

**FACTORES RELACIONADOS CON LA RECAÍDA EN EL CONSUMO DE
SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN UNA INSTITUCIÓN DE LA CIUDAD DE
MEDELLÍN EN EL AÑO 2020**

**Daniela Cañaveral Giraldo
Deisy Yaneth Chaparro Rosas
María Catalina Mesa Mesa**



**CORPORACIÓN UNIVERSITARIA ADVENTISTA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
MEDELLÍN, COLOMBIA**

2020



CORPORACIÓN UNIVERSITARIA ADVENTISTA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA

SALUD NOTA DE ACEPTACIÓN

Los suscritos miembros de la comisión Asesora del Proyecto de investigación: “**Factores Relacionados con la Recaída en el Consumo de Sustancias Psicoactivas en una Institución de la Ciudad de Medellín en el Año 2020**”, elaborado por las estudiantes: DANIELA CAÑAVERAL GIRALDO, MARÍA CATALINA MESA MESA y DEISY YANETH CHAPARRO ROSAS del programa de Enfermería, nos permitimos conceptuar que éste cumple con los criterios teóricos, metodológicos y de redacción exigidos por la Facultad de Ciencias de la Salud y por lo tanto se declara como:

APROBADO- SOBRESALIENTE

Medellín, 2 de Diciembre de 2020

PHD. JORGE ANTONIO SANCHEZ
BECERRA
Coordinador Investigación FCS

BEATRIZ TORRES
AVENDAÑO
Asesor

DANIELA CAÑAVERAL
GIRALDO
Estudiante

MARÍA CATALINA MESA
MESA
Estudiante

DEISY YANETH CHAPARRO ROSAS
Estudiante

Personería Jurídica según Resolución del Ministerio de Educación No. 8529 del 6 de junio de 1983 / NIT 860.403.751-3

Cra. 84 No. 33AA-1 PBX. 250 83 28 Fax. 250 79 48 Medellín <http://www.unac.edu.co>

AGRADECIMIENTOS

Se agradece por su contribución para el desarrollo de esta tesis principalmente a Dios, por ser el inspirador y dador de las fuerzas para continuar en este proceso, a la docente Beatriz

Torres Avendaño por la dedicación y apoyo que ha brindado a este trabajo, por las sugerencias e ideas, por el respeto que siempre nos brindó y por la dirección durante todo el proceso.

Asimismo, agradecemos a la directora de la corporación “CORPOASES” por brindarnos la oportunidad de llevar a cabo este proyecto en las diferentes sedes que solicitamos.

A la Facultad de Ciencias de la Salud de la Corporación Universitaria Adventista por la contribución en nuestra formación tanto profesional como personal.

Finalmente agradecemos a nuestros seres queridos por su paciencia y apoyo incondicional durante todas las etapas del desarrollo de este trabajo.

María Catalina Mesa Mesa, Deisy Yaneth Chaparro Rosas y Daniela Cañaverl Giraldo

Se dedica este trabajo a todas las personas que se encuentran en un proceso de rehabilitación por drogadicción, en especial a aquellas que hicieron posible este proyecto, que pese a su condición actual luchan día a día por ganar la batalla, mejorar su calidad de vida, su apariencia física y vincularse nuevamente al entorno laboral y social como mejor ser humano.

A nuestras familias por darnos el apoyo, el amor y el vigor necesario para salir adelante.

RESUMEN

El uso de sustancias es una enfermedad crónica donde la recaída forma parte del proceso de la adicción. Hay factores conocidos que favorecen la recaída, sin embargo, se desconocen muchas de las causas que la provocan en pacientes que han realizado procesos de farmacodependencia en instituciones de rehabilitación. Esta investigación busca definir aspectos específicos de aquellos factores influyentes en la recaída, para dirigir los procesos terapéuticos de una forma más asertiva, logrando el impacto sobre las causas encontradas, que contribuya a la disminución de consecuencias físicas, psicológicas y sociales tanto del paciente como de su grupo familiar; para esto se empleó un cuestionario basado principalmente en una entrevista estructurada y validada que mide la Recaída en Usuarios con Conductas Adictivas (ERSA)(24), la cual fue modificada y adaptada según los criterios de las investigadoras y los aspectos pertinentes en relación con la pregunta de investigación. En los encuestados predominó el sexo masculino, en edades comprendidas entre los 15 y 60 años de edad, solteros y con grado de escolaridad hasta secundaria, igualmente la gran mayoría desempleados y sin una fuente de ingresos estable, viven en casas arrendadas en el área urbana. Se pudo establecer que el consumo de Marihuana, Cocaína y Tabaco fue predominante en los encuestados, de igual manera los factores más prevalentes que influyeron en la recaída fueron las situaciones y emociones negativas, el cansancio físico, el sueño o la ansiedad, los problemas familiares, el deseo propio de volver a consumir y la invitación de otras personas al consumo.

Palabras clave: Consumo, sustancia psicoactiva, tratamiento, rehabilitación.

SUMMARY

Substance use is a chronic disease where relapse is part of the addiction process. There are known factors that favor relapse, however, many of the causes that cause it in patients who have undergone drug dependency processes in rehabilitation institutions are unknown. This research seeks to define specific aspects of those factors influencing relapse, to direct the therapeutic processes in a more assertive way, achieving the impact on the causes found, which contributes to the reduction of physical, psychological and social consequences of both the patient and the patient. your family group; For this, a questionnaire based mainly on a structured and validated interview that measures the Relapse in Users with Addictive Behaviors (ERSA) (24) was used, which was modified and adapted according to the criteria of the researchers and the pertinent aspects in relation to the research question. In the respondents, the male sex predominated, aged between 15 and 60 years old, single and with a degree of education up to high school, also the vast majority unemployed and without a stable source of income, live in rented houses in urban areas . It was established that the consumption of Marijuana, Cocaine and Tobacco was predominant in the respondents, in the same way the most prevalent factors that influenced relapse were negative situations and emotions, physical fatigue, sleep or anxiety. family problems, one's own desire to use again and other people's invitation to use.

Key words: Consumption, psychoactive substance, treatment, rehabilitation.

INTRODUCCIÓN

Una sustancia Psicoactiva o droga es toda sustancia que, introducida en el organismo, por cualquier vía de administración, produce una alteración del funcionamiento en el sistema nervioso central y es susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas, razón por la cual los pacientes dependientes del consumo de sustancias psicoactivas tienden a recaer en repetidas oportunidades aun cuando ya hayan recibido tratamiento de rehabilitación. Además de esto, las sustancias psicoactivas, tienen la capacidad de modificar la conciencia, el estado de ánimo o los procesos de pensamiento de la persona que las consume.(1)

Es importante reconocer que muchas personas usan drogas en algún momento del ciclo vital y son capaces de abandonarlas de forma natural, sin embargo, en otras personas, el consumo de sustancias se vuelve persistente y logra afectar al paciente de una forma mayor en aspectos como la salud, las relaciones sociales, familiares, laborales y/o académicas.(2)

Este trabajo tuvo como finalidad determinar aquellos factores relacionados con la recaída de los pacientes que han recibido tratamiento de farmacodependencia, con el fin de obtener conocimiento sobre la situación y así brindar al equipo multidisciplinar de Corpoases, posibles alternativas que mejoren las intervenciones y seguimientos de estos pacientes, a través de acciones de enfermería enfocadas a fortalecer el proceso de rehabilitación.

Este no es un proceso sencillo sobre el cual se pueda trabajar bajo estándares generalizados, sino que requiere de intervenciones individualizadas debido a las particularidades de cada paciente y de su contexto de desarrollo. Según Linda Richards, el enfermo mental debe ser atendido con tanto cuidado como el que sufre una enfermedad física, lo cual se puede lograr a través de una mejor preparación profesional. Hoy en día la enfermería psiquiátrica logra identificar y estudiar las causas biológicas, motivaciones psicológicas, psicodinámicas y condicionantes socioculturales en la enfermedad mental en sus diferentes formas, aplicando cuidados y atención pertinente.(3) Por lo tanto, es importante que la enfermería pueda capacitarse en este campo para realizar aportes de cuidado significativo e integral en esta población.

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN	5
INTRODUCCIÓN	7
1.	10
1.1 Planteamiento del problema	11
1.2 Justificación	14
1.3 Pregunta de investigación	16
2.	16
2.1 Marco conceptual	17
2.2 Marco referencial	18
2.3 Marco institucional	21
2.4 Marco Legal	24
2.5 Marco Disciplinar	27
3.	30
3.1 Objetivo General	31
3.2 Objetivos Específicos	31
4.	31
4.1 Enfoque de la Investigación	32
4.2 Tipo de Investigación	32
4.3 Descripción de la Población	32
4.4 Selección de la Muestra	33
4.5 Instrumentos para la Recolección de la Información	33
4.6 Análisis de la Confiabilidad del Instrumento	41
4.6.1 Validación del instrumento	42
4.7 Estrategia de Análisis de Datos	43
4.8 Aspectos Éticos de la Investigación	43
5.	42
6.	51
7.	53
8.	55

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Variables	34
Tabla 2. Presupuesto General	45
Tabla 3. Cronograma	47
Tabla 4. Distribución porcentual de las drogas que ha consumido según sexo. Corpoases, sede Las Palmas. 2020	51
Tabla 5. Distribución porcentual de las emociones negativas que sintió en la recaída. Corpoases, sede Las Palmas. 2020	52
Tabla 6. Distribución porcentual del malestar físico que sintió en la recaída. Corpoases, sede Las Palmas. 2020	53
Tabla 7. Distribución porcentual de los cambios o mejoras que quiso sentir en su estado de ánimo o físico según sexo. Corpoases, sede Las Palmas. 2020	54
Tabla 8. Distribución porcentual de como quiso probar que podía controlar el consumo. Corpoases, sede Las Palmas. 2020	54
Tabla 9. Distribución porcentual de las emociones desagradables que tuvo por problemas en la relación con otras personas. Corpoases, sede Las Palmas. 2020	55
Tabla 10. Distribución porcentual de la forma como presionaron otras personas para consumir. Corpoases, sede Las Palmas. 2020	56

TABLA DE GRÁFICAS

Gráfica 1. Distribución porcentual del estado civil según sexo. Corpoases, sede Las Palmas. 2020	48
Gráfica 2. Distribución porcentual del tipo de vivienda de los encuestados Corpoases, sede Las Palmas. 2020	49
Gráfica 3. Distribución porcentual de la ocupación de los encuestados. Corpoases, sede Las Palmas. 2020	50
Gráfica 4. Distribución porcentual de la edad de inicio de consumo. Corpoases, sede Las Palmas. 2020	51

1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del problema

El uso y abuso de drogas constituye un fenómeno complejo con orígenes y consecuencias de tipo biológico, psicológico y social, traspasa fronteras geográficas y adopta características propias de cada país. La mayoría de los efectos del consumo de drogas depende de la cantidad y frecuencia de la dosis que modifica la capacidad física y mental y el comportamiento del individuo.(4) Esto constituye un grave problema de salud pública. El consumo de drogas afecta no solo a la persona dependiente, sino que destruye y debilita los núcleos familiares, incrementa la violencia doméstica, los índices de delincuencia y aumenta los costos al sistema de salud que brinda el tratamiento de rehabilitación.

El trastorno por uso de sustancias es una enfermedad crónica y recidivante, en el que la recaída forma parte del proceso de la adicción. Se entiende como recaída cuando se produce el reinicio del consumo de una sustancia tras un periodo más o menos prolongado de abstinencia de la sustancia.(3)

Según el informe mundial sobre las drogas de las Naciones Unidas, el 5% de la población adulta del mundo consumió alguna droga ilícita durante el 2010 y las personas con algún trastorno por consumo de sustancias representan el 0,6% de la población mundial. Cada año mueren aproximadamente 200.000 personas producto del consumo de heroína, cocaína y otras drogas ilícitas.(5) Por otro lado el último Informe Mundial de Drogas publicado en el 2018 por la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC), concluyó que unos 275 millones de personas en todo el mundo, es decir, aproximadamente el 5,6% de la población mundial de edades comprendidas entre los 15 y los 64 años, consumió drogas en al menos una ocasión en 2016, Según la OMS, en 2015 fallecieron aproximadamente 450.000 personas a consecuencia del consumo de drogas. De esas muertes, 167.750 estaban directamente relacionadas con los trastornos por consumo de drogas (principalmente sobredosis).(6)

En Colombia las cifras son similares a la de la población mundial general, según el estudio nacional de uso de sustancias psicoactivas realizado en el 2013 en relación con el uso de sustancias ilícitas, reportó que el 13.0% de las personas encuestadas ha usado alguna droga ilícita al menos una vez en su vida, un 19.9% de los hombres y el 6.5% de las mujeres.(7) El uso reciente o en el último año de alguna droga ilícita fue reportado por el 3.6% de los encuestados, lo que equivale a unas 839 mil personas. El consumo reciente es muy superior entre los hombres (5.9%) que entre las mujeres (1.4%). El mayor consumo de sustancias ilícitas en el último año se presenta en el grupo de 18 a 24 años, con una tasa del 8.7%, seguido por los adolescentes con una tasa del 4.8% y las personas de 25 a 34 años, con una prevalencia del 4.3% para dicho periodo.(7)

En cuanto a estratos socioeconómicos, el mayor consumo reciente de sustancias ilícitas se encuentra en el estrato tres, con casi el 4% de los encuestados, sin ser estadísticamente significativa la diferencia con respecto a los otros estratos.

