

Tesis de Maestría/Thesis of Master's degree/Tese de Maestria

Percepción que expresan tener los consumidores problemáticos de sustancias psicoactivas acerca de los factores que inciden en su recaída durante el proceso de tratamiento/Perceptions expressed by problematic users of psychoactive substances about the factors that influence their relapse during the treatment process/Percepção que os consumidores problemáticos de substâncias psicoativas expressam sobre os fatores que incidem em sua recaída durante o processo de tratamento¹

Adriana Mendieta²

Tutor: Laura Fascioli³

Recibida: 15 de junio de 2017

Aprobada: 15 de setiembre de 2017

Resumen

Uno de los problemas importantes de nuestra sociedad es el consumo problemático de sustancias psicoactivas. La alta tasa de reincidencia en el consumo de drogas, además de los componentes neuroadaptativos del Sistema Nervioso Central (SNC) y de los aspectos psicopatológicos de los sujetos también puede pensarse como parte del comportamiento humano el cual muchas veces tiene objetivos que no puede llegar a cumplir. La presente investigación se centra en conocer la percepción que tienen los usuarios consumidores problemáticos de sustancias psicoactivas investigados, sobre cuales serían las posibles causas de sus recaídas. A partir de la búsqueda bibliográfica realizada, se constata, que no existen investigaciones previas en Uruguay, por lo cual se considera de relevancia el poder exponer lo que piensan los usuarios sobre algunos aspectos importantes de las causas que ellos consideran son motivos de sus recaídas, a fin de aportar datos que sirvan para lograr su mayor comprensión e intervención. Se trata de un estudio de tipo cuali-cuantitativo, descriptivo, exploratorio. Se trabajó con una muestra no probabilística, se realizaron entrevistas abiertas semi-estructuradas y se aplicó un cuestionario a 40 usuarios. Se implementó en tres centros asistenciales, Portal Amarillo, Hospital Maciel y Centro IZCALI en la Ciudad de Montevideo-Uruguay, durante los períodos de setiembre de 2014 a julio de 2015. Del estudio de los datos que se obtuvieron de la aplicación del cuestionario, se puede decir que se pone de manifiesto un perfil de los integrantes de la muestra, que se expresa por ser hombres, en un 82,5%. El 35% se ubica en la franja etárea de 26 a 33 años. Viven solos un 42,5%. En un 25% los usuarios completaron el ciclo escolar. El 52,5% está desocupado. El 95% transitó por un período de recaída entre 1 y 61 días de duración. Para el 55% se observa una disminución en el consumo durante el período de recaída. El dispositivo de tratamiento más utilizado corresponde al ambulatorio en un 50%. Al 87,5% se le indicó tratamiento farmacológico y psicoterapéutico. Al 60% se le indicó abordaje de tratamiento individual y grupal. Para el 82,5% la interrupción del tratamiento estuvo comprendida en el período de 0 a 6 días. Para el 55% la frecuencia de tratamiento fue diaria. El 72,5% de los usuarios ha tenido tratamientos previos. Su percepción respecto a las posibles causas de recaídas son: una tendencia a la repetición de experiencias no

1 Tesis final presentada el 13 de mayo de 2016 para obtener el título de Magister en Salud Mental. Centro de Posgrado. Facultad de Enfermería. Universidad de la República.

2 Licenciada en Psicología. Magister en Salud Mental. Psicoterapeuta en los Servicios de Salud, Especialista en Psicoanálisis Vincular. Posgrado en Drogodependencias. Miembro de la Federación Uruguaya de Psicoterapia. Cargo de suplente en la coordinación de grupos multifamiliares en Centro IZCALI. Cargo de Suplente en el Portal Amarillo. Integrante del equipo multidisciplinario de Uso Problemático de Drogas de adolescentes en Sociedad Médica Universal. Psicóloga externa de Sociedad Médica Universal, actividad clínica particular. adriamenmar@gmail.com

3 Licenciada en Enfermería. Licenciada en Psicología. Magister en Salud Mental. Psicoterapeuta, Especialista en Psicoanálisis de las Configuraciones Vinculares. Profesora Adjunta de la Facultad de Enfermería. Universidad de la República. Ex Directora de Departamento de la División Enfermería del Hospital de Clínicas, Hospital de la Universidad de la República. laura.fascioli@gmail.com

elaboradas, vivencias de desamparo, vivencias de evasión de sensaciones displacenteras, vivencias de dolor ante la pérdida de un ser querido así como vivencias movilizantes respecto al lugar que ocupa el trabajo para ellos.

Palabras clave: Recaídas, Abstinencia, Tratamiento.

Abstract⁴

The problematic consumption of psychoactive substances represents a problem in our society. The high recidivism rate related to drug consumption plus the neuroadaptive components of the Central Nervous System and the psychopathologic aspects of the subjects may also be regarded as part of the human behavior which at times aims at objectives which appear as not achievable. This investigation is based on understanding the consumers' perception of the identification of the possible causes of relapse. A thorough bibliographic search has proved that there is no previous existence of this kind of investigation in Uruguay. Therefore, it becomes relevant to contribute with information on the perceptions the consumers have towards their own causes of relapse. The objective of this investigation is to contribute with meaningful and useful information to help in the comprehension and intervention in future cases. It is a qualitative, quantitative, descriptive and exploratory study carried out through a non probabilistic sample. Open semi structured interviews together with a questionnaire to forty consumers were carried out for the investigation. The interviews took place from September 2014 to July 2015 in three medical centres Portal Amarillo, Maciel Hospital and IZCALI centre in Montevideo, Uruguay. According to the investigation we can infer that the profile of the people interviewed was represented mainly by men 82,5%. 35% of them were between 26 and 33 years old, 42,5% lived alone, 25% had complete primary school studies, 52,5% were unemployed. Moreover, 95% of them had experienced a relapse period which ranged between 1 and 61 days, 55% experienced a decrease in the consumption in the relapse period. The most widespread kind of treatment was the ambulatory one represented by 50% of the cases. Furthermore, 87,5% of the patients were assigned pharmacologic as well as psychotherapeutic treatment whereas 60% of them was assigned both individual and group approach. 82,5% of them interrupted their treatment within 0 to 6 days, 55% underwent a daily treatment and 72,5% had undergone previous treatments. Their perceptions in connection to the possible causes of relapse include: a tendency to repeat experiences which had not been elaborated on, situation of abandonment, a need to avoid unpleasant sensations, sorrow related to the loss of a person as well as touching experiences related to the what working experiences represent for them.

Keywords: Relapse, Abstinence, Treatment

Resumo

Um dos problemas importantes da nossa sociedade é o consumo problemático de substâncias psicoativas. A alta taxa de reincidência no consumo de drogas, além dos componentes neuroadaptativos do Sistema Nervoso Central (SNC) e dos aspectos psicopatológicos dos sujeitos, também pode ser parte do comportamento humano, que, muitas vezes, tem objetivos que não podem ser realizados. A presente pesquisa está centrada em conhecer a percepção que os usuários consumidores problemáticos de substâncias psicoativas investigados têm sobre as possíveis causas de suas recaídas. A partir da pesquisa bibliográfica realizada, constata-se que não há pesquisas prévias no Uruguai; portanto, considera-se relevante poder expor o que os usuários pensam sobre alguns aspectos importantes das causas que eles consideram motivo de suas recaídas, para fornecer dados que sirvam para conseguir maior compreensão e intervenção. Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo e exploratório. O trabalho foi realizado com uma amostra não probabilística, acompanhada de entrevistas abertas semiestruturadas; aplicou-se um questionário a quarenta usuários. Foi implementado em centros assistenciais, Portal Amarillo, Hospital Maciel e Centro IZCALI, na cidade de Montevideu, Uruguai, durante o período de setembro de 2014 a julho de 2015.

4 Traducción realizada por: Federico Viera Mendieta. Estudiante de Cuarto año de Jóvenes en Instituto Dickens. Supervisión: Alicia Caviglia. Profesora de inglés egresada del Instituto de Profesores "Artigas" (IPA). Posgrado de Gestión en Centros Educativos en Universidad Católica del Uruguay (UCUDAL).

Da análise dos dados obtidos a partir da aplicación do cuestionario, pode-se dizer que foi observado um perfil dos integrantes da amostra, que é expressado por: homens, 82,5 %; uma porcentagem de 35% corresponde à faixa etária de 26 a 33 anos. Vivem sozinhos 42,5 %; 25 % dos usuários completaram o ciclo escolar, 52,5 % está desempregado, e 95 % passou por um período de recaída entre 1 e 61 dias de duração. Em 55 %, observa-se uma diminuição no consumo durante o período de recaída. O dispositivo de tratamento mais utilizado corresponde a ambulatorio, em 50 %. Foi indicado tratamento farmacológico e psicoterapêutico para 87,5 %. Foi indicada abordagem de tratamento individual e grupal para 60 %; e para 82,5 %, a interrupção do tratamento compreendeu um período de 0 a 6 dias. Para 55 %, a frequência de tratamento foi diária; 72,5 % dos usuários teve algum tratamento prévio. Sua percepção sobre as possíveis causas das recaídas são: tendência à repetição de experiências não elaboradas, vivências de desamparo, vivências de evasão de sensações desagradáveis, vivências de dor perante a perda de um ente querido, bem como vivências mobilizadoras sobre o lugar do trabalho para eles.

Palavras chave: Recaídas, Abstinência, Tratamento.

Me caigo y me levanto

*“¿Cómo nos rehabilitaremos?
Hay quienes recaen al llegar a la cima de una montaña
al terminar su obra maestra
al afeitarse sin un solo tajito
no toda recaída va de arriba abajo
porque arriba y abajo no quieren decir gran cosa
cuando ya no se sabe dónde se está
probablemente Icaro creía tocar el cielo
cuando se hundió en el mar...y
dios te libre de una zambullida tan mal preparada”...
“hay quien ha sostenido que la rehabilitación
sólo es posible alterándose”*

Fragments del poema del mismo nombre. Julio Cortázar.

Agradecimientos

A mi hijo Federico quien es mi inspiración, espero que este sea un estímulo para que pueda con estudio y dedicación lograr todas las metas que se proponga. A mis padres María Mercedes y Hugo Esteban por darme la vida. A mi hermana Daiana. A mi terapeuta Fabiana Saquieres. A mi tutora Laura Fascioli por su apoyo en momentos difíciles, por su paciencia, dedicación y por su rigor académico. A todos mis profesores referentes a quienes les agradezco mi formación profesional que tantas satisfacciones me ofrece día a día. En especial quiero agradecerles a los docentes del Centro de Posgrado de la Facultad de Enfermería a la Prof. Miriam Costabel, a la Prof. Josefina Verde, a la Prof. Silvia Meliá, a la Prof. Margarita Garay, a la Prof. Lorena Bazán y a la Estadista Fiorella Cavalleri y a todos los profesores en la formación de la Maestría en Salud Mental. A Daniel Barbosa que desde un primer momento apoyó mi postulación para la realización de la Maestría. A las bibliotecólogas Licenciada Beatriz Celiberti y Mariana Cantele. A las autoridades de ASSE al Dr. Horacio Porciúncula y a la Lic. Gabriela Novoa. A las autoridades de los centros asistenciales participantes de la investigación por Centro IZCALI al Dr. Fredy da Silva, Lic. Virginia Esmoris, Lic. Graciela Curbelo, Lic. Miguel Hernández, Lic. Susana Adrover. Por el Portal Amarillo al Dr. Juan Triaca y Lic. Miguel Silva. Por el Hospital Maciel a la Directora del Departamento de Uso Problemático de Sustancias Lic. Virginia Esmoris. En general a todo el personal que colaboró en forma muy cordial en los tres centros asistenciales participantes de la investigación. Muy especialmente me refiero a mi profesor y compañero de tareas asistenciales al Lic. Miguel Hernández, a la Lic. Cecilia Lazo, a la Lic. Silvia Paladino y a la Lic. Patricia Sraonian quienes muy generosamente me permitieron formar parte de diferentes instancias grupales así como diferentes estilos de abordajes terapéuticos que ahora forman parte de mi caudal de conocimientos. A mis queridas compañeras de Maestría muy especialmente a Claudia Escudero y Mariela Balbuena por su conocimiento y calidez como personas además de su apoyo en momentos difíciles del recorrido de la maestría. A mi querida amiga Lic. Beatriz Martínez quien me ha contenido en estos últimos tiempos con su estímulo y apoyo para que siguiera

hacia adelante. Se lo dedico a los participantes de la investigación que en forma voluntaria y con muy buena disposición participaron de este proyecto. Y por último a mí por haberme animado a transitar y haber podido culminar un recorrido de mucho aprendizaje fuera de fronteras de mi disciplina así como de renunciamentos durante un tiempo importante de mi vida.

Índice

Resumen

Introducción

Justificación y uso de los resultados

Antecedentes

Capítulo 1. Marco conceptual.

1.1. Adicción

1.2. Conductas adictivas

1.3. Droga

1.4. Abuso

1.5. Dependencia

1.6. Neuroadaptación

1.7. Tolerancia

1.8. Abstinencia

1.9. *Craving*

1.10. Tratamiento de la dependencia de sustancias psicoactivas

1.11. Recaída

1.12. El terapeuta como agente de salud

1.13. El contexto económico-social en el cual vive el usuario consumidor

1.14. Situación epidemiológica Nacional respecto al tema drogas

1.15. Tratamiento en Uruguay

Capítulo 2. Objetivos y metodología.

2.1.1. Objetivo general

2.1.2. Objetivos específicos

2.2. Tipo y diseño general del estudio

2.3. Población de estudio

2.4. Muestra

2.5. Definiciones operacionales

2.6. Instrumento y técnica de recolección de datos

2.7. Prueba piloto

2.8. Realización de entrevistas y aplicación de cuestionarios

2.9. Análisis de la información e informe final

2.10. Plan de análisis de resultados

2.11. Consideraciones éticas

Capítulo 3. Resultados y discusión.

3.1. Análisis cuantitativo

3.2. Análisis cualitativo

3.3. Discusión

Capítulo 4. Conclusiones y recomendaciones

4.1. Conclusiones

4.2. Recomendaciones

Referencias bibliográficas. Bibliografía

Anexos

Listado de abreviaturas.

ASSE. Administración de Servicios de Salud del Estado.
DSM IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.
EU-LAC. Alianza de Ciudades en Tratamiento de Drogas.
IAE. Intento de Autoeliminación.
IAMC. Instituciones de Asistencia Médica Colectiva.
INAU. Instituto del Niño y el Adolescente del Uruguay.
IMM. Intendencia Municipal de Montevideo.
JND. Junta Nacional de Drogas.
MIDES. Ministerio de Desarrollo Social.
MSP. Ministerio de Salud Pública.
OID. Observatorio de uso Indebido de Drogas.
OMS. Organización Mundial de la Salud.
ONG. Organización No Gubernamental.
ONU. Organización de Naciones Unidas.
OUD. Observatorio Uruguayo de Drogas.
PBC. Pasta Base de Cocaína.
RAP. Red de Atención del Primer Nivel.
SNC. Sistema Nervioso Central.
SNIS. Sistema Nacional Integrado de Salud.
UPD. Uso Problemático de Drogas.
VIH. Virus de Inmunodeficiencia Humana.

Introducción

El tema de investigación surge a partir de la experiencia clínica de la investigadora, la que ha observado el impacto que tiene el tema de las recaídas durante el tratamiento tanto en el usuario consumidor de sustancias como en su familia y su contexto, lo que la lleva a realizarse las preguntas ¿por qué se producen las recaídas? ¿Por qué los consumidores problemáticos de sustancias psicoactivas recaen? ¿Por qué no logran mantener sus propósitos? ¿Qué sentido tendrá en ese momento la recaída? ¿A qué demandas responderá la recaída? ¿Cuáles piensan los usuarios son las causas de las recaídas? ¿Qué factores inciden desde su perspectiva para que se produzcan recaídas durante el tratamiento? Al investigar la problemática de las recaídas se busca contribuir a la comprensión del problema desde la perspectiva del usuario para poder detectar cuáles son los factores que inciden en ellas. Comprender a los seres humanos “*exige escuchar sus voces, sus historias y experiencias*” “*ver y decir lo que es y lo que no es*”, lo que Benner (1994) llamó “entendimiento oposicional”. La ética en este tipo de investigaciones se basa en “*el respeto por la voz y la experiencia descrita en el texto (...) de las voces participantes*” (Castillo, E. 2000: 6). Considerando el aporte de Casas, M.; Gossop, M. (1993) la alta tasa de reincidencia en el consumo de drogas, es indicativa de la naturaleza psicopatológica de los adictos pero también podría pensarse como parte del comportamiento humano el cual muchas veces tiene objetivos que no puede llegar a cumplir. Habitualmente las personas dicen que quieren “cambiar para mejorar” pero se observa con demasiada frecuencia que el cambio es muy difícil de mantener (Casas, M.; Gossop, M. 1993:47).

Justificación y uso de los resultados.-

El problema de las recaídas durante el tratamiento parece ser importante en Uruguay, según lo expresado por Juan Triaca para el diario El País de Uruguay del 12 de enero de 2013, cerca del 30% de las personas en tratamiento no dejan de consumir o abandonan el tratamiento (Vanoli, S. 2013). De acuerdo a la búsqueda bibliográfica realizada a nivel de bibliotecas en la Facultad de Enfermería y en la Facultad de Psicología de la Universidad de la República así como en Internet, a través de bibliotecas virtuales, se corrobora que no hay investigaciones previas a nivel nacional. Por otro lado a nivel internacional de acuerdo al aporte de Sánchez Hervaz, E.; Llorente del Pozo, J. M. (2012), las recaídas en el consumo y los períodos de uso incontrolado siguen siendo un problema, la mayoría de las personas que buscan tratamiento no son capaces de mantener un período de abstinencia continuada y tampoco logran realizar cambios efectivos en su primer intento de tratamiento, siendo las recaídas frecuentes y las tasas de cumplimiento de los programas de resultados moderados (Dutra *et al.* 2008). A través de la presente investigación se busca aportar datos que contribuyan a la comprensión de esta problemática de las recaídas desde la percepción del consumidor problemático de sustancias. Para entender ¿porque un episodio de recaída se produce? hay que partir de las experiencias y acontecimientos que surgen en momentos previos a la recaída a lo que se debe sumar los momentos posteriores a la misma, desde la propia experiencia transmitida por el usuario. Siguiendo el aporte de Sánchez Hervaz, E.; Llorente del Pozo, J. M. (2012) acerca de que en muchas recaídas hay un momento en el que la persona toma una decisión definitiva (consciente o no) de seguir adelante y consumir la sustancia. De acuerdo a este planteo se busca obtener información detallada sobre los procesos de pensamiento de usuarios problemáticos de sustancias psicoactivas así como de los estados de ánimo que desarrolla para avanzar en la comprensión del tema. La información obtenida puede ser un aporte o insumo para la planificación de estrategias pertinentes en programas de prevención de recaídas. Los profesionales de la salud no solo tienen que brindar herramientas al individuo para fortalecerlo, además tienen que ofrecerles habilidades para que “*sean capaces de cambiar situaciones que son básicas para su problema*” (Casas, M.; Gossop, M. 1993:76). Teniendo en cuenta que en la actualidad las publicaciones científicas se centran en la consecución de logros al finalizar el tratamiento, en este estudio se propone profundizar en un aspecto menos investigado como es conocer -desde la perspectiva de los propios usuarios- los factores que una vez lograda la abstinencia del consumo puedan favorecer o dificultar la permanencia de la misma durante el proceso de tratamiento.

