



**Facultad de Ciencias Sociales**

**Trabajo Final Integrador**

**Factores predictores de permanencia en tratamiento por  
abuso de sustancias en comunidad abierta urbana**

Autor: Mann, Ricardo

Tutora: Dra. Juliana B. Stover

## Índice

.....	1
Introducción.....	5
2. Objetivos de la investigación.....	6
2.1. Objetivo general.....	6
2.2. Objetivos específicos.....	6
2.3. Hipótesis.....	6
3. Marco Teórico.....	6
3.1.La problemática de las adicciones.....	6
3.1.1 Drogas, Sustancias psicoactivas, y adicción.....	8
3.1.2 Trastorno por abuso de sustancias y dependencia. Concepciones teóricas sobre la adicción.....	10
3.1.3 Tipos de tratamiento.....	14
3.2. Factores de permanencia en tratamiento.....	19
3.2.1 La motivación para el cambio.....	21
3.2.2 Severidad de la adicción.....	23
3.2.3 Apoyo social percibido.....	25
3.2.4 Consideraciones sobre investigaciones anteriores.....	27
4. Método.....	30
4.1 Tipo de estudio.....	30
4.2. Participantes.....	30
4.3. Instrumentos.....	30
4.3.1 Índice de Severidad de la Adicción (Addiction Severity Index, ASI 6ta edición) versión en español.....	30

La técnica ASI (García-Portilla, Bascarán, Sáiz, Bousoño & Bobes, 2006) permite realizar un diagnóstico multidimensional de los problemas de adicción, evaluar su gravedad y ponerlos en un contexto bio-psico-social. Evalúa siete áreas asociadas a las adicciones en el individuo.

Primeramente examina el estado médico general con el objetivo de indagar el deterioro físico por el consumo de sustancias. Como se observó precedentemente, el deterioro físico es uno de los síntomas determinantes para la valoración de la severidad de adicción y la modalidad de abordaje a practicar con el paciente. La segunda área a evaluar es el área de Empleo/Apoyos. En ella se analiza la capacidad del individuo de preservar áreas positivas de su vida ante la adicción, como ser el mantener un trabajo y las relaciones sociales y personales. Como se observó anteriormente, que el individuo logre preservar éstas áreas implica una menor severidad de adicción. Las siguientes dos áreas evaluadas consisten en el consumo de alcohol y drogas, para determinar la

compulsión al consumo, el acostumbramiento y la tolerancia. Siguiendo a ésta, se indaga la situación legal del individuo, la cual brinda información para la evaluación de las complejidades para el tratamiento, siendo una referencia indirecta de la severidad de adicción la presencia de causas judiciales abiertas y las detenciones o privaciones de libertad por delitos. Luego se examinan las relaciones socio-familiares para obtener información sobre el nivel de apoyo con el que cuenta la persona, y determinar áreas conflictivas del sistema familiar para el abordaje terapéutico. Por último el estado psicopatológico permite un screening de posibles trastornos comórbidos para determinar la necesidad de aplicar más técnicas para descartar o confirmar la presencia de otros trastornos..... 31

4.3.2 Cuestionario de Preparación para el Cambio, versión del tratamiento (Readiness To Change Questionnaire, Treatment Version RCQ[TV] ).....	31
4.3.3 Cuestionario MOS de Apoyo Social Percibido (MOS Social Support Scale).....	32
4.4 Procedimiento.....	32
5. Desarrollo.....	34
5.1.1. Evaluar la motivación para el cambio del paciente al inicio del tratamiento.....	34
5.1.2 Evaluar la severidad de la adicción de los pacientes al inicio del tratamiento.....	36
5.1. 3 Evaluar la presencia de miembros significativos en la red social, y el apoyo social percibido al inicio del tratamiento.....	38
5.1.4 Determinar el abandono del tratamiento a los 30 días y 60 días del ingreso.....	40
5.1.5 Evaluar cuáles de las variables, severidad de la adicción, motivación para el cambio, y apoyo social percibido, es un predictor significativo a la permanencia en tratamiento a los 30 y 60 días de ingreso.....	41
6. Conclusiones.....	43

Como se ha visto, la permanencia en tratamiento se constituye como el principal factor de éxito terapéutico en el tratamiento de trastorno por abuso de sustancias. Más aún, la prevalencia e incidencia del uso de sustancias adictivas es alarmante, dado que es mayor a la tasa de recuperación o efectividad de tratamiento. Teniendo esto presente es evidente lo relevante de investigar con mayor profundidad los factores de éxito terapéutico y permanencia en tratamiento de individuos que sufren un trastorno por abuso de sustancias..... 43

Dentro del presente trabajo se abordaron variables individuales, manteniendo la modalidad de tratamiento una constante. Sin embargo, las hipótesis planteadas no pudieron ser corroboradas. La primera variable individual, la severidad de la adicción, no resultó estar relacionada con la permanencia en tratamiento en el presente trabajo. Debido a que el perfil de la población son sujetos que padecen un trastorno por abuso de sustancias muy severo en un 80%, la severidad de la adicción resulta ser una constante, y no una variable comparable. Más aún, de los 15 sujetos, un 66% permanecieron en tratamiento 30 y 60 días, sin tener un número suficiente para comparar entre gravedad 8 y 9. Se requiere de profundizar el estudio tomando más casos, y con mayor varianza en la severidad de la adicción para determinar si ésta variable en efecto está relacionada

a la permanencia en tratamiento. Asimismo, la modalidad de tratamiento de la población del presente trabajo es para casos graves de trastorno por abuso de sustancias, por lo cual es posible que incluso ampliando la muestra, al mantenerse constante la modalidad de tratamiento, no haya mayor varianza en la severidad de la adicción que la muestra reducida del presente trabajo.....43

Una posibilidad es realizar un estudio evaluando la severidad de la adicción como predictor de permanencia en tratamiento en una comunidad de hospital de día. En dichos centros de tratamiento la población tiene mayor variedad en la severidad del trastorno. El estudio propuesto no sería comparable a éste, sin embargo podría producir información relevante respecto a ésta variable..... 45

Bibliografía:..... 51

Anexo..... 58

Protocolo Medical Outcome Survey Social Support Scale (MOS-SSS)..... 58

Protocolo Addiction Severity Index (ASI) Apartado uso de Drogas/Alcohol..... 60

Protocolo Cuestionario sobre la Preparación para el Cambio (Versión para Tratamiento) (RCQ-TV)..... 62

## **Introducción**

Como parte de la materia Práctica y Habilitación Profesional V, se realizó una pasantía en una de las instituciones convenidas con la Universidad de Palermo, con el fin de adquirir experiencia de campo y datos para la realización del Trabajo Final Integrador (TFI). Para la presente investigación se recolectaron los datos en la una organización no gubernamental en lucha contra el narcotráfico y la rehabilitación de la drogodependencia.

Dentro de la institución se realizaron distintas tareas como la confección de historias clínicas, entrevistas diagnósticas semi-estructuradas a los ingresantes, coloquios con pacientes internados, actividades de apoyo escolar a los menores, observación y coordinación de grupos terapéuticos, así como observación no participativa en los grupos de pacientes ambulatorios, y de redes. Estas tareas se desarrollaron a lo largo de 280 horas de concurrencia, con una frecuencia de entre 20 y 40 horas semanales. Las actividades fueron supervisadas y coordinadas por el director de la institución.

En base a ésta experiencia se realizó la presente investigación de distintos factores predictores de permanencia en tratamiento -motivación para el cambio, severidad de la adicción, y apoyo social percibido- , en una comunidad urbana abierta.

## **2. Objetivos de la investigación**

### 2.1. Objetivo general

Evaluar el nivel de motivación para el cambio, la severidad de la adicción, y el apoyo social percibido de la red social involucrada en el tratamiento, al momento de ingreso a tratamiento, en pacientes de una comunidad terapéutica abierta de internación voluntaria urbana por trastorno de abuso de sustancias, y su relación con la permanencia en tratamiento a los 30 y 60 días.

### 2.2. Objetivos específicos

- 1) Evaluar la motivación para el cambio del paciente al inicio del tratamiento.
- 2) Evaluar la severidad de la adicción de los pacientes al inicio del tratamiento.
- 3) Evaluar la presencia de miembros significativos en la red social, y el apoyo social percibido al inicio del tratamiento.
- 4) Determinar el abandono del tratamiento a los 30 días y 60 días del ingreso.
- 5) Evaluar cuales de las variables, severidad de la adicción, motivación para el cambio, y apoyo social percibido, es un predictor significativo a la permanencia en tratamiento a los 30 y 60 días de ingreso.

### 2.3. Hipótesis

- 1) A mayor severidad de la adicción, menor permanencia en tratamiento.
- 2) A mayor apoyo social percibido, mayor permanencia en tratamiento.
- 3) A mayor motivación para el cambio, mayor permanencia en tratamiento.
- 4) El apoyo social percibido y la motivación para el cambio tendrán mayor predictibilidad en la permanencia en tratamiento que la severidad de la adicción.