En relación con el grupo de consumidores del último año, el 57.7% de ellos presenta patrones de uso perjudicial, ya sea dependiente o abusador. Lo cual quiere decir que, en términos generales, de dos consumidores de drogas, uno tiene algún problema con el consumo, ya sea físico, psíquico, familiar o social.(7)

Con respecto a la ciudad de Medellín, según una encuesta realizada en el 2009 por el observatorio nacional de drogas reportó en cuanto al consumo de sustancias ilícitas, que 17% de las personas encuestadas han usado alguna de tales sustancias al menos una vez en la vida: 26,5% de los hombres y 8,7% de las mujeres.

El uso reciente o en el último año de alguna sustancia ilícita fue reportado por 5,7% de los encuestados, lo que equivale a cerca de 159 mil personas. El consumo reciente es muy superior entre los hombres (9,9%) que entre las mujeres (2,1%). El grupo de edad con mayor prevalencia de uso de sustancias ilícitas en el último año es el de 18 a 24 años, con 11%, seguido por el grupo de 12 a 17 años, con 9,7%, y el de 25 a 34 años, con 9%.

En cuanto a estratos socioeconómicos, el mayor consumo reciente de sustancias ilícitas se encuentra en el estrato 4, con 8,4% de los encuestados, seguido por el estrato 1, con 7,9%. En los estratos 2 y 3 se reporta consumo reciente aproximado del 5% de los encuestados, y 2% en los estratos 5 y 6. La mayor proporción de consumidores de sustancias ilícitas con respecto a la población total se encuentra en Medellín y el área metropolitana (6,3%) en comparación al resto de Antioquia (1,6%). El número de consumidores en el primer caso supera los 153 mil, mientras que en el segundo no alcanza a los 6 mil.(8)

Respecto a las desintoxicaciones en el ámbito ambulatorio se ha descrito que el 50% de los pacientes dependientes de cocaína recaen a los 6 meses de seguimiento. Goeb et al. (2000) describen que en una muestra de 257 pacientes drogodependientes el 86% recaen a los 3 meses de seguimiento ambulatorio.

En la desintoxicación hospitalaria se ha descrito que cerca del 60% de los pacientes recae a los 3 meses del seguimiento ambulatorio y más del 70% a los 6 meses del seguimiento ambulatorio y que cerca del 80% recaen al año tras la desintoxicación hospitalaria. Así mismo smit et al (2010) detectaron que hasta un 91% de los pacientes recae tras una desintoxicación a nivel hospitalario y que el 59% de los casos se producía durante la primera semana tras el alta.(5)

El proceso de recaída es inherente al fenómeno de las adicciones y no debe ser valorada como un fracaso. La tasa de recaída es muy alta y se presenta frecuentemente durante el primer año.

Hay diferentes factores conocidos que favorecen la recaída tales como la presión de amigos consumidores, la existencia de conflictos, los estados psíquicos negativos, la propia dependencia fisiológica y psicológica al tóxico. Es importante considerar el estilo de vida del sujeto como un elemento que interactúa con los factores precipitantes señalados.

Conocer la existencia de estos factores tiene una gran importancia ya que posibilita dirigir el tratamiento para la prevención de estos factores o para la adquisición de habilidades y recursos para enfrentarlos; cuanto mayor sea el conocimiento sobre ellos, mayor posibilidad habrá de actuar con anticipación para evitarlos.(9)

Según Linda Richards, el enfermo mental debe ser atendido por lo menos con tanto cuidado como el que sufre una enfermedad física, se puede lograr a través de una mejor preparación. Hoy en día la enfermería psiquiátrica logra identificar y estudiar las causas biológicas, motivaciones psicológicas, psicodinámicas y condicionantes socioculturales en la enfermedad mental en sus diferentes formas, aplicando cuidados y atención pertinente.(3)

Aunque se conocen múltiples factores que llevan a una persona a consumir drogas o sustancias psicoactivas por primera vez, se desconocen muchas de las causas que provocan recaída en los pacientes que ya han realizado uno o varios procesos de farmacodependencia en alguna institución prestadora de servicios de rehabilitación. Actualmente no se encuentra un abordaje oportuno a dichas causas, ya que se sigue evidenciando la reincidencia al consumo.

En vista de que este es un hecho que está afectando de forma negativa a la sociedad y en una magnitud muy grande, se busca con esta investigación definir aspectos específicos acerca de aquellos factores influyentes en la recaída de los pacientes farmacodependientes, para dirigir los procesos terapéuticos de una forma más asertiva, logrando el impacto sobre las causas encontradas para contribuir a la disminución de las consecuencias físicas, psicológicas y sociales tanto del paciente como de su grupo familiar.(9)

1.2 Justificación

Algunas investigaciones han estudiado la relación de factores psicológicos y socioculturales con el uso continuo de drogas, tales como autoestima, autoeficacia, influencias de los padres, miembros de la familia con problemas de abuso de sustancias, comportamiento antisocial temprano; como infringir la ley o mentir de forma repetida, presión social; que puede incluir pasar tiempo con otros consumidores de drogas, fácil acceso a las drogas y trastornos de salud mental como: ansiedad, depresión y trastorno de pánico.(4)

Otros estudios han reportado bajos niveles de éxito en los tratamientos contra la dependencia de las drogas y han documentado la influencia de algunos factores predictores para el abandono del tratamiento y consumo de drogas durante o al finalizar el mismo, entre los principales se encuentran; el autocontrol, apoyo social, niveles de estrés, desempleo o problemas en el trabajo, problemas familiares, abuso de dos o más sustancias y poco tiempo en el tratamiento.(4)

El estudio de personas que padecen un sufrimiento psíquico o enfermedad mental, carece de bases de información, modelos o teorías de enfermería que argumentan el manejo de estos pacientes. Actualmente la atención a la salud en este campo es enriquecida con aportes de otras disciplinas como lo son la sociología y ramas de la psicología.(10)

Se busca con esta investigación identificar factores en los pacientes que reinciden en el proceso de farmacodependencia en la fundación, para implementen, fortalezcan y mantengan estrategias que vinculen al personal profesional de enfermería en compañía de las demás ciencias interdisciplinarias como sociología, psiquiatría y psicología; con el fin de minimizar el abandono al tratamiento, reingresos al proceso de desintoxicación y mantener un estilo de vida libre de consumo.

La carencia de programas para intervenir estos factores lleva a la nueva búsqueda de determinantes que estén favoreciendo la recaída, pese a que se conocen muchos de estos, no hay un plan implementado específico para cada uno; si no se abarca cada factor desde su magnitud; buscando solución, sigue siendo una latente en el consumo.(4)

Se debe tener en cuenta que la problemática no solo abarca a la persona adicta, también se ven involucrados en el proceso, los familiares y/o acompañantes permanentes, los cuales serían coadictos y necesitan ser intervenidos durante la estancia del paciente en la fundación. Esto favorece la recuperación y éxito en el proceso, disminuyendo así el riesgo de recaída.(4)

Este proyecto se llevará a cabo en una fundación de la ciudad de Medellín la cual ha dado el aval para desarrollar la investigación sin retribución financiera. Los participantes serán captados según su disponibilidad y los criterios de inclusión. Se dará cumplimiento a los aspectos legales y éticos propios de la investigación a través de la información detallada de los objetivos y propósitos, los cuales son académicos y la aceptación de la participación en el proyecto mediante la firma del consentimiento informado. Se cuenta tanto con el personal necesario, recursos y el tiempo adecuado para el desarrollo del mismo.

El objetivo es que los pacientes por medio de intervenciones, pautas y tratamientos brindados durante la institucionalización y seguimiento en consultas ambulatorias que brinda la fundación; tengan un manejo individualizado y logren el éxito en su tratamiento.

Para lograr todo esto tomamos como base el Modelo de relaciones entre seres humanos de Joyce Travelbee, propuso que el objetivo de la enfermería es ayudar a una persona, familia o comunidad a prevenir o afrontar las experiencias de la enfermedad y el sufrimiento y, si es necesario, a encontrar un significado para estas experiencias, siendo el fin último la presencia de la esperanza.(11)

La tarea de enfermería será comprender a ese ser humano desde su perspectiva personal, a la luz de su historia y de las múltiples manifestaciones y señales que indican su mundo personal. Travelbee visualiza al ser humano como un ser único, irremplazable, inserto en un determinado contexto socio cultural; capaz de atribuir significados a sus experiencias. Afirma: “la salud mental no es algo que la persona posee, sino algo que la persona, ES...en una época y medio ambiente sociocultural y físico determinado”.(12)

1.3 Pregunta de investigación

¿Cuáles son los factores relacionados con la recaída en el consumo de sustancias psicoactivas en una institución de la ciudad de Medellín en el año 2020?

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Marco conceptual

Un diagnóstico de las condiciones de salud de una población es la base fundamental para lograr el éxito en las intervenciones que se lleven a cabo en la misma. El factor desencadenante de una problemática de salud a nivel mundial durante mucho tiempo ha sido la drogodependencia como fue definida por primera vez por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1964, como el estado de intoxicación periódica o crónica producida por el consumo repetido de una droga natural o sintética, cuyas características son el deseo dominante de continuar tomando la droga y obtenerla por cualquier medio, la tendencia a incrementar la dosis, la dependencia física y generalmente psicológica, el síndrome de abstinencia si se retira la droga y los efectos nocivos para el individuo y para la sociedad.

La OMS dice que una droga es toda sustancia que, introducida en el organismo por cualquier vía de administración, produce de algún modo una alteración del natural funcionamiento del sistema nervioso central del individuo y además es susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas. Más tarde, en 1982, definió a la dependencia como un síndrome que implica un esquema de comportamiento en el que se establece una gran prioridad para el uso de una o varias sustancias psicoactivas determinadas, frente a otros comportamientos considerados habitualmente como más importantes.(13)

La persona drogodependiente suele recibir varios nombres impuestos por la misma sociedad lo que hace frecuente escuchar la palabra “adicto” que sin embargo no debería ser un término general ya que hay diferentes tipos de vínculos de las personas con las sustancias sin ser todos ellos adicciones, ni necesariamente consumos problemáticos. Esto es debido a los patrones de consumo que se han podido determinar a través del tiempo como son los de uso experimental que es el consumo de una droga para probar sus efectos y después de un determinado número de usos, se abandona; aquel de uso regular o social que es cuando se continúa usando la sustancia y su consumo se integra al estilo de vida habitual; el uso nocivo,

definido por la OMS como un patrón de uso que causa daño, ya sea mental o físico o el abuso y dependencia, como enfermedades asociadas con el consumo de sustancias psicoactivas.

Las sustancias psicoactivas tienen diferentes formas de clasificación, según sus efectos en el sistema nervioso central pueden ser estimulantes, depresoras y alucinógenas, según su origen que pueden ser naturales o sintéticas, según su situación pueden ser lícitas o ilícitas o las NPS (Nuevas Sustancias Psicoactivas) son sustancias de abuso ya sea en forma pura o en preparado que no son controladas por la Convención Única de 1961 sobre estupefacientes ni por el convenio de sustancias psicotrópicas de 1971.(14)

Por estas consecuencias negativas se han definido planes o programas de rehabilitación que son el conjunto de intervenciones diseñadas para optimizar el funcionamiento y reducir la discapacidad en individuos con condiciones de salud en la interacción con su entorno.(15) Sin embargo no todos estos procesos tienen un fin adecuado o esperado ya que una problemática adjunta a la drogodependencia es que a pesar de que esta población reciba terapias de rehabilitación, por factores aún no determinados de forma específica estos vuelven a sus hábitos de consumo lo que es denominado como recaída que se define como el proceso de retroceso a los patrones de comportamiento y pensamiento típicos de la adicción activa, que ya se habían superado, y que finalmente llevan de vuelta al uso, retrocediendo hasta llegar de vuelta al estado de enfermedad adictiva que existía antes de comenzar la recuperación. Para poder hablar de recaída una persona debe haber estado previamente en recuperación, o sea abstinente y con cambios de conducta, por un período significativo de tiempo.(16)

2.2 Marco referencial

El ser humano desde sus inicios ha buscado medios de supervivencia que han evolucionado hasta lo que hoy conocemos, las culturas, las costumbres, creencias y doctrinas construyeron la sociedad actual. Es por esto que en esa búsqueda los indígenas de numerosas y alejadas regiones de los distintos continentes encontraron materia prima para mitigar el hambre y la sed o encontrar el valor para el combate. Por ello se puede decir que el consumo de sustancias

psicoactivas se remonta a miles de años en la historia ya sea por su ingestión ritual o para otros fines.(17)

Este tipo de sustancias también han sido utilizadas desde épocas remotas como herramientas de placer o evasión, en una especie de antesala del actual fenómeno de la drogodependencia. Durante el siglo XIX existió la epidemia de consumo de opio en China, el problema de abuso de drogas y su conexión con el desarrollo de conductas delictivas fue incrementándose paulatinamente en el mundo occidental durante el siglo XX. Esta situación fue entendida por Naciones Unidas como un problema de Salud Pública, creándose un Programa de Fiscalización de Estupefacientes (PNUFID) y una Junta Internacional del mismo nombre (JIFE) para su control y erradicación.(18)

El opio, por ejemplo, es un alcaloide extraído de la amapola y constituye una de las drogas más antiguas empleadas por el hombre. De hecho, su uso en varias culturas de Asia Menor, particularmente la asiria, se remonta a unos 4.000 años a.C. El empleo terapéutico del opio como herramienta analgésica, antitusígena, hipnótica, sedante y tranquilizante, entre otras, ha sido una constante de la historia de la medicina. Asimismo, el opio también ha desempeñado un trascendente papel histórico, desde el punto de vista político, comercial y sociológico. La relación entre los opiáceos y la criminalidad se fundamenta básicamente en el fenómeno del narcotráfico.