Antecedentes

Se comienza con una búsqueda bibliográfica a través de las bibliotecas de la Facultad de Enfermería y la Facultad de Psicología de la Universidad de la República consultando bases de datos como: Elsevier, Pubmed, ScieLO; catálogo en línea de las Bibliotecas de la Universidad de la República,

BIUR; catálogo de publicaciones periódicas: Redalyc. La tipología de los documentos se basa en artículos de publicaciones periódicas, revisiones y libros. Los términos de búsqueda utilizados son palabras clave, extraídas del lenguaje natural de los autores, como: **recaídas-abstinencia-tratamiento**. La delimitación de la búsqueda estuvo basada en documentos en español y portugués nacionales e internacionales. Un estudio pionero sobre recaídas en población adulta fue realizado en Estados Unidos de Norte América en 1971: Hunt, Barnett y Branch analizaron un abanico amplio de terapias, así como programas de tratamiento con alcohólicos, adictos a la heroína y fumadores. Encontraron tasas de recaída entre 35 y 58% en períodos de dos semanas y tres meses. Aproximadamente los dos tercios de los individuos que recibían tratamiento volvían al consumo a los tres primeros meses después de finalizado el mismo. Según dicho estudio, los índices de abstinencia al año después de finalizado el tratamiento eran menores al 35% para el consumo de alcohol, y del 25% para el tabaco y la heroína. A partir de este estudio se desprende, que entre un 70 y un 80% vuelven a consumir durante el primer año después de finalizado el tratamiento (Luengo, A.; Romero, E; Gómez, J. 2001:9). El programa *Drug Abuse Reporting Program* (DARP) de Estados Unidos de Norte América, analizó una amplia muestra representativa a nivel nacional (Sells y Simpson, 1979). En este estudio se compararon tanto a adolescentes como adultos, en diferentes tipos de tratamiento: mantenimiento con metadona, comunidad terapéutica, centros de día con tratamiento libre de drogas y programas de desintoxicación ambulatoria; los resultados mostraron una reducción significativa del consumo de drogas durante el tratamiento y en un período de seguimiento entre cuatro a seis años, en todas las modalidades de tratamiento. En el seguimiento previo y posterior al tratamiento del consumo de opiáceos, decrecía en todos los grupos y las reducciones en el consumo eran mayores entre los grupos tratados respecto a aquellos que no recibían tratamiento (Luengo, A.; Romero, E.; Gómez, J. 2001:11). En un seguimiento de 2.099 consumidores de opiáceos que participaban en el *Drug Abuse Reporting Program* (DARP), Simpson y Sells (1982) encontraron que entre el 56 y el 77% de los sujetos habían reanudado su consumo dentro de los 12 meses posteriores al alta (Casas, M.; Gossop, M. 1993:46). En un análisis realizado de 311 episodios de recaída en el alcohol, el tabaco, la heroína, la comida y los juegos de azar Cummings; Gordon y Marlatt (1980) identificaron tres situaciones principales asociadas con el problema de las recaídas. El 35% estuvo asociado a estados emocionales negativos, el 20% a presión social, y el 16% a reciente conflicto interpersonal (Rigotto, S.; Gomes, W. 2002). En un estudio realizado por Gottheil, Thornton, Skoloda y Alterman (1982) se informó que dentro de los 6 meses de tratamiento por problemas con el alcohol, el 81% de los sujetos había recaído (Casas, M.; Gossop, M. 1993:45) y en otro realizado por Vaillant en 1983, en Estados Unidos de Norte América, con 685 sujetos tratados por problemas relacionados con el consumo de alcohol, se observó que a los dos años del tratamiento el 63% había vuelto a la

conducta adictiva y al final del seguimiento de ocho años de duración el 95% había reanudado el consumo de alcohol ocasionalmente (Casas, M.; Gossop, M. 1993:45). Hubbard y col. en 1985 compararon el consumo de drogas entre los 12 meses antes y 12 meses después de finalizar el tratamiento en sujetos sometidos a dos tipos de programas: tratamiento residencial y tratamiento ambulatorio libre de drogas. Allí se encontró que ambos tipos de programas tuvieron resultados positivos, aunque el tratamiento residencial producía resultados más consistentes para el consumo de alcohol y otras drogas. En ambos tipos de tratamientos se reducían la depresión y los intentos de autoeliminación (IAE) (Luengo, A.; Romero, E.; Gómez, J. 2001:12). En el consumo de opiáceos, Maddux y Desmond (1986) observaron que el 70% de los adictos recaió durante el primer mes, luego de finalizado el tratamiento, el 87% había recaído dentro de los 6 meses siguientes (Luengo, A.; Romero, E.; Gómez, J. 2001:10). De forma similar, Hubbard y Marsden en 1986 informaron que de 2.280 usuarios en tratamiento para drogodependencias que participaban en el *Treatment Outcome Prospective Study* (TOPS), las dos terceras partes de los sujetos recayeron a los tres meses de finalizado el tratamiento y entre el 10% y 15% había reanudado su consumo de inmediato (Casas, M.; Gossop, M. 1993:46). En otro estudio realizado en España -Estudio Multicéntrico de Evaluación de Tratamiento y Seguimiento de Toxicómanos (EMETYST)- Sánchez *et al.* (1988) analizaron a 311 adictos a la heroína que solicitaron tratamiento en los 16 centros ambulatorios de todo el país entre mayo y junio de 1985. A los 12 meses de seguimiento, posterior al alta, sólo se pudo contactar a menos del 50% de los entrevistados; dentro de los cuales sólo el 51% se mantenía abstinentes. Un estudio realizado por Gossop, Verde, Phillips y Bradley (1989) sobre recaídas en 80 alcohólicos y adictos a la heroína, en pacientes en tratamiento y hospitalizados, informó que casi las dos terceras partes de los pacientes que tuvieron recaídas reconocieron fallas en la toma de decisiones y en actividades de planificación y más de la mitad indicó tener un estado de ánimo negativo antes de la recaída. También se observó que muchas veces estos factores se presentaban juntos (Luengo, A.; Romero, E.; Gómez, J. 2001:10). En una revisión de programas, Catalano y cols. (1990-91) concluyeron que pese a que las tasas de recaídas fueron altas, los tratamientos funcionaban y eran mejor para aquellos que los finalizaban respecto a los que lo abandonaban o no recibían tratamiento (Luengo, A.; Romero, E.; Gómez, J. 2001:13). Otra investigación realizada en la Universidad Federal de Río Grande do Sul, (Rigotto, S.; Gomes, W. 2002) abarcó tanto la temática de abstinencia como de las recaídas, factores complementarios entre sí, para la adherencia o no al tratamiento. La misma, se centró en el testimonio sobre la experiencia de usuarios en abstinencia y recaídas en comparación con sus respectivos contextos. En dicha investigación se entrevistaron a nueve hombres y tres mujeres, que vivían en la ciudad de Caxias do Sul. Se trató de un estudio cualitativo que se guió por los movimientos de descripción reflexiva, la interpretación y la reducción fenomenológica elementos

importantes para comprender esta problemática. La experiencia de rescate del comportamiento adictivo consistió en tomar conciencia del problema el que depende de los lazos familiares, la reconstrucción de la autoestima, la construcción de valores que favorezcan la inclusión y la participación en las prácticas religiosas. Para poder lograr la abstinencia se interpretó como algo esencial el contar con redes interpersonales de apoyo que se identificaron en profesionales, familiares y amigos así como contar con la participación como colaboradores en la recuperación de otros adictos. Otra investigación más reciente, se realizó en la Universidad Federal de Santa Catalina, en la Unidad de Dependencia del Instituto de Psiquiatría, Florianópolis (Büchele, F.; Marcatti, M.; Rabelo, D. 2004). En este estudio de tipo descriptivo exploratorio con enfoque cualitativo y cuantitativo, se buscó que los adictos identificaran las situaciones de riesgo y reconocieran signos y síntomas que les condujeron a las recaídas. El estudio se realizó con 25 usuarios, internos. En la misma se concluyó que los factores de una recaída son específicos y pueden variar de acuerdo al estilo y las condiciones de vida de cada persona. Se destacó la importancia de identificar la situación que la persona había vivido para el posterior desarrollo de intervenciones en promoción de salud y tratamiento. En un estudio reciente, (Sánchez Hervaz, E.; Llorente del Pozo, J. M. 2012) se realizó una revisión de trabajos sobre el estudio de variables relacionadas con la recaída en el consumo de cocaína en varias bases de datos como: PubMed, ISI *Web of Knowledge*, *The Cochrane Library*, IME e ISOC, dentro del período comprendido entre enero de 2000 a julio de 2011. Se buscó comprender la recaída por consumo de cocaína. En dicho estudio se pudo pesquisar varios factores como variables de cierto poder predictivo. Entre ellos se destacan: la problemática psicosocial, los estados emocionales negativos, la ansiedad, la autoeficacia, la comorbilidad psicopatológica, la severidad adictiva así como otras variables relacionadas con el proceso de tratamiento.

Capítulo 1. Marco conceptual.

1.1. Adicción.-

Para la Real Academia Española (RAE) (vigésimo tercera edición), es la dependencia del consumo de alguna sustancia o de la práctica de una actividad. Las adicciones no son solo a sustancias psicoactivas, pueden ampliarse a todo vínculo que la persona realice con un objeto, conducta o situación que provoque en la persona un tipo de vínculo estereotipado y excluyente como puede ser: el trabajo, la comida, el sexo, la televisión, la obsesión por el orden, la limpieza, uso de internet entre otros. En relación al uso de sustancias psicoactivas, la Organización Mundial de la Salud (OMS. 2001) la define como un estado de intoxicación periódica o crónica, nociva para el individuo y la sociedad, provocada por el consumo repetido de un fármaco natural o sintético. Sus características son: 1) afán exagerado por la droga, 2) tendencia a elevar la dosis, para lograr los mismos efectos 3) dependencia psíquica y física del fármaco o sustancia 4) aparición de síntomas al suprimir la droga.

1.2. Conductas adictivas.

Siguiendo a Marlatt (1985) se definen como, un patrón conductual complejo y progresivo, que posee determinantes tanto biológicos, como psicológicos y sociales, en donde la recaída tiende a ser la norma. Serían medios desadaptativos de enfrentarse a las situaciones que no son desadaptativas en sí mismas. Se transforman en ellas cuando, por la frecuencia, por el uso repetitivo o por la escasa conciencia de la actividad que se realiza, llevan a consecuencias negativas en la pérdida de salud, estatus social o autoestima. También es importante destacar que las conductas adictivas, se caracterizan por la gratificación inmediata y las consecuencias negativas a largo plazo.

1.3. Droga.-

Según la OMS (2001) es cualquier sustancia de origen natural o sintético que introducida en el organismo vivo, por cualquier vía de administración, es capaz de modificar una o más funciones. Se excluyen los alimentos, ya que ellos son los sustratos naturales para la formación de nutrientes en el organismo (González, R. 2005) y se incluyen los medicamentos, Junta Nacional de Drogas (JND. 2008). Al hablar de droga, se refiere principalmente a las psicotrópicas o psicoactivas cuyo efecto principal se ejerce en el Sistema Nervioso Central (SNC). De acuerdo con el **efecto que producen en el SNC**, se clasifican en: depresoras o psicolépticas, estimulantes o psicoanalépticas y perturbadoras o psicodislépticas. De acuerdo al **tipo de consumo**: Por su **uso**, por su cantidad, frecuencia o por la propia situación física, psíquica y social del sujeto cuando no genera un uso problemático.

1.4. Abuso.-

En el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV) (Pichot, P.; López, J.; Valdés, M. 1996:188) se define al **abuso**, como un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por uno o más problemas asociados, durante un período de 12 meses, en una de las siguientes cuatro áreas vitales: 1) Incapacidad para cumplir las obligaciones principales (estudio, trabajo, hogar). 2) Consumo en situaciones peligrosas, como la conducción de vehículos 3) Problemas legales. 4) Consumo a pesar de las dificultades sociales o interpersonales asociadas.

Por la cantidad de droga, frecuencia de uso y/o por la propia situación física, psíquica y social del sujeto, se producen consecuencias negativas para el consumidor y/o su entorno (JND. 2008).

1.5. Dependencia.-

Para la OMS (2001) es el comportamiento de un individuo, en el que el uso de una sustancia psicoactiva adquiere mayor relevancia que otras conductas que previamente eran consideradas más importantes (González, R. 2005). **Dependencia física**, es el mecanismo de neuroadaptación del organismo a la presencia de una sustancia. El consumo habitual determina ciertos niveles de droga

en sangre, para afirmar que una droga de abuso produce dependencia física es condición “*sine quanon*”, que aparezca el síndrome de abstinencia al descender el nivel de droga en sangre (González, R. 2005). El cual se puede superar tras un período de desintoxicación y el que va a depender de las características de la sustancia consumida (JND. 2008). **Dependencia psíquica.** Se expresa en la compulsión por consumir periódicamente la droga para volver a experimentar un estado afectivo agradable o para librarse de un estado afectivo desagradable (JND. 2008).

1.6. Neuroadaptación.-

La gradual y permanente adaptación de la función cerebral a la presencia de drogas es un factor central en el desarrollo de una dependencia (Anton, R. F. 1999). Para mantener la homeostasis del cerebro, muchas células adaptan sus actividades y sus respuestas a la presencia prolongada de las sustancias psicoactivas. Esta neuroadaptación o sensibilización, conduce a ciertas características de la dependencia: tolerancia y abstinencia. Con el uso de sustancias psicoactivas se activa el núcleo *Accumbens*, definido como “*el centro de recompensa cerebral*”. Las neuronas del núcleo *Accumbens* tienen extensiones hacia la amígdala y hacia áreas del córtex frontal. La amígdala, está muy interconectada con regiones que controlan las emociones, como el sistema límbico. Este juega un papel en la modulación del estrés y el estado de ánimo (Anton, R. F. 1999).

1.7. Tolerancia.-

Es la adaptación del organismo al consumo repetido y continuado de una sustancia lo que genera una reducción en la reacción a una misma dosis de la droga después de administraciones repetidas. Se traduce en la necesidad de incrementar la dosis para lograr el mismo efecto. Estos son fenómenos puramente farmacológicos que se explican por alteraciones en la farmacocinética y farmacodinamia (González, R. 2005).

1.8. Abstinencia.-

Es definida en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV) (Pichot, P.; López, J.; Valdés, M. 1996: 190-191) como un cambio desadaptativo del comportamiento debido al cese o la reducción del consumo de sustancias psicoactivas, lo que provoca un malestar clínicamente significativo o un deterioro de la actividad laboral y social u otras áreas importantes en la vida del sujeto. Los síntomas no son producto de una enfermedad médica y no se explican por la presencia de otro trastorno mental.

1.9. Craving.-

El término “*craving*”, significa ansiedad, deseo o anhelo por el consumo. Término que proviene del inglés *crave* ansiar, anhelar. La OMS (2001) lo define, como funciones mentales que producen un deseo intenso de consumir sustancias (González, R. 2005). También es importante la sensación subjetiva de disconfort, que conduce al deseo, urgencia, o *craving* por consumir de nuevo, en el

sentido de recobrar nuevamente un estado de “homeostasis” o equilibrio previo. Si la persona permanece abstinentes o consume dosis bajas de droga, los mecanismos cerebrales alterados retornan a su estado original, conduciendo a un renovado sentido de bienestar y a una disminución del *craving*. Para Chesa, D.; Abadías, E.; Fernández, E.; Izquierdo, E.; Sitjas, M. (2004) los consumidores problemáticos aun manteniéndose abstinentes durante muchos meses o años pueden tener la posibilidad de recaer. Ellos explican frecuentemente una intensa urgencia o deseo por la droga en forma de pensamientos de consumo que pueden aparecer de repente o ir aumentando a lo largo de un periodo determinado de tiempo. Lo cual podría estar asociado a situaciones en las que la droga fue experimentada como placentera o en las que fue útil para disminuir el estrés, activarían la memoria de recompensa, que conduciría de nuevo al *craving*.

1.10. Tratamiento de la dependencia de sustancias psicoactivas.-

La Organización de las Naciones Unidas (ONU. 2003) define el tratamiento como “*una o más intervenciones estructuradas para tratar los problemas de salud y de otra índole causados por el abuso de drogas y aumentar u optimizar el desempeño personal y social*”. El mismo, se aplica, según expertos de la OMS al “*proceso que comienza cuando los usuarios de sustancias psicoactivas, entran en contacto con un proveedor de servicios de salud o de otro servicio comunitario y puede continuar a través de una sucesión de intervenciones concretas hasta que se alcanza el nivel de salud y bienestar más alto posible*” (ONU. 2003: 12). El tratamiento de la dependencia y el consumo abusivo “*incluye todas aquellas acciones destinadas a restablecer el funcionamiento normal del usuario dependiente o con consumo abusivo de drogas*” (MSP-JND. 2007: 15). El tratamiento, tiene como uno de sus objetivos “*reducir la dependencia de sustancias psicoactivas y mitigar las consecuencias negativas para la salud, así como las relaciones sociales del consumo*” (ONU. 2003: 12). Otros de los objetivos es considerar los problemas asociados como: la comorbilidad, aspectos biomédicos, psicosociales y los recursos de apoyo comunitario ((MSP-JND. 2007: 13). Al brindar a los usuarios problemáticos de sustancias una variedad de dispositivos de tratamiento, se busca optimizar su capacidad física, mental y social. El objetivo primordial del tratamiento a seleccionar, será buscar liberar al usuario de la drogodependencia y lograr su readaptación social. Los tratamientos, pueden comprender desde la desintoxicación, terapia de sustitución y mantenimiento hasta terapias de asesoramiento psicosociales e internación. El carácter de las intervenciones terapéuticas, entre ellas los servicios médicos y psicosociales pueden variar de un país a otro, “*se ven afectadas por factores políticos, culturales, religiosos y económicos que influyen en la forma en que se organizan, se ejecutan y evolucionan con el tiempo*” (ONU. 2003: 3). Si bien hay diferentes abordajes para el tratamiento, se considera que el mejor será aquel que se adapte a las necesidades del usuario y sus familias, teniendo en cuenta que muchos abandonan y pasan por diferentes tipos de dispositivos, en donde se da en forma frecuente el

proceso de recaídas. Según un estudio reciente (Sánchez Hervaz, E.; Llorente del Pozo, J. M. 2012), los tratamientos pueden influir en las recaídas así como en la falta de adherencia a los mismos. Algunos estudios han mostrado que una menor intensidad en los servicios prestados y una menor asistencia a sesiones de seguimiento se relacionan con más probabilidades de recaer en el consumo (Grella, Hser y Hsieh, 2003; Hser, Joshi, Naglin y Fletcher. 2004). En un estudio reciente, los pacientes que habían abandonado voluntariamente el tratamiento antes de su finalización, presentaron un riesgo superior de recaída que aquellos que finalizaban el tratamiento (Garmendia et al. 2008). Establecer sesiones de seguimiento una vez el tratamiento ha finalizado parece ser un factor protector de recaída (McKay, Merike, Mulvaney, Weiss and Koppenhauer. 2001), incluso si el seguimiento se hace a través de llamadas telefónicas (Godley, Coleman, Titus, Funk y Orndorff. 2010; McKay, Lynch, Shepard y Pettinati. 2005). Finalmente, la falta de motivación hacia el tratamiento y el escaso compromiso con la abstinencia, también aparecen en la literatura como variables predictoras del riesgo de recaída durante el tratamiento (Laudeck y Stanick. 2010). Se considera que los tratamientos no se agotan en el logro de la abstinencia, están dirigidos a mejorar la salud física, mental y social en los ámbitos laboral, familiar y educacional de las personas. Se percibe en la clínica que los individuos ante una recaída pueden sentirse avergonzados de defraudar al clínico como a la familia, los que han invertido su tiempo, dinero y energía emocional para sus cuidados; también aparece la idea, de que, si se recaee, queda amenazada la continuidad del tratamiento e incluso el ser aceptado por la familia. En ese sentido Lichtenstein y Weiss (1986) señalaron que “*la confianza en la propia capacidad de afrontar situaciones amenazadoras, se aprende de los intentos de abandono de la conducta adictiva*”, incluyendo el fracaso (Casas, M.; Gossop, M. 1993:63). Cuanto más largo es el período de abstinencia, mayor es la percepción de autocontrol que tiene el individuo, situación que cambia cuando éste se encuentra en una situación de alto riesgo de recaída. Se puede considerar, de acuerdo a la observación y la experiencia clínica de la investigadora, que la alta deserción en los tratamientos, en Montevideo, podría tener como uno de sus factores importantes, la falta de coherencia y homogeneidad de criterios, en los profesionales de los dispositivos asistenciales y como otro factor, la carencia de recursos humanos especializados en la temática. Otro aspecto importante a tener en cuenta son las redes de apoyo del usuario problemático de sustancias psicoactivas. La participación o no de la familia podría incidir en el éxito o el fracaso de los objetivos del tratamiento.

1.11. Recaída.-

Es un concepto complejo y para su formulación se realiza un recorrido teórico amplio tomando elementos de la teoría cognitivo comportamental, multidimensional sistémica y psicoanalítica. Se cree oportuno comenzar por la conceptualización aportada por Marlatt y Gordon (1985-1996) quienes han establecido una distinción conceptual aceptada por otros autores (Catalano y col. 1996; Miller.

1996): distinguen el consumo puntual de una sustancia como “lapso”, “desliz” o “caída temporal” entendido como el primer consumo después de un período de abstinencia. En este caso se distingue la recaída o “lapso” que sería entonces un consumo puntual, de la “vuelta al consumo” (Hernández, M.)⁵ o retorno a la conducta dependiente que se intentó cambiar, recuperando o no los niveles de la línea de base anterior al tratamiento. Los “lapsos” pueden ser desde consumos esporádicos de una sustancia psicoactiva, a episodios de consumo intenso durante días. Para Marlatt (1985) lapso, se definiría como un obstáculo o retroceso en el intento que una persona hace para cambiar o modificar una conducta concreta. La “vuelta al consumo”⁶ supondría el uso continuado de la sustancia después de ese desliz inicial. La vuelta al consumo, implica el retornar a un conjunto de conductas y hábitos, incluyendo el consumo habitual de sustancia/s psicoactivas que se querían modificar. En cambio los lapsos no conducen necesariamente a un uso compulsivo e incontrolado (Heather y Robertson. 1981; Waltford. 1983). Según Marlatt y Gordon (1985a) los lapsos “*pueden constituir experiencias de aprendizaje positivas*” (Luengo, A.; Romero, E.; Gómez, J. 2001:17). Se considera que previamente al suceso de recaída se fue dando un “proceso” en el que se fueron gestando una serie de “eventos mentales” que el individuo no logró anticipar en su psiquismo, generándole cierta vulnerabilidad en la toma de decisiones, lo que se puede denominar “recaída de actitud” (Hernández, M.)⁷. Por tanto es de sumo interés realizar un pesquisaje exhaustivo de información del comportamiento así como de las emociones en juego previas para poder ofrecerle al usuario un proceso de reconstrucción de la experiencia, con ello un aprendizaje que le sirva a futuro. Entonces, desde este punto de vista la “recaída” puede considerarse como una oportunidad de generar un aprendizaje de la experiencia, en donde se busca mejorar y enriquecer las habilidades de los individuos de modo constructivo en sus vidas. En ese proceso de recaída se van dando una serie de eventos a lo largo del tiempo, cuyos indicadores para definirla serían: a) El consumo diario de una sustancia en un período de tiempo especificado. b) La vuelta a un nivel de consumo similar o superior que la línea base anterior al tratamiento. c) La pérdida de control que lleva a la necesidad de readmisión en el tratamiento (Luengo, A.; Romero, E.; Gómez, J. 2001:17). Según el modelo de Marlatt y Gordon (1985a) las recaídas están determinadas por factores cognitivos y situacionales, se presta especial atención a los determinantes inmediatos o factores precipitantes y a las reacciones posteriores a la primera caída que sigue a un período de abstinencia o a un consumo controlado. Pueden existir múltiples determinantes implicados

5 Miguel Hernández. Psicólogo uruguayo, con amplia trayectoria en la coordinación y capacitación en grupos, docente en la Universidad de la República (UDELAR) y en la Universidad Católica (UCUDAL) en Montevideo-Uruguay.

6 El concepto de “vuelta al consumo” ha sido trabajado en instancias de coordinación de grupos terapéuticos en dispositivos multifamiliares realizados en Centro IZCALI (Comunidad Terapéutica en Adicciones) a nivel general y en lo más específico, tratado en instancias de talleres de prevención de recaídas.

