



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



Facultad de
Psicología

TRABAJO FINAL DE GRADO
Pre-Proyecto de Investigación

Factores bio-psico-sociales que influyen en las recaídas de personas en rehabilitación por consumo problemático de drogas.

Montevideo, julio 2016.

Autora: Emilia Trinidad, 4.034.809-6

Prof. Mag. Juan Fernández Romar.

INDICE

1.	Resumen.....	2
2.	Fundamentación.....	4
	2.1 Antecedentes.....	7
3.	Referentes teóricos.....	9
4.	Problema.....	11
	4.1 Preguntas de investigación.....	11
5.	Metodología.....	12
	5.1 Diseño metodológico.....	13
6.	Objetivos.....	15
7.	Consideraciones éticas.....	15
8.	Cronograma de ejecución.....	16
9.	Resultados esperados.....	17
10.	Referencias Bibliográfica.....	18

1. Resumen

Las recaídas de usuarios problemáticos de drogas que han atravesado por un proceso de rehabilitación terapéutica constituyen un fenómeno frecuente que varía según una gran diversidad de factores psicológicos, sociales, culturales, demográficos, familiares y biológicos, dependiendo de la sustancia en cuestión junto a la historia del consumo. La demanda de tratamientos de calidad para el abordaje de adicciones impone un mejor conocimiento del fenómeno de las recaídas atendiendo a los factores antes reseñados.

El propósito de este pre -proyecto es producir conocimiento sobre los factores bio - psico-sociales que se verifican en los procesos de recaídas en personas que han transitado por una rehabilitación terapéutica en el Centro Aconcagua de la ciudad de Montevideo, desde una perspectiva que contemple la realidad nacional. En tal sentido se propone aplicar un instrumento específico de amplio uso a nivel internacional como es la Entrevista de Recaídas para usuarios de Sustancias Adictivas (ERSA) a todos los egresados de los últimos dos años del Centro Aconcagua de la Ciudad de Montevideo que hayan vuelto a consultar por algún episodio de recaída.

Siguiendo a García, L.; Oropeza, R.; Vázquez, F. (2009) ERSA constituye un instrumento de ayuda para identificar disparadores de recaídas más frecuentes en una población determinada, contemplando la variabilidad sociocultural señalada.

Se espera que los resultados de este trabajo permitan esclarecer una jerarquía de factores que intervienen en la emergencia de las recaídas y que esta información ilumine por analogía la realidad de otros centros nacionales de rehabilitación.

Asimismo se intentará esclarecer y caracterizar las variables intrapersonales que influyen en los procesos de recaídas en personas con problemas de drogas, aportando nuevas herramientas que puedan implementarse en el ámbito de las adicciones a nivel nacional.

Palabras claves: Rehabilitación en usos problemáticos de drogas; recaídas, Comunidades Terapéuticas

2 Fundamentación

Si bien existen múltiples estudios que complejizan la problemática de drogas pero aún no hay consenso en la comunidad científica acerca de porque -independientemente de la terapéutica utilizada- las personas tienden recaer de diversas formas en el consumo problemático luego de la intervención clínica.

Marlatt y George (Moreno, 2012) plantean que la recaída puede ser descrita como una falla en el intento de una persona en alcanzar una conducta o meta y diferentes autores la nominan como “resbalón” “caída” o “desliz”. Así como cada individuo es diferente, el proceso de los mismos en cuanto a la adicción a sustancias también lo es. En personas que recaen se observa baja tolerancia a la frustración y ante determinados factores de riesgo, el individuo no contacta con sus emociones y manifiesta una escasa autoconfianza que lo lleva a recaer.

Este proyecto surge a partir de mis experiencias como operadora terapéutica en el Centro de Rehabilitación Aconcagua desde julio del año 2015. Este centro fue fundado en el año 2006 por un equipo de profesionales interesados en la problemática de adicciones que desde entonces se encuentra ubicado en la calle “Aconcagua” donde se estableció un centro de internación.