El siglo XIX también supone el inicio de la historia de las drogas sintéticas. En 1803, el farmacéutico alemán Friedrich Wilhelm Sertürner inició sus primeros experimentos químicos, consiguiendo extraer un ácido orgánico a partir del opio, al que llamó ácido mecónico, del cual obtuvo una sustancia dotada de efectos narcóticos, a la que denominó morphium (morfina), en honor de Morfeo (hijo del dios del sueño y dios del ensueño).

La morfina fue comercializada en 1827 por la compañía E. Merck (Darmstadt, Alemania), aunque su uso no comenzó a difundirse ampliamente hasta mitad del siglo XIX, cuando Charles Gabriel Pravaz y Alexander Wood descubrieron, respectivamente, la jeringa y la aguja hipodérmica. Precisamente, estos avances médicos ocasionaron otro grave problema

de adicción en Estados Unidos, tras la finalización de la Guerra de Secesión Americana (1861-1865), pues durante este conflicto se les proporcionó a los soldados una jeringa hipodérmica y una dotación de morfina para administración parenteral, que podía autoadministrarse como analgésico en casos de lesiones o heridas de guerra. Al final del conflicto, la sociedad americana tuvo que enfrentarse a una nueva epidemia, conocida como "enfermedad del soldado" o el "mal militar", que no era otra cosa que un síndrome de dependencia a este agente opiáceo, que había sido suministrado a los combatientes de forma absolutamente incontrolada. Se estima que, al final de la Guerra de Secesión, había unos 45.000 soldados dependientes de la morfina.(18)

Dado el elevado número de adictos a la morfina, se impuso la necesidad de encontrar una nueva sustancia con una potencia analgésica semejante, pero sin problemas de dependencia. Así, el grupo de Heinrich Dreser, de la compañía alemana F. Bayer & Co. (Elberfeld, Alemania), sintetizó en 1874 la diacetilmorfina. Este derivado de la morfina, tres veces más potente, fue finalmente comercializado en 1899 para el tratamiento de enfermedades respiratorias, con el nombre comercial de Heroína, acepción derivada de la palabra germana "heroish", que viene a significar remedio heroico o poderoso. La heroína adquirió un rápido éxito comercial, siendo utilizada ampliamente en todo el mundo. Sin embargo, su potente capacidad adictiva no fue advertida hasta 1913, momento en que la compañía fabricante detuvo su producción. (16)

El gran aumento del número de adictos al opio y a la morfina en Estados Unidos generó auténticos movimientos sociales durante el periodo de entre siglos, que presionaron a la Administración para que legislaran medidas restrictivas del comercio de estas sustancias. Como consecuencia de ello, en 1906, el gobierno de Theodore Roosevelt promulgó la Pure Food and Drug Act, que perseguía la adulteración de todos los preparados farmacéuticos, entre ellos los que contenían opiáceos.(18)

En 1909 tuvo lugar también, promovida por Estados Unidos, la primera iniciativa de alcance internacional para el control de los opiáceos, la Conferencia de Shangai, en la que representantes de trece países se hicieron presentes, pero se mostraron reacios ante la

propuesta norteamericana de emprender una cruzada contra el uso recreativo de los opiáceos. Tres años después, en 1912, se firmó el primer instrumento internacional sobre esta materia, el Convenio contra el Opio de la Haya, que pretendía disminuir la producción y exportación de dicha sustancia. Sin embargo, este Convenio tuvo un valor más bien simbólico, dado que careció de fuerza vinculante para las partes.

Finalmente, en 1924 se ilegalizó la heroína en Estados Unidos, lo que generó un creciente tráfico clandestino de materias primas para la elaboración de este opiáceo. Éstas procedían de países del sudeste asiático (el denominado "triángulo de oro"), pasaban por Marsella (la denominada "French connection") y acababan en Norteamérica, donde grupos de inmigrantes italianos ya habían generado toda una red clandestina de distribución, aprovechando la infraestructura establecida para la distribución ilegal de alcohol durante la denominada "Ley Seca".(18)

De allí se derivan el resto de sustancias como la cocaína, marihuana, anfetaminas, alcohol, entre otras, por supuesto al aumento de esta problemática y al despliegue de un sin número de investigaciones direccionadas a terapias psicológicas, farmacológicas, tratamientos unimodales o tratamientos combinados, formando parte de un abordaje global de la problemática del individuo relacionada con el consumo de sustancias. Sin embargo, se ha podido definir que los tratamientos integrados destinados a las necesidades específicas de cada paciente, podrían constituir la estrategia óptima para ayudar a los pacientes cuyas vidas se han visto afectadas por el abuso de sustancias, aunque los índices de recaída aún siguen siendo elevados.(19)

2.3 Marco institucional

El centro de rehabilitación Corpoases, es una corporación que da inicio en marzo del año 2009, presta el programa de rehabilitación y tratamiento de drogas y alcohol.

Ofrece un enfoque único y eficaz para el tratamiento de las drogas, el alcohol y otras adicciones asociadas. Están ubicados en Medellín, Colombia, las personas que disfruten del tratamiento estarán en un hermoso lugar, con una ubicación privilegiada, acompañados de

programas de terapia de clase mundial para un proceso de recuperación efectiva, divertida y para siempre.(20)

Tienen como Misión: contribuir al mejoramiento de la salud mental de los usuarios y familia como parte integral de la comunidad, lograr un desarrollo humano integral, con calidad humana, eficiente, eficaz y seguro para su bienestar y la satisfacción de sus necesidades.

Visión: que para el 2023, la Corporación (Corpoases) sea reconocida como una institución líder en la prestación de servicios y el desarrollo de estrategias y programas de promoción de la salud mental; prevención de problemas psicosociales con énfasis en adicciones; tratamiento, rehabilitación y reinserción de personas aquejadas por estas problemáticas, fundamentada en la investigación científica y en la ética.

Políticas de calidad: El trabajo de Corpoases está enfocado en las intervenciones biopsicosociales, terapéuticas y de salud mental para la mejora en las condiciones de la calidad de vida desde los ámbitos personal, familiar y social centrado de los usuarios, ejecutando proyectos y actividades encaminadas a causar impacto en la sociedad y en las comunidades atendidas, cumpliendo con los requisitos de quienes contribuyen o aportan a su labor y obteniendo los mejores resultados a través del mejoramiento continuo de sus procesos.(20)

Ofrece 4 programas:

- Centro Día (habitante de calle): Es un programa de resocialización para población en situación y habitante de calle, mediante la interiorización de normas, valores, y una nueva forma de percibir la realidad. Contribuyendo al proceso de construcción y recuperación de habilidades y cualidades que les permita incluirse de nuevo a actividades cotidianas de su entorno.
- Centro de Artes y Oficios: Programa que sirve de engranaje para los programas de resocialización en jóvenes, ayudándoles al fortalecimiento y el desarrollo de habilidades artísticas y ecológicas que les permita emprender, crear e innovar en sectores económicos y culturales o en las denominadas industrias naranjas o

economías solidarias y sostenibles. Permitiéndoles así, explorar nuevas opciones de ocupación en su tiempo libre.

- Centro Residencial de Adicciones: Modalidad de tratamiento que facilita la separación del paciente de su contexto social y familiar; está diseñada o estructurada para pacientes que no han sido capaz de parar de consumir drogas, alcohol o cualquier otra sustancia por sí solos y de realizar reducción de la frecuencia de consumo. En esta modalidad se pretende recuperar hábitos de vida saludables, lograr una suspensión inmediata del consumo y dar un manejo al síndrome de abstinencia para iniciar proceso de cambio.
- Centro Ambulatorio: Esta modalidad facilita realizar el tratamiento al paciente con la oportunidad de permanecer en su medio social, laboral, educativo y familiar. Es importante tener en cuenta que el paciente debe haber pasado previo a la vinculación a esta modalidad por las dos fases anteriores y contemplar la posibilidad de que sea necesario en momentos aumentar la frecuencia de asistencia o requerir paso a una modalidad de internación. En la modalidad ambulatoria, la frecuencia de asistencia es concertada con el paciente teniendo en cuenta que en esta modalidad se ubican usuarios con puntaje de ASSIST medio o bajo.(20)

Esta corporación vincula un programa de Resocialización:

Es un programa de resocialización y reeducación. No se concentra en el acto de consumir sino en los comportamientos que hacen que las personas se conviertan en adictas. Por eso, tienen un programa de tres meses que cuenta con unos objetivos terapéuticos por cada mes, esto permitirá generar unos niveles de consciencia con respecto al acto de consumir.

Cada paciente será agendado a atención terapéutica por 3 áreas de atención: trabajo social, psicología y especialista en adicciones y se emitirá un concepto de staff para definir focos terapéuticos. Se vinculan a los jóvenes a los diferentes talleres ocupacionales y tendrán acompañamiento permanente del operador terapéutico para generar un ambiente educativo durante la jornada. De la misma manera se enviará informe a las instituciones educativas sobre el desempeño del joven en el proceso; las familias que deseen intervención y la acepten serán citadas a intervención semanales. (18)

¿Cómo funciona?

Los jóvenes tendrán una estructura terapéutica que es un documento con el cual las diferentes áreas harán seguimiento y serán atendidos en 2 jornadas. En ambas se dará almuerzo para permitir permanencia cómoda en el espacio y todos firmarán consentimiento informado y se hará inducción para aceptación de normas y no porte de armas y drogas en el espacio.(20)

Este se divide en 4 fases:

- Fase Inicial: Entrevista de Orientación | Programación de Fase Diagnóstica | ASISST.
- Fase de Atención: Ambulatorio Intensivo | Vinculación a actividades acorde a perfil vocacional.
- Fase de Mantenimiento: Actividades de cognitivismo conductual para significación de estilos de vida | Grupos terapéuticos reeducativos | Atención psicológica.
- Fase Final: Evaluación de cumplimiento de indicadores | Staff de seguimiento | Grupos terapéuticos reeducativos | Atención psicológica cada 15 días | Grupos de familia | Atención por trabajo social individual. (18)

Se integran 4 aspectos:

- Arte y disciplina: confianza en el cambio.
- Aprendizaje social y emocional: la recuperación a largo plazo, con formación inicial y permanente.
- Cuerpo, mente y consciencia: equilibrio entre la perspectiva generalista y especializada, para una recuperación auténtica y duradera en el tiempo.
- Sentido y contenido de vida: pasar de la recuperación como acumulación de procesos a la construcción de saberes prácticos para una vida autónoma.(20)

2.4 Marco Legal

La sociedad colombiana en su conjunto ha sido afectada, de manera grave, por el Problema Mundial de las Drogas. Sus efectos han tenido impactos negativos, menoscabando el desarrollo económico, la salud y la seguridad ciudadana.(21)

En vista de estas graves consecuencias el gobierno en conjunto con diferentes actores del sistema y entidades prestadoras de servicios de salud pública y privada, se enfrentaron a la necesidad de implementar programas, estrategias y políticas que ayuden a reducir el impacto negativo en la población.

En consecuencia, con lo anterior se crea la política nacional contra las drogas en la cual se expone lo siguiente “se ha reconocido la necesidad de tener un marco común que apalanque la articulación e integración de las acciones, lo cual permitiría ejercer control sobre la mayor cantidad de factores y variables que operan sobre los orígenes del problema y de sus manifestaciones, así como sobre las respuestas. A su vez, se espera optimizar la distribución de los recursos (técnicos y financieros), comúnmente escasos y finitos, y así maximizar el bienestar y garantizar el derecho de todos y todas a acceder a oportunidades para prevenir, mitigar y superar las condiciones y factores que hacen más dinámicos los riesgos y la vulnerabilidad frente al consumo de SPA”.

