _____		
3. a. ¿Quiso cambiar o mejorar su estado de ánimo o físico?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
b. ¿Esta situación influyó en la recaída?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
c. ¿Que tanto considera que influyó? 0 a 100% _____		
4. a. ¿Quiso probar que podía controlar el consumo, en situaciones donde era probable que consumiera?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
b. ¿Esta situación influyó en la recaída?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
c. ¿Que tanto considera que influyó? 0 a 100% _____		
5. a. ¿Sintió deseo o necesidad de consumir?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
b. ¿Esta situación influyó en la recaída?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
c. ¿Que tanto considera que influyó? 0 a 100% _____		
6. a. ¿Estaba tranquilo o tenía un buen estado de ánimo?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
b. ¿Esta situación influyó en la recaída?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
c. ¿Que tanto considera que influyó? 0 a 100% _____		
7. a. ¿Se sintió mal emocionalmente debido a problemas en su relación con otras personas?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
b. ¿Esta situación influyó en la recaída?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
c. ¿Que tanto considera que influyó? 0 a 100% _____		
8. a. ¿Sintió algún tipo de presión de otras personas para consumir?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
b. ¿Esta situación influyó en la recaída?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
c. ¿Que tanto considera que influyó? 0 a 100% _____		
9. a. ¿Estaba contento en compañía de otras personas y quiso mantener o aumentar esa sensación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ¿Esta situación influyó en la recaída?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ¿Que tanto considera que influyó? 0 a 100% _____		

### Sección 3. Disparadores de recaídas

IE: Identificar los 3 reactivos con los porcentajes más altos de la sección 2 y, de esta sección 3 realizar solo las preguntas que estén relacionadas con estos 3 reactivos. Si el usuario da mas de una respuesta por pregunta pedirle que las jerarquice en orden descendente, de la que más influyó (1) a la que menos influyó (3) en la recaída.

Ahora le haré unas preguntas más específicas sobre las situaciones que vivió antes de la recaída. **Momentos antes de la recaída....**

1. ¿Qué emoción desagradable tuvo?	
<input type="checkbox"/> Soledad	<input type="checkbox"/> Enojo
<input type="checkbox"/> Frustración	<input type="checkbox"/> Depresión
<input type="checkbox"/> Poca confianza en ti mismo	<input type="checkbox"/> Otra:
2. ¿Cuál fue el malestar físico que tuvo?	
<input type="checkbox"/> Tensión o ansiedad	<input type="checkbox"/> Molestias estomacales

<input type="checkbox"/> Cansancio o sueño	<input type="checkbox"/> Algún dolor
<input type="checkbox"/> Problemas para dormir	<input type="checkbox"/> Otra:
3. ¿Qué cambio o mejora quiso sentir en su estado de ánimo o físico? Quiso...	
<input type="checkbox"/> Estar mas alerta	<input type="checkbox"/> Sentirse con más energía
<input type="checkbox"/> Sentirse contento	<input type="checkbox"/> Sentirse más prendido o acelerado
<input type="checkbox"/> Sentirse mejor de lo que sentia	<input type="checkbox"/> Otra:
4. ¿Cómo quiso probar que podía controlar el consumo? Quiso probar que...	
<input type="checkbox"/> A fuerza de voluntad, podía estar en lugares donde antes consumía y no consumir	
<input type="checkbox"/> Podía consumir un poco de la sustancia y detener el consumo	
<input type="checkbox"/> No consumiría en una situación donde tuviera la sustancia a la mano	
<input type="checkbox"/> Podía controlar cualquier situación de riesgo de consumo, por estar en tratamiento	
<input type="checkbox"/> Era suficiente su confianza de no consumir, exponiéndose a situaciones de riesgo de consumo	
<input type="checkbox"/> Otra:	
5. ¿Qué le provocó el deseo o necesidad de consumir?	
<input type="checkbox"/> Sintió deseo de consumir por tener dinero	
<input type="checkbox"/> Estaba consumiendo otra sustancia y esto lo llevo a consumir la droga de preferencia	
<input type="checkbox"/> De pronto sintió un deseo de usar la sustancia al ver objetos relacionados con el consumo	
<input type="checkbox"/> Vio a los antiguos compañeros de consumo	
<input type="checkbox"/> Se encontraba cerca o en el lugar donde anteriormente consumía	
<input type="checkbox"/> Otra:	
6.- ¿Qué estado de ánimo agradable sintió?	
<input type="checkbox"/> Se sentía satisfecho con su vida en general	<input type="checkbox"/> Se sentía de buen humor o alegre
<input type="checkbox"/> Estaba feliz por como le estaban saliendo las cosas	<input type="checkbox"/> Sentía que no tenía preocupaciones
<input type="checkbox"/> Confiaba que nada malo iba a pasar	<input type="checkbox"/> Otra:
7. ¿Qué emoción desagradable tuvo por problemas en la relación con otras personas?	
<input type="checkbox"/> Sentía que otras personas lo menospreciaban	
<input type="checkbox"/> Se sintió enojado tras involucrarse en discusiones con su pareja, familiares o amigos	
<input type="checkbox"/> Se sintió enojado tras involucrarse en discusiones con compañeros de trabajo o escuela	
<input type="checkbox"/> Se sintió frustrado por la desconfianza que le mostraba su familia	
<input type="checkbox"/> Sentía que era difícil relacionarse con los demás	
<input type="checkbox"/> Otra:	
8. ¿De qué forma lo presionaron otras personas para consumir?	
<input type="checkbox"/> Estaba con un grupo de personas que lo presionaban a consumir y sintió que no podía negarse	
<input type="checkbox"/> Usó la droga para integrarse y sentirse parte del grupo de personas que estaban consumiendo	
<input type="checkbox"/> Vio a alguna persona consumir drogas	
<input type="checkbox"/> Alguien lo invitó a consumir	
<input type="checkbox"/> Se encontró con la persona que le vendía la droga y lo forzó a comprar o consumir	
<input type="checkbox"/> Otra:	
9. ¿Cuál fue la sensación agradable que quiso mantener o aumentar al estar conviviendo con otras personas?	

- Estaba feliz, pasando un buen rato en una reunión familiar o con amigos
- Quería sentirse más integrado a un grupo de amigos en una reunión
- Buscaba incrementar el placer sexual en sus relaciones íntimas
- Quería festejar algún evento especial con amigos o familiares
- Buscaba desenvolverse mejor en un grupo de personas
- Otra:

#### Sección 4. Similitud con otras recaídas

IE: Para obtener las respuestas del inciso b), en los siguientes dos reactivos, explicar la siguiente escala y escribir sobre la línea el porcentaje dado por el usuario.

- b) ¿Qué tanto considera que se parecen? 0%-----25%-----50%-----75%-----100%
- No se parecen      Se parecen poco      Se parecen moderadamente      Se parecen mucho      Se parecen completamente

Para terminar la entrevista, le haré dos preguntas, en la primera piense en sus recaídas en general y en la segunda, específicamente en las situaciones que han iniciado las recaídas.

1. a. ¿Se parece esta última recaída a otras que ha tenido?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
b. ¿Que tanto considera que se parecen? 0 a 100%		
2. a. ¿Se parecen las situaciones que iniciaron esta última recaída a las que han iniciado otras recaídas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ¿Que tanto considera que se parecen? 0 a 100%		

Observaciones:

---



---



---

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.