## **3. Marco Teórico**

### 3.1. La problemática de las adicciones

El consumo de sustancias psicoactivas constituye en la actualidad uno de las problemáticas de mayor relevancia mundial. Ante el aumento de las tasas de incidencia y

prevalencia de consumo y de consumo problemático (Observatorio Argentino de Drogas, 2010; Observatorio Argentino de Drogas, 2011; Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2013) distintas agencias han surgido como respuesta a ésta problemática. En la Argentina el trabajo de prevención y lucha contra el narcotráfico se centraliza en la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico, de la Presidencia de la Nación (SeDroNar), bajo distintas áreas.

Una de las tareas que desarrolla es estudiar y evaluar los factores de riesgo para el ingreso en el consumo de sustancias psicoactivas, y los factores de riesgo de la adicción a sustancias psicoactivas (Dirección de Actividades de Prevención y Capacitación de la SeDroNar, 2007). El Observatorio Argentino de Drogas, a su vez parte de la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el narcotráfico, realiza investigaciones epidemiológicas del consumo de sustancias psicoactivas. Otros autores estudian la relación de la adicción y la conducta delictiva, como el estudio de Míguez (2009) del CONICET, enfocando en la relación entre el consumo de drogas y la violencia y criminalidad. Desde el Ministerio de Justicia, particularmente desde la Magistratura, se desarrollan estudios y evaluaciones de efectividad de tratamiento con una perspectiva centrada en la libertad individual, como ser la Guía de Orientación a la Magistratura para la Adecuada Atención de Personas Consumidoras de Sustancias Psicoactivas (Zaffaroni & Torres, 2010).

Los datos epidemiológicos producidos por el Observatorio Argentino de Drogas del año 2010 es esclarecedor respecto a la severidad de la problemática. Con un muestreo representativo de todo el país, en sujetos de entre 12 y 65 años de edad, resultan en una prevalencia del 47.3% para el consumo de tabaco, 70% para ingesta de alcohol, 4.3% para sustancias psicoactivas sin prescripción médica, y 10.6% para drogas ilícitas (Observatorio Argentino de Drogas, 2010). Es significativo que la prevalencia de consumo de marihuana y cocaína en jóvenes de entre 18 y 24 años de edad es de 17% y 4.5% respectivamente, mientras que de adultos de 25 a 34 años es de 15.9% y 5.8% en la primera y la segunda respectivamente.

Por otro lado, del mismo estudio epidemiológico del Observatorio Argentino de Drogas (2010) resulta en que la incidencia, de la población entre 12 y 65 años de edad, de tabaco ha sido de 1.9, de alcohol 9.7, y de drogas ilícitas 0.7 (en 100.00). Particularmente

significativo es resaltar que casi el 50% de los usuarios de cocaína reconoce tener problemas de dependencia.

El estudio realizado por Míguez (2009) mencionado previamente concluye que las adicciones correlacionan fuertemente con conductas delictivas, lo cual da una dimensión judicial al consumo problemático de drogas. En la provincia de Buenos Aires, el 26% de las personas que buscan algún tipo de asistencia relacionado a drogas se vinculó a comportamientos de riesgo asociados a violencia y delincuencia. Así, el 28.4% de las personas que consultaron habían sido detenidos, y el 25.9% tenía una causa judicial en curso.

Por otro lado, el narcotráfico es una industria en sí misma, donde la pobreza y la marginación se vuelven el territorio para el crecimiento del tráfico de drogas ilícitas en varias provincias del país. La problemática de las adicciones es un problema actual en crecimiento, con predominancia en población marginal y debajo de la línea de pobreza (Aguilar, Molina, Maschio & Badaloni, 2013), asociado a la delincuencia (Míguez, 2009), y con una tasa de recuperación muy baja, aproximadamente 3% a nivel internacional (Czubaj, 2005).

La permanencia en tratamiento es considerado uno de los factores principales de éxito terapéutico y de posibilidad de cambio (Miller & Rollnik, 1999). Por ello es que es relevante el estudio de los factores de éxito terapéutico, y la permanencia en tratamiento, para maximizar los recursos disponibles de manera tal que se pueda abordar más efectiva y eficientemente el tratamiento de sujetos que padecen de adicciones.

### **3.1.1 Drogas, Sustancias psicoactivas, y adicción**

Para abordar el consumo problemático de sustancias psicoactivas se ha de aclarar qué son las sustancias psicoactivas. El término sustancia psicoactiva se refiere a una droga de abuso, a un medicamento, o hasta algún tóxico, que genera cambios en la percepción, conducta y estado afectivo (Asociación Americana de Psiquiatría [A.P.A.], 2002). Asimismo, la Organización Mundial de la Salud define una droga (el término droga contextualmente utilizado como sinónimo de sustancia psicoactiva) como una sustancia (química o natural) que introducida en un organismo vivo por cualquier vía (inhalación, ingestión, intramuscular, endovenosa), es capaz de actuar sobre el sistema nervioso central,

provocando una alteración física y/o psicológica, la experimentación de nuevas sensaciones o la modificación de un estado psíquico, capaz de cambiar el comportamiento de la persona (OMS, 2004).

Distintas instituciones y sistemas de clasificación diferencian los tipos de sustancias de manera particular. Así, por ejemplo, el Manual de Diagnóstico y Tratamiento en su quinta versión (DSM V) distingue 10 subtipos de drogas o sustancias de abuso, mientras que la Clasificación Internacional de Enfermedades-10 distingue 9 subtipos. El DSM V (APA, 2013) distingue entre alcohol, cafeína, cannabis, alucinógenos, estimulantes (incluye cocaína y metanfetamina), inhalantes, nicotina, opiáceos, y sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, y la categoría de “otros” o sustancias desconocidas. La distinción de 10 categorías del DSM V responde a la clasificación en función de síndromes de abstinencia específicos a cada sustancia. La CIE-10 de la Organización Mundial de Salud distingue nueve categorías que son: alcohol, opioides, cannabinoides, sedantes o hipnóticos, cocaína, otros estimulantes -que incluye la cafeína-, alucinógenos, tabaco, y disolventes volátiles. Hay sustancias psicoactivas que no están específicamente diferenciadas, como ser el caso del Gamma-HidroxiButirato o Gamma-butirolactona, que son sustancias psicoactivas, que generan problemas de uso abuso y dependencia, así como síndromes de abstinencia específicos, por lo cual cumple con los criterios para ser incluida dentro de las sustancias específicas (Couper & Logan, 2004; McDaniel & Miotto, 2011; Nicholson & Balster, 2001; Schneir, Ky & Clark, 2001).

Otra manera de clasificar las sustancias psicoactivas es entre aquellas que son lícitas e ilícitas, aunque no hay fundamento científico para diferenciar a las sustancias adictivas en torno a su legalidad. Siguiendo con el ejemplo anterior de la Gamma-HidroxiButirato o Gamma-butirolactona, ésta sustancia específica no está enmarcada como una sustancia ilícita, sino que todo lo contrario es un químico solvente no flamable de uso corriente en distintas industrias no regulado. De manera similar, los fármacos son sustancias químicas que alteran la función biológica, usado para tratar o prevenir alguna enfermedad. Por otro lado, un fármaco psicoactivo opera directamente sobre el cerebro, alterando el humor, los procesos cognitivos o el comportamiento. Por ello es de remarcar nuevamente las clasificaciones científicas desde el ámbito de la salud de sustancias psicoactivas y drogas: la Organización Mundial de la Salud (1994) define a una droga como toda sustancia que introducida en el organismo vivo, puede alterar sus funciones, como ser, alterar el humor, la

percepción o el funcionamiento cerebral. Esto incluye sustancias de uso común como la cafeína, el alcohol y el tabaco, así como medicamentos de uso clínico o psiquiátrico.

Sumado a esto, también es importante diferenciar entre uso y abuso de sustancia. Tanto el CIE-10 como el DSM V remarcan esta diferencia en los criterios diagnósticos, así como los lineamientos de la Guía de Orientación a la Magistratura para la Adecuada Atención de Personas Consumidoras de Sustancias Psicoactivas. Esto se debe a que para los fines prácticos de la salud, o sea la intervención clínica y la derivación para tratamiento, es necesario diferenciar el uso del abuso como términos que ayudan a clasificar la problemática del individuo o paciente. Por *uso* de una sustancia se entiende un consumo sin efectos negativos en la persona, y el *abuso* se da cuando el uso es continuado a pesar de las consecuencias nocivas (APA, 2013; Becoña Iglesias, 2006; OMS, 2000; Zaffaroni & Torres, 2010).

Siguiendo esta misma línea, Yaria (1993) sostiene las drogas son sustancias químicas con la capacidad de alterar el organismo y su acción psíquica ejerciendo cambios en la conducta, percepción y la conciencia. Asimismo el autor coincidiendo con el DSM V y el CIE-10, hace hincapié en el concepto de tolerancia. Por la propia cualidad de la sustancia (psicoactiva) que altera el organismo, la sustancia genera tolerancia. La tolerancia es el fenómeno de que el organismo se adapte y acostumbre a funcionar con drogas. Es por éste mismo mecanismo que cada vez el sujeto necesita mayor cantidad de sustancia para generar el mismo efecto. De ello se desprende que cuando la sustancia está ausente, el organismo responde con sintomatología de abstinencia a la sustancia con la cual está acostumbrado a funcionar -lo cual justifica la insistencia de los criterios diagnósticos para focalizar sobre la sintomatología de abstinencia para confirmar la dependencia-. Cuando el fenómeno de la abstinencia está presente, y el sujeto presenta la sintomatología característica de abstinencia se considera que la persona sufre dependencia de la sustancia específica. Por ello los signos de abstinencia y tolerancia son indicativos de abuso y dependencia.