En consecuencia, la finalidad última de la política es reducir la incidencia y prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas en Colombia y mitigar el impacto negativo del consumo sobre el individuo, la familia, la comunidad y la sociedad.(21)

Por otro parte y encaminados hacia el mismo objetivo se crea el Plan Nacional de promoción de la salud, prevención y atención al consumo de sustancias psicoactivas. El cual contempla 5 componentes articulados al Plan Decenal de Salud Pública el cual fue aprobado en la Comisión Nacional de Estupefacientes en el año 2014 y expone la situación de Colombia reconocida internacionalmente por la producción y tráfico de drogas, como un país que requiere fortalecer sus acciones para reducir el consumo de sustancias psicoactivas y su impacto, a partir del cumplimiento de sus responsabilidades en el campo de la salud pública, así como del reconocimiento de lo que se ha logrado y de lo que hace falta, con base en una visión estratégica fundamentada en los datos con los que hoy se cuenta. Este plan aborda de manera integral la reducción del uso, de las consecuencias y la afectación en la salud por el consumo de sustancias psicoactivas; reconoce el consumo de sustancias psicoactivas lícitas e ilícitas como un asunto de salud pública, y el abuso y adicción como una enfermedad que

requiere atención integral desde una perspectiva basada en la evidencia y en los derechos humanos.(22)

La ley 1566 del 31 de julio de 2012” por la cual se dictan normas para garantizar la atención integral a personas que consumen sustancias psicoactivas y se crea el premio nacional "entidad comprometida con la prevención del consumo, abuso y adicción a sustancias" psicoactivas”.(23)

En el artículo número 1 de la mencionada ley se reconoce que el consumo, abuso y adicción a sustancias psicoactivas, lícitas o ilícitas es un asunto de salud pública y bienestar de la familia, la comunidad y los individuos. Por lo tanto, el abuso y la adicción deberán ser tratados como una enfermedad que requiere atención integral por parte del Estado.(23)

Esta ley tiene como objeto la protección y garantía de los derechos de los consumidores de SPA para acceder a los beneficios del sistema de salud colombiano. Recibir una atención integral y lograr mejores condiciones para una vida digna. De la misma forma. es una ley que se propone como herramienta para que los profesionales y personas que trabajan en la reducción del consumo de estas sustancias puedan contar con pautas de intervención, ya que es un referente para la materialización del derecho a la salud. Esta Ley procura que las entidades que conforman el Sistema General de Seguridad Social en Salud; Organizaciones, colectivos y la comunidad en general, sean partícipes activos en el compromiso por la reducción del consumo de SPA en el país.(24)

Además de lo anterior el ministerio de la salud y protección social por medio de la resolución 3202 del 2016 por la Por la cual se adopta el Manual Metodológico para la elaboración e implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud RIAS, en la cual se incluyen los trastornos asociados al consumo de SPA, la cual se encuentra incorporada dentro de la ruta Integral de Atención en Salud de Grupos de Riesgo. Las Rutas Integrales de Atención en Salud son un referente para orientar a los diferentes integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud y demás entidades responsables de las acciones en salud para que, en el marco de sus competencias y funciones, articulen las intervenciones individuales y colectivas, a realizar en los ámbitos territoriales y en los diferentes grupos poblacionales.(25)

Las rutas describen explícitamente los elementos clave de la atención basada en la evidencia, las mejores prácticas y las expectativas de los usuarios. Permiten la integración organizada, mediante la secuenciación de las acciones multidisciplinares de índole poblacional, colectiva e individual y las funciones de los diferentes integrantes del SGSSS y de las demás entidades que tengan a su cargo acciones en salud, en el marco de sus competencias y funciones. Fortalecen la comunicación entre los diferentes integrantes del SGSSS y de las demás entidades que tengan a su cargo acciones en salud, en el marco de sus competencias y funciones.(25)

2.5 Marco Disciplinar

En esta investigación se integra la teoría de la relación persona a persona de Joyce Travelbee, la cual determina que el objetivo de enfermería es ayudar a una persona, familia o comunidad a prevenir o afrontar las experiencias de la enfermedad y el sufrimiento y, si es necesario, a encontrar un significado para estas experiencias. Plantea que el propósito de la enfermería es en primer lugar; comprender la situación que vive la persona, familia o grupo y a partir de esta comprensión, establecer una relación de ayuda.

Al cuidar, la enfermería hace uso de sus recursos personales y profesionales, para establecer una relación específica que la llama de “persona a persona” y ambas personas dan significados subjetivos a sus experiencias de vida. La tarea de enfermería será comprender a ese ser humano desde su perspectiva personal, a la luz de su historia y de las múltiples manifestaciones y señales que indican su mundo personal.(12)

Travelbee visualiza al ser humano como un ser único, irremplazable, inserto en un determinado contexto socio cultural; capaz de atribuir significados a sus experiencias. Se refiere a las metas de la atención individual, familiar o comunitaria preguntando:

- ¿A quién se cuida? Respondiendo: a personas, siempre personas, ya sea individuos, familias parejas o comunidades
- ¿Para qué cuidar? Respondiendo: para acompañar en el proceso de enfrentar el dolor y el sufrimiento y traspasarlo, encontrando un sentido a las experiencias, acompañar

en el proceso de toma de conciencia tanto de lo que hace sufrir en el presente y pasado. Así como de las fortalezas personales, para enfrentar y aprender de las experiencias de vida y para promover conductas, actitudes y estilos de vida saludable, individuales y al interior de la familia.

- ¿A través de que se cuida? Respondiendo: el cuidado es un proceso interpersonal que se desarrolla a través de encuentros y entrevistas individuales fundamentalmente, pero también experiencias grupales de activación, de resocialización, de apoyo y de ayuda.

Afirma: “la salud mental no es algo que la persona posee, sino algo que la persona, ES...en una época y medio ambiente sociocultural y físico determinado”.(12)

En su teoría, Travelbee propone actitudes, que para ella son capacidades humanas universales que distinguen lo humano, y desde esa perspectiva, fundamenta la salud y la salud mental:

- Aptitud para amar: amarse, amar a otros y ser capaz de trascender. Es necesario aprender a aceptarse y adquirir conocimiento y confianza en las propias habilidades. Trascenderse, como llegar a otros desinteresadamente como ser humano y ser capaz de sentir compasión.
- Capacidad para enfrentar la realidad: enfrentar la realidad tal y como es y no como quisiéramos que fuera, enfrentar la realidad personal, reconocer nuestra propia obligación de acción.
- Descubrir un propósito o sentido de la vida: identificarse como persona única, ¿quién soy? ¿por qué vivo? ¿A dónde voy? ¿Qué me apoya? ¿por qué estoy dispuesto a vivir? se evidencian en momentos de crisis, Joyce recuerda que si se enfrentan las crisis como momentos de aprendizajes se puede responder a estas preguntas. Contribuir a desarrollar la capacidad de amarse: auto-percibirse, auto-valorarse y auto-corrigerse. (10)

Plantea las siguientes fases de La Relación de Ayuda:

- Fase del encuentro original: primer encuentro con el paciente, los sentimientos emergen en la interacción como resultado de las percepciones desarrolladas. La observación es el paso más importante en el proceso de enfermería.

- Fase de identidades emergentes: enfermera y paciente, empiezan a establecer un enlace y a ver al otro menos como una categoría y más como un ser humano único.
- Fase de empatía: la enfermera puede interactuar muchas veces con el paciente, pero solo “empatiza” una o varias veces. Para desarrollar empatía debe haber deseo de comprender o entender a la otra persona, que puede estar motivado por el deseo de ayudarlo y la curiosidad.
- Fase de simpatía: Es un paso más allá de la empatía y surge del deseo base de aliviar el estrés. Implica una genuina preocupación del otro, combinada con el deseo de ayuda.
- Fase de término: Interrelación cercana de pensamientos y sentimientos, transmitidos o comunicados de un ser humano a otro. La enfermera y el paciente se perciben como seres humanos.(12)

Travelbee propone que en la profesión de enfermería hay dos maneras de enfocar los cuidados, dos abordajes fundamentales:

- Abordaje subjetivo científico: En él la enfermera brinda cuidados “del mundo exterior”, utiliza un plan, un protocolo preciso e identifica lo más objetivamente posible los signos, síntomas, los problemas y las necesidades del “paciente”.
- Abordaje inter-subjetivo: la enfermera debe integrar relación, proceso de cuidados y modelo de enfermería. Esta integración es un proceso largo y exige una implicación profesional y personal. Este proceso no es cuantificable, y no es registrado.(12)

La aplicación de esta teoría permite abarcar no solo a la persona adicta que esté en tratamiento, sino también a la familia; esto ayuda a integrar información para soportar las intervenciones que se llevarán a cabo con cada paciente, facilitará el manejo de las afecciones identificadas por medio de la metodología a aplicar y así brindar atención personalizada, eficaz y centrada en la mejoría personal de cada individuo reincidente y al mismo tiempo mejorar su entorno. De esta forma se busca ayudar en el afrontamiento de dicha circunstancia y/o enfermedad, tener en cuenta que es necesario un acercamiento constante “persona a persona”, tener contacto físico y visual buscando una comprensión y de allí establecer una relación de ayuda.

Comprender a cada paciente y su familia desde la perspectiva personal, su historia, manifestaciones o señales para crear un vínculo de confianza, permitiendo crear un propósito o meta como área disciplinar dentro de la institución y así lograr fortalecer cada factor identificado evitando la reincidencia en el consumo.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo General

Determinar los factores relacionados con la recaída de los pacientes que han recibido tratamiento de farmacodependencia con el fin de obtener conocimiento sobre la situación y mejorar el abordaje terapéutico en esta población.

3.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar socio demográficamente los pacientes que han tenido recaída durante el proceso de rehabilitación.
- Indagar en los pacientes sobre posibles factores que lleven a la recaída para identificar los más prevalentes en la población.
- Proponer acciones de enfermería enfocadas a fortalecer el proceso de rehabilitación.

4. METODOLOGÍA

4.1 Enfoque de la Investigación

En la presente investigación se empleó una metodología con enfoque cuantitativo, donde se midieron diferentes variables que aportaron información sobre los factores relacionados con la recaída de sustancias psicoactivas en la población estudiada a través de la aplicación de una encuesta que exploró los factores que influyen sobre ellos para realizar dicho acto.

4.2 Tipo de Investigación

Esta investigación fue de tipo observacional, ya que se realizó un análisis poblacional sobre hábitos influyentes en la recaída del consumo de sustancias psicoactivas y se hizo un abordaje sobre aspectos como su entorno social, familiar, convicciones propias, ideologías, preferencias, tendencias, entre otros. Fue descriptiva ya que describió y registró la información obtenida del desarrollo de la encuesta aplicada a la población objeto, además fue retrospectiva y transversal porque se realizó una única medición en el tiempo.

4.3 Descripción de la Población

Se contó con población de 30 personas pertenecientes al programa residencial Corpoases sede Las Palmas, que al momento de la aplicación de la encuesta se encontraban en los últimos tres meses del tratamiento.

4.3.1 Criterios de Inclusión

- Pacientes mayores de 14 años, que presentaban trastorno por dependencia de sustancias psicoactivas.

- Autorización del participante de pertenecer a la investigación a través de la firma del consentimiento informado, que fue aprobado previamente por el comité de ética de la Universidad.
- Pacientes que se encontraban en proceso residencial y que estaban en los últimos tres meses de su tratamiento.

4.3.2 Criterios de Exclusión

- Pacientes diagnosticados con trastornos psiquiátricos.
- Barreras idiomáticas que dificultaran la realización de la entrevista.
- Pacientes con enfermedad cognitiva limitante que les impidiera responder la encuesta.
- Pacientes que no demostraron interés en permanecer durante todo el proceso.

4.4 Selección de la Muestra

Muestreo no probabilístico, no aleatorio ya que, en el momento de realizar la encuesta, la población que cumplía con los criterios de inclusión y exclusión fue de 18, por lo cual se solicitó realizar la encuesta al 100 % de la población.

4.5 Instrumentos para la Recolección de la Información

El instrumento utilizado en esta investigación fue un cuestionario el cual se basó principalmente en una entrevista estructurada y validada que mide la Recaída para Usuarios de Conductas Adictivas (ERSA) (26), la cual fue modificada y adaptada, según los criterios de los investigadores, escogiendo las preguntas que se consideraron más pertinentes en relación con la pregunta de investigación y al objetivo mismo de la investigación. (ver anexo 1)

El cuestionario en su versión adaptada constó de tres secciones:

La sección 1, fue de autoría de los investigadores, en esta se elaboraron preguntas que indagaran las características sociodemográficas de los participantes; constó de 9 preguntas que hicieron referencia a aspectos como edad, nivel de escolaridad, ingresos económicos, número de personas a cargo, entre otras.

En la sección 2, se establecieron los patrones de consumo de los participantes y los motivos por los cuales dejaron de consumir, constó de 4 preguntas, la primera de selección múltiple y múltiple respuesta, las preguntas dos y cuatro de selección múltiple de única respuesta, en la pregunta número tres el participante respondió el tiempo total de consumo en años y meses y la edad de inicio de consumo.

La sección 3, contenía preguntas en las que se interrogó sobre los factores asociados y los disparadores de recaída “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”(27), incluye factores de tipo interpersonal, ambiental y social. Por último, se identificó la similitud entre la recaída actual con otras que había tenido el usuario; constó de 16 preguntas la primera pregunta fue abierta en la cual se identificó fecha, situación, lugar, día y hora en que ocurrió la recaída, así como la presencia o ausencia de otras personas. Las respuestas a esta sección fueron de tres tipos: dicotómicas (que tienen dos posibles opciones de respuesta) para las preguntas impares y para las respuestas con opción A, de porcentaje para las respuestas con opción B, con una escala que va desde 0% (no influyó) hasta 100% (influyó totalmente), selección múltiple para las preguntas pares. Las preguntas 15 y 16 identificaron el parecido de la recaída comentada con respecto a otras que había tenido el usuario. Las respuestas a estas dos preguntas fueron de dos tipos: dicotómica y de porcentaje para la opción A, con una escala que va desde 0% (no se parecen) hasta 100% (se parecen totalmente). (ver anexo 1:” Encuesta para determinar los factores relacionados con la recaída en el consumo de sustancias psicoactivas”).