7 “Recaída en actitud” término acuñado en la práctica clínica, utilizado habitualmente en el léxico de comunidad terapéutica, el que se ha extendido entre los usuarios y que tiene su base en la teoría cognitivo comportamental.

en el desarrollo y mantenimiento de los patrones de consumo como: la vulnerabilidad genética o biológica, factores situacionales y ambientales, historia familiar de abuso de sustancias, consumo de iguales, experiencias tempranas con las sustancias y creencias sobre los efectos de las sustancias (Luengo, A.; Romero, E.; Gómez, J. 2001:26). En el modelo de prevención de recaídas señalado por Marlatt (1996a) se integran las contribuciones de la teoría del aprendizaje del condicionamiento clásico y operante y la investigación sobre estrategias de enfrentamiento al estrés como las habilidades sociales y el entrenamiento en estrategias de afrontamiento. Se intenta aplicar los principios de la psicología conductual cognitiva al tratamiento de las adicciones y las recaídas (Luengo, A.; Romero, E.; Gómez, J. 2001:26). Marlatt y Gordon (1985) plantean que las causas principales de la recaída son los estados emocionales negativos, conflictos interpersonales y la presión social. Para A. Luengo; E. Romero y J. Gómez (2001) si la persona utiliza estrategias de afrontamiento ante situaciones de alto riesgo para el consumo, probablemente logre mayor período de abstinencia, lo que puede disminuir la probabilidad de recaída. El concepto de recaída se ha reconceptualizado en los últimos tiempos lo que ha permitido ampliar la naturaleza de las relaciones entre los procesos implicados en la recaída (Witkiewitz y Marlatt. 2004) aportando una comprensión multidimensional, dinámica y sistémica para explicar la compleja interacción de los factores que intervienen en dichos procesos. Este modelo conceptual es dinámico, reconoce la naturaleza impredecible de la conducta de consumo de sustancias, donde pequeños cambios de retroalimentación en el sistema pueden provocar grandes cambios en relación al abuso de sustancias en un período relativamente corto de tiempo. Se han identificado varias variables relacionadas con las recaídas en el consumo. Factores distales como la historia familiar, el apoyo social, la personalidad, la historia de consumo, etc. Las mismas son variables de tipo psicosocial de importante valor predictivo así como la comorbilidad psicopatológica y la severidad adictiva. Factores proximales como los precipitantes que actuarían en una situación favoreciendo o evitando un consumo, los estados emocionales negativos, la ansiedad y la autoeficacia (Witkiewitz y Marlatt. 2004).

Alto riesgo de recaída. Se define como *“cualquier situación, incluyendo las reacciones emocionales a la situación, que representa una amenaza para la sensación de control del individuo y aumenta el riesgo de recaída”* (Casas, M.; Gossop, M. 1993: 141). Según el planteo de Casas, M.; Gossop, M. (1993:69) para entender el proceso de recaída *“los factores que influyen en el consumo inicial pueden ser razones para que el sujeto continúe el hábito”*. Otro aspecto relevante es la calidad del estilo de vida tras el cambio de comportamiento. Según Biernacki (1986) y Billings y Moos (1983) los recursos con que cuenta el individuo le son de utilidad para el cambio de hábitos como el acceso a sus amigos, familia, empleo así como el contar con buena salud (Casas, M.; Gossop, M. (1993:69). Este planteo es concordante con el trabajo de Azrin y col (1976) quienes en función de sus investigaciones en

intervenciones clínicas demostraron, la importancia de enriquecer el ambiente de los sujetos así como la provisión de oportunidades para que puedan mejorar su calidad de vida, como: la realización de actividades recreativas, relaciones sociales, laborales, entre otros (Casas, M.; Gossop, M. 1993:69).

Categorización de factores precipitantes para producir recaídas. Tomando el aporte de varios autores (Becoña, E. (2002); Seijas, D. (1994); (Luengo, A.; Romero, E.; Gómez, J. 2001) la investigadora realiza una clasificación de factores que podrían producir recaídas. **Intrapersonales:** a) Manejo del autocontrol: impulsividad, conductas compulsivas, ira y agresividad. b) Estado emocional negativo: ansiedad, depresión, soledad, fallecimientos, separaciones, divorcio, mudanza, quiebre económico, pérdida de empleo, expulsión del hogar, delito, entre otros. c) Manejo de estados fisiológicos. d) Estados emocionales positivos: nacimientos, mudanzas, entre otros. e) Manejo del dinero. f) Manejo del tiempo libre: ocio. g) Dudas sobre el proceso de recuperación, autocompasión, impaciencia. h) Omnipotencia. i) Mantener actitudes y creencias rígidas. j) Problemas sexuales. k) Actitudes, pensamientos y sentimientos relacionados con la recaída: sueños, entre otros. **Interpersonales:** a) No saber manejar conflictos interpersonales. b) Sucumbir a impulsos o tentaciones. c) Sentirse incapaz de resistir las presiones sociales al consumo. d) Estados emocionales positivos: festejos, visita a espacios colectivos donde hay consumo, entre otros. **Otros:** a) Presencia de otro/s trastornos mentales. Comorbilidad. b) Problemas físicos. c) Automedicación. d) Bajo nivel cultural. e) Composición y funcionamiento de la familia: sobreprotección, dificultades en los límites, falta de comunicación, entre otros. f) Redes de apoyo. Además del marco cognitivo comportamental citado previamente, se pueden realizar otras lecturas teóricas como, el psicoanálisis con algunos aspectos psicodinámicos a destacar para la problemática propuesta para su estudio.

Recaída como compulsión a la repetición. Siguiendo el pensamiento de Sigmund Freud en Más allá del Principio de Placer (1920-22), la recaída podría entenderse como una “compulsión a la repetición” la que se apoya “en el deseo de convocar lo olvidado y reprimido” inconsciente a la conciencia a través de “un síntoma” o “recaída”. En este caso se puede asociar con el consumo problemático de sustancias psicoactivas (Freud, S. 1920-22: 39). En ese deseo de “eterno retorno de lo igual” sorprende como la persona padece un “caos interno” vivido de modo ajeno, hasta pasivo. Aparece el comportamiento adictivo como “algo sustraído a su poder” (Freud, S. 1920-22: 32), reproduciendo un sufrimiento comparable a la “tragedia griega” en donde los personajes terminan presos de la repetición, de “su destino”. Se da entonces la compulsión a la repetición o “eterno retorno a lo igual”, es una búsqueda ilusoria, de la mente, en donde se produce una distorsión de la realidad, en este caso para el usuario problemático de sustancias psicoactivas; su realidad puede ser muchas veces una fuente generadora de sufrimiento o generadora de síntomas muy ruidosos tanto para el “adicto” como para su familia. Este funcionamiento mental tiene características similares al funcionamiento mental

del lactante, quien por su precariedad anímica no puede separar mundo exterior-mundo interior, lo va aprendiendo poco a poco en el desarrollo del vínculo madre-hijo.

La vitalización del objeto droga. Se puede observar una perturbación del pensamiento o una distorsión del sentimiento yoico, al “ver a la sustancia como sujeto y no como objeto”. Esta frase la investigadora la ha registrado en los pacientes en las diferentes instancias de observación clínica tanto de trabajo individual, como familiar y grupal así como en dispositivos grupales multifamiliares con usuarios con uso problemático de sustancias psicoactivas. El usuario le otorga vitalidad a algo, “la sustancia” que es del orden de lo objetal, del objeto interno, lo que da cuenta de sus dificultades en el establecimiento de los límites entre lo que es parte del yo y lo que es parte del mundo exterior, así como a partes del propio cuerpo o incluso a fragmentos de la vida anímica como pueden ser percepciones, pensamientos y sentimientos. Dichos contenidos que son propios del mundo interno del sujeto sin embargo son vividos como ajenos por el mismo, apareciendo desconectados, es decir que el sujeto al no poder integrar sus propios contenidos tiene dificultades de acceder a su sentimiento de mismidad (Freud, S. 1927-31:67). Este aspecto que aparece en el comportamiento habitual del usuario problemático de sustancias psicoactivas, evoca al funcionamiento mental del lactante quien a través de la alimentación, con el pecho materno, le va generando al niño un cumulo de sensaciones tanto placenteras como displacenteras. De las sensaciones placenteras el mismo, va a procurar retenerlas, “alucinando esas sensaciones placenteras” generando las primeras huellas mnémicas o incipiente mentalización, las primeras representaciones mentales, que procurará repetir, las sensaciones placenteras, aunque nunca se dará como la primera vez. Es allí en esos primeros encuentros vinculares madre-hijo en donde se desarrolla la “compulsión a la repetición trófica”, en la medida en que se despliega lo pulsional vital o “pulsión de vida” (S. Freud), de carácter erótico, lo que le va permitiendo al individuo sobrevivir a través del despliegue del “instinto de autoconservación” el que es fuente de la capacidad deseante. Posteriormente el objeto “pecho” será sustituido por otros objetos de deseo. Para que se ponga en juego ese mecanismo tuvo que generarse lo que Freud llamó “introyección” es decir, la posibilidad del sujeto de interiorizar representaciones o “mentalizar” sus fuentes de placer/es. La posibilidad de introyectar o mentalizar es una capacidad a desarrollar a lo largo de la vida a través de las experiencias vinculares y es a la vez fuente de la capacidad de desear. S. Freud resalta el trabajo de Otto Rank (1924) quien destaca la importancia del trauma del nacimiento, la separación del niño y de la madre como el prototipo de todas las situaciones posteriores de peligro al registrar el sujeto, la primer vivencia de angustia (Freud, S. 1932-36:81). El autor, en su metapsicología describe otros mojonos claves en donde el individuo puede contactarse con la angustia. En los primeros estadios del desarrollo se juega la amenaza o angustia ante la posible pérdida de amor (vínculo del bebe-madre-padre-cuidador, corresponde a etapas tempranas del

desarrollo). Luego la amenaza de castración (el niño/a adquiere una incipiente mentalización de la noción de incompletud, entre los tres a cinco años). Posteriormente en la fase fálica (se centra en la ausencia o presencia del pene con connotaciones simbólicas e inconscientes) y con ello aparece la amenaza de ser invadido por la angustia ante el superyó, correspondiente al período de latencia (de seis a nueve años en el niño aproximadamente). En el período de latencia es en donde surge con vigor la internalización en el niño de las normas sociales (Freud, S. 1932-36:82).

La droga como fetiche. Para la Real Academia Española (RAE) (vigésimo tercera edición) el fetiche es “*un objeto de culto al que se le atribuyen poderes sobrenaturales*”. Freud (1927-31:148) desarrolla el concepto de fetiche como “*el sustituto del falo de la mujer (de la madre) en que el varoncito ha creído y al que no quiere renunciar*”. Para el autor “el pie, el zapato o una parte de ellos, así como prendas interiores de la mujer” funcionarían como un fetiche o como objeto representante del “falo” en la mujer (Freud, S.1927-31:148). Con el fetiche el niño varón lo que hace es resolver de modo inconsciente, lo que ha observado y le resulta intolerable para su yo, la ausencia de pene en la mujer. Es decir que el niño ha percibido que la mujer esta castrada. El mismo como no puede tolerar la “vivencia de castración” o “incompletud” rechaza de modo inconsciente ese aspecto que percibió en su observación. Este mecanismo que se da en el ser humano es de acuerdo a los procesos primarios y a las leyes del inconsciente. El sujeto observa algo al haberse eludido el mecanismo de la represión, emergiendo el mecanismo de la desmentida por excelencia. Es decir que el sujeto, por un lado sabe sobre la incompletud y a la vez la oculta. El “fetiche” representaría un “*triunfo sobre la amenaza de castración y de la protección contra ella*”. Se cree oportuno considerar que este aspecto va más allá del horror a la castración experimentado por el niño, del aspecto concreto fisiológico, presencia o ausencia de pene. El “fetiche” encubriría la dificultad de acceder a la dimensión simbólica de poder registrar y asumir la incompletud, asumir las pérdidas y/o separaciones a lo largo de la vida. Para el ser humano asumir que se es incompleto, le requiere un enorme trabajo psíquico que en síntesis, si se accede a dicha noción de incompletud se potencia y/o habilita la capacidad de desear (Freud, S. 1927-31:149).

Desarrollo de algunos mecanismos psíquicos inconscientes fundamentales puestos en juego en la personalidad adictiva. Si se piensa nuevamente en el funcionamiento psíquico del lactante, S. Freud señala que, además de placer también se generan sensaciones displacenteras, en la medida en que esa madre no está disponible en forma permanente como ese niño la reclama con su incipiente yo. Ella se va, el pecho escapa de su mirada, pudiendo surgir como mecanismo la “*impulsión a desasir el yo de la masa de sensaciones*”, es decir, evitar las sensaciones displacenteras, contenido interno del yo, como si fuera un registro del mundo exterior, el que es fuente de múltiples e inevitables sensaciones de dolor y displacer, de lo que “*el amo irrestricto, ordena cancelar y evitar*”. Es entonces que “*nace*

la tendencia a segregarse del yo todo lo que pueda devenir fuente de un tal displacer, a arrojarlo hacia afuera, a formar un puro yo-placer, al que se contraponen un ahí-afuera ajeno, amenazador". El autor denomina a este mecanismo psíquico inconsciente "principio de placer" (Freud, S. 1927:67). Es así entonces que en esas sucesivas experiencias vinculares primordiales madre-hijo, donde se va instaurando la diferenciación relativa y progresiva entre yo-otro, lo que permite instaurar el "principio de realidad" (Freud, S. 1927:67). Si se busca comprender lo que ocurre en el interior del aparato psíquico, se podría inferir como hipótesis que *"las excitaciones internas que produzcan una multiplicación de displacer demasiado grande, se tenderá a tratarlas como si no obrasen desde adentro, sino desde afuera"* apareciendo como mecanismo defensivo privilegiado, "la proyección" (Freud, S. 1920-22:39). Este aspecto es muy común de observar en el comportamiento del usuario consumidor problemático de sustancias psicoactivas, quien pone afuera, en el entorno, los contenidos generadores de displacer o sufrimiento que no son pasibles de ser representados por ser intolerables para el yo. En ese sentido se cree pertinente citar a Joyce McDougall (1998) quien plantea que una de las finalidades del comportamiento adictivo, es liberarse de estados afectivos displacenteros, plantea que un "dependiente" no trata de volverse "esclavo" sino que busca el "placer" así como la "atenuación temporaria de la angustia" otorgándole a la droga las propiedades de ser un "objeto idealizado" ya que mágicamente puede resolver las angustias, o dominar las experiencias afectivas generadoras tanto de placer como displacer, las que pueden ser experimentadas como prohibidas o peligrosas, es allí donde se recurre entonces al objeto adictivo, para atenuar una experiencia afectiva desbordante (McDougall, J.1998:242). La autora siguiendo el pensamiento de D. Winnicott (1951) plantea el papel fundamental que tienen las primeras experiencias vinculares madre-hijo en la estructuración del aparato psíquico, la madre en los primeros momentos tiende a fusionarse con su hijo en lo que llamó *"preocupación maternal primaria"* (McDougall, J.1998:243). En un inicio del vínculo el niño tiende a *"conformarse a las expectativas que la madre proyecta sobre él"* paralelamente el niño comienza a bosquejar su identidad como un participante activo en ese intercambio afectivo. La madre puede potencialmente facilitar el despliegue afectivo del lactante o inhibirlo, allí el lactante tenderá a *"cubrir las faltas del mundo interno de la madre"*. La madre en función de sus angustias, su deseo o sus miedos puede provocar en el niño una relación *"adictiva a su presencia y a su cuidado"*. Existe el peligro potencial que el niño no pueda llegar a representar una instancia materna y paterna cuidadora, con la posibilidad de manejar y contener sus estados de sobreexcitación o sufrimiento psíquico (McDougall, J.1998:243). Ante la presencia de una madre-cuidadora el niño puede ir desarrollando la "capacidad de estar solo" progresivamente, primero con ella, luego a través de un "objeto transicional" como puede ser "un juguete" (Winnicott, D. 1951). El niño va desarrollando un espacio psíquico diferente donde puede representar a esa madre en su

ausencia, internalizando sus cuidados y vehiculizarlos a través de ese objeto transicional que oficiaría de puente instaurando la “capacidad de jugar” y con ello el poder ir logrando la representación del sentimiento de identidad o sí mismo. Cuando no está instaurado en el psiquismo este sentimiento de mismidad el individuo buscará obtenerlo a través de algún medio externo como puede ser la sustancia psicoactiva, la comida, el juego, el sexo compulsivo, entre otros fenómenos adictivos. Estos medios adictivos son “sustitutos del objeto transicional” Joyce McDougall lo llama “objetos transitorios” ya que estos objetos resuelven de modo momentáneo la tensión afectiva. De acuerdo con esta autora son soluciones somáticas y no psicológicas las que surgen como efecto de la función materna primaria fallante (McDougall, J.1998:244-425).

Por todo lo expresado, el individuo tiene el enorme trabajo psíquico de renunciar a sus demandas infantiles para paulatinamente ser capaz de ir identificando demandas más ajustadas a su etapa evolutiva, en este caso, la adultez. Es por ello que se cree pertinente considerar a la recaída como la expresión en el sujeto de duelo/s no elaborado/s, “*puesto que el alma se aparta instintivamente de todo lo doloroso, sintieron menoscabado su goce de lo bello por la idea de su transitoriedad*” (Freud, S. 1914-16:310). Continúa: “*la libido se aferra a sus objetos y no quiere abandonar los perdidos aunque el sustituto ya esté aguardando*” (Freud, S. 1914-16:311).

La recaída como expresión de angustia ante la amenaza de la pérdida de amor. S. Freud en “El malestar en la cultura” señala “*el sentimiento de angustia*” que se genera en el individuo ante la “*amenaza de la pérdida de amor*” (Freud, S. 1930:120). Si el sujeto tiene la vivencia o sentimiento de pérdida de amor, de ese otro del que se depende, se siente desprotegido y en riesgo ante diversas clases de peligros, y sobre todo que “*este ser hiperpotente le muestre su superioridad en forma de castigo*” (Freud, S. 1930:121). Entonces podría pensarse a la recaída como la expresión de angustia para el sujeto a nivel inconsciente ante la amenaza de la pérdida de amor. El autor dice que “*el sentimiento de culpa, es la expresión del conflicto de ambivalencia, de la lucha eterna entre el Eros y la pulsión de destrucción o de muerte*”. Conflicto que se entabla “*toda vez que se plantea al ser humano la tarea de la convivencia*” (Freud, S. 1930:128). También se observa en el sujeto adicto, en su vida de consumo, importantes sentimientos de angustia ante la amenaza de pérdida en la fantasía de “*no tener ya un lugar en la mente del otro*”. Este sentimiento se puede experimentar en el sujeto y desplazar proyectivamente en el otro, en la medida que pasa mucho tiempo centrado en cómo obtener la sustancia para su consumo, descuidándose tanto a sí mismo como a sus vínculos. El sujeto por tanto proyecta sus temores internos, como el no ser recordado por el otro por no recordar aspectos de sí mismo por estar consumiendo (Berenstein, I. 2001:132).

1.12. El terapeuta como agente de salud.-

El rol del terapeuta se visualiza como aquel profesional de la salud mental que se ha especializado en

el tratamiento de las adicciones y junto al paciente, pretende en su práctica clínica habilitar al máximo las potencialidades de autonomía del sujeto, dependiente no solo de la/s sustancia/s psicoactivas sino de los vínculos afectivos. Se busca la obtención de una nueva posición subjetiva, en la medida que se fomenta para el individuo la obtención de otros modos de integrarse a su realidad tanto interna como interrelacional, contextualizada en un modelo sociocultural regido por las leyes del mercado capitalista al que se puede problematizar. El trabajo terapéutico para el agente de la salud mental, será entonces identificar las dificultades del proceso de discriminación del individuo, en la medida que puede generar, en función de sus habilidades personales, un espíritu crítico en el sujeto respecto a sus conductas y actitudes cotidianas que le permitan enfocarse mejor respecto a sí mismo, tolerar mejor las frustraciones, los duelos, las diferentes emociones, entre otros aspectos. En síntesis se busca propender a que la persona pueda analizar la situación de la drogadicción, lo que ella significa y de qué manera lo está afectando. Lo que el terapeuta intenta es no sólo que el individuo pueda comprenderse a sí mismo sino que también pueda entender el contexto en el que existe. Es decir, habilitar el cambio de posición subjetiva hacia la transformación de sí, en un devenir. También el terapeuta trata de ayudar al sujeto para que pueda ir discriminándose de su entorno, así como el poder reflexionar sobre el papel relevante o relativo que le pueda ofrecer el consumo problemático de sustancias psicoactivas en su vida y en su contexto. Es ahí, en la clínica, donde los agentes de salud ocupan un lugar clave en la promoción y prevención de salud, en la ayuda a reflexionar, a poder mentalizar otros modos de entender la problemática y facilitar nuevas formas de crear o construir pensamiento e identificar los factores de riesgo a los que se exponen en el proceso de recaída. Si se piensa en la problemática sujeta a estudio, se podría reflexionar que el trabajo terapéutico implica un hacer entre paciente: individuo, pareja, familia o grupo y terapeuta en donde además del efecto de transferencia y contratransferencia está el de interferencia. El concepto de interferencia aportado por Isidoro Berenstein (2004) da cuenta de lo que sucede entre el paciente o usuario y terapeuta, en lo que se presenta allí, a modo de obstáculo, manteniendo un nuevo e incierto sentido, en donde los sujetos pasan a ser otros, en ese vínculo. Este aspecto hace necesario introducir el concepto de subjetividad entendida como la integración del espacio intrasubjetivo, intersubjetivo y transubjetivo. Implica entonces el despliegue del “mundo interno” la integración de la “multiplicidad del sujeto” relación entre las dimensiones interna, constituidas por las marcas identificatorias, lo singular de cada uno (intrasubjetiva), la dimensión interpersonal que alude a los vínculos más íntimos del individuo con la familia, los amigos y sus redes sociales (intersubjetiva) y una dimensión económica-socio histórico cultural dada por un conjunto de costumbres, modos de vida, una determinada cotidianeidad de acuerdo al momento, a la época (transubjetivo). Este aspecto es considerado fundamental en la medida que el ser humano es un ser complejo y por tanto debería ser atendido desde una mirada

multidisciplinar buscando lograr un trabajo en equipo, interdisciplinario, a la vez que el poder trascender a cada disciplina e integrarlas en un trabajo creativo, transdisciplinario.