Hoy en día este centro cuenta con dos establecimientos; uno en la zona de Pocitos y otro en Cordón, habilitado por el Ministerio de Salud Pública y brinda acompañamiento profesional las veinticuatro horas. El mismo ofrece al usuario un tratamiento integral basado en la rehabilitación y la reinserción social. Uno de ellos es la internación del paciente en un régimen definido como de Comunidad Terapéutica

El método utilizado es el de las Comunidades Terapéuticas establecidas sobre la base del llamado “Proyecto Hombre” originado en 1985. Esta es una asociación formada por veintisiete centros que atienden anualmente, en toda España, a más de 16 mil seiscientas personas con problemas de adicciones y a sus familias. Trabaja: la prevención del consumo de drogas en diferentes ámbitos, la rehabilitación y reinserción de las personas drogodependientes. Este proyecto implementa un método propio de intervención que se enmarca en identificar las causas que inducen a la persona a la adicción y trabajar desde un marco terapéutico-educativo, basado en la filosofía humanista, donde la persona logre establecer autonomía, el sentido de la

responsabilidad, el entorno y el apropiamiento de la toma de decisiones. (Asociación Proyecto Hombre, [APH], 2011).

El fin de las Comunidades Terapéuticas es tratar de que el individuo internado se apropie de nuevas herramientas para enfrentar su vida y se reinserte mejor en la sociedad, recuperado y fortalecido, habiendo incorporado hábitos y conductas perdidas. En las Comunidades se promueve el planteo de límites y normas, y el cambio en el estilo de vida de la persona, sea por reducción de riesgos o por abstinencia total de sustancias, se prioriza la organización de la vida cotidiana, el cuidado personal, la autoestima y el establecimiento de vínculos saludables. Los centros cuentan con un cronograma diario que ayuda al individuo a organizarse y a recuperar hábitos saludables.

2.1 Antecedentes

Desde el año 2005 el gobierno uruguayo ha adoptado una visión integral de políticas de drogas. Con un enfoque de compromiso con los derechos humanos y la generación de diálogos abiertos y continuos entre los gobiernos, el sector académico y la ciudadanía, el propósito gubernamental es contribuir a la comprensión del problema de las adicciones, sus desafíos y las nuevas alternativas.

En el periodo 2011-2015 se profundizó esta perspectiva en un debate democrático sobre los enfoques prohibicionistas de Guerras de las Drogas que cuestionan sus fundamentos y acciones. El nuevo abordaje avanzó en el desarrollo de un modelo alternativo de regulación, el control de mercados y la perspectiva de reducción de riesgos y daños, entre otros (Junta Nacional de Drogas, [JND], 2016).

En junio de 2013 la Red Nacional de Drogas definió estrategias de fortalecimiento que trascienden las soluciones sanitarias, la internación de los usuarios y los tratamientos uniformes. La idea apuesta a diferentes formas de tratamiento, pero que también exista apoyo conjunto entre los centros de rehabilitación que brindan atención y tratamiento en adicciones.

La Estrategia Nacional de Drogas 2016-2020 plantea la necesidad de continuidad, cooperación y complementación de las acciones en las diversas áreas de

intervención, apostando a lo intersectorial, interinstitucional e interdisciplinario a la vez que apela a la responsabilidad compartida con el conjunto de la sociedad.

Este marco de Políticas Públicas busca fortalecer los mecanismos de inclusión, a efectos de que, superado el proceso de tratamiento, los pacientes puedan vislumbrar un horizonte de vida en el que se hallen insertos social, laboral y culturalmente. Es en razón de ello, que los organismos comprometidos con los problemas de las adicciones (públicos y privados) son quienes deben tener la primera palabra respecto a quién está en situación de consumo abusivo.

RENADRO (Red Nacional de Drogas) está integrada por cinco regiones territoriales:

- Región Metropolitana: Canelones, Montevideo, Ciudad del Plata;
- Región Este: Lavalleja, Maldonado, Rocha y Treinta y Tres;
- Región Oeste: Colonia, Río Negro y Soriano;
- Región Centro: Durazno, Flores, Florida, San José y Paso de los Toros;
- Región Norte: Artigas, Cerro Largo, Rivera, Salto, Paysandú y Tacuarembó.

Cada territorio dispone de un dispositivo residencial de carácter regional con diferentes procesos y tratamientos.