### **3.1.2 Trastorno por abuso de sustancias y dependencia. Concepciones teóricas sobre la adicción.**

Históricamente, la adicción se evaluaba como una enfermedad moral, considerada como un comportamiento inmoral asociado a una voluntad, o más precisamente, a una falta de

voluntad de la persona (Goldstein, 2003). Como sostiene Volkow (2008), al inicio del estudio de las adicciones en los años 30' el abordaje estaba centrado en lo criminal/penal, coincidiendo con Goldstein (2003) en que la adicción era considerada una falla moral, fuertemente influenciada por un discurso social punitivo. En otras palabras, la concepción de la adicción estaba considerada como un problema vinculado a la falta de voluntad o falla moral, considerándose la sintomatología desde el discurso social y como desviación de la norma, más que como un trastorno o impedimento personal/individual.

Ésta modalidad de pensar y trabajar la adicción ha perdurado largamente en la sociedad. Intervenciones iatrógenas en plena vigencia, como ser la *confrontación agresiva*, *la silla caliente*, *terapia de ataque*, o *corte de pelo emocional* tienen su origen en éstas concepciones históricas de la adicción y los modelos psicodinámicos, y siguen en plena vigencia en tratamientos terapéuticos populares, como ser Synanon, Alcohólicos Anónimos (A.A.), Narcóticos Anónimos (N.A.), el modelo Minnesota, entre otros. Estas intervenciones implican un avasallamiento de los mecanismos de defensa del paciente, generando reactancia y una inhibición de las posibilidades de cambio conductual. El hecho de que éstas técnicas sigan siendo utilizadas está vinculado a la ausencia de estudios precisos sobre la efectividad de las intervenciones y teorías incorrectas sobre la operatoria del trastorno (Miller & Rollnik, 1999).

Las primeras concepciones teóricas clínicas sobre las adicciones fueron desde la teoría psicodinámica. Desde aquella concepción teórica se consideraba a la adicción como un trastorno de personalidad. El trastorno de la personalidad se manifestaba en la conducta compulsiva de consumo, y en la utilización de mecanismos de defensa primitivos basados en la negación, regresión, racionalización y proyección. Aunque en el campo de la psicología clínica ya para 1967 había extensa bibliografía sobre mayor efectividad en el cambio terapéutico por medio de la actitud empática adecuada, no fue hasta 1980 que se comenzó a investigar y confirmar que también es así en el cambio de conductas adictivas (Clancy, 1961; DiCicco, Unterberger & Mack, 1978; Lubordky et al, 1985; Miller, et .al., 1980; Moore y Murphy, 1961; Truax & Charkhuff, 1967; Truax & Mitchell, 1971; Valle, 1981; citados en Miller & Rollnik, 1999).

En la actualidad, y a pesar de la confirmación por medio de múltiples investigaciones, estas concepciones históricas sobre la adicción, y su abordaje siguen en plena vigencia, a pesar de ser iatrogénicas, en los modelos de abordaje anteriormente citados. A pesar de

ello, se han desarrollado nuevos modelos de abordaje y concepciones etiológicas psicodinámicas de la adicción que son efectivas y salugénicas.

Dentro de las concepciones psicodinámicas modernas, López (2006) sostiene que la adicción es una *falta de control relativa* sobre la conducta del consumo de sustancias. El autor refiere a una falta de control relativa al hecho de que el adicto puede interrumpir por breves períodos el consumo de la sustancia, o disminuir la cantidad de consumo. Sin embargo a lo largo del tiempo el adicto retorna al consumo. Por ello, la cantidad de sustancia ingerida es variable de sujeto a sujeto, siendo la falta de *control* o *límite* el signo característico del síntoma. Similarmente, el DSM V (APA, 2013) incluye como factor predisponente al trastorno niveles bajos de auto-control, refiriendo a que puede ser indicador de debilitamiento de los mecanismos inhibitorios cerebrales.

De manera similar, Ey, Bernard y Bisset (1989) plantean que la adicción es una conducta regresiva a la etapa oral, como un trastorno funcional del yo, relacionando la compulsión a la repetición y la muerte. También desde un modelo psicodinámico, Samá (2004) postula que la etiología de la adicción se debe a vicisitudes en el atravesamiento edípico que dejan marcas sintomáticas, siendo el acto de drogarse un desvío de la castración y del encuentro con el *otro*. Sobre esta base sostiene que la falta de herramientas simbólicas hace que toda emoción se constituya como dolor físico, y de ahí el paliativo del consumo compulsivo. Nuñez (2004) por su parte aborda el fenómeno del síntoma de la adicción, y postula que es la identificación con el título o rótulo de *adicto* lo que facilita la cronificación del síntoma al eliminar la posibilidad de cambio del sujeto y la imposibilidad de asumir responsabilidad individual por la conducta. López (2006) en un relevamiento histórico de las distintas teorías psicodinámicas concluye que todas consideran la existencia de una condición *pre-adictiva*, y el desarrollo de una estructura perversa o límite como las causas etiológicas de la adicción.

Desde el modelo cognitivo-conductual se han desarrollado distintas teorías sobre la adicción en base al modelo de aprendizaje cognitivo social de Bandura (Beck, et al, 1993). Partiendo de este modelo, Marlatt (1985; citado en Beck, et al., 1993) sostiene que el desarrollo de la adicción está asociado a creencias de autoeficacia elevadas en situaciones de riesgo, creencias de efectos positivos en el uso de sustancias, atribuciones de causalidad externas e internas con creencias de inevitabilidad de consumo, y un proceso de decisiones, aparentemente no relacionadas al consumo, que están vinculadas hacia el uso de sustancias

psicoactivas. Un ejemplo del proceso de decisiones tendiente al consumo es la elección de sentarse en el área de fumadores de una persona que ha dejado de fumar, o asistir a un evento en un bar o taberna por parte de una persona que ha dejado de consumir alcohol.

Por su parte, Miller y Rollnik (1999) sostienen desde el mismo modelo que la adicción responde a pensamientos contradictorios respecto al cambio. En claro contraste con los modelos psicodinámicos, estos autores postulan que la posibilidad de cambio es un estado de motivación fluctuante. Desde esta perspectiva el cambio de la conducta adictiva es en función del mantenimiento de una motivación elevada de cambio en las distintas etapas del proceso de cambio. El modelo de etapas de cambio que utilizan éstos autores como base es el modelo transteórico del cambio de Prochaska y DiClemente (1982). Los autores entienden la motivación para el cambio como un estado dinámico que se modifica diariamente y sitúa al individuo en distintos momentos del proceso de cambio en función del estado actual. Se abordará en más detalle el modelo transteórico del proceso de cambio de Prochaska y DiClemente más adelante.

En la vanguardia de las investigaciones etiológicas de la adicción está el modelo neurobiológico de la adicción. Desde éste modelo se corrobora que los sujetos adictos poseen una anomalía en el sistema de recompensas. Se estima que los alcohólicos tendrían un sistema de recompensas hiposensitivo que disminuye la respuesta ante los peligros y la sensibilidad social, así como una hipersensibilidad del sistema dopaminérgico, y una recompensa dopaminérgica acentuada a la ingesta de distintas sustancias adictivas, desde la cocaína, hasta el etanol (Gil-Verona, et al., 2002). Similarmente, Lancelotti (2009) expresa la dopamina es el neurotransmisor principal en relación a la motivación y la obtención de placer por recompensa. El autor sostiene que el consumo de sustancias crónico, como ser el caso de los adictos, produce un cambio neuroplástico en los sistemas de recompensa dopaminérgicos, que produce una disminución en la capacidad de sentir placer en comparación a sujetos normales.

En la misma línea, Volkow (2008) sostiene que el estudio por imágenes del cerebro en adictos muestran cambios físicos en las áreas del lóbulo frontal que afectan el juicio, la toma de decisiones, el aprendizaje, la memoria y el control de los impulsos. Este autor considera a la adicción como una enfermedad crónica del cerebro, con recaídas y caracterizada por la búsqueda y el uso de sustancias psicoactivas, a pesar de los efectos nocivos. Con la misma concepción, Saddock y Saddock (2008) consideran a la adicción

como un proceso de múltiples factores etiológicos como ser: disponibilidad de drogas, aceptabilidad social, personalidad y biología del individuo. Éstos autores sostienen que en última instancia la adicción es un trastorno a nivel cerebral en el sistema de recompensa dopaminérgico.

Asimismo, el DSM V (2013) reconoce que las drogas de abuso activan caminos neurológicos que afectan el sistema de recompensas. Afirma que las drogas de abuso producen una activación tan intensa de los mecanismos de recompensa, que actividades habituales son dejadas de lado, dado que el abuso de sustancias produce recompensas más altas que las actividades adaptativas. Aunque el proceso farmacológico de cada droga es distinto, todas activan el sistema de recompensas y producen efectos placenteros a nivel neurológico.