De acuerdo con el instrumento se construyó la tabla de variables, las cuales fueron objeto de análisis en la investigación:

Tabla 1. Variables

VARIABLE	DEFINICIÓN	NATURALEZA	NIVEL DE MEDICIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	CATEGORÍAS O VALORES
Edad	Número de años cumplidos	Cuantitativa	Razón	Años	
Género	Conjunto de características biológicas, físicas, anatómicas que definen el ser humano	Cualitativa	Nominal	Género	-Masculino -Femenino - Otro
Número de personas a cargo	Personas que dependen económicamente del participante de la investigación	Cualitativa	Ordinal	Número de personas	-1 a 3 personas -Más de 3 personas - Ninguna
Nivel de escolaridad	Número de años aprobados en instituciones de educación formal en los niveles primaria, secundaria, superior.	Cualitativa	Ordinal	Niveles	- Primaria -Secundaria -Técnico/ tecnólogo - Universitario -Especialización -Ninguno
Estado civil	Condición que caracteriza a una persona en lo que hace a sus vínculos personales con individuos de otro sexo o de su mismo sexo, con quien creará lazos que serán reconocidos jurídicamente.	Cualitativa	Nominal		-Soltero -Unión libre -Casado -Separado -Otro
Tenencia de vivienda	Relación que existe entre los residentes y la propiedad de la vivienda.	Cualitativa	Nominal		- Propia - Arrendada. - Compartida con otras familias -Otro
Ubicación de la vivienda	ubicación geográfica de la vivienda	Cualitativa	Nominal		- Zona urbana - Zona rural
Promedio de ingresos	Conjunto de ingresos netos percibidos por todos	Cualitativa	Ordinal	Niveles	-Menos de 1 millón -Entre 1 a 3 millones

	los miembros de la familia					-Entre 4 a 5 millones -5 millones o más -Ninguno
Drogas consumidas	Sustancias psicoactivas consumidas por el participante de la investigación.	Cualitativa	Nominal			-Marihuana -Hongos -Cocaína -Éxtasis -Tabaco -Heroína -Bazuco -Sacol -Pastillas -Otra
Frecuencia de consumo	Número de veces que el participante de la investigación consume la droga en el día o en la semana.	Cualitativa	Ordinal			-Una vez al día todos los días -2 o más veces al día todos los días -Entre 1 y 3 veces por semana -Ocasionalmente
Tiempo de consumo	Tiempo total que el participante lleva consumiendo la droga.	Cuantitativa	Intervalo	Años	-	
Edad de inicio de consumo	Edad en años en la que en participante inicio el consumo de drogas	Cuantitativa	Razón	Años	-	
Motivos para dejar el consumo	Situación que al participante para dejar de consumir	Cualitativa	Nominal			-Decisión personal -Presión familiar -Por conservar un empleo -Por presión de la pareja -Otro
Situación del inicio de recaída	Situación que impulsó al participante a iniciar nuevamente el consumo.	Cualitativa	Nominal			---
Se sintió mal emocionalmente	Sintió tristeza, arrepentimiento, negatividad, entre otros	Cualitativa	Nominal			- Si - No
La situación emocional influyó en la recaída	Fue fuente principal para tomar la decisión de consumir de nuevo	Cualitativa	Nominal			- Si - No
Descripción de la situación emocional	Negativa o positiva, destructiva o constructiva	Cualitativa	Nominal			- Soledad -Frustración -Poca confianza en sí mismo -Enojo

				- Depresión -Otra -Ninguna
Se sintió mal físicamente	Signos y síntomas como dolor, falta de energía, temblores, entre otros	Cualitativa	Nominal	- Si - No
La situación física influyo en la recaída	Los signos y síntomas lo llevan a recaer para sentirse mejor	Cualitativa	Nominal	- Si - No
Descripción de la situación física	Que sentía en el cuerpo, que produce en usted, cómo se desencadena, como se calma	Cualitativa	Nominal	-Tensión o ansiedad -Cansancio o sueño -Molestias estomacales para dormir -Otro -Ninguna
Quiso cambiar o mejorar su estado físico o de animo	Deseo de tomar una decisión y actitud diferentes	Cualitativa	Nominal	- Si - No
Esta situación influyo en la recaída	Cómo influye ese deseo en su situación de recaída	Cualitativa	Nominal	- Si - No
Que cambio o mejora quiso sentir en su estado de ánimo o físico	Qué representa este deseo para usted, cómo lo visualiza, que tan difícil o fácil es	Cualitativa	Nominal	-Estás más alerta -Sentirse contento. -Sentirse con más energía -Sentirse mejor de lo que se sentía -Otro
Quiso comprobar que podía controlar el consumo en situaciones donde era probable con consumiera	Sintió que estaba preparado para enfrentarse solo a una situación de tentación a la recaída	Cualitativa	Nominal	- Si - No
Como quiso probar que podía controlar el consumo	Que actos realizó para comprobar su fuerza de voluntad en cuanto al consumo	Cualitativa	Nominal	-Podía consumir un poco de las sustancias y detener el consumo -Fuerza de voluntad, podía estar en lugares donde antes consumía y no consumir

				-Era suficiente su confianza de no consumir, exponiéndose a situaciones de riesgo de consumo
Sintió deseo o necesidad de consumir	Que pensaba, que sentía físicamente, que decisión tomó, como se sintió frente a la situación	Cualitativa	Nominal	- Si - No
Que le provocó el deseo o necesidad de consumir	Cuál fue el estímulo desencadenante del consumo y que tan fuerte es para usted	Cualitativa	Nominal	-Sintió deseo de consumir por tener dinero -Vio a los antiguos compañeros de consumo -Se encontraba cerca o en lugar donde antes consumía -Estaba consumiendo otra sustancia y esto lo llevó a consumir la droga de preferencia
Se sintió mal emocionalmente debido a su relación con otras personas	Cómo esta situación afectó su estado emocional y social	Cualitativa	Nominal	- Si - No
Que emoción desagradable tuvo por problemas en la relación con otras personas	Cómo es su posición frente a la situación social que enfrenta	Cualitativa	Nominal	-Sentía que otras personas lo menospreciaban. -Se sintió enojado tras involucrarse en discusiones con su pareja, familiares o amigos -Se sintió frustrado por la desconfianza que le mostraba su familia -Sentía que era difícil relacionarse con los demás
Sintió algún tipo de presión de otras personas	Como es la reacción de la sociedad frente a su presencia y que emoción le provoca esto	Cualitativa	Nominal	- Si - No
De qué forma lo	Las decisiones de las personas de su	Cualitativa	Nominal	

presionaron otras personas para consumir	entorno son suficientemente fuertes para que usted decida actuar de la misma forma		
Se parece esta última recaída a otras que ha tenido	Qué factores son similares en cuanto a influencias, decisiones, pensamientos, emociones, signos y síntomas, etc.	Cualitativa	Nominal

Fuente: Construcción de las investigadoras

4.6 Análisis de la Confiabilidad del Instrumento

Con el fin de obtener resultados confiables y consistentes se buscaron alternativas que permitieran la validación del instrumento y también controlar los sesgos y errores al momento de la aplicación del instrumento.

4.6.1 Validación del instrumento

Se realizó una primera prueba piloto el día 23 de septiembre del presente año, a las 5 de la tarde, en una de las sedes de Corpoases ubicada en Itagüí, la cual no se toma en cuenta debido a que las 2 personas que se abordaron en esa ocasión, se encontraban en condiciones diferentes a las de la población objeto en aspectos como edad, escolaridad, vivienda, ingresos económicos, entorno social, entre otros.

El día 25 de septiembre del presente año se realizan otras 5 encuestas en la comunidad del barrio Manrique a jóvenes que en el momento consumían sustancias psicoactivas y que en algún momento habían realizado un proceso de rehabilitación y recayeron.

Al realizar el análisis de las encuestas, se encontró que no es comprensible para los encuestados cuando se pregunta que tanto considera que influyó en la recaída refiriéndose a un porcentaje de 0-100% por lo cual se decide omitir esta pregunta que esta derivada a una anterior que indica si influyó o no en la recaída.

También son mejoradas las preguntas donde piden al entrevistado responder que tanto por ciento considera que se parece la recaída actual a otras que haya tenido en una escala de 0-100% y se reemplaza este porcentaje por las opciones de mucho, poco o nada.

4.6.1 Control de Sesgos y Errores

En la presente investigación se controló el sesgo de selección, desde la planificación y desde la ejecución, aplicando el instrumento al 100 % de la población que cumplió con los criterios de inclusión y exclusión previamente descritos. Con respecto al sesgo de información se eliminó al estandarizar por medio de un guión la forma en que las investigadoras condujeron la encuesta. Este guión se construyó a través de un conversatorio, donde se analizaron las posibles inquietudes de los participantes y la unificación de la respuesta por parte de las investigadoras

4.7 Estrategia de Análisis de Datos

Después de aplicar el instrumento a cada uno de los participantes se procedió a transferir los datos a una matriz en Excel, con el fin de realizar un análisis descriptivo a través de distribuciones de frecuencia y medidas de tendencia central. Se construyeron tablas dinámicas, con el fin visualizar los resultados en tablas de frecuencias y/o gráficos; los cuales se analizaron para dar respuesta a cada uno de los objetivos planteados.

4.8 Aspectos Éticos de la Investigación

La presente investigación tomó en cuenta las consideraciones éticas las cuales están orientadas a la protección de los derechos de los participantes, a garantizar la autonomía y a la disminución de los riesgos producto de las intervenciones directas o indirectas que los investigadores llevaron a cabo. Por esto se tomó en cuenta la normativa colombiana consignada en la Resolución número 8430 de octubre 4 de 1993, en la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud.

Según el Artículo 11 de esta resolución, la presente investigación fue clasificada en la categoría investigación sin riesgo; ya que se emplearon técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos donde no hubo ninguna intervención o modificación de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participaron en el estudio, esto se hizo por medio de una entrevista en la cual no se identificaron ni se trataron aspectos sensitivos de su conducta.(28)

Además se preservaron los principios bioéticos básicos como Beneficencia: ya que durante la investigación se actuó en beneficio de los demás, se promovió el bien o el bienestar de los participantes, No maleficencia: ya que no se produjo daño, se buscó prevenirlo, no se provocó dolor o sufrimiento, ni incapacidades, Justicia: ya que se identificó si una actuación era o no ética, y se valoró si la actuación era equitativa, Autonomía: En la investigación los participantes tuvieron la capacidad de deliberar sobre sus finalidades personales y de actuar bajo la dirección de las decisiones que pudieron tomar.(28) (29), Confidencialidad: Se garantizó que la información personal suministrada fuera protegida para que no fuera divulgada sin consentimiento de la persona. Dicha garantía se llevó a cabo por medio de un grupo de reglas que limitaron el acceso a esta información.

Cada individuo tuvo derecho a proteger su información personal. Cuando se compartió la información del estudio de investigación, el personal del estudio aseguró al individuo que su información personal continuaría siendo confidencial y sólo sería accesible a los pocos individuos que se encontraron directamente involucrados en el estudio(30) y Respeto: Implica varias cosas: a) Se permitió que el sujeto cambiara de opinión, que decidiera si la investigación concordaba con sus intereses o conveniencias, y tuvo la libertad de retirarse sin sanción de ningún tipo; b) la reserva en el manejo de la información fue respetada con reglas explícitas de confidencialidad; c) la información nueva y pertinente producida en el curso de la investigación se dio a conocer a los sujetos inscritos; d) en reconocimiento a la contribución de los sujetos se tuvo un mecanismo para informarlos sobre los resultados y lo que se aprendió de la investigación; e) el bienestar del sujeto fue vigilado cuidadosamente a lo largo de su participación.(31)

Adicionalmente, se entregó a cada participante un consentimiento informado, cuyo objetivo es respetar la dignidad y proteger los derechos y el bienestar de los participantes; este documento legal, incluye información sobre el propósito de la investigación, la justificación, los riesgos y beneficios, que le permitieron a la persona decidir voluntariamente su participación. Es deber del investigador velar por la protección de la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de los sujetos que enrole en un estudio.

El National Center for Biotechnology Information (NCBI) define al Consentimiento Informado como la autorización voluntaria de un sujeto de investigación, con una comprensión completa de lo que involucra la práctica de investigación.

La validez y la calidad de la información de este documento fue revisada y avalada por el comité de ética de las Corporación Universitaria Adventista.(32)

La autorización entregada por cada participante junto con información contenida en el cuestionario, será custodiada y almacenada en una base de datos por un periodo de 5 años, con fines únicamente investigativos, preservando en todo momento la identidad de los participantes; después de pasado este tiempo la información será eliminada. (Ver anexo 2)

5. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

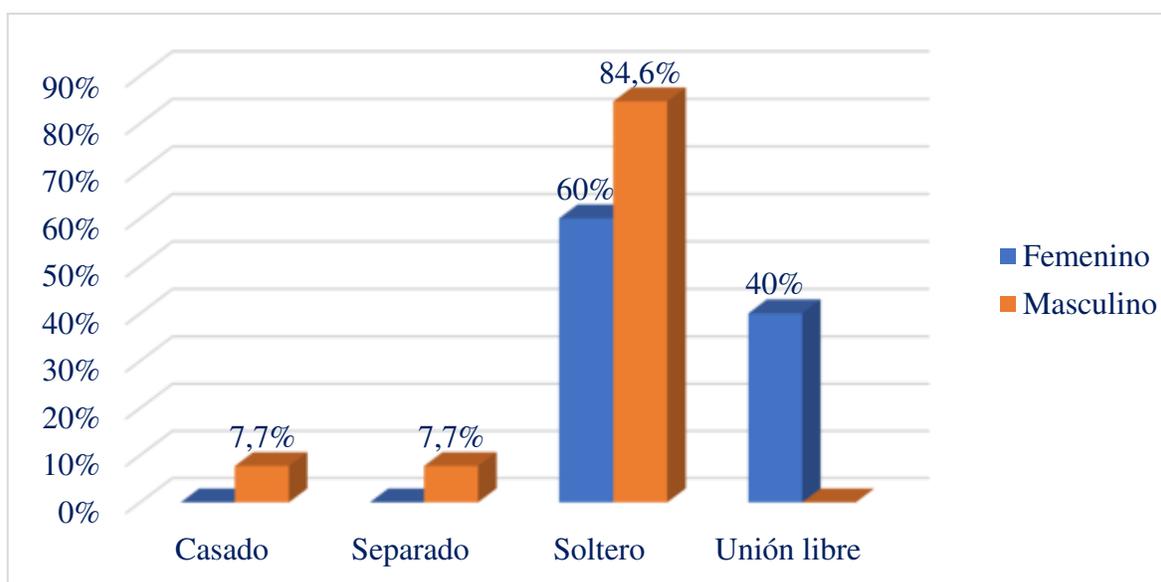
La aplicación del instrumento se llevó a cabo el día 8 de octubre del presente año, a las 3 de la tarde en una de las sedes, del centro de rehabilitación Corpoases, ubicado en las palmas, donde la población total eran 30 personas. Fueron encuestadas 18 personas entre los 15 y 60 años, todos internos en el programa de adicciones y resocialización. No fueron encuestadas tres (3) personas que estaban laborando, ocho (8) que se encontraban aislados por ser casos sospechosos para Covid-19 y uno (1) que estaba en proceso de abandono al programa.