La Red ofrece también un servicio telefónico las veinticuatro horas de forma gratuita, y brinda atención telefónica y contención con escucha calificada a quien lo necesite. Cuenta también con residenciales nacionales destinados a personas que tienen una mayor necesidad de trabajar con la familia y su medio: *El paso*; *Las Brujas* (Canelones) y un residencial de tratamiento con patología dual en San José.

A su vez *Los Aleros* (programa de promoción comunitario en Montevideo y Canelones) y *Los Celcas* (equipo de respuesta integral en crisis de adicciones e intervenciones de desintoxicación) son espacios cerrados que buscan procurar la contención por medio de redes en los barrios.

Algunas de las instituciones que trabajan en rehabilitación y tratamiento son:

Públicas: Policlínica de Farmacología del Hospital Maciel, Centro Izcali (mixto:público-privado) Policlínica de Fármacodependencias de la Facultad de

Medicina, Cátedra de Toxicología, Departamento de Prevención del Instituto Nacional del Menor, Policlínica de Toxicología del Hospital Policial, Centro de Adicciones del Hospital Italiano.

Privadas: Centro Terapéutico de Montevideo, Fundación por la Vida, Fundación Manantiales, Programa Keiros, Programa Renacer, Comunidad Terapéutica Despertar, Dianova Uruguay, Comunidad Convivir, Fundación Jeilikker, Grupo Cavia, Asociación Delta Castilla, Bien Estar, Encare, Parm's Center, Instituto Uruguayo de la Familia (Iudefa), Asociación Cristiana Uruguaya de Profesionales de la Salud (Acups), Hermes Althea, Grupo Antitabaquismo, Grupo Cocue, Comunidad Terapéutica Puente Seguro, Programa Ser Libre, Clínica Minnesota, Klinos, Centro de Adicciones Aconcagua.

Aconcagua ofrece tres grupos terapéuticos diarios llamados "reunión grupal". También ofrece diferentes modalidades de tratamiento que se adecuan al perfil del paciente y su etapa evolutiva, dirigidos tanto a mujeres como a hombres.

El rol de los familiares de los pacientes es de gran importancia durante la internación, ya que deben participar y acompañar al individuo en el tratamiento. La familia participa a través de entrevistas y en la inclusión de los grupos multifamiliares semanales que son abordados por profesionales de la institución.

El tratamiento es voluntario y no se obliga a la persona a que se interne, sino que la intención de recuperarse queda en absoluto criterio y regulado por la conciencia de cada paciente.

Según la información que brinda la página web institucional del Centro Aconcagua los tipos de tratamientos son los siguientes:

Los *Tratamientos ambulatorios* son aquellos programas en los que no se exige una residencia 24hs, los mismos cuentan con la coordinación de profesionales del Centro.

El más común es el tratamiento ambulatorio diurno en el que se recibe al paciente todos los días para participar del conjunto de actividades que ofrece Aconcagua durante el día. Incluye el almuerzo y merienda en comunidad. Otro dispositivo es el tratamiento *medio ambulatorio* que funciona en un espacio especialmente diseñado para esta modalidad. De forma de contemplar las actividades laborales del paciente, se ofrece actualmente en tres franjas horarias diferentes, todas ellas de 4 horas de duración. Los participantes comparten dinámicas de talleres, recreativas y multifamiliares; además de tener evaluaciones psiquiátricas periódicas. El Centro Aconcagua también ofrece un *espacio terapéutico*

individual que es una modalidad de tratamiento de atención exclusiva para el paciente. Funciona en consultorios acondicionados en cualquiera de los centros, la frecuencia y duración está pautada por el profesional a cargo. Se ofrecen también dos tipos de tratamientos en grupos de terapia. Uno de ellos, el *grupo de apoyo terapéutico* es un tratamiento con continuidad y seguimiento. Este grupo terapéutico tiene una frecuencia de 2 veces por semana en espacios de una hora.

Por otra parte, el centro Aconcagua también ofrece la opción de un *grupo abierto* donde no se exige una continuidad, sino que es un espacio que se ofrece diariamente a cualquier persona que desee traer sus inquietudes en ese momento, que necesite respuestas inmediatas o que precise contención ese día.

En el centro de rehabilitación se tratan todo tipo de adicciones (alcohol, marihuana, pasta base, cocaína, morfina, adicción al juego, etcétera (Centro Aconcagua, [A], 2006).