Los efectos observables por imágenes en el cerebro y las teorías neurobiológicas de la adicción se condicen con el modelo de Marlatt, sosteniéndose en ambos modelos las mismas áreas afectadas, aunque el modelo de Marlatt haya sido conceptualizado 20 años antes. Sin embargo, entre ambos modelos hay una diferencia en la concepción de la enfermedad que es crucial en el tratamiento de la adicción, la motivación del individuo en tratamiento, y las posibilidades de cambio. En el modelo neurobiológico el sujeto que padece de un sistema de recompensas dopaminérgicas alterado se ve indefenso ante el trastorno, sin responsabilidad ni capacidad de cambio ante la enfermedad. En el modelo de Marlatt la afección es aprendida, y como tal puede ser desaprendida en un proceso de cambio terapéutico.

### **3.1.3 Tipos de tratamiento**

Adler et al. (s/f) han realizado una comprehensiva revisión del material sobre tratamiento de adicciones, y proponen una serie de principios para un tratamiento efectivo, como ser:

- ningún tratamiento único es adecuado para todos los sujetos
- los tratamientos deben tener una alta disponibilidad
- los tratamientos efectivos atienden a múltiples necesidades del individuo, no sólo al abuso de sustancias
- la planificación de un tratamiento particular debe ser reevaluado continuamente para satisfacer las necesidades de ése individuo
- permanecer en tratamiento es crítico para que sea efectivo

- la terapia individual o de grupos es también crítica para la efectividad del tratamiento
- la medicación es un factor importante en combinación con tratamiento y terapia
- los pacientes co-mórbidos deben ser tratados abordando ambos trastornos simultáneamente de manera integrada
- la desintoxicación es sólo el primer paso y no un tratamiento efectivo
- el tratamiento no precisa ser voluntario para ser efectivo
- la recaída o consumo durante tratamiento debe ser monitoreada continuamente
- los pacientes deben ser evaluados por enfermedades infecciosas para proveer tratamiento adecuado
- la recuperación de una adicción es un proceso a largo plazo y a veces requiere de múltiples tratamientos.

Con una mirada similar, abordando la complejidad de tratamientos y modelos teóricos, Souza (2005) en su revisión de los modelos tradicionales de abordaje de la adicción menciona los modelos psicodinámico, cognitivo, sistémico, humanista, perspectiva neurológica, entre otros. Éste autor concluye que en el abordaje del tratamiento de drogodependencias, el trabajo debe ser interdisciplinario y desde distintos modelos. El autor resalta la modalidad de comunidad terapéutica como de mayor efectividad y capacidad de generar un cambio.

En Argentina los tipos de tratamiento, y su aplicación particular ha sido estudiada y consignada en la Guía de Orientación a la Magistratura para la Adecuada Atención de Personas Consumidoras de Sustancias Psicoactivas (Zaffaroni & Torres, 2010). El documento sintetiza los resultados de la evaluación de efectividad de tratamiento, teniendo en consideración la maximización de los recursos disponibles del sistema de salud, y la libertad individual de la persona. Ésta guía se encuentra actualmente puesta en práctica en todo el sistema de salud público y privado para el tratamiento del abuso y dependencia de sustancias.

El punto de inicio del abordaje del trastorno comienza cuando el sujeto ingresa en el sistema de salud, sea por servicios de emergencia, hospitales, o clínicas, etc. El primer paso lo constituye la evaluación de un estado de intoxicación o no, definiéndose el mismo como la presencia de un síndrome reversible específico de una sustancia debido a su ingestión o exposición reciente siguiendo los lineamientos del DSM V (APA, 2013). El estado de intoxicación es determinado y evaluado por el médico interviniente (SAME, Servicio de Guardia de Hospitales Públicos, CESAC, y los Servicios de Salud Públicos o Privados).

Una vez compensado el cuadro, se evalúa la continuidad del tratamiento, y de ser necesario se deriva a centros de asistencia para las adicciones.

Durante el proceso diagnóstico, llevado adelante por un médico, se prioriza la estrategia de intervención que menos comprometa la continuidad de los lazos sociales. Para ello se incluye en el proceso diagnóstico a un trabajador social para realizar el diagnóstico social. De éste proceso diagnóstico se procede a la derivación. El diagnóstico determinará el modelo de abordaje a utilizar.

Un modelo de abordaje de menor intensidad es el tratamiento ambulatorio, el cual consiste de espacios terapéuticos individuales y/o grupales, con controles psiquiátricos, médicos, talleres terapéuticos, entre otras actividades. El mismo se determina apropiado para pacientes que conserven relaciones vinculares, educativas, laborales y/o sociales, cuya severidad de adicción posibilita la rehabilitación en un dispositivo ambulatorio, o pacientes que habiendo recibido tratamiento en una modalidad más intensiva han mejorado y son derivados para continuar con su tratamiento (Zaffaroni & Torres, 2010).

Continuando en un nivel mayor de intensidad al tratamiento ambulatorio se dispone de tratamientos de Hospitales y Centros de Día, de jornada completa o media jornada. Ésta modalidad se caracteriza por incluir actividades asistenciales como clínico-terapéuticas. Los pacientes atienden a la institución de lunes a viernes, e incluso los fines de semana para recibir tratamiento a lo largo de toda la jornada, o media jornada. Éste modelo de tratamiento prioriza la contención familiar y comunitaria, fortaleciendo la trama social del paciente. Ésta modalidad se considera conveniente para paciente con apoyo familiar y/o social que preservan áreas de su vida, que reconocen conflictos personales relacionados al consumo, que preservan control de las conductas impulsivas y/o compulsivas, y pacientes derivados de internación con alto riesgo de recaer.

Para el máximo nivel de complejidad de tratamiento la derivación se realiza a centros de internación. Está destinado a pacientes en situación de crisis y que debido a la severidad de consumo todo intento de tratamiento ambulatorio sería infructuoso. Las internaciones se pueden categorizar por la duración de la misma.

Por un lado existen las alternativas de medio camino, cuyas internaciones son por períodos determinados acorde a las necesidades específicas, sean de fin de semana o por las noches. Asimismo, éste tipo de internación se puede utilizar como transición de una internación prolongada a un tratamiento ambulatorio o de hospital de día. Éste dispositivo se utiliza para prevenir recaídas en pacientes, y pacientes que necesitan evaluar y/o reforzar

su tratamiento en contextos que requieren mayor seguimiento que una modalidad ambulatoria.

Por último, la internación prolongada es el modelo de abordaje de máxima complejidad. Ésta modalidad es recomendada para pacientes que presentan un consumo compulsivo prolongado en el tiempo, deterioro evidente de la salud física (desnutrición, deshidratación, infecciones en la piel, abandono general, etc.), niños y adolescentes que debido a la severidad de la adicción, la implementación de una modalidad ambulatoria sería insuficiente. Se destina a pacientes en situación de crisis, y para aquellos que debido a la prolongación y compulsividad de la adicción resulta o resultaría en tratamientos infructuosos de otra naturaleza (ambulatorio, hospital de día, etc.). Se caracteriza por ser el tratamiento de mayor efectividad para pacientes cuya severidad de adicción y falta de recursos familiares y comunitarios, son inadecuados para que el paciente sostenga la sobriedad de otra manera (Zaffaroni & Torres, 2010).

La guía de la magistratura distingue los tipos de tratamiento en función de la restricción de libertades individuales, o dicho de otro modo, la intensidad de la aislación social de los pacientes, graduando la intensidad de los tratamiento desde el retiro mínimo de la vida social, el tratamiento ambulatorio, hasta la mayor aislación en la internación prolongada. Sin embargo, en cuanto a la efectividad de tratamiento, los autores locales insisten en la validez de la comunidad terapéutica.

Los autores sostienen que la comunidad terapéutica es el mejor modelo de abordaje, debido a que es interdisciplinado, brinda un reaprendizaje social, provee un espacio de límites claros donde el error es oportunidad de aprendizaje, provee un ambiente donde el despliegue de las conductas impulsivas (acting out) puede ser abordado, como un agregado al trabajo terapéutico de herramientas, prevención de recaídas, y cambio conductual que proveen los espacios terapéuticos (Gregori, 2005; Marchant, 2005; Souza, 2005).

Dentro de los tratamientos en comunidades terapéuticas, hay varios subtipos de comunidades. El modelo de comunidad terapéutica surge del modelo creado por Jones en 1950 en un hospital neuropsiquiátrico (Gregori, 2005; Marchant, 2005; Souza, 2005). En la actualidad hay varias clasificaciones de comunidad terapéuticas. Una característica es la distribución de responsabilidades y la autoridad. Se distinguen así dos extremos: la comunidad terapéutica democrática, siguiendo el modelo de Jones, donde no hay distinción jerárquica entre pacientes y profesionales, y donde las actividades, responsabilidades, y mantenimiento del espacio es responsabilidad compartida horizontalmente. Como

contrapunto existen las comunidades terapéuticas jerárquicas, donde hay un sistema piramidal de responsabilidades, privilegios, y estatus. En éste modelo, los recién ingresantes realizan tareas simples de poca responsabilidad, mientras que los pacientes con más tiempo en la institución realizan tareas de mayor responsabilidad y complejidad, y tienen una autoridad relativa sobre los ingresantes (Gregori, 2005). El modelo jerárquico se basa en recompensas y castigos para modelar las conductas deseadas, mientras que el modelo democrático se basa en la identificación positiva e ideales comunes para favorecer la emergencia de la conducta deseada.