1.13. El contexto económico-social en el cual vive el usuario consumidor de sustancias psicoactivas.-

La globalización. La palabra “global” etimológicamente deriva de “globo” referida al Globo Terráqueo, como expresión de “lo que abarca a todo”. Para Octavio Ianni (2009)⁸ “*El mundo ya no es un conjunto de naciones, sociedades nacionales, estados naciones, ... Simultáneamente su centro ya no es principalmente el individuo, tomado singular y colectivamente, como pueblo, clase, grupo, minoría, mayoría, opinión pública*”. El mundo comenzó a ser representado como “aldea global, “fábrica global”, “tierra patria”, “nueva Babel”, entre otras expresiones (Fernández, P. R. 2009). Para Chakravarthi Raghavan (2009), la globalización se refiere a la expansión sin límites de las corporaciones transnacionales de la economía mundial, especialmente de los países desarrollados. Instituciones financieras como el Fondo Monetario Internacional (FMI), la Organización Mundial del Comercio (OMC) y el Banco Mundial son actores claves en este proceso (Fernández, P. R. 2009). Las empresas transnacionales pretenden crear un mundo a su imagen, para ello forman instituciones propias inculcando su ideología y apoderándose de las riquezas de los países más pobres. Los países dominantes tienen como objetivo primordial, el obtener ganancias, ampliar su mercado a través de las ventas y servicios, eliminando las barreras entre las naciones, fomentando el libre comercio. Un ejemplo claro es el de pensar la accesibilidad al agua, no como un derecho del ser humano, sino como un objeto más comercializable. Con esa postura las empresas transnacionales se instalan y privatizan parte del patrimonio de las empresas públicas de un país. Además se promueve la no participación del Estado en cuanto a los beneficios sociales, el aumento de las funciones represivas del Estado, la rebaja de los impuestos para las empresas transnacionales, en cambio para los trabajadores lo que se les ofrece es la mayor carga impositiva. Esta situación lo que produce es la progresiva desaparición de las empresas nacionales. Este aspecto se ve a diario ante la apertura de cadenas de empresas internacionales las que eligen los mejores lugares del mercado para instalar sus negocios. Se observa en las zonas urbanizadas, el incremento de negocios como: lujosos hoteles, joyerías, restaurantes de comida rápida, supermercados, shoppings, etc. Los mismos han sustituido el encanto de las tradiciones culturales locales por la uniformidad de la cultura global. Para P. R. Fernández Lerena⁹ (2009) existe una tensión entre un mundo tecnológico y científico, en constante transformación al que se opone el sistema político que no responde a las necesidades sociales de la actualidad. A. Giddens

8

Octavio Ianni, sociólogo brasileño. Uno de los más importantes teóricos latinoamericanos sobre temas globales.

9 Pablo Raúl Fernández Lerena, Sociólogo y Politólogo colombiano. Master en Comunicación y Doctor en Sociología. Docente de la Universidad Nacional de San Agustín.

(1999)¹⁰ sociólogo británico, ha escrito mucho sobre “la globalización”, aquí se cita una entrevista realizada para la *British Broadcasting Corporation* (BBC) cuyo título fue “*A runaway world*”, traducido al español como “un mundo desbocado”. Para el autor esta temática no es algo esotérica, concierne a todos, afectando al individuo desde un punto de vista fenomenológico, en su vida cotidiana. Para este autor la globalización es la continuación de tendencias puestas en movimiento por los procesos de modernización a principios del siglo XVIII, en algunas partes de Europa. A. Giddens (1999) se refiere a la modernización como “un camión” y a la globalización como “un camión fuera de control, desbocado, que destroza a todo lo que se le resiste”. La globalización es un proceso contradictorio y desigual. Esta, pudo extenderse a todo el planeta gracias a la expansión de las nuevas tecnologías de la comunicación. Dichas tecnologías permiten que puedan “conectarse” entre sí, puntos distantes del planeta. Transformación hecha posible gracias a las grandes innovaciones tecnológicas como los chips, los satélites, la fibra óptica, la informática, la “*Word Wide Web*”¹¹. Esta expansión de los medios de comunicación ha modificado la vida cotidiana de las comunidades. Se considera que el modo de comunicación imperante, globalista, capitalista difunde a través de los medios masivos de comunicación, un modo coherente para el “mercado”. El mercado al difundir sus diferentes propuestas de “consumo” transmite una forma de comunicación en donde se “empobrece la articulación de pensamiento” en los individuos. Este fenómeno se observa especialmente en los usuarios consumidores problemáticos de sustancias psicoactivas quienes centran sus vidas en la obtención de la sustancia y con esa conducta “viven anestesiados”. Por tanto se podría decir que dichos individuos son el producto y el reflejo de la adaptación al sistema capitalista.

Posmodernidad y su impacto en la subjetividad. Postmodernidad alude al cambio de un tiempo anterior moderno. Es el correlato cultural del capitalismo tardío. Devenir de un nuevo mundo de cambios constantes a todo nivel: científico, tecnológico, comunicacional donde se tejen nuevas redes intersubjetivas. “*A las concepciones de tiempo, espacio y el lugar con sus tradiciones se incluye en la postmodernidad la concepción de la cibercultura. La globalización a través de su máximo exponente el capitalismo de consumo vehiculizado a través de los adelantos científicos y tecnológicos como las telecomunicaciones a las que se suman los espacios virtuales...ha facilitado el introducir las características de las máquinas a la experiencia humana y de sus cuerpos*” (Lyon, D. 2005:19).

10 Anthony Giddens, sociólogo inglés. Reconocido por su teoría de la estructuración y su mirada holística de las sociedades modernas. También ha sido muy reconocido por su intento de renovación de la socialdemocracia a través de su teoría de la tercera vía. Considerado como uno de los más prestigiosos contribuyentes en el campo de la sociología actual.

11 La *Word Wide Web* (www) es la red informática mundial. Es un sistema de distribución de documentos de hipertexto o hipermedios interconectados y accesibles vía internet. Con un navegador web, un usuario visualiza sitios web compuestos de páginas web que pueden contener: texto, imágenes, videos u otros contenidos multimedia y navega a través de estas páginas utilizando hiperenlaces.

Aparece como característica de este fenómeno el aislamiento, el aumento de la dependencia y la pérdida de autonomía en los seres humanos. Todo puede ser comerciable, vendible, consumible lo que se pretende es que llegue en masa y para lograrlo se trabaja para abaratar los costos, bajando la calidad además de hacerlo a expensas de la “masa asalariada” a quien se le pide mucho más por menor remuneración, aunque se le haga creer lo contrario. La ideología postmoderna dominante, reduce a la cultura y a la historia a la “nada fragmentaria”. Encuentra un nuevo modo de inmiscuirse, integrándose a la vida de las comunidades, de las familias, de las personas para ser totalizados en una identificación con la “nada” donde surge una nueva cultura de la imagen. La imagen se ha convertido en la forma final de la cosificación para la transformación en mercancía. Se destaca la soledad hasta el aislamiento, la pérdida de realidad y la búsqueda de sensaciones de euforia o estimulantes y alucinatorias facilitadoras de conductas como el consumo de drogas, la adicción al juego, a las compras, a las comidas, al trabajo, entre otras conductas compulsivas (Bauman, Z. 2007). El individuo está inmerso en un tiempo de incertidumbre, de bifurcaciones, que puede dar cabida a la impredecibilidad, al azar, al devenir de lo nuevo. *“El síndrome consumista ha destronado a la duración y ha fomentado a la fugacidad. Ha situado el valor de la novedad por encima de lo perdurable”* (Bauman, Z. 2007:85). Siguiendo a Miguel Silva (2009) el mundo globalizado transita sobre la ética del capitalismo, en donde se destaca, el lucro. Esto se puede trasladar al plano de lo humano, sea un valor, una idea, hasta una comunidad. Los vínculos humanos corren el riesgo de ser superfluos e intrascendentes socialmente. El sistema capitalista, trata de transformar a los vínculos en productos de compra y venta, es decir que son pasibles de ser comercializables. Es importante el auge que se observa que tienen los *“reality shows”* como “gran hermano”, entre otros programas de baja calidad. *“En la sociedad moderna líquida, la industria de eliminación de residuos pasa a ocupar los puestos de mando de la economía de la vida líquida”*. *“En esta sociedad, nada puede declararse exento de la norma universal de la desechabilidad y nada puede permitirse perdurar más de lo debido”*. *“La perseverancia, la pegajosidad y la viscosidad de las cosas (animadas e inanimadas) constituyen el más siniestro y letal de los peligros, fuente de los miedos más aterradores y blanco de los más violentos ataques”* (Bauman, Z. 2007:11). Es la paradoja que expresa el adicto. Es un hiperadaptado al sistema de consumo a la vez que por estar adherido al objeto “droga” no es permeable a los cambios por lo que es frecuentemente relegado y “desechado” por el contexto social. En el mercado de consumo, todo es desechado, permanentemente están entrando nuevos tipos de droga con lo cual se incita al adicto a consumir más. El consumo indiscriminado lleva al individuo a identificarse con la fórmula “yo soy igual a lo que tengo y a lo que consumo”. Para la Real Academia Española (RAE) (vigésimo tercera edición), la palabra “adicto” viene del latín “*addictus*” “comprometido, sujeto obligado. Dicho de una persona que tiene adicción a algo o a alguien”. Desde

una mirada psicoanalítica, la palabra “adicto” proviene del prefijo negativo “a” y “dicto” en latín: “dicho”. Por lo tanto “adicto” es entendido como aquel que no ha podido poner en palabras su angustia vital y así ha recurrido a las drogas como intento fallido de elaborar su angustia, como una ilusoria vía de escape. También se puede comprender al adicto como aquel que se mantiene precariamente vinculado a la realidad, con la ayuda de su hiperobjeto protector, que funciona como un “objeto transitorio” según Joyce McDougall (1998:244) que amortigua precariamente, fugazmente, el impacto de una alteridad, insoportable. El vínculo con ese objeto casi perfecto, le permite recrear, en un circuito de repetición alienante, las matrices de vinculaciones tóxicas, fallantes que incorporó en sus vínculos primarios, con su familia de origen y su entorno social. Esta característica del consumidor compulsivo se desplaza rápidamente en forma inconsciente a los vínculos. Las relaciones sociales pasan a ubicarse como los bienes de consumo en algo para utilizar y descartar cuando pierde su utilidad. Gilles Lipovetsky lo expresa claramente en “La era del vacío” (2002), se asiste a una revolución permanente en lo cotidiano y en la vida personal donde surge una privatización ampliada, erosión de las identidades sociales, abandono ideológico y político, desestabilización acelerada de las personalidades. Se visualiza una nueva forma de organización social donde se diversifican las opciones, priorizándose el goce. Surge una nueva forma de coacción, de control social dirigida a través del marketing que se integra a la intimidad del hogar. El consumo ocupa un rol peligrosamente clave brindando diferentes significados donde el proyecto de vida se puede transformar en la búsqueda material y de confort permanente. Se asiste a un empobrecimiento de las representaciones, de las redes simbólicas de lo que el sujeto puede mentalizar y proyectar a través de los vínculos reales y concretos cotidianos para la obtención del logro de la felicidad. El objeto de consumo no solo es el bien que se compra, sino que forma parte de una red mayor de pautas culturales, relatos y signos en la que los objetos se presentan adquiriendo argumentos y sentidos. Ello hace a la sociedad actual, materialista y sobreadaptada ya que el consumo exige un rápido reemplazo de la maquinaria del permanente consumo a través del gasto. Lo que cambia es que se instala el consumo como un valor dejándose de lado al ser y la existencia humana como lo más importante pasando a ocupar un lugar privilegiado el consumo “sos lo que consumís”. El dinero tiene valor en la medida que habilita la satisfacción de necesidades y la obtención de placer. El ciudadano en las nuevas circunstancias de consumo desenfrenado deja de ser considerado ciudadano para convertirse en consumidor individualista y hedonista¹² evitando la ligazón social, refugiándose en su “privatismo”. Se da la participación e interés por lo público, podría decirse de modo exhibicionista, con escasa solidaridad social. Se da un debilitamiento de las redes sociales, sustituidas por contratos narcisistas, (Gonzales.

12 Para la Real Academia Española (vigésimo tercera edición), el hedonismo es una doctrina que proclama el placer como fin supremo de la vida.

Merlano, G. 2006:54)¹³ basados en el interés personal.

Impacto del desempleo en la subjetividad. Es oportuno citar la noción de pobreza que según la Real Academia Española, (vigésimo tercera edición) la define como la *"condición del que no tiene lo necesario para vivir; abandono voluntario de todos los bienes propios, pobreza de ánimo, de sentimiento. Mientras que el concepto pobre alude a la persona o pueblo que no tiene lo necesario para vivir. Quien tiene algo en muy poca cantidad de poco valor o entidad"*.

Según el Diccionario de Uso Español "empleo" significa *"el uso o acción de emplear. Función desempeñada por alguien para ganarse la vida"*. "Ocupación" es *"la acción de ocupar. Cosa o trabajo en que alguien se ocupa o está ocupado"*. "Ocupar" es una palabra cuyo origen es del latín *"occupare"* derivado de *"cápere"*, *"coger, llenar, estar una cosa en cierto sitio"* (Moliner, M. 1994).

Según el Diccionario de Sinónimos y Antónimos (1992) "desocupación" *"es inactividad, inacción, paro, ociosidad, desocupado. Vago, parado, inactivo, desempleado, ocioso, desacomodado, cesante"*.

El "desempleo" se define como "desocupación". Según el aporte de Ana Araujo (2002) el desempleo repercute a nivel individual manifestándose a través de: enfermedades psicosomáticas, aislamiento, baja autoestima, herida narcisista ante el fracaso de un proyecto que generaba recursos económicos, así como síntomas de angustia, vergüenza y culpa. A nivel familiar, se pueden dar: la desestructuración y desarticulación de roles así como la pérdida de referentes identitarios. A nivel social, se pueden dar: ruptura de redes, separación de grupos de pertenencia, desdibujamiento de la estabilidad, a lo que se suma un descreimiento de lo colectivo y referentes normativos. Por tanto, el desempleo repercute no sólo en el individuo, sino también en el tejido social, en la subjetividad, fragmentando las redes sociales. Elina Aguiar (1997), cita el informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1986) donde se señala a la desocupación como una de las principales catástrofes epidemiológicas, la cual tiene un origen social con actores responsables y víctimas. También plantea que el desempleo puede generar trauma por la amenaza que genera angustia, es como desaparecer socialmente y su posibilidad va creando cierto efecto de terror. En este sentido Mom y Baranger (1987) plantean que la situación de trauma produce cuatro efectos en el desocupado: 1) Activa la compulsión a la repetición así como el automarginarse, el autorreprocharse y el aumento del

13 El Mito de Narciso. Narciso nació en Tespia, antigua ciudad de Beocia, una comarca de la antigua Grecia Central y su nombre provendría de Creta Narkissos, asociado con el vocablo "narke" entorpecimiento, raíz de "narcótico". A la flor de Narciso en el pasado se le reconocían efectos narcóticos, era considerada un estupefaciente. Cuando llegó a los 16 años, Narciso, tenía numerosos enamorados de ambos sexos que eran cruelmente rechazados por él quien veneraba su belleza. Entre tantos se hallaban la ninfa Eco y Amenio. Eco luego del rechazo sufrido, de parte de Narciso, se refugió en los bosques avergonzada, le ocasionó un estado de flaqueza que le quedaron solo sus huesos, metamorfoseados en piedras, quedando solo su voz. Por su parte Amenio, se mata ante Narciso implorando a los dioses que vengaran la muerte de Eco; su pedido es escuchado por Artemisa, diosa de la venganza y la virginidad, y además versión femenina de Apolo, su gemelo. Esta condena a Narciso a no poder consumir su amor, haciéndole adorar su reflejo en el agua, a manera de tormento. Si bien Eco no lo había perdonado, al escuchar los lamentos de Narciso los repite y además se clava una daga en su pecho; de su sangre, que empapa la tierra, nace una blanca flor del narciso, con su corolario rojo.

sentimiento de culpa. 2) Se dan nuevos investimentos frágiles y precarios que hacen buscar respuestas mágicas y cábalas. 3) Se generan defensas para no recordar o repetir lo traumático, por ejemplo se desmiente con la apatía, la indiferencia. 4) En el trauma queda una agresión libre que puede dirigirse hacia sí mismo o al otro generando de modo acumulativo el aislamiento. Se considera pertinente citar a Jahoda (1982) respecto a la posibilidad de acceder a las siguientes experiencias, a través del trabajo: 1) Enmarca la vida cotidiana, impone tiempos, ritmos, costumbres, el desempleo arranca el lugar de pertenencia, de referencia de la vida cotidiana y genera vivencias de desarraigo. La estructuración temporal de la jornada está dada por los ritmos, costumbres en un eje lineal, progresivo de los proyectos y otro cíclico que regula las repeticiones y los hábitos. 2) Los contactos sociales extrafamiliares cambian: el desocupado se aísla, margina y culpabiliza. Aleja a los amigos porque no tiene algo en común. 3) Se da la imposición de objetivos que trascienden al sujeto. 4) Da un estatus e identidad social (Aguiar, E.1997:190). El desempleo provoca temor a la dependencia y abandono del otro, se reeditan vivencias de vacío que remiten al desamparo. Pérdida del proyecto vital y de la noción del futuro. La familia debe reconocer al desempleado que no es reconocido laboralmente, la desocupación hace caer las necesidades y genera violencia, pobreza de participación y reflexión que son formas de alienación y es utilizada como forma de control social. El desempleo es una condición de vulnerabilidad social que amenaza la salud de los sujetos, generándose la pérdida de un marco previo que aseguraba un cierto equilibrio en la familia.

El paradigma de la complejidad. L. Von Bertalanffy (1976) fue su precursor. Partió de la Teoría General de los Sistemas que ofreció herramientas conceptuales y metodológicas apropiadas para lograr un conocimiento de la realidad como un todo organizado en funcionamiento, compuesto de múltiples dimensiones y elementos interrelacionados. La teoría de la complejidad aspira al conocimiento de la diversidad y lo particular. La complejidad, es entendida desde un enfoque dinámico e interactivo. Ella implica un cambio de perspectiva en el enfoque del conocimiento que exige renunciar a la noción de un mundo exterior independiente y a una mirada que puede abarcarlo completamente (Romero Pérez, C. 2003). El paradigma de la complejidad se estructura sobre presupuestos no dualistas, reconoce diferencias de procesos, de naturaleza diferente, bio-físicos, socio-culturales y psicosociales integrados en un sistema organizado y en funcionamiento. Dicho paradigma exhorta a la construcción de una ciencia integradora y polígota y por tanto inter y transdisciplinar. En este paradigma se incluyen la aleatoriedad, las bifurcaciones, las fluctuaciones y con ello la noción de un tiempo de carácter irreversible (Prigogine y Stengers. 1991). Aparece una visión sinérgica de la realidad y el pluralismo metodológico. Por tanto se da una caída de las certezas absolutas, universales apareciendo la idea de la transformación en la incertidumbre como parte de un proceso, creciendo la noción de probabilidad (Gomel, S.; Matus, S. 2011).

1.14. Situación epidemiológica Nacional respecto al tema drogas.-

El último informe de la JND (2015) revela que para el comienzo de consumo de alcohol la edad promedio es de 16 años, 9 meses, la edad promedio de inicio de consumo de tabaco es de 16 años, 2 meses. Los tranquilizantes son la tercera droga más consumida, el 81,4% de los usuarios obtuvieron receta médica, mientras que el 15,7% lo tomó por su cuenta. Al 2,8% de los usuarios primero se lo recetaron y luego continuó tomándolo por su cuenta. El 6,6% de la población declara que ha consumido hipnóticos (con y sin prescripción) alguna vez en su vida; en tanto un 10,6% consumió antidepresivos. El 15,1% corresponde a mujeres, mientras que un 5,7% corresponde a hombres. En el último año correspondieron a un 5% de la población representada. El 9,3% de la población representada ha consumido marihuana en los últimos 12 meses. De cada 10 personas que probaron la sustancia, 4 mantuvieron el consumo en el último año. La edad de inicio corresponde a 19, 12 años. El 16,7% de los consumidores del último año presentan signos de uso problemático. El 18,4% corresponde a hombres y el 13,6% a mujeres. Para la cocaína, la edad de inicio corresponde a 20,17 años. Se da mayormente en hombres, residentes en Montevideo, menores de 35 años de edad (JND. 2015). La principal sustancia que demanda tratamiento es la PBC con un 60,8%, le sigue la cocaína con un 21,6%, el alcohol con un 10,2%, la marihuana con un 5,2%, otras drogas un 2,2%. Para las drogas de diseño como estimulantes sin prescripción médica, éxtasis, anfetaminas y metanfetaminas la edad promedio de primera experimentación se da alrededor de los 21 años. El consumo de las sustancias de diseño, está circunscripto territorialmente a los sectores socioeconómicos más altos a diferencia de lo que sucede con la PBC, la que se encuentra circunscripta territorialmente a los sectores socioeconómicos más bajos. En cuanto al consumo experimental de otras sustancias en usuarios policonsumidores se destaca el consumo de alucinógenos en un 3,1%, seguido por el hashís en un 2,8% (JND. 2015). Según datos proporcionados por la JND (2015), 67.305 personas solicitaron alguna vez en su vida tratamiento por consumo problemático de sustancias, 19.053 personas lo hicieron en el último año. Un 45% de los encuestados manifiesta que le han ofrecido alguna vez marihuana para probar o comprar. Un 15% declara que le han ofrecido alguna vez para probar o comprar Cocaína, PBC, u otras drogas sintéticas. Los ingresos de usuarios al sistema Tratamiento Registra son provenientes del Portal Amarillo, los que suponen el 41,9% del total de la muestra, entre enero de 2013 a junio de 2015. La edad promedio de los ingresos al Portal Amarillo corresponde a 26 años, mientras que para otros centros de tratamiento corresponde a 28 años promedio, para el total de la población estudiada, corresponde a 27, 34 años. En cuanto a la distribución por sexo, para el Portal Amarillo, el 85,5% corresponde al sexo masculino y el 14,5% al sexo femenino. En otros centros de tratamiento el 83% corresponde al sexo masculino y el 17% al sexo femenino. Para el total de la población estudiada, corresponde en un 84% al sexo masculino y un 16% para el sexo femenino.

Respecto a los tratamientos previos un 41,9% corresponde al Portal Amarillo y un 50,8% corresponde a otros centros de tratamiento. La población que ingresó a tratamiento previo distribuida por sexo, corresponde en un 47,7% al sexo masculino y en un 44% al sexo femenino.

Sustancia principal que demanda tratamiento	%
PBC	60,8
Cocaína	21,6
Alcohol	10,2
Marihuana	5,2
Otras drogas	2,2
TOTAL	100

Fuente: VI Encuesta Nacional en Hogares sobre Consumo de Drogas. 2015

Demanda de tratamiento

Sustancia	Usuarios problemáticos (UPD)	UPD que solicitaron atención últimos 12 meses (por tipo de droga)	% sobre UPD
Tabaco*	408881	12484	3.0
Alcohol**	261232	5928	2.2
Marihuana***	27042	1976	7.3
Cocaína***	5909	1299	22
PBC****	14500	2320	16

Fuente: VI Encuesta Nacional en Hogares sobre Consumo de Drogas. 2015

*Consumidores diarios.