Según un artículo importante de revisión de la *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, los investigadores Fabián Fiestas y Javier Ponce (2012) de ese país presentaron sus resultados sobre la eficacia de las comunidades terapéuticas para el tratamiento de problemas relacionados con el consumo problemático en drogas donde establecieron que no hay evidencia empírica suficiente que sustente una eficacia superior de las mismas, frente a otras posibilidades terapéuticas —más sencillas o ambulatorias— para tratar este tipo de problemas.

Es importante destacar también que en los modelos de comunidades, ambulatorios y no residenciales, los pacientes mantienen total autonomía respecto a su permanencia y participación en ellos. Por tal motivo no es posible hacer recomendaciones específicas sobre un modelo que se adecue a una comunidad en su normatividad y su regulación. También hay que señalar que todas las comunidades terapéuticas deberían seguir ciertas características en común que la ciencia va estudiando en el área, pero no hay suficiente evidencia científica que apoye una superioridad de la metodología de comunidades terapéuticas, en lo que refiere a formas de tratamiento para los trastornos por uso de sustancias.

Siguiendo el planteo de Goti la denominación de Comunidad Terapéutica fue utilizada por primera vez por el psiquiatra Maxwell Jones, quien dirigía un hospital en Escocia. Este hizo énfasis en la ayuda mutua, de que todos trabajen juntos para ayudarse a ellos mismos y los demás. (Soto, C. 2011, p.9)

Las CT forman una organización institucional basada en la participación activa y cooperativa de todos lo que la integran, un sistema social terapéutico.

La CT suele ser una modalidad de tratamiento residencial para la rehabilitación de personas con consumos problemáticos. Esto implica realizar un proceso de tratamiento adecuado para interrumpir o terminar con el hábito de consumo de sustancias, donde el individuo va adquiriendo e incorporando conductas en las que no esté incluido el consumo. De de esta forma, se van programando nuevos planes y proyectos de vida. (González, L. 1999, citado en Soto, 2011, p.9)

En términos de rehabilitación, se busca que la persona se recomponga, repare y apropie valores a un sentido de vida más positivo y saludable a nivel de bienestar y que exista la posibilidad de una vida mejor (Balarini, 2006 citado en Soto, 2011, p.9)

Las CT son dispositivos residenciales y/o ambulatorios libres de sustancias adictivas y “de puertas abiertas”, donde la propia comunidad, los pacientes y sus familias son el principal agente de cambio. El paciente o residente está inmerso en un proceso psico-socio-educativo donde el principio fundamental es la “auto ayuda mutua”.

3. REFERENTES TEORICOS

Nos encontramos en un momento socio-histórico en el que las políticas públicas fomentan la atención e investigación en adicciones con el fin de mejorar el conocimiento sobre los procesos de rehabilitación de las adicciones. No obstante, es importante aclarar que siguen habiendo aspectos por entender en el consumo problemático y otros todavía sin esclarecer, como son los mecanismos neurobiológicos y psicopatológicos que subyacen a las recaídas.

Siguiendo a Farías (2010) el *consumo problemático* de drogas, representa uno de los problemas más significativos que enfrentan los países desarrollados. Esta epidemia representa un alto costo económico, la administración de políticas de salud pública que enfatizan la prevención y la rehabilitación. (Farías, 2010, p. 4).

De todos los problemas asociados a este fenómeno en el texto del Doctor en psicología Emilio Sánchez Hervas y el médico Miguel Llorente de Pozo han investigado sobre la recaída, haciendo énfasis en que constituyen un problema clínico en las adicciones, para el que sin embargo, en términos de recaída, no existe un consenso claro sobre su definición. La forma en que se mide la recaída puede producir diferencias sustanciales en la práctica clínica y en las conclusiones extraídas de los estudios empíricos (Maisto, Pollock, Cornelius, Lync y Martin, 2003).

Por otra parte se sabe que “Las crisis se asocian generalmente con el estrés emocional, en tanto suponen un cambio no planificado repentino, no deseado, en la vida de una persona. Si bien una crisis predispone a una recaída, puede ser también una oportunidad de aprender” (Korovsky, G; Rial, C & Olave, M. 2008, p.2).