Otra manera de clasificar a las comunidades terapéuticas es en base a la composición del equipo terapéutico. Se pueden clasificar entre comunidades terapéuticas socio-educativas o sin profesionales, las cuales están organizadas, coordinadas y compuestas por ex-pacientes, comunidades mixtas o con profesionales tradicionales y no tradicionales. Los adjetivos de mixta o con profesionales refieren a que han incorporado profesionales para la realización de tareas específicas y como complemento. Las comunidades terapéuticas profesionalizadas son aquellas en las cuales todo el equipo terapéutico consiste de profesionales universitarios (Gregori, 2005).

Asimismo, las comunidades terapéuticas no responden a una modalidad de tratamiento particular. Dado que el trabajo en comunidad terapéutica responde a un desarrollo de la modalidad de trabajo en pabellones psiquiátricos, la comunidad terapéutica responde a un espíritu de trabajo, y al hecho de abordar a los pacientes desde las particularidades individuales en un contexto grupal donde la convivencia provee la oportunidad de desarrollo del cambio. Así, modalidades de tratamiento ambulatorias, de hospital de día, o internación, todas pueden ser comunidades terapéuticas si responden al modo de trabajo particular de las mismas (Gregori, 2005; Marchant, 2005; Souza, 2005).

La presente investigación se realiza en el marco de una institución con los pacientes de internación prolongada, bajo la modalidad de internación en una Comunidad Abierta Urbana. Dentro de las modalidades de internación, la Comunidad Abierta se caracteriza por ser un tratamiento de carácter voluntario, no compulsivo, donde el paciente puede abandonar el tratamiento en contra de la recomendación terapéutica en cualquier momento del tratamiento. Es una comunidad terapéutica donde la autoridad y coordinación es realizada por el equipo terapéutico, diferenciándose de las comunidades terapéuticas jerárquicas debido a que los pacientes no tienen jerarquías ni privilegios entre unos y otros.

Tampoco clasifica como comunidad democrática, debido a que los pacientes no tienen poder de decisión sobre las actividades, tareas, proceso terapéutico, ni tienen responsabilidad o injerencia sobre el funcionamiento de la institución. Asimismo, es una comunidad terapéutica profesionalizada, donde todos los miembros del equipo terapéutico son profesionales en el área de la salud mental, con tareas distribuidas. Sin embargo, es una comunidad terapéutica en el fenómeno de que el equipo profesional y pacientes comparten los espacios de recreación, comidas y vivienda.

### **3.2. Factores de permanencia en tratamiento**

La permanencia en tratamiento es el mantenimiento y asistencia a un programa de rehabilitación. La permanencia en tratamiento, junto a la adherencia al tratamiento, son los predictores más altos de recuperación en todas las modalidades de abordaje. Por ello es relevante el estudio de los factores predictores de permanencia en tratamiento, para poder desarrollar intervenciones dirigidas al mantenimiento del usuario en tratamiento.

La temática ha sido estudiada en diferentes ámbitos de la salud, particularmente con enfermedades crónicas o de tratamiento prolongado. Dentro del ámbito de la drogodependencia, la falta de adherencia y tasa de abandono de tratamiento es mayor que en otros tratamientos de la salud, o psicológicos (MacNair & Corazzini, 1994; Swett & Nones, 1989). Asimismo hay amplia bibliografía estudiando la permanencia en tratamiento con resultados favorables de tratamiento, e incluso estudios empíricos que demuestran que a mayor asistencia a encuentros terapéuticos, mejores resultados a la finalización del tratamiento (Greenfield et al., 2007; Stewart et al., 2002; citados en Hien et al, 2012).

En la misma línea, Dutra et al. (2008) realizaron un estudio meta-analítico sobre tratamientos por abuso de sustancias, evaluando factores como la abstinencia y la retención o permanencia en tratamiento. Los autores evaluaron tratamientos por abuso de cannabis, cocaína, opiáceos, y politoxicomanía / policonsumo. Sus resultados muestran que aproximadamente un tercio de todos los pacientes en tratamiento por problemas de abuso de sustancias abandonaban tratamiento antes de completarlo. Particularmente los pacientes en tratamiento por abuso de una sustancia problema tienen mayor tendencia a abandonar

tratamiento, siendo los más altos el abandono por cocaína y derivados (42%) y por opiáceos (37%).

Por otro lado, los resultados del meta-análisis de éste estudio sostienen que el tipo de tratamiento con menor abandono han sido aquellos centrados en el manejo de contingencias (29.4%), seguido de tratamientos cognitivo-conductuales (35.3%). Mientras que los tratamientos centrados en manejo de contingencias y terapia cognitivo-conductual tuvieron una tasa de abandono del 44.5%. Los tratamientos con mayor tasa de abandono fueron aquellos centrados en una sustancia problema específica y enfocadas en la prevención de recaídas (57% en tratamientos centrados en cocaína y derivados).

Los autores del estudio consideran que los resultados dicotómicos respecto al consumo de cocaína que dieron por un lado la más alta tasa de abandono, y al mismo tiempo la mayor tasa de abstinencia post tratamiento señalan hacia una confirmación de que es la motivación para el cambio, y una decisión tomada al inicio del tratamiento la fuente del éxito y abandono. Postulan que los pacientes que ingresan a un tratamiento por cocaína deciden desde un principio si continuar tratamiento y la abstinencia, o si abandonar tratamiento rápidamente.

Un estudio longitudinal realizado con pacientes alcohólicos (Llinares Pellicer, Palau Muñoz, Albiach Catalá & Santos Diez, 2002) arrojó resultados que sostienen que acudir a tratamiento acompañado -apoyo social-, predice mayor permanencia en tratamiento a los 3 y 6 meses, mientras que mayor tiempo de abstinencia es mejor predictor de permanencia a los 6, 9 y 12 meses de tratamiento. Sin embargo, los autores concluyen que el estadio de preparación para el cambio tiene menor poder predictor que la modalidad de tratamiento, postulando que es más relevante estudiar las diferencias inter-tratamientos y en las distintas modalidades de tratamiento, que variables individuales centradas en los sujetos.

Siguiendo con lo sostenido en el estudio de Dutra et al. (2008), García-Rodríguez et al. (2007) evaluaron el uso de incentivos en tratamientos centrados en la droga problema o sustancia específica, particularmente tratamientos por adicción a la cocaína, y enfocados en el manejo de contingencias. Sostienen que el uso de incentivos -*vouchers*- que los pacientes ganan al ir cumpliendo con requerimientos del tratamiento -como ser asistir a los grupos y sesiones o sostener la abstinencia- resulta una estrategia eficaz para motivar la permanencia en tratamientos ambulatorios por adicción a la cocaína. El uso de vouchers o incentivos en tratamientos ambulatorios ha sido estudiado como una estrategia efectiva en el abuso de otras sustancias como ser alcohol, cannabis, tabaco o heroína (Alesi, Dantona & Higgins,

2002; Badger, Heil, Higgins, Lussier & Mongeon, 2006; citados en García-Rodríguez, et al., 2007).

Fernández Miranda (2000) realizó una investigación sobre la permanencia en tratamiento de sujetos adictos a los opiáceos en programas de mantenimiento con metadona. El autor afirma que las variables centradas en el sujeto son menos predictivas de éxito y mantenimiento de tratamiento, que las variables centradas en las características de los tratamientos. Para sostener esta afirmación refiere a las contradicciones de distintos estudios como ser un estudio de Magura et al. (1998; citado en Fernandez Miranda, 2000) que sostiene que los antecedentes criminales implican peores resultados, mientras que otro estudio de Kosten et al. (1987; citado en Fernandez Miranda, 2000), donde los resultados arrojan que las persona con ingresos legales (trabajo, ayuda social o de la familia) tienen peor pronóstico. Otros resultados contradictorios sobre la gravedad o severidad de la adicción son los de McLellan et al. (1993), que confirman que no es un predictor importante, y el estudio de Kosten et al. (1987), que mantiene que sí lo es. Contradicciones similares se pueden encontrar al comparar resultados centrados en la existencia de trastornos psiquiátricos co-mórbidos (Friedman & Glickman, 1986; Kleber, Kosten, & Rounsaville, 1987; citados en Fernandez Miranda, 2000). El autor sostiene que los tratamientos para opiáceos con programas de mantenimiento con metadona tienen mejor retención o permanencia en tratamiento, así como mayores resultados en calidad de vida que los tratamientos sin mantenimiento con metadona para opiáceos.