** Positivo AUDIT /abuso por ingesta habitual/abuso por ingesta puntual

*** Positivo escala CIE10

****Estimación basada en estudio RDS- "Fisuras". 2012

Consumo problemático de drogas, síntoma de la realidad social actual. Para Triaca, J. *et al.* (2009) existe consenso en considerar al uso problemático de drogas como uno de los síntomas de la sociedad actual que debe ser entendido igual que los actos de violencia, delincuencia, la tendencia a involucrarse en situaciones de riesgo, Intento de Auto Eliminación (IAE), trastornos de alimentación, entre otros. En Uruguay, desde 1980, comienza a cobrar visibilidad el consumo de drogas ilegales, inicialmente en pequeños grupos, extendiéndose progresivamente a amplios sectores de la población. La dependencia a las drogas puede entenderse como una enfermedad de carácter social, en la medida en que se vive en una sociedad altamente competitiva y con muchas desigualdades en donde ser “adicto” genera situaciones de discriminación por ejemplo a la hora de conseguir un empleo, así como en la falta de comprensión de la familia y el contexto, al que le cuesta asumir muchas veces que es parte del problema así como parte de la solución a la hora de realizar un tratamiento. Ser dependiente de las drogas puede interpretarse como un “síntoma” que muestra a los usuarios bien adaptados al modelo ofrecido en la era del “consumo” que advino en la posmodernidad. Para la Organización Panamericana de la Salud (OPS. 2010) existen una serie de riesgos sociales, ambientales y del comportamiento asociadas al uso indebido de drogas. Los mismos se dan especialmente en los usuarios en situación de calle, por ejemplo al compartir agujas y estar expuestos a mayores riesgos de sobredosis mortales y no mortales, a la exposición al virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y otros problemas físicos asociados con el consumo de drogas (Galea y Vlahov. 2002).

Aproximación a la comprensión de la situación de vulnerabilidad económico social de los usuarios con consumo problemático de sustancias. Luego de la crisis del año 2002, una de las más profundas de la historia contemporánea, en el país (JND. 2012), parece haber disminuido la pobreza en los hogares. La disminución de la pobreza para el período comprendido entre los años 2006-2012, fue de un 17,3%, mientras que el descenso de la pobreza en las personas fue de un 22%, según datos de la Junta Nacional de Drogas (2012). Entre los años 2006-2012, la indigencia en los hogares pasó de 1,5 % a 0,3% reduciéndose un 1,2%. En el año 2012 se registró un 0,5% de personas indigentes. En cuanto al consumo de drogas de esta población, los datos epidemiológicos dan cuenta de un crecimiento significativo del consumo de marihuana y cierta estabilidad en el consumo habitual de alcohol, cocaína y pasta base (JND. 2012). Pese a que los datos no lo reflejan la percepción de la población especialmente de la capital muestra una sensación de inseguridad asociada al incremento del delito con el consumo de drogas, especialmente al consumo de PBC, que comienza en el 2001 y afecta principalmente a los sectores más vulnerables de la sociedad. Es así que pobreza y delito son asociados a través del consumo de PBC, sin embargo su prevalencia es del 0,8% a nivel nacional. Respecto a la distribución social y espacial de la pobreza es heterogénea, principalmente en Montevideo y áreas Metropolitanas, marcando una clara problemática de segregación territorial. Un

sistema desindustrializado con un crecimiento desmedido de la informalidad lleva a reflexionar sobre la masa de desocupados sin esperanza de encontrar trabajo, lo que suele denominarse “*pobreza estructural*”. Las consecuencias sociales de esta situación son la segregación, el quiebre de los lazos sociales fundamentales así como la pérdida del espacio público común (JND. 2012). Se observa en Uruguay que una de las drogas más dañinas y adictivas la PBC ha encontrado su mercado en la población más vulnerable de la sociedad, este modo de consumo “*además del daño que genera ha puesto en evidencia el fracaso así como la incompetencia de muchas metodologías preventivas y asistenciales para tratar la adicción*” (JND. 2012). Los territorios de alta vulnerabilidad social, con sus necesidades básicas insatisfechas sin acceso a la educación y al trabajo constituyen factores de riesgo para las conductas antisociales y delictivas. Este proceso de marginación tanto de Uruguay como en otras partes del mundo es explicado por Wacquant (2010) a partir de cuatro lógicas estructurales: la tendencia macrosocial a la desigualdad, la fragmentación de la mano de obra asalariada, el achicamiento del estado de bienestar y la concentración y estigmatización espacial de la pobreza. Se deben tener en cuenta las debilidades del sector más vulnerable de la población para no tender a marginalizarlos o criminalizarlos socialmente ya que es a ellos a quienes se les dificulta el acceso al sistema educativo y/o al trabajo digno y remunerado. Estos aspectos llevan a mirar la problemática desde su multidimensionalidad en la medida que se puede entender a dicha población inserta en el mercado capitalista imperante que ante la informalidad y la marginalidad encuentra un “*nicho de oportunidades*” para su explotación a través del trabajo no formal, la prostitución, o el delito a través del tráfico de sustancias.

1.15. Tratamiento en Uruguay.-

Según S. Vanoli (2013) existen 29 centros privados que figuran en la página web de la Junta Nacional de Drogas (JND). A nivel público, el Hospital Maciel funciona como centro de referencia nacional que integra la Unidad de Salud Mental y en ella, la Policlínica de Farmacodependencia. Se trabaja en la prevención y la asistencia en la modalidad internación (posibilidades limitadas de internación en sala compartida con Salud Mental) y ambulatoria de personas con uso problemático de sustancias psicoactivas (Ministerio de Desarrollo Social (MIDES). 2009). Se atiende a personas a partir de los 14 años y a todos los tipos de adicciones. Otros centros de referencia públicos son la Policlínica de Farmacodependencia de la Facultad de Medicina en la Cátedra de Toxicología, la cual funciona en forma interdisciplinaria y ofrece diagnóstico y tratamiento en carácter ambulatorio; la Policlínica de Toxicología del Hospital Policial y la Policlínica de Adicciones del Hospital Central de las Fuerzas Armadas. A partir del año 2006, El Portal Amarillo, pasa a ser el centro público de referencia en atención y tratamiento integral de adicciones, denominado formalmente como Centro de Referencia Nacional de la Red Drogas. Combina tres métodos de atención: residencial, diurno y ambulatorio. En

la actualidad el Portal Amarillo es el único centro de referencia de la red pública para todo el país. La relevancia de la temática de la drogadicción en la sociedad uruguaya, hizo que se incluyera el tratamiento de usuarios problemáticos de drogas, dentro de las prestaciones del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), el que está en pleno proceso de cambio (Alianza de Ciudades en Tratamiento de Drogas EU-LAC, 2009) y gira en torno a tres ejes de cambios: en el modelo de atención, en el modelo de gestión y en el modelo de financiamiento. A través del SNIS, comienzan a tener participación las Instituciones de Atención Médica Colectiva (IAMC) en la inclusión de tratamientos para usuarios con uso problemático de sustancias psicoactivas (Marnies, R. 2010). El Centro IZCALI, figura como único centro privado en convenio con el Ministerio de Salud Pública (MSP), donde se ofrece consulta, rehabilitación y tratamiento en modalidades de Comunidad Terapéutica y atención ambulatoria. Se han incorporado gradualmente a la Red Asistencial Nacional, el Centro de Tratamiento de las Adicciones “El Jagüel”, en Maldonado y el Centro de Rehabilitación Pública “Casa Abierta” en el departamento de Artigas (JND. 2013). El país cuenta con Grupos de Autoayuda como: Alcohólicos Anónimos, Narcóticos Anónimos así como Amor Exigente. También centros de Salud de la Red de Atención del Primer Nivel-Administración de Servicios de Salud del Estado (RAP-ASSE) en distintas zonas de Montevideo así como en Policlínicas Municipales (JND. 2013). En el año 2009 se crea el Centro de Información y Referencia de la Red-Drogas (EU-LAC, 2009) interconectado con los Centros de Asistencia del Primer Nivel de Salud del Sistema Municipal, Nacional y con los Equipos de Salud Mental del Ministerio de Salud Pública (MSP), comenzó a desplegarse una alianza interinstitucional para abordar las Políticas Públicas, en el consumo abusivo y problemático de alcohol, desde una perspectiva de reducción de daños, por las graves repercusiones en la mortalidad y morbilidad en accidentes de tránsito, violencia doméstica, accidentes de trabajo y seguridad ciudadana. Se ha implementado y se busca consolidar la Alianza Nacional para el Control del Tabaco, que ha convertido al Uruguay en "*País 100 % Libre de Humo de Tabaco*" (EU-LAC. 2009:6).

El dispositivo Ciudadela. A partir de abril de 2013 comienza a funcionar en Montevideo el dispositivo “Ciudadela”, el cual es un programa que funciona como puerta de entrada al Sistema Nacional de Tratamiento de la Red Nacional de Atención en Drogas, con base en la articulación interinstitucional en la Junta Nacional de Drogas de Montevideo. Participan en la gestión: la Intendencia Municipal de Montevideo (IMM), Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), Instituto del Niño y el Adolescente del Uruguay (INAU), el Poder Judicial, la Secretaría Nacional de Drogas (SND) y el Ministerio de Desarrollo Social (MIDES). Funciona como primer ayuda en lo que hace a: información, asesoramiento, evaluación y derivación para tratamiento en Montevideo y Área Metropolitana. Hay otro dispositivo similar funcionando en el Departamento de Salto desde julio de

2013. Se trabaja en coordinación a través de la JND con el Portal Amarillo y el Servicio de Farmacodependencias del Hospital Maciel. A través del dispositivo Ciudadela se llega a otros 3 dispositivos distintos: El Paso: en Los Cerrillos, Departamento de Canelones, para usuarios problemáticos de drogas, el cual atiende a usuarios varones entre 15 y 23 años. Los Chanaes: dispositivo que atiende a personas con patologías duales. Se encuentra ubicado en el departamento de San José, llevado adelante por DIANOVA (Organización No Gubernamental ONG). Casa Asistida: este dispositivo no realiza tratamientos pero atiende a personas con patología dual, en situación de calle. Se trabaja con ellas tratando de elaborar un proyecto de vida diferente. El usuario es supervisado y monitoreado durante 9 meses, período flexible dependiendo de cada situación.

Capítulo 2. Objetivos y metodología.

2.1.1. Objetivo general. Investigar y describir lo que expresan usuarios problemáticos de drogas acerca de su percepción sobre las causas que contribuyen a su recaída durante el tratamiento.

2.1.2. Objetivos específicos.

1.- Caracterizar una muestra de usuarios consumidores abusivos de sustancias que se encontraban en tratamiento en los centros de atención: IZCALI, Portal Amarillo y Hospital Maciel durante el periodo de setiembre de 2014 a julio de 2015 por presentar recaídas en el consumo.

2.- Identificar cuáles son los factores que ellos dicen que perciben como causantes de sus recaídas.

2.2. Tipo y diseño general del estudio. Es un estudio de tipo cuali-cuantitativo, exploratorio¹⁴ y descriptivo¹⁵. La investigación cualitativa, es fenomenológica¹⁶.

2.3. Población de estudio. Personas entre 18 a 67 años, en tratamiento por adicciones de sustancias psicoactivas legales e ilegales en el periodo de setiembre de 2014 a julio de 2015 en un centro mixto: público-privado IZCALI y dos centros públicos, el Portal Amarillo y el Hospital Maciel (departamento de adicciones), en la ciudad de Montevideo y que presentaron recaídas en el consumo.

2.4. Muestra. Se utilizó un muestreo, no probabilístico o intencional¹⁷ a 40 usuarios.

14 Es un estudio de tipo exploratorio ya que sirve para familiarizarnos con fenómenos relativamente desconocidos y obtener información en un contexto particular. Ofrece la posibilidad de investigar nuevos problemas, establecer prioridades para investigaciones futuras, así como seguir afirmaciones y postulados (Hernández. R. *et al.* 2006:101) (Pineda. E. de Alvarado. E. L. 2008:83).

15 Es descriptivo, en la medida en que permite al investigador describir fenómenos, situaciones, contextos y eventos, es decir permite el poder detallar como son y como se manifiestan dichos fenómenos. Estos estudios permiten especificar las propiedades, las características y los perfiles de las personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a su análisis (Danhke, 1989).

16 Se basa en la descripción de los fenómenos específicos de interés expresados por los individuos o su "experiencia vívida" por ello es fenomenológica. (Driessnack M, Sousa VD, Méndes I. 2007). Los mismos son obtenidos a través de entrevistas realizadas a los participantes de la investigación. Los datos obtenidos se seleccionan por temas de acuerdo a su contenido el que se convierte en "*estructuras para entender al individuo, al grupo o al lugar en el que ocurrieron los hechos*" (Pineda. E. de Alvarado. E. L. 2008:104). "*Se contextualiza la información; se construye la historia; se describen las unidades, las categorías y los temas y se procede con la explicación del significado*" (Hernández. 2006). (Pineda. E. de Alvarado. E. L. 2008:104).

17 No probabilístico o intencional quiere decir que la elección de los elementos depende de las causas relacionadas con las características de la investigación. El investigador selecciona la muestra acorde a criterios identificados para los

Criterios de inclusión. Población mayor de 18 años y menor de 67 años, en tratamiento por adicciones. Usuarios en proceso de recaída luego de 3 meses de tratamiento y con un mes de abstinencia como mínimo y que consultaron en alguno de los tres centros de Montevideo mencionados, durante el periodo de setiembre de 2014 a julio de 2015.

Criterios de exclusión. Pacientes en tratamiento por consumo de drogas que por su condición mental no estuvieron en condiciones de realizar la investigación o que no quisieran participar del estudio.

2.5. Definiciones operacionales.

Ver tabla en Anexo 1

2.6. Instrumento y técnica de recolección de datos. La información se recogió a través de entrevistas semi-estructuradas¹⁸ y cuestionarios. (Ver Anexo 2). El entrevistador -que en este caso fue la investigadora-, realizó su trabajo en base a una guía de preguntas específicas. Se confeccionó un cuestionario¹⁹ (Ver Anexo 1) a fin de obtener información precisa sobre aspectos que permitieran realizar una caracterización de los integrantes de la muestra. Las personas fueron citadas personalmente por el entrevistador. Las entrevistas se realizaron y los cuestionarios se aplicaron en las instituciones en donde los usuarios recibieron su tratamiento. Previo a comenzar el trabajo de campo la investigadora participó y formó parte de instancias terapéuticas grupales en los tres centros participantes de la investigación cada uno con diferentes características de acuerdo a su contexto. Eso permitió lograr no solo un acercamiento de los usuarios participantes de la muestra sino también lograr una sensibilización mayor sobre la problemática de las recaídas en nuestro contexto. Este aspecto permitió ir monitoreando las necesidades de los usuarios así como ir contactando a aquellos con el perfil acorde para ser parte de la investigación.

2.7. Prueba piloto. Se realizaron 6 entrevistas y se aplicaron 6 cuestionarios en una prueba piloto, durante los meses de julio y agosto de 2014, lo que permitió ajustar los instrumentos de la investigación. Los 6 entrevistados no formaron parte del estudio posterior.

2.8. Realización de las entrevistas y aplicación de cuestionarios. Se realizaron en el período comprendido entre setiembre de 2014 y julio de 2015.

2.9 Análisis de la información e Informe final. A medida que se fueron realizando las entrevistas,

fin del estudio (Pineda E; Alvarado E. 2008:134).

18 Las entrevistas semi-estructuradas buscan en las preguntas que se formulan “ofrecer al entrevistado la oportunidad de contestar una pregunta o examinar un tema a fondo y al entrevistador la oportunidad de hacer preguntas complementarias” (Hernández *et al.* 2006: 597). Según el Programa Mundial de Evaluación del Uso Indebido de Drogas (GAP) (2004) las preguntas semi-estructuradas o abiertas suponen que el entrevistado pueda contestar con sus propias palabras, basadas en respuesta a formulaciones para contestar a que, porque y como. Una de sus ventajas es que le permite a los participantes de la investigación expresar sus puntos de vista, describir situaciones, experiencias y acontecimientos. La otra es que son muy útiles cuando no se sabe mucho sobre el tema a investigar.

19 El cuestionario es “un instrumento de recolección de datos constituido por una serie ordenada de preguntas que deben ser respondidas por escrito y en la realización del cual no es imprescindible la presencia del entrevistador” (Andrade-Lakatos. 1999).

se pasó a desgrabar las mismas cotejando las anotaciones en formato papel con las grabaciones realizadas las que se transcribieron en formato Word. Luego se utilizó el programa Excel para analizar estadísticamente algunos datos obtenidos y ordenados. Se fueron tabulando los datos, así como el cálculo de frecuencias absolutas y porcentuales. Posteriormente se realizaron las correspondientes representaciones gráficas. Se obtuvieron datos respecto a las medidas de tendencia central como la media y la mediana. Con respecto a los aspectos cualitativos se construyeron ejes temáticos a partir del análisis de contenido. Luego de tener toda la información sistematizada se pasó al análisis y la realización del informe final que se procesó durante los meses de noviembre de 2015 a marzo de 2016.

2.10. Plan de análisis de resultados. Para la investigación cualitativa se ordenaron los datos en dos unidades temáticas: 1) Contexto sociodemográfico, 2) Factores que el usuario identifica como causantes de su recaída. Para la investigación cuantitativa se utilizó el Programa Excel; se presentan los datos mediante frecuencias y porcentajes, permitiendo mostrar así la magnitud y las características de la problemática de estudio para la población que es parte de la investigación. Los datos obtenidos se presentaron en forma de distribución univariada (descripción de una variable) a través de tablas y gráficas (Ketzoian y col. 2004:83-125).

2.11. Consideraciones éticas. Se realizaron las coordinaciones administrativas pertinentes con la autorización del proyecto de la Directiva del Centro de Posgrado de la Facultad de Enfermería Universidad de la República (UdelaR), a las autoridades institucionales de los centros participantes. Los participantes de la investigación fueron voluntarios. Se realizó consentimiento informado, se explicitaron los términos del estudio, con una nota aclaratoria adjunta al material ofrecido base de la investigación (Ver Anexo 3). Esta investigación se ajusta al decreto del Poder Ejecutivo del 4 de agosto de 2008, sobre la regulación de la investigación en seres humanos, previa aprobación del Comité de Ética Institucional. En dicha investigación se enfatizó el resguardo de la integralidad de la persona, su libertad de participar o no en la misma, y de ser viable su participación, se aclaró el objetivo de contribuir al conocimiento científico, no ocasionando riesgos morales o de otra índole para la persona (MSP. 2008. Decreto 379008).

Capítulo 3. Resultados y discusión.

3.1. Análisis cuantitativo.-

Características sociodemográficas.

La muestra sujeta a estudio consta de 40 usuarios los cuales están comprendidos entre los 19 a 54 años de edad. La media corresponde a 34 años y 6 meses. La mediana corresponde a 33 años. El 35% se ubica en la franja etárea de 26 a 33 años. El 82,5% corresponde al sexo masculino. Con respecto al estado civil los solteros corresponden a un 75%. Respecto al nivel de instrucción el porcentaje más alto le corresponde a primaria completa con un 25%. Luego le sigue en orden de importancia, el haber cursado bachillerato incompleto con un 22,5%. Respecto a la situación familiar actual, viven solos un 42,5% de los encuestados. Con respecto a los antecedentes familiares o familia primaria se destacan los usuarios de la muestra que convivieron con los padres y más de un hermano en un 42,5%. En la actualidad un 52,5% no realiza actividad laboral. De los que trabajan, el 30% desempeña su actividad laboral como empleado, el 7,5% corresponde a profesionales de la salud. El 17,5% de los que trabajan tiene una actividad laboral informal. Respecto al lugar de residencia de los usuarios, se destacan aquellos residentes de zonas urbanas en un 87,5%. Respecto a la historia de consumo en años, se obtiene una media de 16 años y 2 meses de consumo. El 27,5% de la muestra corresponde a una historia de consumo de entre 3 a 9 años. Le siguen en importancia con un 25% los que tienen de 9 a 15 años de consumo. El 70% ha iniciado su consumo entre los 10 y 18 años. La media para el inicio de consumo corresponde a 17 años y 7 meses. En el 57,5% se da un consumo de más de cuatro sustancias a lo largo de la historia de consumo. Para el 55% durante el lapso o **período de recaída** hubo a una disminución en el consumo de sustancias psicoactivas. En cambio para el 22,5% durante el lapso de recaída se dio un consumo en aumento. El 95% está comprendido en un período de recaída entre 1 y 61 días de duración. La frecuencia que se destaca más corresponde a un día de duración del período de recaída. Un 52,5% no viven en un entorno familiar inmediato con uso problemático de sustancias psicoactivas. Ante la pregunta de si creen que pueden controlar los efectos de las sustancias, un 77,5% expresan que no pueden controlar los efectos del consumo. El dispositivo de tratamiento más utilizado por recomendación del equipo de salud corresponde al ambulatorio en un 50%. El 42,5% utiliza el dispositivo residencial. Al 87,5% de los usuarios estudiados, les corresponde entre 3 y 19 meses de tratamiento transcurrido al momento de producirse el proceso de recaída. La media corresponde a 13 meses y 45 días de tratamiento. El período de tratamiento que se encuentra con mayor frecuencia corresponde a 4 meses de tratamiento. Para el 80% de los usuarios la abstinencia lograda corresponde a un período entre 1 y 8 meses. La frecuencia que se destaca es el haber logrado un mes de abstinencia. La media corresponde a 6,5 meses de abstinencia. Al 87,5% se le indicó tratamiento farmacológico y psicoterapéutico. Solo al 12,5% restante se le indicó tratamiento

psicoterapéutico en modo exclusivo. Al 60% se le indicó abordaje de tratamiento individual y grupal, seguido en un 22,5% por un abordaje grupal exclusivamente. Un 92,5% dice estar conforme con la oferta de servicios para el tratamiento. Expresan que la disconformidad se relaciona con la falta de un plan de recaídas, entendidas como las estrategias de prevención de recaídas y seguimiento para luego de finalizado el tratamiento. Para el 82,5% la interrupción del tratamiento estuvo comprendida en el período de 0 a 6 días. La media correspondió a 3,47 días. Lo que se destaca con mayor frecuencia es la no interrupción del tratamiento durante la recaída. Para el 55% la frecuencia de tratamiento fue diaria, seguida por el 37,5% con una frecuencia de tratamiento semanal. El 72,5% de los usuarios ha tenido tratamientos previos.