En el texto de Illán López, O. C Wesson, Havassy y Smith D (1986) aseguran que el cálculo de las tasas de recaída varía según la definición utilizada, el método de detección y el método elegido para calcularlas. Por esto mismo, no existen datos claros sobre la magnitud del fenómeno y esto no ha sido considerado en las encuestas

nacionales e internacionales, pues no se contempla en ellas la medición de la prevalencia de recaídas.

En el libro *Drogodependencia, sociología, evaluación, proceso*, Sirvent, C. & Rodríguez, J. (2011) establecen que:

Vivimos en un marco social favorable al consumo, no solo por sus formas de (in) comunicación y relación social sino también por aspectos específicamente relacionados con las drogas: disponibilidad, gran exposición tolerancia social, agentes inductores, etc., llegando a ser condición necesaria aunque no suficiente para el consumo y/o dependencia (Sirvent, C. & Rodríguez, J. 2011, p.5)

Más allá de factores biológicos, existen los factores sociales que intervienen en la dependencia y en tanto desde ese enfoque se podría reducir la necesidad de consumo de sustancias y por lo tanto la recaída.

Es importante destacar que los factores sociales son muy significativos ya que si el individuo presenta problemas de consumo indudablemente necesita contención, apoyo para poder fortalecerse en determinadas situaciones, pudiendo salir adelante y lograr mantenerse en abstinencia.

4. Problema

El presente trabajo se propone estudiar:

¿Cuáles son los factores bio-psico-sociales que influyen en los procesos de las recaídas, en personas con consumo problemático de drogas?

La adicción a las drogas se ha convertido en uno de los problemas sociales claves de la época actual en la que se anudan factores biológicos, psíquicos y sociales:

El problema de las recaídas en usuarios de drogas que han logrado su abstinencia se ha convertido en objeto de atención académica, la recuperación plena de las personas que hacen tratamiento sólo se logra en una proporción que muchos autores sitúan en no más del 20%. Son numerosos los casos de recaídas durante el tratamiento y aún más luego de su término, por lo cual constituye un tema fundamental de investigación” en lo concerniente a causas y factores de riesgo y protección [...] (Moreno, F. 2012, p.16).

4.1 Preguntas de Investigación

Algunas de las preguntas orientadoras de la investigación son:

1. ¿Cuál es la situación contextual en que aparecen con mayor frecuencia las recaídas?
2. ¿A qué estado emocional suelen estar asociadas?
3. ¿Cuáles son los disparadores emocionales más frecuentes?
4. ¿Cuáles son las reacciones más frecuentes luego de una recaída?
5. ¿Cuáles son las modalidades de apoyo más efectivas?
6. ¿Qué tipo de apoyo institucional es el más demandado frente a una recaída?

7. ¿Qué tipo de contención debería brindar la familia y el entorno social más inmediato?
8. ¿Qué tipo de actividades brindan más seguridad para afrontar las recaídas?

5. Metodología

En la presente investigación se empleará una metodología cuali-cuantitativa exploratoria, con la que se procura desarrollar una aproximación comprensiva e interpretativa de los procesos de recaídas que tienen lugar en comunidades terapéuticas especializadas, en cuanto a usos problemáticos de drogas del Uruguay.

Este proyecto se enfocará en personas que fueron dadas de alta en los últimos dos años del Centro Aconcagua de la ciudad de Montevideo. Se estudiarán a todos los egresados que luego de haber transitado por un tratamiento considerado exitoso fueron dados de alta y tiempo después volvieron a consultar por algún tipo de recaída. Para ello se cuenta con un compromiso de palabra de la dirección de esa institución de facilitar el acceso a los registros de consultas por recaídas que han sido documentados durante los últimos 24 meses.

Esta metodología se basa en la aplicación de una Entrevista de Recaída para Usuarios de Conductas Adictivas (ERSA) que fuera diseñada en el año 2006, en la ciudad de México por Lizbeth Roberta García Quevedo, Roberto Oropeza Tena, Fernando Vázquez Pineda y Humberto Ibarra Arias. La aplicación de la metodología ERSA estará encuadrada en el desarrollo de una entrevista las cuales se dividen en dos partes. De esta forma se intentará profundizar en el proceso de desarrollo del fenómeno a estudiar, caracterizando las propiedades del objeto de estudio (Hernández, Sampieri, 2010).