### **3.2.1 La motivación para el cambio**

En el estudio del cambio terapéutico el modelo del proceso del cambio y la motivación para el cambio de Prochaska y DiClemente ha sido confirmado empíricamente como efectivo tanto como modelo teórico, así como modelo práctico-clínico. El mismo es un modelo del cambio conductual de utilidad clínica, particularmente para conductas adictivas. Cuenta con un soporte empírico basado sobre todo en estudios sobre tabaquismo y en menor medida con alcohólicos (Prochaska & DiClemente, 1984). Asimismo las técnicas de evaluación de motivación para el cambio, RCQ, SOCRATES, URICA, etc. Han sido ampliamente estudiadas para evaluar su valor predictivo en la clínica y la recuperación o cambio conductual (Budd & Rollnick, 2011; McMahon & Jones, 1996; Sutton, 2002). El

modelo intenta dar respuesta a cuestionamientos en el curso de modificación de una conducta, que incluye también la conducta compulsiva al consumo de sustancias psicoactivas, u otro tipo de adicciones.

El modelo define cinco etapas en el proceso del cambio: Precontemplación, Contemplación, Preparación, Acción, Mantenimiento. Asimismo está la sexta etapa, como situación extraordinaria, la recaída. La recaída no implica en sí, necesariamente, un retorno a etapas anteriores.

La etapa de Precontemplación se caracteriza por pacientes que no manifiestan intención de cambiar la conducta en el corto plazo (6 meses). La etapa de Contemplación se define como la etapa en que el individuo es consciente de que existe un problema, y piensan seriamente en superarlo dirigiéndose hacia la acción. El estadio de Preparación es aquel en que el paciente se dispone a la toma de decisión respecto al problema, y se dispone o prepara para actuar al respecto. La etapa de Acción es aquella en la cual el individuo ya tomó la decisión de cambiar su conducta, y se observan los cambios más visibles para modificar su comportamiento. Por último el Mantenimiento es la etapa final del cambio, en la cual los pacientes deben continuar utilizando las estrategias desarrolladas previamente, para así evitar la recaída. No se considera concluido el cambio nunca, sino por el contrario, el paciente continua utilizando las herramientas aprendidas para evitar volver a una conducta de consumo (Martínez & López Camps, 2008).

Se especula la existencia de una etapa de finalización, ante la ausencia de tentaciones a través de cualquiera de las situaciones problema. Se consigue al estabilizar los cambios conductuales más allá de la fase de mantenimiento.

Dentro de la aplicación del modelo de estadios de cambio y adherencia al tratamiento, Bobes et al. (2007) refieren que a mayor toma de conciencia de la necesidad del cambio de la conducta, hay mayor probabilidad de que el paciente permanezca en tratamiento. Siguiendo con lo postulado por Bobes et al. sobre la conciencia de necesidad de cambio y adherencia al tratamiento, Albiach Catalá, Pellicer, Palau Muñoz y Santos Diez (2000) concluyen que al ingresar a tratamiento la mayoría de los pacientes no tienen una motivación o deseo de lograr la abstinencia, sino que asisten por presiones externas. Al evaluar la permanencia en tratamiento de pacientes adictos a la heroína relacionándolo con la motivación para el cambio encontraron que al mes de admisión el 84.5% de los ingresantes permanecía en tratamiento, declinando al 73.2% a los 3 meses, y 59% a los 6 meses, siendo estos 3 tiempos los cambios en abandono más significativos a lo largo de un

tratamiento de 12 meses. Por ello sostienen que la adherencia a tratamiento no correlaciona con cierto estadio del cambio particular, sino más bien con variables centradas en el tratamiento. Esto se condice con la concepción de la motivación para el cambio como un estado de motivación de Miller y Rollnik (1999).

Al mismo tiempo, Sutton (2002) así como Budd y Rollnick (2011) sostienen que los estadios del cambio del modelo no se delimitan claramente. Afirman que la motivación para el cambio es un continuo donde el sujeto atraviesa los distintos estadios, sin estar específicamente o únicamente en un estadio en particular. Esto se sostiene en base a los estudios longitudinales que realizaron dichos profesionales en el campo de las adicciones. Asimismo, McMahon y Jones (1996) han realizados estudios longitudinales comparando la técnica RCQ con la técnica NAEQ (uso negativo de alcohol) para determinar si hay validación y correlación entre los estadios del cambio y la motivación en pacientes con abuso de alcohol. Los resultados arrojan que ambas técnicas no correlacionan, y por lo tanto evalúan constructos distintos. Más aún, sostienen que el NAEQ sostiene explícitamente las consecuencias negativas del consumo de alcohol, mientras que el RCQ las mantiene implícitas. Por ello, estos autores sostienen que la técnica RCQ es útil para evaluar sujetos con problemas de adicción medios, no graves, debido a que en pacientes graves o severos la abstinencia debe ser absoluta y las consecuencias negativas más explícitas.

### **3.2.2 Severidad de la adicción**

La severidad de adicción es un constructo complejo que incluye los signos y síntomas diagnósticos del trastorno por abuso de sustancias. Dada la alta complejidad del sistema de salud, es necesario evaluar la severidad de adicción de un paciente para orientar su tratamiento a fin de proporcionar el tratamiento más ajustado a sus necesidades, y poder evaluar de manera fidedigna la mejor asignación de recursos y modalidad de tratamiento para tratar al individuo que padece de un trastorno por dependencia de sustancias (Bobes et al., 2007; Zaffaroni & Torres, 2010).

El concepto de severidad de la adicción se utiliza para conceptualizar la intensidad de la sintomatología del trastorno de abuso por sustancias a través de la evaluación de los signos y síntomas de compulsión al consumo, la sintomatología de abstinencia, la tolerancia

y el acostumbramiento, variables diagnósticas del trastorno conceptualizadas anteriormente en el presente marco teórico.

Como se vio anteriormente el trastorno por abuso de sustancias y la drogadicción o drogodependencia se ve agravada por varios factores. Se han abordado en el presente trabajo los antecedentes penales y la conducta violenta, los factores de riesgo sociales y familiares, nivel socio económico, factores individuales o de personalidad, neurológicos, educativas y laborales. Más adelante se detallarán algunos estudios realizados vinculando estos factores a la efectividad de tratamiento.

Dado que el surgimiento del trastorno es de etiología compleja, sin modelos teóricos confirmados, y se expresa en todas las áreas de la vida del individuo, las técnicas para evaluar severidad de la adicción estudian las distintas áreas de la vida de la persona en una evaluación global (Rollnick, et.al. 1992). El Addiction Severity Index y sus derivados (ASI6, ASI6-FU y TEEN-ASI) son instrumentos de evaluación global, que incluyen la evaluación específica de sustancias (Bobes et al., 2007).

En la presente investigación se utilizaron las escalas relativas al consumo de drogas y alcohol de la técnica ASI-6 (Addiction Severity Index, 6ta versión), para evaluar la severidad de la adicción en cuanto a la cantidad de consumo, compulsividad en el consumo, y percepción de conflicto ante el consumo de los entrevistados. Para los propósitos de la presente investigación la evaluación de variables indirectas de la severidad de adicción o variables para el trabajo terapéutico son factores que se pueden prescindir sin comprometer las variables que se busca evaluar, dado que no es necesario realizar una derivación.

Al evaluar la severidad de adicción con las técnicas ASI, y sus validaciones, resulta que los pacientes adjudican la severidad de adicción a factores distintos que los evaluadores entrenados. Así, por ejemplo, los pacientes le dan mayor preponderancia a la presencia de trastornos psiquiátricos y la situación socio familiar, los evaluadores priman el consumo compulsivo de la sustancia por sobre los otros factores al valorar la severidad. Asimismo, tanto los factores psiquiátricos como el consumo compulsivo correlacionan positivamente con mayor estrés familiar, y una más baja satisfacción familiar, y con peor comunicación y recursos familiares (Sanz Vázquez, Iraugi Castillo & Martínez Pampliega, 2004).

Por estas características, el apartado del ASI-6 es particularmente útil para evaluar la severidad de adicción, debido a la posibilidad de evaluar el consumo de cada sustancia a lo largo de la vida del sujeto, y en los últimos 30 días, previos a la internación, pudiendo

evaluar y realizar preguntas en profundidad para determinar la compulsividad y el acostumbramiento o tolerancia.

Teniendo en cuenta éstos antecedentes, en la presente investigación se limita a evaluar la severidad de la adicción en torno a la compulsividad del consumo, y la cantidad de consumo, prescindiendo de los demás factores comórbidos a la adicción que podrían ser evaluados para determinar los recursos disponibles para el tratamiento, para centrarnos específicamente en la severidad de la compulsión al consumo y la cantidad en las distintas sustancias psicoactivas.

### **3.2.3 Apoyo social percibido**

El apoyo social percibido según Thoits (1985; citado en Rodríguez Espinola & Enrique, 2007), actúa generando un incremento en la percepción de identidad al desarrollar diferentes roles sociales, así como aumento de la autoestima por la valoración que los demás hacen de su conducta, y un aumento de la percepción de control, autoeficacia y dominio sobre el ambiente. Estos actúan como factores de protección frente a estresores vitales (Rodríguez Espinola & Enrique, 2007).

Al abordar el concepto teórico del apoyo social percibido se destacan dos perspectivas: la perspectiva estructural, y la perspectiva funcional (Riquelme, 1997, citado en Rodríguez Espinola & Enrique, 2007). La perspectiva estructural evalúa la densidad, reciprocidad, multiplicidad, existencia y cantidad de relaciones sociales (Castro, Campero & Hernandez, 1997). La perspectiva funcional por su parte evalúa y analiza los efectos o consecuencias del acceso y conservación de las relaciones sociales de la red (Schaefer, Coyne & Lazarus, 1981, citado en Rodríguez, Espinola & Enrique, 2007).