Una vez se aplicó la encuesta a cada uno de los participantes, se procedió a tabular los resultados con el fin de analizar la información obtenida. Con respecto a datos sociodemográficos se observó que:

De las personas entrevistadas el 72,2 % son de sexo masculino y el 27,8 % son de sexo femenino.

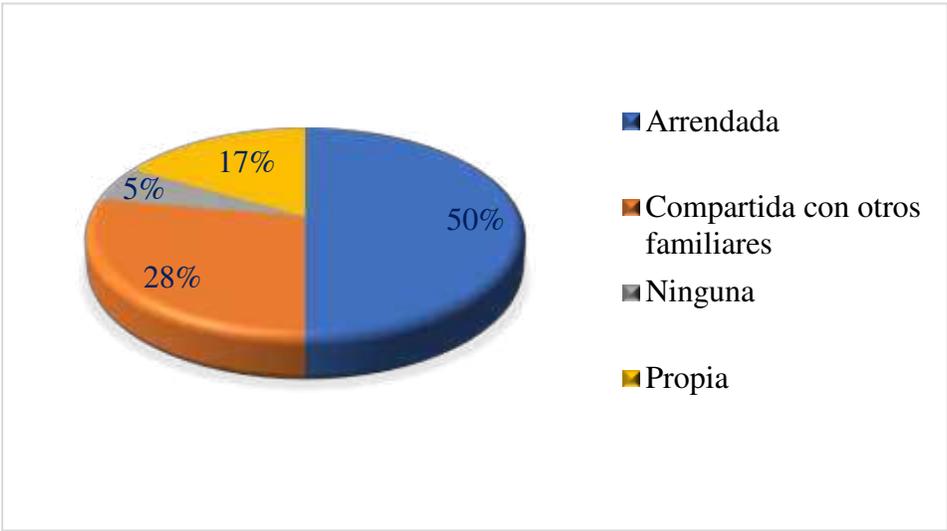
De las mujeres encuestadas el 60 % son solteras y el 40 % viven en unión libre. De los hombres encuestados el 84,6 % son solteros, el 7,7 % separados y el 7,7% casados (ver gráfica 1).

Gráfica 1. Distribución porcentual del estado civil según sexo. Corpoases, sede Las Palmas. 2020



Con respecto al nivel de escolaridad se observó que un 50% de los encuestados terminaron de estudiar la Secundaria, un 33,3% estudiaron hasta técnico y un 16,7% hasta Primaria. De los encuestados, el 50% vive en una casa arrendada y el 5,6% expresan no tener casa (ver gráfica 2).

Gráfica 2. Distribución porcentual del tipo de vivienda de los encuestados Corpoases, sede Las Palmas. 2020



Según el área de residencia se pudo determinar que el 16,7% de los encuestados viven en la ruralidad mientras que el 83,3% viven en el área urbana.

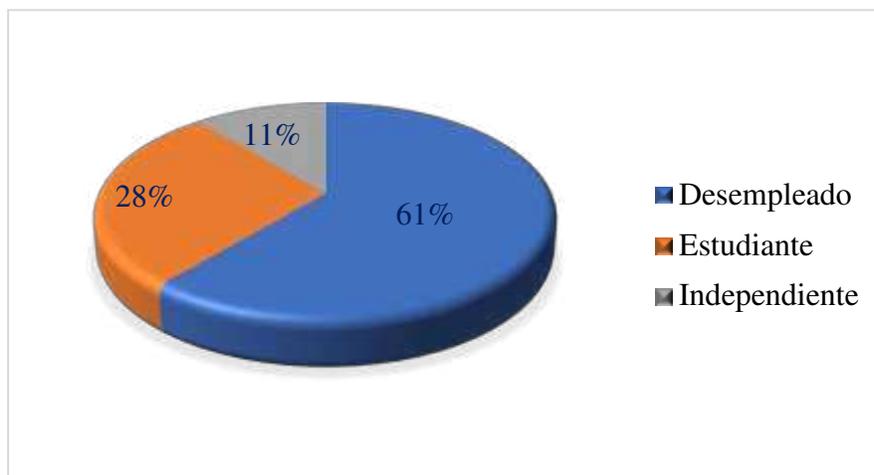
En cuanto a la ocupación, 61,1% de la población encuestada refirieron estar desempleados, el 11,1% trabajan de forma independiente y el 27,8% están estudiando (ver gráfica 3).

Con respecto al promedio de ingresos predomina la categoría ningún ingreso con un 72,2% y en menor proporción los ingresos de menos de 1 millón de pesos con un 27,8%.

Con respecto al tipo de sustancia psicoactiva que ha consumido se pudo encontrar que el 22,2% de los encuestados han consumido marihuana, cocaína y tabaco. Según el sexo se

determinó que la marihuana es mayormente consumida en el sexo femenino con un 40% y en el sexo masculino predomina la triada marihuana, cocaína y tabaco con un 30,8% (ver tabla 4).

Gráfica 3. Distribución porcentual de la ocupación de los encuestados. Corpoases, sede Las Palmas. 2020



Se pudo evidenciar que el 44,4 % de la población encuestada consumía la sustancia psicoactiva 2 o más veces al día, que el 27,8 % la consumía 1 vez al día todos los días, que el 16,7% la consumía entre 1 y 3 veces por semana y que el 11,1% la consumía ocasionalmente.

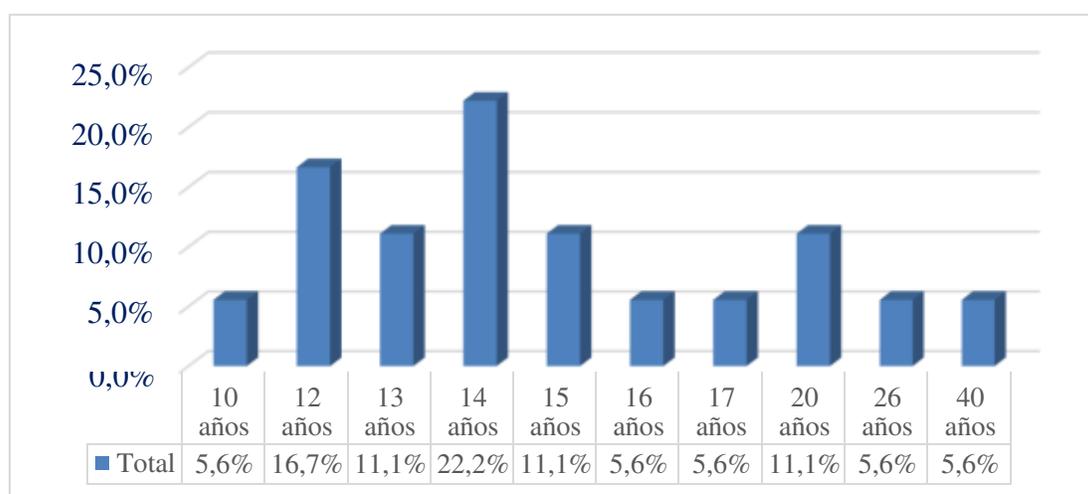
Se observó que la edad más común para el inicio de consumo, son los 14 años con un 22,2%, seguido de los 12 años con un 16,7%. También se puede observar que los rangos de edad de inicio de consumo están desde los 10 años hasta los 40 años de edad, (ver gráfica 4).

A la pregunta, ¿cuál es el tiempo total de consumo?, desde el inicio de consumo hasta el inicio del tratamiento, se observan respuestas muy variadas; en la que el tiempo mínimo fue de 10 meses y el máximo 33 años; con una moda de 6 años.

Tabla 4. Distribución porcentual de las drogas que ha consumido según sexo. Corpoases, sede Las Palmas. 2020

QUÉ DROGAS HA CONSUMIDO DROGA	POBLACIÓN		
	Femenino	Masculino	Total, general
Alcohol	0%	7,7%	5,6%
Marihuana	40%	0,0%	11,1%
Marihuana, Cocaína, Éxtasis, Pastillas	0%	7,7%	5,6%
Marihuana, Cocaína, Tabaco	0%	30,8%	22,2%
Marihuana, Cocaína, Tabaco, Bazuco	0%	7,7%	5,6%
Marihuana, Cocaína, Tabaco, Bazuco, Éxtasis, Pastillas, Tussi	0%	7,7%	5,6%
Marihuana, Cocaína, Tabaco, Bazuco, Hongos, Pastillas, LSD	20%	0,0%	5,6%
Marihuana, Cocaína, Tabaco, Hongos, Éxtasis, Bazuco, LSD, Pastillas, Sacol	0%	7,7%	5,6%
Marihuana, Éxtasis	20%	0,0%	5,6%
Marihuana, Hongos, Tabaco	0%	7,7%	5,6%
Marihuana, Cocaína, Tabaco, Bazuco, Pastillas	0%	7,7%	5,6%
Cocaína, Tabaco	20%	15,4%	16,7%
Total, general	100%	100%	100%

Gráfica 4. Distribución porcentual de la edad de inicio de consumo. Corpoases, sede Las Palmas. 2020



Con respecto a los motivos por los cuales los encuestados dejaron de consumir, se pudo determinar que el 88,9% lo hicieron por decisión personal, el 5,6% por decisión personal y presión familiar y otro 5,6% por decisión personal, presión familiar y por seguridad.

En esta población se encontró que un 55,6% han recaído después de haber iniciado tratamiento de rehabilitación y el 44,4% del total de la población encuestada no ha recaído. La sección 3, se aplicó a las personas que respondieron positivamente a la pregunta si habían recaído después de iniciado el tratamiento, con fin de identificar las posibles situaciones que pudieron originar la recaída.

Del total de la población que recayó después de haber iniciado un tratamiento de rehabilitación (55,6%), el 80% refirió haberse sentido mal emocionalmente y el 20% no sintió ningún malestar de tipo emocional. Esta situación influyó en la recaída al 80% y al 20% no le influyó.

Dentro de las emociones negativas que presentaron las personas que recayeron, el 60% sintió soledad, frustración, poca confianza en sí mismo, enojo y depresión (ver tabla 5).

Tabla 5. Distribución porcentual de las emociones negativas que sintió en la recaída.

Corpoases, sede Las Palmas. 2020

EMOCIONES NEGATIVAS	POBLACIÓN		
	EMOCIÓN	Femenino	Masculino
Ninguna	0%	10%	10%
Poca confianza en sí mismo	10%	0%	10%
Soberbia, ego	0%	10%	10%
Soledad, depresión	0%	10%	10%
Soledad, frustración, poca confianza en sí mismo, enojo, depresión	10%	50%	60%
Total, general	20%	80%	100%

En cuanto al sentirse mal físicamente se pudo determinar que el 70% de los encuestados que recayeron sintieron algún malestar físico y el 30% no sintió nada. Esta situación influyó en la recaída del 70% del total de los encuestados que recayeron y al 30 % no le influyó en nada.

Dentro de los síntomas físicos que sintieron, predominaron tensión o ansiedad y problemas para dormir con un 30% y solo tensión o ansiedad con un 20%, el cansancio o sueño, problemas para dormir, dolor o ninguna representaron un 10% respectivamente (ver tabla 6).

Tabla 6. Distribución porcentual del malestar físico que sintió en la recaída. Corpoases, sede Las Palmas. 2020

MALESTAR FÍSICO	POBLACIÓN		
	Femenino	Masculino	Total general
Cansancio o sueño	0%	10%	10%
Dolor	10%	0%	10%
Ninguna	0%	10%	10%
Problemas para dormir	0%	10%	10%
Tensión o ansiedad	10%	10%	20%
Tensión o ansiedad, cansancio o sueño, molestias estomacales, problemas para dormir	0%	10%	10%
Tensión o ansiedad, problemas para dormir	0%	30%	30%
Total, general	20%	80%	100%

El 100% de la población encuestada que presentó recaída en el tratamiento de rehabilitación, refirieron que quisieron cambiar o mejorar su estado de ánimo o físico y el mismo 100% refirió que esta razón fue influencia sobre la recaída.