La ERSA define una recaída como el primer uso de una droga luego de un tratamiento rompiendo el período de abstinencia. El objetivo general de esa entrevista ERSA, es identificar cuáles son las causas del inicio de la recaída más reciente.

Todas las entrevistas se van a realizar de forma individual y en privado, acorde a los criterios éticos consensuales de las prácticas investigativas y clínicas de la psicología.

Se realizará tanto un estudio estadístico de la frecuencia de respuestas así como un análisis de discurso simple de los contenidos principales de la entrevista.

Se explorará diversos aspectos relacionados con los consumos de drogas y sus consecuencias así como las estrategias de afrontamiento del mismo desarrollado por el participante.

5.1 Diseño Metodológico

Se aplicará una entrevista organizada, con el patrón metodológico definido en ERSA a todos aquellas personas que fueron dadas de alta en los últimos dos años del Centro Aconcagua de la ciudad de Montevideo y que tiempo después volvieron a consultar por algún tipo de recaída. Se complementará la información recogida mediante ERSA por medio de una interlocución abierta que profundice en los aspectos que el investigador considere más relevantes.

Mediante una combinación de métodos cuantitativos y cualitativos se procura identificar las situaciones asociadas a las recaídas apelando a una Taxonomía de Disparadores de Recaída (TDR) establecida en la metodología ERSA.

Un disparador es una situación de alto riesgo que ocurre inmediatamente antes de la recaída y que puede provocar o inducir el consumo de la sustancia. (Larimer, Palmer y Marlatt, 1999, citado de García, Oropeza, Vázquez, p.42 2009)

Entre otras cuestiones se procurará esclarecer las drogas de preferencia; características del proceso de recaída, drogas que se volvieron a consumir, los tiempos de consumo, cantidad consumida y los motivos principales que sostuvieron la abstinencia. La ERSA está organizada en dos partes, en la primera se sondean los; *Antecedentes de Consumo*: identificación, patrón de consumo y abstinencia (forma y duración). Drogas que volvieron a consumir (legales e ilegales) el número de drogas, el tiempo de consumo, la frecuencia, la cantidad de consumo, la abstinencia y el

motivo. En la segunda parte se sondea; el *contexto de la recaída*, las categorías de recaída, los disparadores de la recaída y la similitud entre las recaídas experimentadas, la fecha en que la persona recayó, si fue solo o acompañado. En esta segunda parte de la entrevista se enfoca sobre la recaída y se clasifican en diferentes categorías por un lado el área interpersonal-ambiental y por otro los disparadores de la recaída.

Como lo ha demostrado su amplio uso a nivel internacional la ERSA satisface parte de la necesidad de crear instrumentos adecuados para el análisis y comprensión del fenómeno de la recaída, además de contribuir a mejorar la calidad de los tratamientos para el ámbito de adicciones y consumo problemático. Es un instrumento diagnóstico que: en combinación con otros, permite realizar una intervención oportuna en la prevención de recaídas. (Hernandez Sampier, R. 1991, p.187)

Se procesarán los datos estadísticos de frecuencias de respuestas mediante el programa informático SPSS (acrónimo de *Statistical Package for the Social Sciences*) y para un ulterior análisis simple de contenido, de los tramos de discurso de los participantes que se considere necesario, se empleará el programa ATLAS/TI, considerado idóneo para la realización de estudios cualitativos. Posteriormente se cruzarán ambos análisis para producir un discurso coherente y consistente sobre el fenómeno estudiado.

Steve Taylor y Robert Bodgan (1986) establecen que la metodología cualitativa es aquella investigación que se produce mediante datos descriptivos: las palabras y respuestas de las personas en las entrevistas, la conducta observable, datos de historias clínicas.

Para la recolección de datos se utilizara ERSA como método, luego estos resultados serán analizados para llegar a las conclusiones en cuanto a los objetivos planteados.

Materiales a utilizar: grabadora, audio, lápiz, cuaderno, historias clínicas de pacientes.