Síntesis de resultados cuantitativos.-

El perfil de la muestra de usuarios en proceso de recaída es: el ser hombres, en un 82,5%. El 35% se ubica en la franja etárea de 26 a 33 años. Vivir solos en un 42,5%. En un 25% los usuarios completaron el ciclo escolar. El 52,5% está desocupado. El 27,5% tiene una historia de consumo de entre 3 a 9 años. El 70% ha iniciado su consumo entre los 10 y 18 años. En el 57,5% se da un consumo de más de cuatro sustancias a lo largo de la historia de consumo. Para el 55% se da una disminución en el consumo durante el período de recaída. El 95% transitó por un período de recaída entre 1 y 61 días de duración. El dispositivo de tratamiento más utilizado corresponde al ambulatorio en un 50%. Para el 80% de los usuarios la abstinencia lograda corresponde a un período entre 1 y 8 meses. Al 87,5% se le indicó tratamiento farmacológico y psicoterapéutico. Al 60% se le indicó abordaje de tratamiento individual y grupal. Para el 82,5% la interrupción del tratamiento estuvo comprendida en el período de 0 a 6 días. Para el 55% la frecuencia de tratamiento fue diaria. El 72,5% de los usuarios ha tenido tratamientos previos.

Ver tablas y gráficas correspondientes en Anexo 2

3.2. Análisis cualitativo.

¿Cuáles, expresan los consumidores abusivos de sustancias, son las causas que los llevan a recaer en el consumo durante el tratamiento?

En función del análisis de contenido de la investigación se seleccionaron los aspectos que los usuarios consumidores problemáticos de sustancias plantearon con más frecuencia como causas de su recaída los que se organizaron en ejes temáticos.

Tendencia a la repetición: Ellos dicen: *“Parecía llegar a un punto en que estaba todo bien, yo me boicoteaba y empezaba todo de vuelta”... “Yo quiero salir de la puerta giratoria de estar en tratamiento, ...la cosa es que siempre hubo un factor externo o en mi cabeza que buscaba un factor para irme” “Yo siempre hable esto no quiero que pase la nena lo que pasé yo, me hablaron a los 5*

años y después a los 17 años devuelta y como que me quedé un tiempo largo ahí....mi vieja me dijo, si quería ver a mi padre, tuve la oportunidad y me fui” “estoy mirando atrás de vuelta, a volver a hacer las mismas estupideces, fue como mirar para atrás a volver a caer en el mismo pozo cosa que no quería hacer y no debería hacer, lo hice y esta vez perdí todo”.

Vivencias de desamparo: Ellos dicen: “Me crié solo, ...empecé a ser independiente por el abandono de mi madre y la ausencia de mi padre” “...mi madre se quedó con mi hermana bebé...siempre estuve pendiente de lo que decía el otro, de lo que le parecía al otro, nunca pude estar sola” “Hasta los 9 años me crié con mis padres, después de ahí, en la calle con vecinos y con una hermana mayor un año” “Mis padres se separaron cuando tenía 9 meses, hasta los 6 años viví con mi mamá luego me fui a vivir con mi abuela y abuelo paterno hasta los 13 años, luego volví a la casa de mi madre y ahí estuve períodos un poco de cada lado” “Bueno no sé yo, capaz que me sentí atrapado y no sabía cómo solucionar esto de mi madre, yo no le demuestro que soy blando, me creo que tengo que poder con todo, no me la creo pero al no tener el apoyo...he hecho atrocidades”. “Yo me agredo mucho, mi modo de consumo es muy agresivo, no me quiero nada, se nota que quiero lastimarme de cualquier forma, creo que me voy despabilando y me asusta lo que veo” “me decepciona el mundo real”.

Vivencias de evasión de sensaciones displacenteras a través del consumo: Ellos dicen: “Escondo todo aquello atrás del consumo...A lo que soy depresiva, me pone mal la situación, como que siento que me juzgan entonces disparo por ese lado” “me gusta la droga” “para mí el consumir fue algo normal, no necesitaba excusas para consumir o cualquier excusa me servía” “Me encanta la falopa, es lo que tengo, perdí a mi vieja, pero no voy a poner excusas, lo que sé es que me hace papilla, perdí la dentadura, mañana tengo dentista” “por diversión” “aprovechar todo lo que me saque de pensar de fa que aburrida que estoy, que bueno podría estar drogándome”.

Vivencias de dolor ante la pérdida de un ser querido o experiencias removedoras: Ellos dicen: “Recuerdos de gente muerta vista en El Congo, la carga de mi mamá me tuve que hacer cargo, tiene VIH...Hace dos meses que mi enfermedad se comenzó a encapsular con la medicación...la sobrecarga, el juicio de la nena el no poder verla, me perdí un cumpleaños de ella, le está diciendo papá a otra persona”. “Para mí fue la pérdida de mi hermana, no lo supe afrontar” “La pérdida de mi hija, se fue hace unos días (falleció)” “¿cómo me afectó la falta de mi papá, ¿cómo apareció el consumo cuando el falleció?” “El factor memoria, recuerdos...vino uno de sus hermanos es el que abusó de mi cuando niña, fui a la visita a cuidarlo y él estaba ahí, en la habitación, quise salir un momento, ...y me fui, fallé” “Yo como que pasé de hijo a padre y no pude volver atrás a ser hijo de vuelta, después que falleció mi padre quedé yo con todo, después cuando asumí eso empecé a consumir” “La otra vez me crucé con mi ex mujer, eso también me tiene un poco triste, la perdí por el consumo...no me lo voy a perdonar nunca”.

Vivencias movilizadoras respecto al trabajo: *”El estrés que me genera el trabajo en esta época, que es de muy alta tensión y yo consumía drogas para trabajar”. “Pérdida de trabajo”. “Estaba ansioso, los nervios por empezar un trabajo, quise salir a despejarme un poco pero no me ayudó para nada” “No estuve pronto para reinsertarme laboralmente en este trabajo específicamente, elegí un cargo que era demasiado para mí, como director técnico en un residencial donde se manejan psicofármacos y donde el estrés por el tipo de pacientes que se maneja es bastante alto. El paso correcto hubiese sido volver a la medicina ambulatoria” ” El tema de la falta de memoria para el estudio, el estar de changarín y no tener un empleo estable”.*

3.3. Discusión.-

Aspectos cuantitativos que caracterizan a los usuarios participantes de la investigación:

Se quiere destacar que la mayoría de los usuarios viven solos (45%), seguidos de aquellos que viven con un referente, su madre (15%). Podría hipotetizarse que esta situación puede tener que ver con una forma particular de vincularse de modo “dependiente” o “co-dependiente” ya que alude a la relación madre-hijo en donde ambos establecen una “relación adictiva a la presencia y a los cuidados” de uno sobre el otro (McDougall, J.1998:243). Estos sujetos en su mayoría viven solos, se identifican como “a-dictos” aquellos sujetos que viven precariamente vinculados a la realidad con la ayuda de su hiperobjeto protector y por tanto no han podido poner en palabras su angustia vital habiendo recurrido a las drogas como intento fallido de elaborar su angustia. Otro factor de vulnerabilidad para una recaída lo constituyen aquellos usuarios que viven en refugios y aquellos que saben que al finalizar su internación tienen que buscar a donde ir a vivir. El estar en situación de calle, ha sido planteado por la OPS (2010) como factor de riesgo tanto desde el punto de vista ambiental, social como para el comportamiento problemático de sustancias psicoactivas. Todos estos factores, que se analizan muestran la tendencia descrita por Wacquant (2010) tendiente a propagar un proceso de marginación en Uruguay, dado a partir de cuatro lógicas estructurales: la tendencia macrosocial a la desigualdad, la fragmentación de la mano de obra asalariada, el achicamiento del Estado de bienestar y la concentración y estigmatización de la pobreza. Estos usuarios en proceso de recaída al ser una población vulnerable pueden ser un “nicho de oportunidades” para su explotación a través del trabajo no formal, la prostitución, o el delito a través del tráfico de sustancias. Estos aspectos planteados no pueden analizarse aisladamente sino que hay que considerarlos en el marco de un sistema desindustrializado (JND. 2012) con un crecimiento considerable del trabajo informal que en la muestra corresponde a un 17,5%. Estos usuarios que tienen una actividad laboral informal, trabajan como: artesanos, haciendo changas, fletes, compra y venta de ropa, vendedores ambulantes, albañiles, cuida coches entre otros. El trabajo informal atenta especialmente con el núcleo más duro de la muestra, los más pobres y en particular con los usuarios problemáticos de sustancias psicoactivas.

Llama la atención la prolongada experimentación del consumo en años de la muestra. Podría dejarse planteada la hipótesis, que cuanto mayor es el período o tiempo en el consumo mayor es la vulnerabilidad psicobiosocial para dejar el hábito de consumo (Casas, M.; Gossop, M. 1993). En ello un aspecto importante a considerar es la neuroadaptación del SNC a las sustancias psicoactivas, lo que va desarrollando la dependencia (Anton, R. F. 1999). Otro aspecto importante a considerar es que los consumidores problemáticos ante situaciones en las que la droga fue experimentada como placentera o en las que fue útil para disminuir el estrés, activarían la memoria de recompensa, que conduciría de nuevo al *craving* (Chesa *et al.* 2004). La disminución del consumo durante el período de recaída podría tener que ver con el impacto positivo durante el/los procesos de tratamiento/s. El estar amparado por un tratamiento pareciera poder incidir favorablemente en la muestra para revertir el cuadro, produciéndose la disminución en el consumo. Estos datos son respaldados por una revisión de programas realizada por Catalano y cols. (1990-91) quienes concluyeron que a pesar que las tasas de recaídas fueron altas, los tratamientos funcionaban y eran mejor para aquellos que los finalizaban respecto a los que lo abandonaban o no recibían tratamiento (Luengo, A.; Romero, E.; Gómez, J. 2001:13). Esto también es respaldado por el programa *Drug Abuse Reporting Program* (DARP) (Sells y Simpson, 1979). Con respecto al período de recaída es de señalar que para el 2,5% de la muestra y de acuerdo al marco teórico utilizado en la investigación no sería recaída entendida como “lapso” o período breve de consumo por el tiempo transcurrido, sino una “vuelta al consumo” de sustancias psicoactivas (Hernández, M.). Esto se corrobora con un estudio realizado en Estados Unidos de Norte América en 1971 por Hunt, Barnett y Branch. Quienes plantearon que aproximadamente los dos tercios de los individuos que recibían tratamiento volvían al consumo a los tres primeros meses después de finalizado el mismo. A. Luengo *et al.* (2001) plantean la multideterminación que está implicada en el desarrollo y mantenimiento de patrones de consumo. Entre ellos la vulnerabilidad situacional y ambiental que para la muestra se ubica en el 47,5%. Otro factor importante es considerar las creencias respecto a los efectos de las sustancias. El 77,5% de la muestra cree que no puede controlar los efectos del consumo de sustancias psicoactivas. De estos, en un 2,5% aparece la dificultad en el control de los efectos del consumo de alcohol y en el otro 2,5% aparece la dificultad en el control de los efectos del consumo de marihuana. Este factor puede estar asociado con la naturalización del consumo de drogas legales y/o en vías de legalización en el caso del consumo de marihuana en Uruguay. El dispositivo de tratamiento más utilizado correspondió al ambulatorio. Se puede dejar abierta la hipótesis que es en este dispositivo donde se da la mayor accesibilidad para los usuarios, quizás marcado por temas como, el manejo del tiempo propio que aparece distorsionado. En cuanto a la oferta de servicios para el tratamiento la disconformidad aparece por sentirse desilusionados por “*la falta de un plan de recaídas y seguimiento luego de finalizado el tratamiento*”.

Este aspecto expresado se confirma en la revisión bibliográfica realizada. Algunos estudios muestran que una menor intensidad en los servicios prestados y una menor asistencia a sesiones de seguimiento se relacionan con más probabilidades de recaer en el consumo (Grella, Hser y Hsieh, 2003; Hser, Joshi, Naglin y Fletcher. 2004). Otro aspecto no menor, es la capacidad o no del individuo de empoderarse de sus recursos. Los usuarios problemáticos de sustancias psicoactivas, por sus características de tener una personalidad dependiente afectivamente muchas veces esperan a que el problema se agrave o que la necesidad surja externamente a ellos. Estos aspectos llevan a dejar planteada la posibilidad de adaptar en forma continua las metodologías preventivas y asistenciales que según la JND (2012) *“ha puesto en evidencia el fracaso así como la incompetencia de muchas metodologías preventivas y asistenciales para tratar la adicción”*.

Aspectos cualitativos que caracterizan a los usuarios participantes de la investigación:

Relatos como *“pareciera que estaba todo bien, yo me boicoteaba y empezaba todo de vuelta”* *“yo quiero salir de la puerta giratoria”* *“estoy mirando atrás de vuelta”* evocan lo desarrollado en el marco teórico aportado por S. Freud (1920-22) sobre la *“compulsión a la repetición”* que los usuarios lo traen a partir de su experiencia de recaída. Aparece en ellos el deseo de *“eterno retorno de lo igual”* (Freud, S. 1920-22: 39). El comportamiento adictivo surge como *“algo sustraído a su poder”* (Freud, S. 1920-22: 32) y por ello terminarían presos de la repetición, con la recaída.

Se observa en estos relatos *“Me crié solo, ...empecé a ser independiente por el abandono de mi madre y la ausencia de mi padre”* ... *“nunca pude estar sola”* ... *“en la calle con vecinos y con una hermana mayor un año”* la función faltante de las figuras primordiales que se actualiza en el síntoma. Lo que parece actualizarse es la dificultad de identificar, manejar y contener los estados de sobreexcitación o sufrimiento psíquico (McDougall, J.1998:243). S. Freud (1927) plantea como el sujeto busca defensivamente *“desasirse de sensaciones displacenteras”*. Dichas sensaciones displacenteras que son contenidos internos del yo se viven por el sujeto como si fuesen un registro del mundo exterior. Ellos expresan: *“Yo me agredo mucho, mi modo de consumo es muy agresivo, no me quiero nada, se nota que quiero lastimarme de cualquier forma, creo que me voy despabilando y me asusta lo que veo”* *“me decepciona el mundo real”*.

Una de las finalidades del comportamiento adictivo, es liberarse de estados afectivos displacenteros. Un dependiente de sustancias psicoactivas busca el placer así como la atenuación temporaria de la angustia, otorgándole a la droga las propiedades de ser un objeto idealizado. Cuando no está instaurado en el psiquismo el sentimiento de mismidad el individuo buscará obtenerlo a través de algún medio externo como puede ser la sustancia psicoactiva. Estos medios adictivos u *“objetos transitorios”* (McDougall, J. 1998) como las sustancias psicoactivas permiten resolver de modo momentáneo la tensión afectiva. Se observa en el discurso de éstos usuarios, lo planteado en el marco

teórico, respecto a la vitalización de la sustancia que es del orden de lo objetal “*me encanta la falopa es lo que tengo, perdí a mi vieja*”. Esto plantea las dificultades que tienen ellos de poder establecer límites entre lo que es parte del yo y lo que es parte del mundo exterior. Incluso la dificultad de establecer los límites entre partes del propio cuerpo o entre fragmentos de la vida anímica como pueden ser percepciones, pensamientos y sentimientos (Freud, S. 1927-31:67). El discurso de estos usuarios está cargado de ambivalencia, entre un goce por los efectos de la sustancia a la vez que por los efectos autodestructivos que genera su consumo abusivo, entre otros “*el perder la dentadura*”. El usuario consumidor de sustancias permanentemente tiene que justificar su consumo “*por diversión*” “*aprovechar todo lo que me saque de pensar*”. Pareciera que a través del consumo se estaría encubriendo un sentimiento de pérdida profundo que “no se puede pensar” “no se puede mentalizar” lo que debe de contextualizarse en un sistema neoliberal “consumista”. Ese hiperobjeto la “droga” pasa a ocupar el lugar de un “objeto transitorio” de algo del orden afectivo perdido, “*la vieja*”. La pérdida no termina de inscribirse en el psiquismo por el sufrimiento intolerable que genera para el yo del sujeto. Este funcionamiento es mágico y omnipotente es similar al funcionamiento del lactante. El individuo a través de este mecanismo busca de modo inconsciente anular su sufrimiento e ilusoriamente busca seguir introyectando las gratificaciones obtenidas en el vínculo con su madre, en un “como si” con el objeto transitorio “la droga” y de esa forma no resignar su pérdida real. Se da en esta situación una constante puesta en acto ante el sufrimiento, “angustia de separación”. La droga entonces funcionaría como un “fetiche” en la medida en que a través del mecanismo defensivo de la desmentida, el aparato psíquico se las ingenia para triunfar ante la angustia de separación, castración o incompletud “*me encanta la falopa es lo que tengo, perdí a mi vieja*” (Freud, S. 1927-31). Tomando el aporte de S. Freud (1914-16) sobre cómo el individuo busca apartarse “instintivamente de lo doloroso” se puede percibir en comentarios de los usuarios como: “*el ver gente muerta en El Congo*”, “*hacerme cargo de mi mamá con VIH*”, “*el no poder ver a la nena*”, “*la pérdida de mi hermana*”, “*la falta de mi papá*” “*recuerdo de una experiencia de abuso de niña*” “*perdida de mi mujer por el consumo*”. El autor citado también plantea que el sujeto se aferra a los objetos de amor perdidos aunque otro le esté aguardando. S. Freud en “*El malestar en la cultura*” (1930) también expresa “el sentimiento de angustia” que se genera en el individuo ante la “amenaza de la pérdida de amor”, pérdida de ese otro del que se depende afectivamente. También la vivencia del sujeto de temor a “*no tener ya un lugar en la mente del otro*” producto de su adicción a las drogas. Este aspecto llega a agotar a las relaciones vinculares y con ello aparece el temor a la soledad expresado por los usuarios (Berenstein, I. 2001:132) en relatos como este: “*La otra vez me crucé con mi ex mujer, eso también me tiene un poco triste, la perdí por el consumo...no me lo voy a perdonar nunca*”. Se hace hincapié en los usuarios que ven amenazado su trabajo por el consumo de sustancias psicoactivas. Se considera

oportuno sostener a aquellos que aún están dentro del sistema laboral. Esto queda expresado en comentarios como: *“El estrés que me genera el trabajo en esta época, que es de muy alta tensión y yo consumía drogas para trabajar”*. Otro factor de alto riesgo de recaída respecto al trabajo es la desocupación o *“pérdida de trabajo”* según la propia expresión de los usuarios. La desocupación va generando en el individuo un empobrecimiento y desarticulación de roles dentro y fuera de la familia. La desocupación afecta a la subjetividad y en definitiva repercute en el tejido social fragmentando las redes existentes (Aguiar, E. 1997). Se hace hincapié en los profesionales de la salud en proceso de recaída por consumo de sustancias psicoactivas. Se observa en comentarios como: *“No estuve pronto para reinsertarme laboralmente en este trabajo específicamente, elegí un cargo que era demasiado para mí, como director técnico en un residencial donde se manejan psicofármacos y donde el estrés por el tipo de pacientes que se maneja es bastante alto. El paso correcto hubiese sido volver a la medicina ambulatoria”*. Este aspecto hace pensar en un potencial riesgo social y sanitario de no tomarse las medidas necesarias para los cuidados de su salud general, además de los atravesamientos multidimensionales de la problemática que no es excluyente del nivel académico alcanzado. Otro factor que genera vulnerabilidad para una recaída tiene que ver con el grado de formación académica alcanzado. La mayoría solo pudo completar la formación primaria. Esta información pone en evidencia una brecha para el acceso al trabajo. Estos usuarios si trabajan, lo hacen con la menor remuneración en el mercado laboral por ser mano de obra menos calificada. Ellos lo expresan en comentarios como: *“el estar de changarín y no tener un empleo estable”*.

Capítulo 4. Conclusiones y recomendaciones.

4.1. Conclusiones.-

Esta investigación se realizó con el objetivo de tratar de conocer y describir la percepción de los usuarios consumidores problemáticos de sustancias respecto a los factores que ellos consideran inciden en su recaída durante el proceso de su tratamiento. De la investigación se destacan los siguientes aspectos cuantitativos: A través de los datos obtenidos se observa que en la muestra predomina el sexo masculino. Los integrantes de la muestra se ubican en la franja etárea de 26 a 33 años. Viven solos, completaron el ciclo escolar y están desocupados predominantemente. Tienen una historia de consumo de entre 3 a 9 años. Se destaca un período de recaída entre 1 y 61 días de duración; durante la misma el consumo se da en disminución. El dispositivo de tratamiento más utilizado fue el ambulatorio; la abstinencia lograda se ubicó entre 1 y 8 meses de duración con una frecuencia destacada de un mes de duración. Los tratamientos más utilizados fueron el farmacológico y el psicoterapéutico conjuntamente. Dentro del abordaje terapéutico el más indicado correspondió a tratamiento individual y grupal. La interrupción del tratamiento estuvo comprendida entre 0 y 6 días destacándose la frecuencia de usuarios que no interrumpieron su tratamiento durante el proceso de recaída. También es de señalar que el tratamiento diario fue el más utilizado (55%) así como la realización de tratamientos previos a la recaída (72,5%). Del análisis cualitativo se destaca: la tendencia a la repetición de experiencias no elaboradas, vivencias de desamparo, vivencias de evasión de situaciones displacenteras, vivencias de dolor ante la pérdida de un ser querido o de experiencias removedoras así como vivencias movilizantes respecto al trabajo.

4.2. Recomendaciones.-

Dada la cantidad de usuarios de la muestra que ya han tenido procesos de tratamientos previos de recaída (72,5%) sería oportuno en función de los hallazgos obtenidos, considerar la realización de seguimientos continuos en el proceso de tratamiento, incluso luego de su finalización teniendo en cuenta la percepción de los usuarios que atraviesan dicha problemática multidimensional y compleja.