Se han realizado varios estudios con abundante evidencia que relaciona apoyo social con la salud psíquica y física (Broadhead et al., 1983; Cobb, 1976; Krause, 1991; Jones & Payne, 1987; Taylor, 1990; Turner, 1983; citados en Belloch, Ramons & Sandin, 1995). Las teorías actuales sobre el efecto del apoyo social en la salud se suelen representar en tres modelos: Dos modelos de amortiguación del estrés social, y el modelo de efectos directos.

Las teorías amortiguadoras del estrés social sostienen que el apoyo social protege al individuo de los estresores facilitando o potenciando la adaptación del individuo, mejorando las conductas de afrontamiento (Belloch et al., 1995). De esta manera el apoyo social reduce el impacto del estresor eliminando o reduciendo el propio estresor (suceso

vital), reforzando la capacidad del individuo de afrontar el estresor, o atenuando la experiencia del estrés.

Entre los modelos de apoyo social como amortiguador del estrés social, el primero postula que hay una interacción entre el estrés psicosocial y el apoyo social sobre el bienestar, y se llama la *hipótesis moderadora*. El segundo modelo de apoyo social como amortiguador del estrés social es la *hipótesis supresora*, que postula una relación aditiva entre el estrés, el apoyo social y el bienestar. Postula que los efectos directos del estrés son minimizados por el efecto indirecto del apoyo social.

Por otro lado el modelo del efecto directo presupone que el apoyo social ejerce efectos positivos sobre la salud, por el hecho de estar integrado en grupos sociales que facilitan experiencias individuales positivas como aumento de la autoestima, afecto positivo, la sensación de control sobre el ambiente, etc.

Siguiendo estas dos posturas sobre los efectos protectores del apoyo social, los efectos directos de protección se evalúan por la inserción en una red social, mientras que los efectos indirectos de amortiguación se evalúan cuando el apoyo social es operativizado en el contexto estresante (Rodin & Salovey, 1989; citado en Belloch et al., 1995). En sentido contrario, la ausencia de factores de apoyo social, como ser la ausencia de relaciones íntimas, pueden generar efectos perniciosos para la salud, e incluso trastornos como la depresión. Así, por ejemplo en sujetos casados que tienen un mal matrimonio con ausencia de intimidad y comunicación tienen una probabilidad un 25% mayor de deprimirse (Belloch et al., 1995).

Dentro del ámbito de la drogadependencia, Garmendia, Alvarado, Montenegro y Pino (2008) sostienen que el apoyo social es un factor clave en la mitigación de recaídas, y la permanencia en tratamiento en el trastorno por abuso de sustancias. Estos mismos autores han utilizado el cuestionario MOS de Apoyo Social Percibido (Medical Outcome Survey Social Support Scale, MOS por sus siglas en inglés) para evaluar el efecto de mitigación de recaídas en pacientes en tratamiento por abuso de sustancias, confirmando que es el mayor factor protector ante las recaídas.

Por otro lado, Moos (2007) ha encontrado que el factor principal en el mantenimiento de la abstinencia en personas que no atraviesan un tratamiento por abuso o dependencia, en otras palabras sujetos que logran abandonar el uso de sustancias sin tratamiento, es el apoyo social provisto por individuos que no consumen sustancias psicoactivas. Acorde a Scherbaum y Specka (2008) es el principal predictor de resultados

positivos, mantenimiento de la abstinencia, en sujetos que han atravesado un tratamiento por abuso de sustancias.

Como se ha visto, los efectos protectores del apoyo social percibido han sido confirmados en múltiples ocasiones, y ya a mediados de 1970 se confirmó que el apoyo social percibido no sólo mejoraba la salud, sino que mejoraba la adherencia al tratamiento (Broadhead et al., 1983; Cobb, 1976; Rodríguez Espinola & Enrique, 2007).

### **3.2.4 Consideraciones sobre investigaciones anteriores**

Como se ha visto a partir de la revisión bibliográfica varios autores sostienen que las variables individuales son predictores menores de permanencia en tratamiento en relación a las variables referentes a la modalidad de abordaje, modelo teórico, y el uso de agonistas. Sin embargo, los estudios meta-analíticos no evalúan las diferencias en los criterios de tratamiento de las distintas modalidades. Diferencias sustantivas respecto a la adherencia al tratamiento como ser que en programas de mantenimiento con metadona las recaídas en consumo son consideradas parte del tratamiento, por lo tanto no afectan la adherencia al tratamiento como mantenimiento de las indicaciones terapéuticas. Al mismo tiempo, el criterio de permanencia en tratamiento en esta modalidad ambulatoria por agonista es la asistencia al centro a recibir la dosis de agonista, únicamente (Dutra et al., 2008; Llinares Pellicer et al., 2002).

En tratamientos ambulatorios las recaídas tienden a ser más frecuentes, que en tratamiento de internación, debido a la menor contención de los pacientes, y también son esperables. De esta manera, una recaída afecta la motivación intrínseca del paciente, y la permanencia en tratamiento, así como la adherencia al tratamiento. Sin embargo en tratamientos de internación una recaída en consumo es un hecho extraordinario, y suele ser seguido de una derivación debido a que el ingreso de sustancias psicoactivas en una comunidad de internación pone en riesgo a toda la población en tratamiento. Como se ve, la propia re-emergencia del síntoma del trastorno en un tratamiento por internación es en sí mismo un hecho que exige que el paciente sea derivado o expulsado (García Rodríguez, et al, 2007; Higgins, Alesi & Dantona, 2002; Lussier, et al., 2006).

Asimismo la presión y exigencia de un tratamiento de internación es mucho mayor que la de un tratamiento de hospital de día o ambulatorio, debido a la falta de privacidad, la

poca interacción con otros significativos, y la continua supervisión y ajuste a las normas terapéuticas, las cuales exigen más dedicación, motivación y tolerancia a la frustración que modelos sin internación. Por lo tanto se debe considerar que las diferencias en permanencia en tratamiento y adherencia en tratamiento entre modalidades de abordaje similares, para poder efectivamente considerar los factores individuales como de menor importancia a la modalidad de tratamiento.

Por otro lado, se ha estudiado, respecto a la evaluación de pacientes que padecen un trastorno por abuso de sustancias, el factor de la deseabilidad social y las fallas en la auto-percepción. Un estudio sobre pacientes HIV positivos consumidores endovenosos de sustancias psicoactivas resultó en niveles significativos de deseabilidad social y fallas en la auto-percepción significativas al responder evaluaciones verdadero falso, dando indicadores claros para estudiar la varianza en evaluaciones autoadministradas (Latkin, Vlahov & Anthony, 1993). Contrariamente, el estudio de Darke (1998) sostiene que los individuos adictos a sustancias ilícitas completan las técnicas autoadministradas de manera fehaciente, y sostiene que los datos relevados son suficientemente confiables en relación a marcadores biológicos en cuanto al uso de drogas. Lo mismo postula el estudio de Del Boca y Darkes (2003). Sin embargo, estos estudios no evalúan la auto-percepción o deseabilidad social en cuanto a otras áreas como el apoyo social, o motivación. Asimismo, en los estudios mencionados que sostienen que los pacientes contestan las técnicas autoadministradas fehacientemente se aplicaban análisis de marcadores biológicos en alternancia con auto reportes.

Específicamente con la técnica utilizada en el presente trabajo, ASI 6, el estudio de Rosen, Hensen, Finney y Moos (2002) resulta que los sujetos reportan mayor uso de drogas ilícitas en técnicas autoadministradas, que en entrevistas formales, como es el caso de la presente técnica. Asimismo, ha de agregarse que en el presente trabajo las técnicas fueron administradas por el psicólogo clínica terapeuta de los pacientes, siendo éste un posible factor de mayor ocultación o minimización del consumo.

Asimismo, se ha confirmado que el trastorno por abuso de sustancias, o adicción, afecta la auto-percepción, a tal punto, que los sujetos que sufren de éste trastorno padecen asimismo autoengaño patológico. Esto incluye falta de conciencia del problema, poco insight, así como baja motivación, que retroalimentan el autoengaño. Se ha demostrado que los adictos con mayores niveles de autoengaño tienen menos conciencia de los factores que

llevan a las recaídas, así como más probabilidades de recaer (Sirvent, Villa Moral, Blanco, Delgado & Fernandez, 2012). Asimismo, en otro estudio se ha evaluado que la permanencia en tratamiento disminuye el nivel de autoengaño, favoreciendo la recuperación y la sobriedad (Ferrari, Groh, Rulka, Jason & Davis, 2008).

Las técnicas seleccionadas en el presente trabajo son las técnicas más populares y reconocidas para evaluar severidad de la adicción, apoyo social percibido, y motivación para el cambio. Sin embargo, hay abundante evidencia que sostiene que en individuos que padecen drogodependencia las técnicas auto administradas dan resultados distintos a técnicas de evaluación por parte de un profesional.