6. Objetivos:

Objetivo General:

- Identificar los factores que propician recaídas en consumo problemático de drogas, luego de su egreso del programa de rehabilitación en adicciones con tratamiento integral y residencial del Centro de Rehabilitación Aconcagua.

Objetivos Específicos:

- Determinar los factores de mayor incidencia en la presentación de recaídas.
- Establecer una jerarquía de los factores identificados en la aparición de recaídas.
- Describir y caracterizar los procesos de recuperación ante una recaída para la población considerada en este estudio

7. Consideraciones Éticas

En este proyecto se tendrán en cuenta todas las normativas exigidas en el Decreto nro. 379/008 (2008), teniendo presente que al intervenir con seres humanos es importante informarles de forma clara el motivo por el cual se realiza la investigación. Todas las entrevistas se realizarán con el libre consentimiento de cada individuo, y el entrevistado tendrá la posibilidad de retirarse cuando lo desee.

También es importante aclarar que los datos obtenidos para la entrevista son de forma confidencial y anonimato parcial, teniendo presente la edad como dato real, no así identificatorio.

Existe confidencialidad también en cuanto a la información recibida en cuanto a la institución y los datos extraídos de la misma. En cuanto a la investigación se dará cuenta a los participantes que no habrá compensación económica para ninguna de las

partes. La compensación será producir nuevos conocimientos y construirlos conjuntamente.

8. Cronograma

- Búsqueda y revisión bibliográfica (1er mes)
- Contacto con informantes calificados (2do mes)
- Trabajo de Campo (3er,4to,5to meses)
- Relevamiento de datos obtenidos en trabajo de campo(6to mes)
- Análisis de datos relevados.(7mo mes)
- Elaboración de informe final. (8vo 9no mes)
- Difusión de resultados. (10mo mes)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Búsqueda Bibliográfica										
Contacto de Informante										
Trabajo de Campo										
Relevamiento de Datos Obtenidos										
Análisis de datos relevados										
Elaboración de Informe final										
Difusión de resultados										

9. Resultados esperados

Lo que se espera de este trabajo es identificar y clasificar los diferentes factores que propician los procesos de recaída. Se espera que este estudio sirva de insumo para la temática del consumo problemático de drogas y que al mismo tiempo, sea útil como contribución al conocimiento epidemiológico y clínico en adicciones.

Se espera también poder identificar y clasificar los diferentes factores que propician los procesos de recaída para la población de la Comunidad Terapéutica estudiada. Asimismo se aspira a determinar los disparadores o situaciones de alto riesgo que ocurren antes de la recaída o que pueden provocar consumo de drogas.

Complementariamente se busca comparar e identificar posibles perfiles de género en la emergencia de recaídas y en el desarrollo de la vida luego del egreso de la Comunidad.

Por otra parte este estudio procura configurar un aporte científico significativo al desarrollo e instrumentación de dispositivos terapéuticos de este tipo, brindando pistas de cómo optimizar las diferentes modalidades de tratamiento.

Es pertinente también destacar como otro de los resultados esperados una mejor comprensión tanto de las personas atendidas en las Comunidades Terapéuticas contribuyendo a una perspectiva crítica de las prácticas terapéuticas y las políticas sanitarias específicas.

Referencias Bibliográficas

- Beck, A. Wright, F. Newyman, C. & Liece, B. (1999). *Terapia cognitiva de las drogodependencias*. Barcelona: Paidós
- Batthyány, K. & Cabrera, M. (2011). *Metodología de la Investigación en Ciencias Sociales*. Montevideo: UCUR
- Bobes, J. Casas, M. & Gutiérrez, M. (2015). *Manual de Trastornos Aditivos*. Recuperado de:
<http://www.adamedfarma.es/wp-content/uploads/2015/05/Manual-Trastornos-Aditivos.pdf>
- Blanco-Álvarez, T., & Jiménez-Morales, S. (2015). Factores de riesgo que influyen en la recaída de consumo de drogas lícitas e ilícitas en adolescentes atendidos en el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. *Revista Costarricense de Psicología*, 34(2), 147-157. Recuperado de <http://www.rcpscr.org/openjournal/index.php/RCPs/article/view/60>
- Calafat, A., Juan, M., Becoña, E., Fernández, C., Gil, E., Palmer, A., & Torres, M. A. (2000). Salir de marcha y consumo de drogas. *Madrid: Plan Nacional sobre Drogas*, 12-206.
- Cañal, M.J. (2003). *Adicciones cómo prevenirlas en niños y jóvenes*. Bogotá: Editorial Norma. Recuperado de:
<https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=3ED-He6uM-AC&oi=fnd&pg=PR9&dq=la+>
- Caycedo, B., Martha, L., Herrera, S., & Offir Jiménez, K. (2011). Descripción de los factores de riesgo para recaída en pacientes con diagnóstico de trastorno mental. *Revista Ciencias de la Salud*, 9(2), 141-158. Colombia Bogotá
- Centro Aconcagua Rehabilitación de adicciones. (2016) Recuperado de:
<http://www.centroaconcagua.com/>
- Hernández Sampieri, R.; Fernández Collado, & Baptista Lucio, P. (2010). *Metodología de la investigación*. 5^A ed. México: McGrawHill-Interamericana