Según los cambios o mejoras en el estado físico o mental, el 30% de la población que recayó quería estar más alerta, sentirse contento, sentirse mejor de lo que se sentía; otro 30% sentirse contento, un 20% sentirse con más energía, sentirse mejor de lo que se sentía; un 10% sentir que si podía ser capaz de trabajar y hacer cosas por sí mismo y otro 10% estar más alerta otro (ver tabla 7).

Tabla 7. Distribución porcentual de los cambios o mejoras que quiso sentir en su estado de ánimo o físico según sexo. Corpoases, sede Las Palmas. 2020

CAMBIO O MEJORA	POBLACIÓN		
	Femenino	Masculino	Total, general
Estar más alerta	0%	10%	10%
Estar más alerta, sentirse contento, sentirse mejor de lo que se sentía	0%	30%	30%
Sentir que si podía ser capaz de trabajar y hacer cosas por sí misma	10%	0%	10%
Sentirse con más energía, sentirse mejor de lo que se sentía	0%	20%	20%
Sentirse contento	10%	20%	30%
Total, general	20%	80%	100%

El 100% de los que presentaron recaída en el tratamiento de rehabilitación, manifestaron que querían comprobar si podían controlar el consumo y por supuesto esto influyó en la recaída en un 100%.

De las personas que recayeron, el 40% pensó que podía controlar el consumo al consumir un poco de la sustancia y detenerlo, un 30 % pensó que con fuerza de voluntad y estar en lugares donde antes consumía y no consumir, un 20% pensó que no consumiría en una situación donde tuviera la sustancia a la mano y un 10% pensó que era suficiente su confianza de no consumir y exponiéndose a situaciones de riesgo de consumo (ver tabla 8).

Tabla 8. Distribución porcentual de como quiso probar que podía controlar el consumo. Corpoases, sede Las Palmas. 2020

COMO CONTROLAR EL CONSUMO	POBLACIÓN		
	Femenino	Masculino	Total, general
Era suficiente su confianza de no consumir, exponiéndose a situaciones de riesgo de consumo	0%	10%	10%
Fuerza de voluntad, podía estar en lugares donde antes consumía y no consumir	10%	20%	30%
No consumiría en una situación donde tuviera la sustancia a la mano	0%	20%	20%

Podía consumir un poco de las sustancias y detener el consumo	10%	30%	40%
Total, general	20%	80%	100%

El 100% de los que presentaron recaída en el tratamiento de rehabilitación, también refirieron que sintieron el deseo de volver a consumir y que ese deseo fue influenciado en el 10% porque estaba consumiendo otra sustancia y esto lo llevó a consumir la droga de preferencia, al 20% porque sintió deseo de consumir por tener dinero, al 30% porque se encontraba cerca o en lugares donde antes consumía y un 40% porque vió a los antiguos compañeros de consumo.

El 80% de la población que recayó se sintió mal emocionalmente debido a su relación con otras personas, lo cual influyó en la recaída.

Con referencia a las emociones desagradables causadas por problemas en la relación con otras personas, se pudo evidenciar que el 50% de los encuestados que recayeron manifestaron que se sintieron enojados tras involucrarse en discusiones con su pareja, familiares o amigos, el 20% sentían que otras personas los menospreciaban, 10% respondieron que se sintieron frustrados por la desconfianza que le mostraba su familia, 10% que sentían que era difícil relacionarse con los demás y 10% todas las anteriores (ver tabla 9).

Tabla 9. Distribución porcentual de las emociones desagradables que tuvo por problemas en la relación con otras personas. Corpoases, sede Las Palmas. 2020

EMOCIÓN DESAGRADABLE	POBLACIÓN		
	Femenino	Masculino	Total, general
Se sintió enojado tras involucrarse en discusiones con su pareja, familiares o amigos	10%	40%	50%
Se sintió frustrado por la desconfianza que le mostraba su familia	10%	0%	10%
Sentía que era difícil relacionarse con los demás	0%	10%	10%
Sentía que otras personas lo menospreciaban, se sintió enojado tras involucrarse en discusiones con su pareja, familia o amigos, sentía que era difícil relacionarse con los demás	0%	10%	10%

Sentía que otras personas lo menospreciaban	0%	20%	20%
Total, general	20%	80%	100%

El 60% respondió que sintieron algún tipo de presión por parte de otras personas y que fue influencia en la recaída que tuvieron, el otro 40% dijo no haber experimentado ningún tipo de presión por parte de otras personas por lo cual no significó nada en las razones para su recaída.

Con respecto a las formas de presión por parte de las otras personas, el 40 % respondió que alguien lo invitó a consumir y por eso recayó, el 20 % usó la droga para integrarse en algún grupo que estaba consumiendo, otro 20% recayó porque vió a otra persona consumir, el 10% lo hizo por voluntad propia y el 10% no experimentó ninguna (ver tabla 10).

Tabla 10. Distribución porcentual de la forma como presionaron otras personas para consumir. Corpoases, sede Las Palmas. 2020

FORMA DE PRESIONAR	POBLACIÓN		
	Femenino	Masculino	Total general
Alguien lo invitó a consumir	20%	20%	40%
Ninguna	0%	10%	10%
Usó la droga para integrarse a un grupo de personas que estaba consumiendo	0%	20%	20%
Vio a alguna persona consumir droga	0%	20%	20%
Voluntad propia	0%	10%	10%
Total, general	20%	80%	100%

La relación entre el parecido de la última recaída con las anteriores estuvo equilibrada ya que el 50% respondió que sí se parecen y 50% respondió que no.

En cuanto al parecido entre las situaciones que iniciaron la recaída el 60% dijeron que si tienen parecido a las recaídas anteriores y el 40% dijeron que no.

6. CONCLUSIONES

De acuerdo con los cuestionamientos planteados durante el desarrollo de esta investigación y posterior al análisis de los resultados obtenidos por medio de la aplicación del instrumento, damos mención al cumplimiento de los objetivos. Por lo tanto, se describe a continuación la caracterización sociodemográfica de los participantes del estudio los cuales en su mayoría son de sexo masculino (72.2%) y el 27,8 % son de sexo femenino en edades comprendidas entre los 15 y 60 años de edad, solteros y con grado de escolaridad hasta secundaria (50%), igualmente la gran mayoría se encuentran desempleados (61.1%) y sin una fuente de ingresos estable (72.2%), Según el sexo se determinó que la marihuana es mayormente consumida en el sexo femenino con un 40% y en el sexo masculino predomina la triada marihuana, cocaína y tabaco con un 30,8%.

De igual manera se pudo determinar que el factor más prevalente en la recaída del consumo de sustancias psicoactivas en la población encuestada se debió a situaciones y emociones negativas, el 60% sintió soledad, frustración, poca confianza en sí mismo, enojo y depresión. En cuanto al estado físico, todos los encuestados coincidieron en que algún malestar físico o emocional influyó en la recaída, dentro de los síntomas físicos que sintieron, predominaron tensión o ansiedad y problemas para dormir con un 30%. Otros factores relevantes que influyeron en la recaída de los encuestados son los problemas familiares, al deseo propio de volver a consumir y a la invitación de otras personas al consumo. Llama la atención que el 100% de los que presentaron recaída en el tratamiento de rehabilitación, manifestaron que querían comprobar si podían controlar el consumo y por supuesto esto influyó en la recaída.

De las personas que recayeron, el 40% pensó que podía controlar el consumo al consumir un poco de la sustancia y detenerlo, un 30 % pensó que con fuerza de voluntad y estando en lugares donde antes consumía y no consumir, un 20% pensó que no consumiría en una situación donde tuviera la sustancia a la mano y un 10% pensó que era suficiente su confianza de no consumir y exponiéndose a situaciones de riesgo de consumo.

Aunque la encuesta no hacía preguntas directas sobre el tratamiento como tal, o cómo se sintieron con el acompañamiento de enfermería, es importante resaltar que el profesional de enfermería tiene la capacidad por su formación holística en el cuidado del ser humano en todas las etapas de la vida, de realizar acciones de valoración e identificación de factores de alerta en relación con los aspectos que influyen en cada paciente para llegar a una recaída, además de fomentar y gestionar estrategias que impacten positivamente en el tratamiento de rehabilitación de los pacientes.

7. RECOMENDACIONES

Se recomienda al equipo de profesionales de Corpoases, integre al protocolo de la institución una valoración inicial y de seguimiento por parte del profesional de enfermería, donde se evalúen las condiciones físicas y emocionales de cada usuario al ingresar al programa, lo que permitirá implementar intervenciones encaminadas a satisfacer y restablecer las necesidades que se encuentren alteradas y realizar acciones de cuidado integral abarcando las dimensión física, social y mental. A continuación, se sugieren algunas de estas.

Al ingreso del paciente a la institución, realizar examen físico cefalocaudal que incluya valoración de las medidas antropométricas, higiene oral, estado de la piel, a las cuales se haga seguimiento cada mes. Además, realizar acciones de gestión para la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud a los pacientes que no tengan ninguna vinculación, dictar talleres sobre salud sexual y reproductiva, planificación familiar, prevención de enfermedades de transmisión sexual, estilos de vida saludables, higiene tanto corporal como bucal, actividad física que incluya también la recreación, entre otros temas relacionados y de interés.

En cuanto a la dimensión mental se recomienda realizar talleres que favorezcan la autoestima, la confianza en sí mismos y la fuerza de voluntad para afrontar situaciones de debilidad.

En lo que respecta a la parte social se recomienda involucrar, informar y educar a los familiares de estos pacientes para que conozcan la naturaleza del problema y las pautas a seguir para ayudar a su familiar en el proceso de rehabilitación, con el fin de reducir el riesgo de recaída en el entorno cotidiano del paciente.

De igual forma reforzar en los pacientes en proceso de rehabilitación, hábitos de higiene corporal y situaciones de la vida cotidiana como tender la cama, lavar y preparar los alimentos, mantener limpia y ordenada la habitación, motivarlos a terminar sus estudios, reincorporarse a la vida laboral y social, además de generar intervenciones de entrenamiento

en prevención de recaídas, formulando metas individualizadas que contribuyan al control de los impulsos personales.

Para lograr una atención integral, se proponen acciones que favorezcan la salud espiritual y del ser, a través de programas como retiros espirituales, educación de cómo tener una comunión sana y fuerte con Dios o con su ser superior, lecturas inspiradoras, entre otras.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sustancias psicoactivas [Internet]. [citado 24 de noviembre de 2020]. Disponible en: <http://www.odc.gov.co/problematika-drogas/consumo-drogas/sustancias-psicoactivas>
2. Situación del consumo de drogas [Internet]. [citado 24 de noviembre de 2020]. Disponible en: <http://www.odc.gov.co/problematika-drogas/consumo-drogas/situacion-consumo>
3. Grau-López L, Roncero C, Daigre C, Gonzalvo B, Bachiller D, Rodríguez-Cintas L, et al. Factores de riesgo de recaída en pacientes drogodependientes tras desintoxicación hospitalaria. *Adicciones*. 1 de junio de 2012;24(2):115.
4. Aguilar LR, Pillon SC. Percepción de tentaciones de uso de drogas en personas que reciben tratamiento. *Revista Latino-americana de Enfermagem*. 2005;13(1):790-7.
5. Grau-López L. Factores predictores de recaída en pacientes adictos y la importancia de la evaluación y tratamiento del insomnio para mantener la abstinencia [Internet]. 2014. Disponible en: https://ddd.uab.cat/pub/tesis/2014/hdl_10803_283644/lgl1de1.pdf
6. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito - UNODC -. Informe mundial sobre las drogas [Internet]. 2018 [citado 17 de febrero de 2020]. Disponible en: https://www.unodc.org/wdr2018/prelaunch/WDR18_ExSum_Spanish.pdf
7. Ministerio de Justicia y del Derecho - Observatorio de Drogas de Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social, Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito - UNODC -, Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas - CICAD- de la Organización de los Estados Americanos - OEA -, Embajada de, los Estados Unidos en Colombia - INL -, et al. Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia - 2013 [Internet]. Disponible en: https://www.unodc.org/documents/colombia/2014/Julio/Estudio_de_Consumo_UNODC.pdf
8. Observatorio de drogas de Colombia O.D.C. Situación del consumo de drogas [Internet]. [citado 19 de febrero de 2020]. Disponible en: <http://www.odc.gov.co/problematika-drogas/consumo-drogas/situacion-consumo/PgrID/4380/PageID/9>
9. Prados C. ¿Qué puede provocar una recaída? *Revista InDependientes* [Internet]. 19 de septiembre de 2017 [citado 18 de febrero de 2020]; Disponible en: <http://revistaindependientes.com/que-puede-provocar-una-recaida/>
10. Milena Alexandra Galvis López. *Revista cuidarte*. Teorías y modelos de enfermería usados en la enfermería psiquiátrica [Internet]. Disponible en: <https://revistacuidarte.udes.edu.co/index.php/cuidarte/article/view/172/454>