Referencias bibliográficas.-

- Aguiar, E. (1997). La desocupación. Algunas reflexiones sobre sus repercusiones psicosociales. *Revista de APPG Tomo XXX n° 1*. pp 185-215.
- Alianza de Ciudades en Tratamiento de Drogas. EU-LAC. (2009). Red de atención a usuarios de drogas: sistema de evaluación asistencial. Montevideo. Recuperado de http://www.cicad.oas.org/reduccion_demanda/eulac/forum_exchanges/exmonte/Act_MTVDyLUG_O_Mar09_Rev.pdf. [2013, 13 de febrero]
- Andrade, M.; Lakatos, E. (1996) Técnicas de pesquisa. Brasil: Editora Atlas S.A.
- Anton, R. F. (1999). En Chesa Vela, D.; Elías Abadías, M.; Fernández Vidal, E.; Izquierdo Munuera, E.; Sitjas Carvacho, M. (2004). El craving un componente esencial en la abstinencia. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* [En línea] (89), 93-112. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352004000100007>. [2012, 21 de octubre]
- Araujo, A. M. (2002) Impactos del desempleo. Transformaciones en la subjetividad. Facultad de Psicología. Capítulo 1. Vivencias del desempleo hoy. Hacia un análisis clínico de la realidad social. Montevideo: Ed. Argos.
- Azrin et al (1976). En Casas, M; Gossop, M. (1993). Tratamientos psicológicos en drogodependencias. Recaída y Prevención de Recaídas. Barcelona: Ediciones en Neurociencias, CITRAN, FISP.
- Bauman, Z. (2007). Vida líquida. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Becoña Iglesias, E.; Oblitas Guadalupe, L. A. (2002). Adicciones y salud. *Rev. Psicología científica* [En línea] 4 (2), 1-10. Recuperado de <http://www.psicologiacientifica.com/adicciones-y-salud/>. [2013. 10 de febrero]
- Benner (1994). En Castillo, E. (2000). La fenomenología interpretativa como alternativa apropiada para estudiar los fenómenos humanos. *Investigación y educación en Enfermería.* [En línea] 13 (1) 27-35. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105218294002> [2013. 21 de marzo]
- Berenstein, I. (2001). El sujeto y el otro. De la ausencia a la presencia. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Berenstein, I. (2004). Devenir otro con otro (s). Ajenidad, presencia, interferencia. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Biernacki (1986). En Casas, M.; Gossop, M. (1993). Tratamientos psicológicos en drogodependencias. Recaída y Prevención de Recaídas. Barcelona: Ediciones en Neurociencias, CITRAN, FISP.
- Billings & Moos (1983) En Casas, M.; Gossop, M. (1993). Tratamientos psicológicos en drogodependencias. Recaída y Prevención de Recaídas. Barcelona: Ediciones en Neurociencias, CITRAN, FISP.
- Büchle, F; Marcatti, M; Rabelo, D. (2004). La prevención del abuso y la recaída. Universidad Federal de Santa Catalina. Florianópolis () (Texto & Contexto Enfermería. 13 (2). Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71413206>. [2012. 13 de noviembre]
- Casas, M.; Gossop, M. (1993). Tratamientos psicológicos en drogodependencias. Recaída y Prevención de Recaídas. Barcelona: Ediciones en Neurociencias, CITRAN, FISP.
- Castillo, E. (2000). La fenomenología interpretativa como alternativa apropiada para estudiar los fenómenos humanos. *Investigación y educación en Enfermería.* [En línea] 13 (1) 27-35. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105218294002> [2013. 21 de marzo]
- Catalano et al. (1990-91). En Luengo, Ma. A.; Romero, E.; Gómez, J. (2001) La prevención de recaídas en el consumo de drogas: Análisis de la eficacia del programa terapéutico-educativo. Proyecto Hombre. Santiago de Compostela: Compostela S. A. Recuperado de <http://www.usc.es/udipre/gl/publicaciones.html>. [2012, 21 de octubre]
- Cummings; Gordon; Marlatt (1980) En Rigotto, S; Gomes, W. (2002). Contextos de la abstinencia y de recaída en la recuperación de la dependencia química. Universidad Federal do Rio Grande do Sul. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722002000100011>. [2012, 7 de octubre]
- Chesa Vela, D.; Elías Abadías, M.; Fernández Vidal, E.; Izquierdo Munuera, E.; Sitjas Carvacho, M. (2004). El craving un componente esencial en la abstinencia. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* [En línea]

- (89), 93-112. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352004000100007>. [2012, 21 de octubre]
- Danhke, (1989) En Hernández. R *et al.* (2006). Metodología de Investigación. Buenos Aires: Mc Graw Hill. Cuarta edición.
- Diccionario de Sinónimos y Antónimos. (1992). Buenos Aires: El Ateneo.
- Driessnack, M. Sousa, VD. Mendes, I. (2007). Revisión de diseños relevantes para enfermería: Parte 2. Diseños de investigación cualitativa. *Rev Latino-am Enfermagem* 2007 julho-agosto; 15(4). Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n4/es_v15n4a25.pdf [2015, 26 de noviembre]
- Dutra *et al.* (2008). En Sanchez Hervaz. E.; Llorente del Pozo. J. M. (2012). Recaídas en la adicción a la cocaína: una revisión. *Rev. Adicciones*. [En línea] 24 (3) 269-279. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=289123569011> [2014, 27 de febrero]
- Fernández, P. R. (2009). Teorías de la globalización: Pensadores contemporáneos. Un Enfoque multidisciplinar. Recuperado de <http://pabloraulfernandez.blogspot.com.uy/2009/11/monografiascom-teorias-de-la.html>. [2015, 31 de octubre].
- Freud, S. (1920-22). Más allá del principio de placer. Psicología de las masas y análisis del yo y otras obras. Buenos Aires: Amorrortu editores. Volumen XVIII.
- Freud, S. (1930). El malestar en la cultura y otras obras. Buenos Aires: Amorrortu editores. Volumen XXI.
- Galea & Vlahov. (2002). En Organización Panamericana de la Salud. Society for the Study of Addiction. (2010). La política de drogas y el bien público. Washington, D.C.: OPS.
- Garmendia; Alvarado; Montenegro; Pino. (2008). En Sánchez Hervaz. E.; Llorente del Pozo. J. M. (2012). Recaídas en la adicción a la cocaína: una revisión. *Rev. Adicciones*. [En línea] 24 (3) 269-279. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=289123569011> [2014, 27 de febrero]
- Giddens, A. (1999). Recuperado de: <http://vesteban.webs.ull.es/La%20globalizacion%20segun%20Anthony%20Giddens%201.htm>. [2015, 25 de octubre].
- Godley, Coleman, Titus, Funk y Orndorff. (2010) En Sánchez Hervaz, E; Llorente del Pozo, J. M. (2012). Recaídas en la adicción a la cocaína: una revisión. *Rev. Adicciones*. [En línea] 24 (3) 269-279. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=289123569011> [2014, 27 de febrero]
- Gomel, S.; Matus, S. (2011) Conjeturas psicopatológicas. Clínica psicoanalítica de familia y pareja. Buenos Aires: Psicolibro ediciones.
- González, R. (2005). Definiciones y Clasificación. En Burger, M. (2005). Curso de actualización, drogas de abuso. Aspectos clínicos y terapéuticos. Departamento de Toxicología. Facultad de Medicina. Universidad de la República. Montevideo. (1) p. 21.
- Gonzales. Merlano, G. (2006) El Mito de Narciso. Una mirada a nuestra cultura. Uruguay: Ed. ISBN: 52-54.
- Gossop, Verde, Phillips y Bradley (1989). En Luengo, Ma. A.; Romero, E.; Gómez, J. (2001). La prevención de recaídas en el consumo de drogas: Análisis de la eficacia del programa terapéutico-educativo. Proyecto Hombre. Santiago de Compostela: Compostela S. A. Recuperado de <http://www.usc.es/udipre/gl/publicaciones.html>. [2012, 21 de octubre]
- Gottheil, Thornton, Skoloda y Alterman. (1982). En Casas, M.; Gossop, M. (1993). Tratamientos psicológico en drogodependencias. Recaída y Prevención de Recaídas. Barcelona: Ediciones en Neurociencias, CITRAN, FISP.
- Grella, Hser y Hsieh (2003) En Sanchez Hervaz. E.; Llorente del Pozo. J. M. (2012). Recaídas en la adicción a la cocaína: una revisión. *Rev. Adicciones*. [En línea] 24 (3) 269-279. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=289123569011> [2014, 27 de febrero]
- Heather y Robertson (1981). En Luengo, Ma. A.; Romero, E.; Gomez, J. (2001). La prevención de recaídas en el consumo de drogas: Análisis de la eficacia del programa terapéutico-educativo. Proyecto Hombre. Santiago de Compostela: Compostela S. A. Recuperado de <http://www.usc.es/udipre/gl/publicaciones.html>. [2012, 21 de octubre]

- Hernández, R *et al.* (2006). Metodología de Investigación. Buenos Aires: Mc Graw Hill. Cuarta edición.
- Hser; Evans; Huang; Brecht; Li. (2008). En Sánchez Hervaz, E; Llorente del Pozo, J. M. (2012). Recaídas en la adicción a la cocaína: una revisión. Rev. Adicciones. [En línea] 24 (3) 269-279. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=289123569011> [2014, 27 de febrero]
- Hubbard *et al.* (1985). En Luengo, Ma. A.; Romero, E.; Gómez, J. (2001). La prevención de recaídas en el consumo de drogas: Análisis de la eficacia del programa terapéutico-educativo. Proyecto Hombre. Santiago de Compostela: Compostela S. A. Recuperado de <http://www.usc.es/udipre/gl/publicaciones.html>. [2012, 21 de octubre]
- Hubbard y Marsden (1986) En Casas, M.; Gossop, M. (1993). Tratamientos psicológicos en drogodependencias. Recaída y Prevención de Recaídas. Barcelona: Ediciones en Neurociencias, CITRAN, FISP.
- Hunt, Barnett y Branch (1971). En Luengo, Ma. A.; Romero, E.; Gómez, J. (2001). La prevención de recaídas en el consumo de drogas: Análisis de la eficacia del programa terapéutico-educativo. Proyecto Hombre. Santiago de Compostela: Compostela S. A. Recuperado de <http://www.usc.es/udipre/gl/publicaciones.html>. [2012, 21 de octubre]
- Ianni, O. En Fernández, P. (2009). Sociología y ciencias políticas. Teorías de la Globalización: Pensadores Contemporáneos. Un Enfoque Multidisciplinar. Recuperado de <http://pabloraulfernandez.blogspot.com.uy/2009/11/monografiascom-teorias-de-la.html> [2015, 31 de octubre]
- Jahoda (1982) En Aguiar, E. (1997). La desocupación. Algunas reflexiones sobre sus repercusiones psicosociales. Revista de APPG Tomo XXX n° 1. pp 185-215.
- Junta Nacional de Drogas. (2008) Drogas: más información menos riesgos. 7° edición. Montevideo.
- Junta Nacional de Drogas. (2012). Ocho diagnósticos locales sobre la problemática del consumo de drogas en Montevideo y zona metropolitana. Presidencia de la República. Observatorio Uruguayo de Drogas. Recuperado en <http://www.infodrogas.gub.uy>. [2015, 28 de agosto]
- Junta Nacional de Drogas. Instituciones que trabajan en Rehabilitación y Tratamiento. Recuperado en http://www.infodrogas.gub.uy/index.php?option=com_content&view=article&layout=info&id=8&Itemid=25 [2014, 10 de marzo]
- Junta Nacional de Drogas. (2015). VI Encuesta Nacional de Hogares sobre Consumo de Drogas. Recuperado en http://www.infodrogas.gub.uy/images/stories/pdf/vi_encuesta_hogares_2015.pdf. [2015, 20 de diciembre]
- Ketzoian, C *et al.* (2004). Estadística Médica. Conceptos y aplicaciones al inicio de la formación médica. Montevideo: Oficina del Libro FEFMUR.
- Laudeck & Stanick. 2010 En Sánchez Hervaz, E; Llorente del Pozo, J. M. (2012). Recaídas en la adicción a la cocaína: una revisión. Rev. Adicciones. [En línea] 24 (3) 269-279. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=289123569011> [2014, 27 de febrero]
- Lichtenstein & Weiss. (1986). En Casas, M.; Gossop, M. (1993). Tratamientos psicológicos en drogodependencias. Recaída y Prevención de Recaídas. Barcelona: Ediciones en Neurociencias, CITRAN, FISP.
- Luengo, Ma. A.; Romero, E.; Gómez, J. (2001). La prevención de recaídas en el consumo de drogas: Análisis de la eficacia del programa terapéutico-educativo. Proyecto Hombre. Santiago de Compostela: Compostela S. A. Recuperado de <http://www.usc.es/udipre/gl/publicaciones.html>. [2012, 21 de octubre]
- Lipovetsky, G. (2002). La era del vacío. Ensayos sobre el individualismo contemporáneo. Barcelona: Editorial Anagrama.
- Lyon, D. (2005) Posmodernidad. Primera reimpresión. Madrid: Alianza Editorial S.A.
- McKay, Merike, Mulvaney, Weiss and Koppenhauer. (2001) En Sánchez Hervaz, E; Llorente del Pozo, J. M. (2012). Recaídas en la adicción a la cocaína: una revisión. Rev. Adicciones. [En línea] 24 (3) 269-279. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=289123569011> [2014, 27

de febrero]

- McKay, Lynch, Shepard y Pettinati. (2005). En Sánchez Hervaz, E; Llorente del Pozo, J. M. (2012). Recaídas en la adicción a la cocaína: una revisión. *Rev. Adicciones*. [En línea] 24 (3) 269-279. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=289123569011> [2014, 27 de febrero]
- McDougall, J. (1998). *Las mil y una caras de eros. La sexualidad humana en busca de soluciones*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Maddux & Desmond. (1986). En Casas, M.; Gossop, M. (1993). *Tratamientos psicológicos en drogodependencias. Recaída y Prevención de Recaídas*. Barcelona: Ediciones en Neurociencias, CITRAN, FISP.
- Marlatt. (1985). En Luengo, Ma. A.; Romero, E.; Gómez, J. (2001). *La prevención de recaídas en el consumo de drogas: Análisis de la eficacia del programa terapéutico-educativo. Proyecto Hombre*. Santiago de Compostela: Compostela S. A. Recuperado de <http://www.usc.es/udipre/gl/publicaciones.html>. [2012, 21 de octubre]
- Marlatt & Gordon. (1985, 1996). En Luengo, Ma. A.; Romero, E.; Gómez, J. (2001). *La prevención de recaídas en el consumo de drogas: Análisis de la eficacia del programa terapéutico-educativo. Proyecto Hombre*. Santiago de Compostela: Compostela S. A. Recuperado de <http://www.usc.es/udipre/gl/publicaciones.html>. [2012, 21 de octubre]
- Marnies, R. (3 de agosto de 2010). En el 2011 las mutualistas deberán incluir tratamientos para adictos. *DiarioSalud.net*. Recuperado de http://www.diariosalud.net/index.php?option=com_content&task=view&id=20377&Itemid=525 [2014, 20 de marzo]
- Ministerio de Desarrollo Social. (MIDES). (2009). *Policlínica de Farmacodependencia del Hospital Maciel*. Recuperado de <http://guiaderecursos.mides.gub.uy/mides/text.jsp?contentid=4097&site=1&channel=mides> [2014, 10 de marzo]
- Miller (1996) En Luengo, Ma. A.; Romero, E.; Gómez, J. (2001). *La prevención de recaídas en el consumo de drogas: Análisis de la eficacia del programa terapéutico-educativo. Proyecto Hombre*. Santiago de Compostela: Compostela S. A. Recuperado de <http://www.usc.es/udipre/gl/publicaciones.html>. [2012, 21 de octubre]
- Ministerio de Salud Pública-Junta Nacional de Drogas. (2007). *Programa Nacional de Atención a Usuarios Problemáticos de Drogas*.
- Ministerio de Salud Pública. (2008). *Etica. Decreto 379008*. Recuperado de: https://www.google.com.uy/?gws_rd=cr&ei=J82DU4rSIMnH8AHWkIHICA#q=%E2%80%A2%09Ministerio+de+Salud+P%C3%BAblica.+%282008%29.+Etica.+Decreto+379008. [2011, 3 de mayo]
- Moliner, M. (1994). *Diccionario de uso español*. Madrid: Gráficas Cándor.
- Mom & Baranger (1987). En Aguiar, E. (1997). *La desocupación. Algunas reflexiones sobre sus repercusiones psicosociales*. *Revista de AAPPG Tomo XXX n° 1*. Pp. 185-215.
- Organización Mundial de la Salud (2001). *Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud*. Ginebra. En Burger, M. (2005). *Curso de actualización, drogas de abuso. Aspectos clínicos y terapéuticos*. Departamento de Toxicología. Facultad de Medicina. Universidad de la República. Montevideo. (1) p. 23.
 - Organización de Naciones Unidas. (2003). *Manual sobre tratamiento del abuso de drogas*. Recuperado de https://www.unodc.org/docs/treatment/Guide_S.pdf [2012, 3 de octubre]
 - Organización de Naciones Unidas. (2003). *Manual sobre Tratamiento del Abuso de Drogas. Abuso de drogas: tratamiento y rehabilitación. Guía práctica de planificación y aplicación*. Nueva York. Recuperado de http://www.unodc.org/docs/treatment/Guide_S.pdf. [2013, 14 de febrero]
 - Organización Panamericana de la Salud. Society for the Study of Addiction. (2010). *La política de drogas y el bien público*. Washington, D.C.: OPS.
 - Pichot, P.; López, J.; Valdés, M. (1996). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson, S. A.

- Pineda, E.; Alvarado, E. (2008). Metodología de la Investigación. Washington, D.C.: OPS. Tercera edición.
- Prigogine & Stengers. (1991) En Gomel, S.; Matus, S. (2011) Conjeturas psicopatológicas. Clínica psicoanalítica de familia y pareja. Buenos Aires: Psicolibro ediciones.
- Raghavan, Ch. En Fernández, P. (2009). Sociología y ciencias políticas. Teorías de la Globalización: Pensadores Contemporáneos. Un Enfoque Multidisciplinar. Recuperado de <http://pabloraulfernandez.blogspot.com.uy/2009/11/monografiascom-teorias-de-la.html> [2015, 31 de octubre]
- Rank, O. (1924). En Freud, S. (1932-36). Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis y otras obras. Buenos Aires: Amorrortu editores. Volumen XXII.
- Rigotto, S; Gomes, W. (2002). Contextos de la abstinencia y de recaída en la recuperación de la dependencia química. Universidad Federal do Rio Grande do Sul. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722002000100011>. [2012, 7 de octubre]
- Romero Pérez, C. (2003). Paradigma de la complejidad, modelos científicos y conocimiento educativo. Universidad de Huelva. Recuperado de http://www.uhu.es/agora/version01/digital/numeros/06/06-articulos/monografico/pdf_6/clara_romero.pdf [2015. 17 de diciembre]
- Sánchez *et al.* (1988). En Luengo, Ma. A.; Romero, E.; Gómez, J. (2001). La prevención de recaídas en el consumo de drogas: Análisis de la eficacia del programa terapéutico-educativo. Proyecto Hombre. Santiago de Compostela: Compostela S. A. Recuperado de <http://www.usc.es/udipre/gl/publicaciones.html>. [2012, 21 de octubre]
- Sánchez Hervaz, E.; Llorente del Pozo, J. M. (2012). Recaídas en la adicción a la cocaína: una revisión. Rev. Adicciones. [En línea] 24 (3) 269-279. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=289123569011> [2014, 27 de febrero]
- Seijas, D. (1994). Tratamiento de la dependencia a sustancias. Boletín Esc. de Medicina, P. Universidad Católica de Chile. 23:119-124. Recuperado de http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/boletin/html/psiquiatria/5_7.html. [2013, 11 de febrero]
- Sells & Simpson. (1979). En Luengo, Ma. A.; Romero, E.; Gomez, J. (2001). La prevención de recaídas en el consumo de drogas: Análisis de la eficacia del programa terapéutico-educativo. Proyecto Hombre. Santiago de Compostela: Compostela S. A. Recuperado de <http://www.usc.es/udipre/gl/publicaciones.html>. [2012, 21 de octubre]
- Sells & Simpson. (1982). En Casas, M.; Gossop, M. (1993). Tratamientos psicológicos en drogodependencias. Recaída y Prevención de Recaídas. Barcelona: Ediciones en Neurociencias, CITRAN, FISP.
- Silva, M. (2009). Ciclo de profundización sobre la problemática del consumo de drogas. Junta Nacional de Drogas.
- Triaca, J.; Cardeillac, V.; Idiarte Borda, C. (2009). Características de los primeros usuarios que consultaron en el Centro de Referencia Nacional de la Red Drogas "Portal Amarillo". Rev Psiquiatr. Montevideo; 73 (1):37-48. Recuperado de http://www.spu.org.uy/revista/ago2009/02_TO_03.pdf. (13 feb 2013). [2013, 13 de febrero]
- Vaillant. (1983). En Luengo, Ma. A.; Romero, E.; Gomez, J. (2001). La prevención de recaídas en el consumo de drogas: Análisis de la eficacia del programa terapéutico-educativo. Proyecto Hombre. Santiago de Compostela: Compostela S. A. Recuperado de <http://www.usc.es/udipre/gl/publicaciones.html>. [2012, 21 de octubre]
- Vanoli, S. (12 de enero de 2013). El camino de salida. El País. Recuperado de http://www.elpais.com.uy/suplemento/quepasa/el-camino-de-salida/quepasa_687504_130112.html. [2013, 13 de febrero].
- Von Bertalanffy, L. (1976). En Romero Pérez, C. (2003) Paradigma de la complejidad, modelos científicos y conocimiento educativo. Universidad de Huelva. Recuperado de <http://www.uhu.es/agora/version01/digital/numeros/06/06->

- [articulos/monografico/pdf_6/clara_romero.pdf](#) [2015, 17 de diciembre]
- Wacquant (2010) En Junta Nacional de Drogas. (2012). Ocho diagnósticos locales sobre la problemática del consumo de drogas en Montevideo y zona metropolitana. Presidencia de la República. Observatorio Uruguayo de Drogas. Recuperado en <http://www.infodrogas.gub.uy>. [2015, 28 de agosto]
- Walford. (1983). En Luengo, Ma. A.; Romero, E.; Gomez, J. (2001). La prevención de recaídas en el consumo de drogas: Análisis de la eficacia del programa terapéutico-educativo. Proyecto Hombre. Santiago de Compostela: Compostela S. A. Recuperado de <http://www.usc.es/udipre/gl/publicaciones.html>. [2012, 21 de octubre]
- Winnicott, D. (1951) En McDougall, J. (1998). Las mil y una caras de eros. La sexualidad humana en busca de soluciones. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Witkiewitz & Marlatt. (2004). En Sanchez Hervaz. E.; Llorente del Pozo. J. M. (2012). Recaídas en la adicción a la cocaína: una revisión. Rev. Adicciones. [En línea] 24 (3) 269-279. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=289123569011> [2014, 27 de febrero]

Bibliografía.-

- Abela, J. (1998) Las técnicas de análisis de contenido: una revisión actualizada. Recuperado de <http://www.public.centrodeestudiosandaluces.es/pdfs/S200103.pdf> [2010, 23 de mayo]
- Abeijón, J. A; Urbajo Aljama, A. Las recaídas en toxicomanías. Comunidad terapéutica Manuene. (s.I) (s.n) (s.d) (s.p). Recuperado de: http://www.dipucadiz.es/opencms/export/sites/default/dipucadiz/galeriaFicheros/drogodependencia/ponencias6/Las_recaidas_en_toxicomanxas.pdf. [2012, 7 de octubre]
- Bauman, Z. (2002). Modernidad líquida. Buenos Aires: Ed. Fondo de Cultura económica de Argentina.
- Becoña, E; Cortes, M. (2010). Manual de adicciones para Psicólogos especialistas en psicología clínica en formación. España: Editado por SOCIDROGALCOHOL
- Bleger, J. (1986). Psicohigiene y psicología institucional. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Cabrera. Forno, J. Las drogas de abuso como sustancias psicoactivas y neurotóxicas: breve historia de las drogas. Junta Nacional de Drogas. C/Islas Pitiusas 20, 28290. Madrid, 639-380808.
- Crespo, J.A.; Martín, S.; Ambrosio, E. (2001) Neuroadaptaciones en los sistemas Glutamatérgico y Dopaminérgico durante la abstinencia de la cocaína. Recuperado de <http://www.adicciones.es/files/7-16%20Original%20.pdf>. [2012, 7 de octubre]
- Freud, S. (1914-16). Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico. Trabajos sobre metapsicología y otras obras. Buenos Aires: Amorrortu editores. Volumen XI.
- Freud, S. (1932-36). Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis y otras obras. Buenos Aires: Amorrortu editores. Volumen XXII.
- Iraurgi Castillo, I; Corcuera Bilbao, N. (2008) Craving: concepto, medición y terapéutica. Dirección de drogodependencias. Gobierno Vasco. Rev. Norte de Salud Mental n° 32; 9-22. Recuperado de http://www.ome-aen.org/NORTE/32/NORTE_32_030_9-22.pdf. [2012, 2 de octubre]
- Korovsky, G; Rial, C; Olave, M. S. El desafío de la prevención de recaídas en drogodependencias. Programa Keirós. Montevideo; (s. d). Recuperado de: <http://www.castalia.org.uy/docs/libros/PrevProcesosColect/14Keiros.pdf>. [2012, 2 de octubre]
- Laplanche, J.; Pontalis, J.B. (1981). Diccionario de psicoanálisis. Montevideo: Editorial Labor. S. A.
- Lipovetsky, G. (2008). Los tiempos hipermodernos. Segunda edición. Barcelona: Editorial Anagrama.
- Morin, E. (2001). Introducción al pensamiento complejo. Barcelona: Editorial Gedisa.
- Programa Mundial de Evaluación del Uso Indebido de Drogas (GAP). (2004). Estudios de evaluación específicos: un enfoque cualitativo a la reunión de datos. Viena: Naciones Unidas. Oficina contra la droga y el delito. Recuperado de <https://www.unodc.org/documents/GAP/GAP%20toolkit%20module%206%20SPANISH%2003-90137.pdf> [2015, 6 de noviembre]
- Silva, M. (2006). Pasta Base de cocaína en el Uruguay de hoy. Hacia una clínica implicada. Material de uso interno. Curso de la Junta Nacional de Drogas. 2009.