- Farías, L., Guerra, V., Cifuentes, T., Rozas, S., & Riveros, M. E. (2010). Consumo problemático de de drogas y terapia ocupacional: componentes ocupacionales evaluados durante el proceso de tratamiento y rehabilitación. Pág 45-56 Recuperado de:
<http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/129399>
- Fiestas, F., & Ponce, J. (2012) *Eficacia de las comunidades terapéuticas en el tratamiento de problemas por uso de sustancias psicoactivas: una revisión sistemática*. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. Pag 12-20
- García, L., Oropeza, R. & Vázquez, F. (2009). *Confiabilidad de la Entrevista de Recaídas para Usuarios de Sustancias Adictivas (ERSA)*. Ciudad de México: Psicología Iberoamericana. Recuperado de:
<http://www.redalyc.org:9081/articulo.oa?id=133912609006>
- Junta Nacional de Drogas. (2016). *Estrategia Nacional Para El Abordaje Del Problema Drogas, Periodo 2016–2020*. Recuperado de:
http://www.infodrogas.gub.uy/images/stories/pdf/Estrategia_JND_2016_2020_web.pdf

Uruguay. Presidencia de la Republica

- Illán López, O. C. (2014). Reflexiones metodológicas sobre la inmersión al campo con población en recaída en el consumo de drogas: un estudio preliminar. *Revista Española de Drogodependencia* 39(3), pp. 80-93.
- Korovsky, G; Rial, C & Olave, M. (2008). *El desafío de la prevención de recaídas en drogodependencias*. Programa keirós. Uruguay.
- Moreno, F (2012), *La recaída en egresados de la clínica multidisciplinaria para el tratamiento de las adicciones Ceresova*. (Especialización) Centro de Integración Juvenil, Ciudad de México. Recuperado de:
http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Drogas_de_Abuso/Articulos/factoresintervienenrecaida.pdf

Olaz, F. O. (2001). La teoría Social Cognitiva de la Autoeficacia. *Journal of College Student Development*, 35, pp. 19-24. Recuperado de: Recuperado de:
<http://www.uky.edu/~eushe2/Pajares/olaz.pdf>

Proyecto Hombre, (2011). *Prevención Y Tratamiento de las drogodependencias y otras adicciones*. Recuperado de:
<http://proyctohombre.es/programas-existentes>

- Sánchez-Hervás, E., & Del Pozo, J. M. L. (2012). Recaídas en la adicción a cocaína: una revisión. *Adicciones*, 24(3), 269-280. España- Valencia
- Sirvent, C. Rodríguez, J. (2011) *Libro de Drogodependencias España Madrid*: Universidad de Oviedo. Ed. Spiral
- Soto, C. (2011). *Psicoanálisis aplicado al tratamiento de adicciones en comunidades terapéuticas, ¿posible o imposible?* (Tesis de Maestría) Universidad de Chile, Facultad de Medicina, Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Psicología Recuperado de:
http://repositorio.uchile.cl/tesis/uchile/2011/cs-soto_c/pdfAmont/cs-soto_c.pdf
- Taylor, S.J. & Bogdan, R. (1986). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Paidós.
- Torres, I. (2011). *La Incorporación sociolaboral de las personas drogodependientes*. (Trabajo Final de Grado). Universidad de Murcia, España.