11. Martha Raile Alligood, Ann Marriner Tomey. Modelos y teorías en enfermería [Internet]. 9.^a ed. Elsevier Health Sciences; 2018. Disponible en: <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=nlpgDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=modelo+de+joyce+travelbee&ots=6p1rlpYm2O&sig=64WA4DbA0rBf-YwZDXYvoVomU6s#v=onepage&q=travelbee&f=false>
12. Rivera MS. Teoría de la relación persona-persona de Joyce Travelbee como sustento de la enseñanza de la Enfermería. Revista Horizonte de Enfermería. 13 de septiembre de 2019;14(1):95-111.
13. Mtro. Simón Tavera Romero, Mtra. María José Martínez Ruiz. Prevención de las adicciones y promoción de conductas saludables para una nueva vida. [Internet]. Disponible en: http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/nueva_vida/nv1e_prevenccion.pdf
14. Organización Mundial de la Salud OMS. Sustancias psicoactivas [Internet]. Observatorios de drogas de Colombia O.D.C. [citado 1 de marzo de 2020]. Disponible en: <http://www.odc.gov.co/problematika-drogas/consumo-drogas/sustancias-psicoactivas>
15. Cayon A. OPS/OMS | Rehabilitación [Internet]. Pan American Health Organization / World Health Organization. 2017 [citado 1 de marzo de 2020]. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13919:rehabilitation&Itemid=41651&lang=es
16. Dr. Saúl Alvarado. La recaída en el proceso de recuperación de la adicción [Internet]. Adicciones. [citado 1 de marzo de 2020]. Disponible en: <http://www.adicciones.org/recuperacion/recaida.html>
17. Pinto Nuñez P. Las drogas en la historia. Revista Científica Salud Uninorte [Internet]. 2 de junio de 2012 [citado 4 de marzo de 2020];13(0). Disponible en: <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/view/4217>
18. López-Muñoz F, González E, Serrano MD, Antequera R, Alamo C. Una visión histórica de las drogas de abuso desde la perspectiva criminológica (Parte I). Cuadernos de Medicina Forense. marzo de 2011;17(1):21-33.
19. Sánchez Hervás E. Tratamientos combinados en la adicción a drogas. Trastornos Adictivos. 1 de enero de 2006;8(1):42-52.
20. Corpoases. Centro de Rehabilitación Corpoases [Internet]. Corpoases. Disponible en: <http://corpoases.com.co/>
21. Ministerio del Interior y de Justicia. Política nacional contra las drogas [Internet]. Disponible en: <http://www.descentralizadrogas.gov.co/wp-content/uploads/2015/04/PoliticaNacionalContraLasDrogas.pdf>

22. Dirección de Promoción y Prevención. Prevención del consumo de sustancias psicoactivas (SPA) [Internet]. Minsalud. 2016 [citado 4 de marzo de 2020]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/SMental/Paginas/convivencia-desarrollo-humano-sustancias-psicoactivas.aspx>
23. Congreso de la República. Leyes desde 1992 - Vigencia expresa y control de constitucionalidad [Ley_1566_2012]. Secretaria del senado [Internet]. 31 de diciembre de 2019 [citado 4 de marzo de 2020]; Disponible en: http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1566_2012.html
24. Ingrid Carolina Duque Núñez, Oscar Mauricio Niño Novoa. Ley 1566 del 2012 – El Consumo de sustancias psicoactivas, un asunto de salud pública [Internet]. Disponible en: <http://www.descentralizadrogas.gov.co/project/ley-1566-del-2012-el-consumo-de-sustancias-psicoactivas-un-asunto-de-salud-publica/>
25. ministerio de salud y protección social. ley 3202 del 2016 [Internet]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-3202-de-2016.pdf>
26. Quevedo L, Oropeza Tena R, Pineda F. Confiabilidad de la Entrevista de Recaídas para Usuarios de Sustancias Adictivas (ERSA). Psicología Iberoamericana. 1 de diciembre de 2009;17:36-49.
27. Emilia Trinidad, Juan Fernández Romar. Factores bio-psico-sociales que influyen en las recaídas de personas en rehabilitación por consumo problemático de drogas. julio 2016 [Internet]. Disponible en: https://sifp.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/tfg_emilia_con_caratula_terminado.pdf
28. Ministerio de salud. Resolución número 8430 de 1993 [Internet]. 1993. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>
29. Sociedad catalana de medicina familiar comunitaria(SCMFIC). Relaciones de los médicos de familia con la industria farmacéutica [Internet]. 2002. Disponible en: gestorweb.camfic.cat/uploads/ITEM_540_EBLOG_1848.pdf
30. Confidencialidad de la información [Internet]. [citado 9 de abril de 2020]. Disponible en: <http://www.innsz.mx/opencms/contenido/investigacion/comiteInvestigacion/confidencialidadInformacion.html>
31. Aspectos Éticos de la Investigación Cualitativa [Internet]. [citado 9 de abril de 2020]. Disponible en: <https://www.oei.es/historico/salactsi/mgonzalez5.htm>
32. Carreño-Dueñas JA. Consentimiento informado en investigación clínica: un proceso dinámico. pers bioet. 1 de diciembre de 2016;20(2):232-43.

ANEXOS

Anexo 1. Encuesta

Fecha: _____

ENCUESTA

Factores relacionados con la recaída en el consumo de sustancias psicoactivas

Sección 1

Marque con una X

Edad: ____	Género: a. Femenino b. Masculino c. Otro, Cuál: ____	Número de personas a cargo: a. 1 a 3 personas b. Más de 3 personas c. Ninguna
Estado civil: a. Soltero b. Casado c. Unión libre d. Separado e. Otro, Cuál: ____	Nivel de escolaridad: a. Primaria b. Secundaria c. Técnico/Tecnólogo d. Universitario e. Especialización f. Ninguno	Tenencia de vivienda: a. Propia b. Arrendada c. Compartida con otros familiares d. Otro, Cuál: ____
Ocupación: a. Empleado b. Trabajo independiente c. Estudiante d. Desempleado e. Otro, Cuál: ____	Ubicación de la vivienda: a. Zona urbana b. Zona rural	Promedio de ingresos (S.M.L.V): a. Menos de 1 millón b. Entre 1 a 3 millones c. Entre 4 a 5 millones d. 5 millones o más e. Ninguno

Sección 2

Que drogas ha consumido: Marihuana___ Hongos___ Cocaína___ Éxtasis___ Tabaco___ Heroína___ Bazuco___ Sacol___ Pastillas:___ Otras, cual___	Con que frecuencia consumía la droga: a. Una vez al día todos los días b. 2 o más veces al día todos los días c. Entre 1 y 3 veces por semana d. Ocasionalmente
Tiempo total de consumo de la droga antes de iniciar el tratamiento, responda el tiempo en años y meses según corresponda: Años_ Meses___ A qué edad inicio el consumo: _____	Con respecto a los motivos por los cuales dejó de consumir, seleccione: a. Decisión personal b. Presión familiar c. Por conservar un empleo d. Por presión de la pareja e. Por seguridad f. Otro, cual: _____
¿En el tratamiento de rehabilitación ha recaído? a. Si b. No Si su respuesta es SI continúe diligenciando la encuesta	

Sección 3

Describe brevemente la situación en la que se encontraba cuando inició la recaída más reciente

Situación: _____ _____ _____ _____ _____

Día de la semana: _____ Hora del día: _____ Lugar: _____
Había otras personas: ____ Quienes: _____

A continuación, responda las preguntas sobre posibles situaciones que pudieron originar la recaída. Responda con una X sí o no.

Momentos antes de la recaída

1. Se sintió mal emocionalmente: Sí _____ No _____
 - a. ¿Esta situación influyó en la recaída? Sí _____ No _____
2. Qué emoción desagradable tuvo:
Soledad: _____ Frustración: _____ Poca confianza en sí mismo: _____ Enojo: _____
Depresión: _____
Otra, cual: _____ Ninguna: _____
3. Se sintió mal físicamente: Sí _____ No _____
 - a. ¿Esta situación influyó en la recaída? Sí _____ No _____
4. Cuál fue el malestar físico que tuvo:
Tensión o ansiedad: _____ Cansancio o sueño: _____ Molestias estomacales: _____
Problemas para dormir: _____ Otro, cual: _____ Ninguna: _____
5. Quiso cambiar o mejorar su estado de ánimo o físico: Sí _____ No _____
 - a. ¿Esta situación influyó en la recaída? Sí _____ No _____
6. Qué cambio o mejora quiso sentir en su estado de ánimo o físico?
Estar más alerta: _____ Sentirse contento: _____ Sentirse con más energía: _____
Sentirse mejor de lo que se sentía: _____ Otro, cual: _____
7. ¿Quiso comprobar que podía controlar el consumo en situaciones donde era probable con consumiera? Sí _____ No _____
 - a. ¿Esta situación influyó en la recaída? Sí _____ No _____
8. Cómo quiso probar que podía controlar el consumo:
 - a. Podía consumir un poco de las sustancias y detener el consumo: _____
 - b. Fuerza de voluntad, podía estar en lugares donde antes consumía y no consumir: _____
 - c. No consumiría en una situación donde tuviera la sustancia a la mano: _____
 - d. Era suficiente su confianza de no consumir, exponiéndose a situaciones de riesgo de consumo: _____

9. Sintió deseo o necesidad de consumir: Sí _____ No _____
a. ¿Esta situación influyó en la recaída? Sí _____ No _____
10. Que le provocó el deseo o necesidad de consumir:
a. Sintió deseo de consumir por tener dinero _____
b. Vio a los antiguos compañeros de consumo _____
c. Se encontraba cerca o en lugar donde antes consumía _____
d. Estaba consumiendo otra sustancia y esto lo llevó a consumir la droga de preferencia _____
11. Se sintió mal emocionalmente debido a su relación con otras personas: Sí _____ No _____
a. ¿Esta situación influyó en la recaída? Sí _____ No _____
12. Qué emoción desagradable tuvo por problemas en la relación con otras personas:
a. Sentía que otras personas lo menospreciaban _____
b. Se sintió enojado tras involucrarse en discusiones con su pareja, familiares o amigos _____
c. Se sintió frustrado por la desconfianza que le mostraba su familia _____
d. Sentía que era difícil relacionarse con los demás _____
13. Sintió algún tipo de presión de otras personas: Sí _____ No _____
a. ¿Esta situación influyó en la recaída? Sí _____ No _____
14. De qué forma lo presionaron otras personas para consumir:
a. Estaba con otras personas que lo presionaron a consumir y no pudo negarse _____
b. Usó la droga para integrarse a un grupo de personas que estaba consumiendo _____
c. Vio a alguna persona consumir droga _____
d. Alguien lo invitó a consumir _____
15. Se parece esta última recaída a otras que ha tenido: Sí _____ No _____
16. Se parecen las situaciones que iniciaron esta última recaída a las que han iniciado otras recaídas: Sí _____ No _____

Anexo 2. Consentimiento informado

Consentimiento informado para pacientes

Consentimiento informado para participar en la investigación: factores relacionado con la recaída en el consumo de sustancia psicoactivas en una institución de la ciudad de Medellín en el año 2020.

Este documento presenta la investigación que están adelantando actualmente las estudiantes de enfermería de octavo y noveno semestre de la Corporación Universitaria Adventista, para quienes su participación es de vital importancia; este estudio tiene como objetivo: Determinar los factores relacionados con la recaída de los pacientes que han recibido tratamiento de farmacodependencia con el fin de obtener conocimiento sobre la situación y mejorar el abordaje terapéutico en esta población.

Las preguntas formuladas en el instrumento que se aplicará, se encuentran dirigidas a los pacientes que se encuentran dentro del programa de la Corporación tanto de institucionalización como ambulatorio.

La información recopilada mediante la encuesta, se utilizará para analizar los factores relacionados con la recaída de los pacientes que están dentro del programa y los resultados de la presente investigación, se presentarán al equipo interdisciplinar que labora en la corporación para que se puedan elaborar estrategias que permitan fortalecer el proceso de resocialización, contribuir de este modo a promover hábitos de vida saludables que influirán en el estado de salud de la población a lo largo de su vida y también proponer acciones de enfermería durante el proceso.

Teniendo en cuenta el artículo 11 de la resolución 8430 de 1993, esta encuesta no representa peligro para usted o su familia; pues sólo busca la recolección de datos para análisis, y se mantendrá la confidencialidad de la información suministrada y en ningún caso se harán revelaciones sobre los hallazgos individualizados, sin embargo, los investigadores, la

universidad adventista y Corpoases, se responsabilizan de todos los daños y perjuicios que pueda ocasionar su participación dentro del estudio.

Se recalca, además, que usted no deberá realizar ningún aporte económico que se relacione con gastos de sostenimiento de la presente investigación.

Por último, el grupo de estudiantes y docentes de la Facultad de ciencias de la salud (Estudiantes de enfermería) le aseguran confidencialidad de la información, pues ninguna de las encuestas requiere su nombre u otra forma de identificación, por lo cual se solicita sinceridad en sus respuestas. Durante la investigación el equipo investigador tendrá disponibilidad para resolver cualquier duda que pueda surgir durante el proceso, además, se le aclara que usted tiene plena libertad para negarse a responder la encuesta o retirarse de la investigación en el momento que lo considere pertinente, motivo por el cual no recibirá represalias por parte del grupo investigador ni por la institución Corpoases.

Se aclara, además, que la encuesta no se relaciona con planes de beneficios económicos, como se mencionó antes, tiene fines académicos y podría ser utilizada en proyectos de intervención que favorezcan el proceso de resocialización con la identificación de los factores que llevan a recaer y poder evitar reincidencias.

De antemano se agradece la participación en la investigación que se está realizando.

Nombre de la persona encuestada:

Firma y/o huella digital:

Teléfono _____

Correo electrónico: _____

Fecha(dd/mm/aa): _____ Ciudad: _____

Su firma indica que acepta participar de manera voluntaria en esta investigación.