Anexo 1

Operacionalización de las variables y su medición.

NOMBRE	CONCEPTO	ESCALA	CATEGORIA
EDAD	Tiempo en años desde su nacimiento hasta la fecha de la entrevista.	Cuantitativa Continua	19 a 26 años 26 a 33 años 33 a 40 años 40 a 47 años 47 a 54 años
SEXO	Características anatómicas observables.	Cualitativa Nominal	Masculino Femenino
ESTADO CIVIL	Condición de la persona en relación con los derechos y obligaciones civiles.	Cualitativa Nominal	Soltero Casado Unión libre Divorciad

NOMBRE	CONCEPTO	ESCALA	CATEGORIA
NIVEL DE INSTRUCCIÓN	Último año aprobado de formación académica.	Cualitativa Nominal	Primaria Ciclo Básico incompleto Ciclo Básico Bachillerato incompleto Bachillerato Universitario incompleto Universitario
NUCLEO FAMILIAR ACTUAL	Personas que viven bajo el mismo techo	Cualitativa Nominal	Pareja Padres Madre Madre-otros Padre-madre-hno Solo Pareja/hijos Hijos Otros
FAMILIA PRIMARIA	Núcleo familiar básico para el desarrollo del individuo	Cualitativa Nominal	Madre Madre-padre Madre-padre-hno Madre-padre-hnos Madre-padre-otros Madre-abuela Madre-otros Abuelos
ACTIVIDAD LABORAL	Actividades remuneradas por tiempo de trabajo realizado	Cualitativa Nominal Dicotómica	Sí No
LUGAR DE RESIDENCIA	Localidad en donde reside habitualmente.	Cualitativa Nominal	Zona urbana Zona sub urbana
HISTORIA DE CONSUMO	Tiempo de consumo de drogas	Cuantitativa Continua	3 a 9 años 9 a 15 años 15 a 21 años 21 a 27 años 27 a 33 años
INICIO DEL CONSUMO	Edad de comienzo del consumo de sustancias psicoactivas	Cuantitativa Continua	10 a 18 años 18 a 26 años 26 a 34 años 34 a 42 años 42 a 50 años
TIPO DE CONSUMO	Sustancias psicoactivas utilizadas	Cualitativa Nominal	Una sustancia Dos sustancias Tres sustancias Cuatro sustancias Más sustancias
SOPORTE SOCIAL	Percepción sobre la disponibilidad de personas que pueden ayudar tanto física, económica como emocionalmente.	Cualitativa Nominal Dicotómica	Sí No
RECAÍDA	Período de tiempo en que la persona consume estando en tratamiento	Cualitativa Continua	1 a 61 días 61 a 121 días 121 a 181 días 181 a 241 días 241 a 301 días

CONSUMO DE SUSTANCIAS	Percepción que el usuario expresa tener sobre la dosis ingerida de sustancias psicoactivas.	Cuantitativa Nominal	Base anterior Disminución En aumento
CONTEXTO FAMILIAR CON UPD	Entorno afectivo inmediato con uso problemático de sustancias psicoactivas.	Cualitativa Nominal Dicotómica	Si No
CREENCIAS SOBRE LOS EFECTOS DE LAS SUSTANCIAS	Percepción que el sujeto tiene respecto al manejo del consumo, si siente que puede controlarlo o no.	Cualitativa Nominal Dicotómica	Si No
SEVERIDAD ADICTIVA	Percepción del sujeto respecto a la posibilidad de centrar su vida en el consumo de sustancias psicoactivas.	Cualitativa Nominal Dicotómica	Si No
DISPOSITIVO DE TRATAMIENTO	Modalidades de abordaje asistencial para el tratamiento del uso problemático de sustancias psicoactivas.	Cualitativa Nominal	Residencial Diurno Ambulatorio
NOMBRE	CONCEPTO	ESCALA	CATEGORIA
OCUPACIÓN DEL TIEMPO	Actividades que el sujeto realiza en su vida cotidiana.	Cualitativa Nominal	Tareas domésticas Trabajo Estudio Otros
DURACION DEL TRATAMIENTO	Período de tiempo en que la persona recibe la asistencia en salud solicitada.	Cuantitativa Continua	3 a 19 meses 19 a 35 meses 35 a 51 meses 51 a 67 meses 67 a 83 meses
TIEMPO DE ABSTINENCIA	Período de tiempo en que la persona se mantiene libre de consumo de drogas, desintoxicado.	Cuantitativa Continua	1 a 8 meses 9 a 15 meses 16 a 23 meses 24 a 31 meses 32 a 39 meses
TIPO DE TRATAMIENTO	Indicación o medio a través del cual se aborda el tratamiento.	Cualitativa Nominal	Farmacológico Psicoterapéutico
ABORDAJE TERAPÉUTICO	Estrategia o encuadre de tratamiento	Cualitativa Nominal	Individual-grupal Individual-grupal-autoayuda Grupal-autoayuda Individual-grupal-familiar Grupal
OFERTA DE SERVICIOS DE TRATAMIENTO	Percepción subjetiva respecto a las características de distribución de los recursos disponibles para su atención en el tratamiento.	Cualitativa Nominal Dicotómica	Conforme Desconforme
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO	Compromiso del usuario o su disposición para el cumplimiento del tratamiento.	Cualitativa Nominal	Buena Regular Mala
INTERRUPCIÓN DEL TRATAMIENTO	Período en que el usuario deja de asistir al centro en donde recibe la asistencia a su salud.	Cualitativa Nominal Continua	0 a 6 días 6 a 12 días 12 a 18 días 18 a 24 días 24 a 30 días
FRECUENCIA DE TRATAMIENTO	Cantidad de veces en que el usuario asiste a un centro de salud para recibir ayuda.	Cualitativa Nominal	Diaria Semanal Quincenal
SOPORTE SOCIAL EN LA RECAÍDA	Persona/s que está/n disponible/s efectivamente en el lapso en que el usuario consume sustancias psicoactivas.	Cualitativa Nominal	Madre Flia Red del tratamiento Amigos No
ANTECEDENTES DE ASISTENCIA A TRATAMIENTO	Conocimiento de la trayectoria del usuario con consumo problemático de sustancias en la asistencia para su salud.	Cualitativa Nominal Dicotómica	Si No
PERCEPCIÓN DE ATENCIÓN RECIBIDA	Grado de satisfacción del usuario sobre su atención en salud.	Cualitativa Nominal	Buena Muy buena Mala
RECURSOS HUMANOS SIGNIFICATIVOS	Personal de salud que el usuario siente que le ha sido productivo o competente en su rol asistencial.	Cualitativa Nominal	Todos Psiquiatra Psicólogo Enfermero Op. Terapéutico Otros

Anexo 2

Tabla n° 1. Distribución por edad.

Datos presentados el 28 de marzo de 2016.

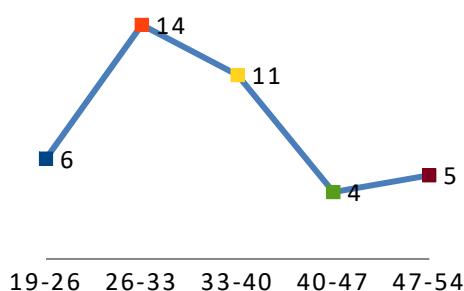
Edad (años)	F A	FR %
19-26	6	15
26-33	14	35
33-40	11	27,5
40-47	4	10
47-54	5	12,5
TOTAL	40	100

Fuente: Datos obtenidos de la presente

investigación. 2014-2015.

Gráfica n°1. Distribución por edad.

Datos presentados el 28 de marzo de 2016.



Fuente: Datos obtenidos de la presente investigación. 2014-2015.

Tabla n°2. Distribución por sexo.

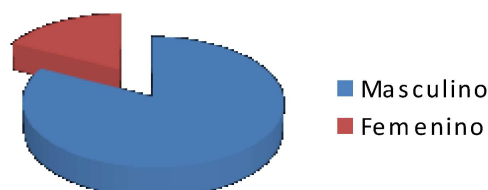
28 de marzo de 2016.

Sexo	F A	FR %
Masculin o	33	82,5
Femenin o	7	17,5
TOTAL	40	100

Fuente: Datos obtenidos de la presente investigación. 2014-2015.

Gráfica n°2. Distribución por sexo.

28 de marzo de 2016.



Fuente: Datos obtenidos de la presente investigación. 2014-2015.

Tabla n°3. Distribución de convivencia del consumidor con familia actual.

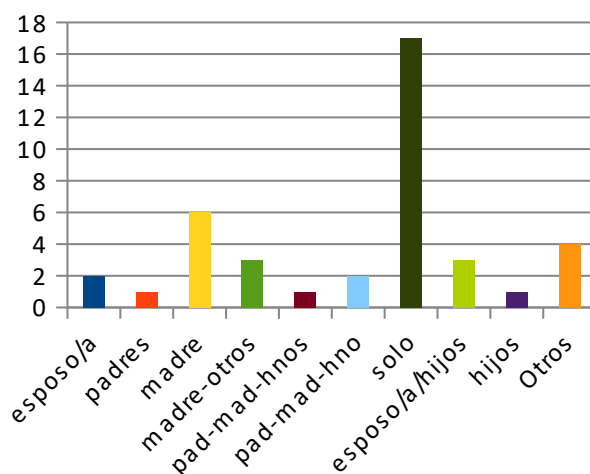
28 de marzo de 2016.

Flia actual	F A	FR %
espos/a	2	5
Padres	1	2,5
Madre	6	15
madre-otros	3	7,5
pad-mad- hnos	1	2,5
pad-mad- hno	2	5
Solo	17	42,5
espos/a/hij os	3	7,5
hijos	1	2,5
otros	4	10
TOTAL	40	100

Fuente: Datos obtenidos de la presente investigación. 2014-2015.

Gráfica n°3. Distribución de convivencia del consumidor con familia actual.

28 de marzo de 2016.



Fuente: Datos obtenidos de la presente investigación. 2014-2015.

Tabla n°4. Distribución por formación académica o nivel de instrucción.

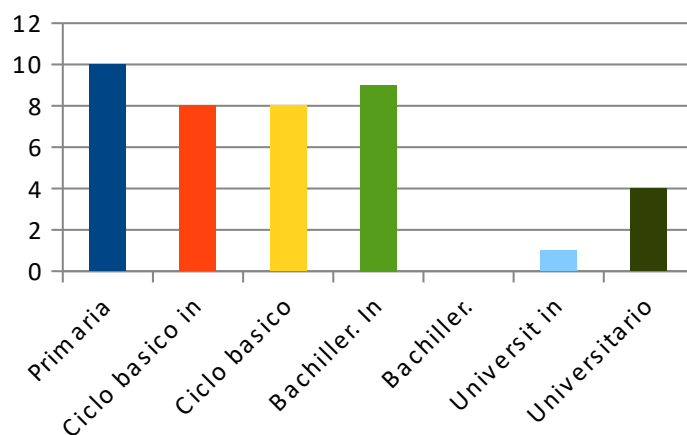
28 de marzo de 2016.

Nivel de instrucción	FA	FR %
Primaria	10	25
Ciclo básico incomp.	8	20
Ciclo básico	8	20
Bachiller. Incomp.	9	22,5
Bachiller.	0	0
Universit incomp.	1	2,5
Universitario	4	10
TOTAL	40	100

Fuente: Datos obtenidos de la presente investigación. 2014-2015.

Gráfica n°4. Distribución por formación académica o nivel de instrucción.

28 de marzo de 2016.



Fuente: Datos obtenidos de la presente investigación. 2014-2015.

Tabla n°5. Distribución por actividad laboral.

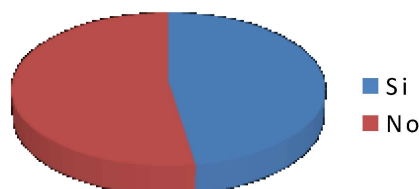
28 de marzo de 2016.

Actividad Laboral	F A	FR %
Si	19	47,5
No	21	52,5
TOTAL	40	100

Fuente: Datos obtenidos de la presente investigación. 2014-2015.

Gráfica n°5. Distribución por actividad laboral.

28 de marzo de 2016.



Fuente: Datos obtenidos de la presente investigación. 2014-2015.

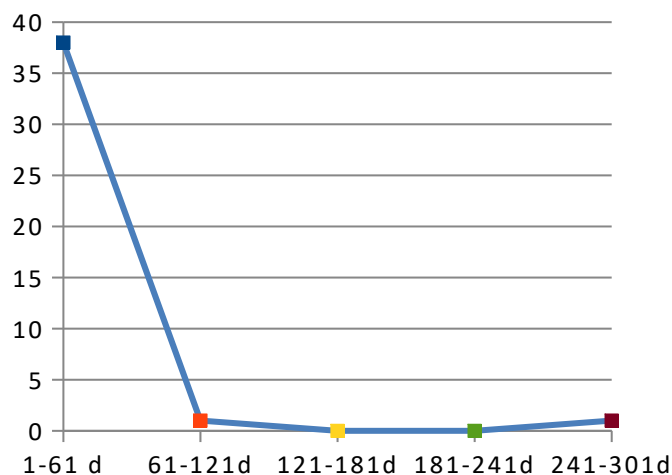
Tabla n°6. Distribución por período de recaída.

Recaída (días)	F A	FR %
1-61 d	38	95
61-121d	1	2,5
121-181d	0	0
181-241d	0	0
241-301d	1	2,5
TOTAL	40	100

Fuente: Datos obtenidos de la presente investigación. 2014-2015.

Gráfica n°6. Distribución por período de recaída.

28 de marzo de 2016.



Fuente: Datos obtenidos de la presente investigación. 2014-2015.

Tabla n°7. Distribución por interrupción de tratamiento.

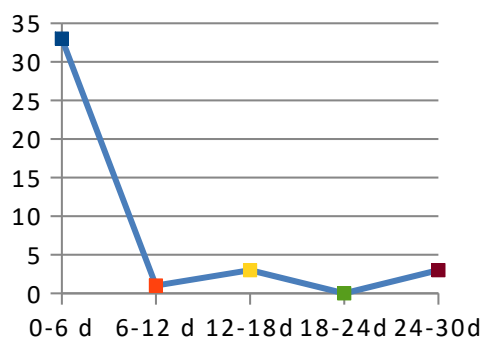
28 de marzo de 2016.

Interrup. Tto (días)	F A	FR %
0-6 d	33	82,5
6-12 d	1	2,5
12-18d	3	7,5
18-24d	0	0
24-30d	3	7,5
TOTAL	40	100

Fuente: Datos obtenidos de la presente investigación. 2014-2015.

Gráfica n°7. Distribución por interrupción de tratamiento.

28 de marzo de 2016.



Fuente: Datos obtenidos de la presente investigación. 2014-2015.

Tabla n°8. Distribución por consumo de sustancias durante el proceso de recaída.

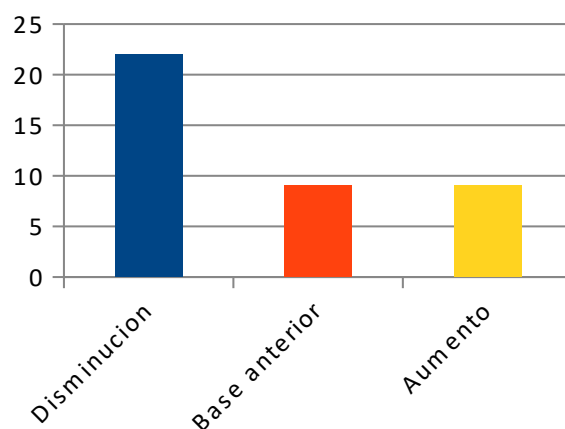
28 de marzo de 2016.

Cons. Sust	F A	FR %
Disminución	22	55
Base anterior	9	22,5
Aumento	9	22,5
TOTAL	40	100

Fuente: Datos obtenidos de la presente investigación. 2014-2015.

Gráfica n°8. Distribución por consumo de sustancias durante el proceso de recaída.

28 de marzo de 2016.



Fuente: Datos obtenidos de la presente investigación. 2014-2015.

Anexo 3**Cuestionario utilizado.**

Cuestionario		
Muestra de usuarios con uso problemático de sustancias psicoactivas en proceso de recaída		
1) Edad:.....		
2) Sexo:	M	F
3) Estado Civil:.....		
4) Nivel de instrucción. Ultimo año de estudios aprobado:.....		
5) Núcleo fliar. actual. Con que personas convive en el mismo techo:.....		
6) Familia primaria. Con quienes convivió durante su desarrollo:.....		
7) Actividad Laboral:	Si	No
Lugar de residencia:	Zona urbana	Zona sub urbana
Historia de consumo (en años):.....		
Inicio del consumo (en años):.....		
Tipo de consumo. Cantidad de sustancias consumidas a lo largo de su historia de consumo:.....		
Soporte social:	Si	No
Consumo de sustancias:	Base anterior	Disminución
		En aumento
Duración de la recaída (en días):.....		
Contexto fliar. con uso problemático de sustancias:	Si	No
¿Cree que puede controlar los efectos de las sustancias?		
Estados emocionales negativos:.....		
Estados emocionales positivos:.....		
Severidad adictiva: ¿cree ud que puede descentrar su vida del consumo?	Si	No
Ocupación del tiempo:.....		
Dispositivo de tratamiento:	Residencial	Diurno
		Ambulatorio
Duración del tratamiento (meses):.....		
Tiempo de abstinencia (meses):.....		
Tipo de tratamiento:	Farmacológico-psicoterapéutico	Psicoterapéutico
Abordajes terapéuticos:.....		
Adherencia al tratamiento:	Buena	Regular
		Mala

Oferta de servicios para el tratamiento: Conforme	Desconforme	
Interrupción del tratamiento (en meses):.....		
Frecuencia del tratamiento: Diaria	Semanal	Quincenal
Soporte social en la recaída:		
Antecedentes de asistencia a otros tratamientos:	Si	No
Percepción de la atención recibida:		
Recursos humanos significativos:		

Anexo 4

Preguntas guía de la entrevista semi-estructurada.

ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA

Muestra de usuarios con uso problemático de sustancias psicoactivas en proceso de recaída

¿Tuvo ayuda de alguien? (flia, amigos, etc)

¿Esté fue su primer tratamiento? especificar

¿Cómo lo trató el equipo de salud?

¿Quién le resultó más útil para el tratamiento?

¿Cuál es el papel de la familia en la recaída?

¿Considera que la familia colabora con el tratamiento?

¿Cuál sería el factor o factores que Ud. considera han hecho que haya recaído?

¿Qué opciones hubieran sido posibles para evitar la recaída?

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR DE LA INVESTIGACIÓN

Título de la investigación: “Percepción que expresan tener los consumidores problemáticos de sustancias psicoactivas acerca de los factores que inciden en su recaída durante el proceso de tratamiento”.

A Usted se le invita a participar en forma voluntaria en un estudio de investigación en Salud Mental cuyo objetivo es investigar qué factores inciden en la recaída, de usuarios consumidores problemáticos de sustancias psicoactivas, en tratamiento.

Es de consignar que no se cuenta con antecedentes de investigaciones en el país sobre la temática por lo que su colaboración es de suma importancia.

Procedimiento: una vez que acepta participar se le solicita responder a una serie de preguntas que forman parte de la entrevista.

Riesgos asociados: ninguno.

Aclaraciones: la información obtenida será únicamente utilizada para fines científicos, mantenida bajo estricta confidencialidad.

No percibirá ningún tipo de remuneración por su participación.

De estar de acuerdo en formar parte de la investigación declara su consentimiento:

Firma:

Adriana Mendieta

Aclaración de firma:

Licenciada en Psicología

Montevideo.....