Por ello, el presente trabajo intentará dilucidar la relación de 3 variables relacionadas a la permanencia en tratamiento, así como identificar si las mismas son efectivamente predictores de permanencia en una comunidad abierta urbana de internación, al mismo tiempo que producir más datos para la futura evaluación de técnicas auto administradas en sujetos que padecen de un trastorno por abuso de sustancias como instrumentos válidos.

## **4. Método**

### **4.1 Tipo de estudio**

Se efectuó un diseño no experimental, longitudinal y un estudio descriptivo, explicativo.

### **4.2. Participantes**

La muestra se compuso de 15 sujetos de sexo masculino internados en una comunidad urbana abierta que brinda tratamiento del trastorno por abuso de sustancias. Las edades variaran entre 14 y 68 años ( $M = 30.28$ ;  $DE = 13.70$ ). En relación al nivel educativo, predominó el nivel secundario incompleto (66.7%), le siguieron con porcentajes similares el poseer el nivel primario incompleto (13.3%) y el secundario completo (13.3%), y solo el 6.7% presentó un nivel universitario completo.

### **4.3. Instrumentos**

**4.3.1 Índice de Severidad de la Adicción (Addiction Severity Index, ASI 6ta edición) versión en español.**

La técnica ASI (García-Portilla, Bascarán, Sáiz, Bousoño & Bobes, 2006) permite realizar un diagnóstico multidimensional de los problemas de adicción, evaluar su gravedad y ponerlos en un contexto bio-psico-social. Evalúa siete áreas asociadas a las adicciones en el individuo. Primeramente examina el estado médico general con el objetivo de indagar el deterioro físico por el consumo de sustancias. Como se observó precedentemente, el deterioro físico es uno de los síntomas determinantes para la valoración de la severidad de adicción y la modalidad de abordaje a practicar con el paciente. La segunda área a evaluar es el área de Empleo/Apoyos. En ella se analiza la capacidad del individuo de preservar áreas positivas de su vida ante la adicción, como ser el mantener un trabajo y las relaciones sociales y personales. Como se observó anteriormente, que el individuo logre preservar éstas áreas implica una menor severidad de adicción. Las siguientes dos áreas evaluadas consisten en el consumo de alcohol y drogas, para determinar la compulsión al consumo, el acostumbramiento y la tolerancia. Siguiendo a ésta, se indaga la situación legal del individuo, la cual brinda información para la evaluación de las complejidades para el tratamiento, siendo una referencia indirecta de la severidad de adicción la presencia de causas judiciales abiertas y las detenciones o privaciones de libertad por delitos. Luego se examinan las relaciones socio-familiares para obtener información sobre el nivel de apoyo con el que cuenta la persona, y determinar áreas conflictivas del sistema familiar para el abordaje terapéutico. Por último el estado psicopatológico permite un *screening* de posibles trastornos comórbidos para determinar la necesidad de aplicar más técnicas para descartar o confirmar la presencia de otros trastornos.

La versión utilizada es una adaptación al español del Banco de Instrumentos para la Práctica Clínica, 4ª edición (García-Portilla et al., 2006). En la presente investigación se evalúan únicamente las áreas de consumo de drogas y alcohol, con el fin de examinar la compulsividad, acostumbramiento y/o tolerancia, así como para obtener una valoración específica de la severidad de la adicción a la sustancia problema.

#### **4.3.2 Cuestionario de Preparación para el Cambio, versión del tratamiento (Readiness To Change Questionnaire, Treatment Version RCQ[TV] ).**

El Cuestionario de Preparación para el Cambio -RCQ[TV], *Readiness To Change Questionnaire: Treatment Version-*, se desarrolló para evaluar la etapa de cambio de pacientes con trastorno por abuso de sustancias (Rollnick et al., 1992). Consiste en 30 preguntas a responder en una escala Likert de cinco términos, y arroja información precisa sobre en qué etapa de la motivación para el cambio se encuentra el sujeto: pre contemplación, contemplación, preparación para la acción, acción, y mantenimiento (Honekopp, 2008; Prochaska & DiClemente, 1982).

### **4.3.3 Cuestionario MOS de Apoyo Social Percibido (MOS Social Support Scale).**

El Cuestionario MOS de Apoyo Social Percibido consiste de 20 preguntas, una para evaluar la topografía de la red social (apoyo estructural), y 19 preguntas para evaluar el apoyo social percibido (apoyo funcional). Las respuestas son provistas en una escala Likert de cinco posiciones (Rodríguez Espinola & Enrique 2007).

## **4.4 Procedimiento**

La recolección de datos se efectuó durante los meses de Julio, Agosto y Septiembre en una comunidad abierta urbana . Las mismas fueron administradas por los psicólogos capacitados dentro de la institución. Dentro de la primera semana de internación, en dos encuentros de días consecutivos, se llevó a cabo la aplicación de la ASI, conjuntamente con la recolección de información sobre antecedentes e historia de consumo para la historia clínica. En el segundo encuentro se completaron la entrevista MOS, y la técnica RCQ[TV], conjuntamente con la historia clínica de familia.

Luego de 60 días desde el día de inicio de cada caso, se evaluó la permanencia en tratamiento a los 30 y 60 días. En relación a los objetivos 1 a 4 se efectuaron análisis descriptivos. Para responder al objetivo 5 se calcularon regresiones logísticas con el método Wald de pasos hacia adelante. Se incluyó la motivación y el apoyo social como variables

independientes. En relación a la severidad de la adicción, debido al desbalance entre los grupos, se decidió excluirla de las regresiones y realizar un análisis descriptivo de dicha variable en relación a la permanencia en el tratamiento.

## 5. Desarrollo

### 5.1. Resultados

#### 5.1.1. Evaluar la motivación para el cambio del paciente al inicio del tratamiento.

La motivación para el cambio, acorde al modelo de Prochaska y DiClemente, evaluada con la técnica RCQ[TV] provee resultados para los 5 estadios o subescalas: pre contemplación, contemplación, preparación para la acción, acción, y mantenimiento. La técnica evalúa cada uno de los estadios o sub escalas con un puntaje mínimo de 6 y un puntaje máximo de 30.

Tabla 1

*Motivación para el cambio. Estadísticos descriptivos.*

	Pre contemplación	Contemplación	Preparación para la acción	Acción	Mantenimiento
N	15	15	15	15	15
Mínimo	6	14	24	10	22
Máximo	10	26	30	30	30
Media	6,4	22,87	28,4	29	28,3
Desvío	1,056	3,603	1,724	6,798	2,225

Como se detalla en la Tabla 1, la puntuación media de 29 en Acción es alto, cercano al puntaje máximo posible, y las medias de 28,3 en Mantenimiento, y 28.4 en Preparación para la acción también son altas, siendo los tres puntajes cercanos al máximo posible. Mientras que la media de 22,87 de Contemplación es cercana a la media posible. Por último, la motivación en torno al estadio de pre contemplación puntúa una media de 6,4 muy cercano al mínimo absoluto posible.

Los resultados arrojan que la mayor parte de los sujetos se perciben altamente motivados para el cambio y el mantenimiento del cambio. Puntúan más alto en el estadio de la acción, probablemente debido a que son sujetos en tratamiento de internación, y evalúan el hecho de estar en tratamiento como un proceso propio de la acción de dejar de consumir.

En otras palabras, la cesación de consumo debido a la modalidad de tratamiento es considerada por los pacientes como en efecto un cambio conductual intrínsecamente motivado.

Debido a que los pacientes evaluados son ingresantes en tratamiento, y las técnicas fueron administradas en la primera semana de tratamiento, los pacientes perciben altos niveles de motivación para el cambio, y un genuino cambio en la conducta adictiva a partir del comienzo de tratamiento. La técnica utilizada evalúa la motivación para realizar un cambio efectivo en la conducta problema, con un foco en la motivación para hacer un tratamiento.

Es concordante con las variables que la técnica evalúa que la variable de acción puntúe por encima de los demás estadios, dado que los sujetos ya han tomado la decisión voluntaria de comenzar un tratamiento, y lo están llevando adelante (Prochaska & DiClemente, 1984). De la misma manera, debido al proceso que están llevando adelante es esperable que el estadio de pre contemplación puntúe bajo.

Aunque la teoría sostiene que la motivación es un estado fluctuante, y que por lo tanto ningún sujeto está en un estadio específico únicamente, es congruente que si los sujetos se perciben como motivados para actuar y llevar adelante un cambio en sus conductas adictivas, que los cuestionamientos propios de la pre contemplación ya hayan sido resueltos en dirección a llevar adelante acciones concretas (Martínez & Lopez Camps, 2008), y por lo tanto puntúe bajo, mientras que el estadio de Acción puntúe alto.

Los puntajes para el estadio de pre contemplación son bien por debajo de la media posible. Esto se debe posiblemente a que los sujetos evaluaron las afirmaciones de pre contemplación como subestimaciones de sus propias concepciones. Por ello, es esperable que den puntajes altos de fuertemente de acuerdo. Por ejemplo, a la pregunta “*Mi consumo de bebida es un problema a veces*”, el 80% de los entrevistados están fuertemente de acuerdo. Los únicos 2 individuos que están en desacuerdo, o fuertemente en desacuerdo, son pacientes que no están dispuestos a dejar de tomar alcohol, pues no lo consideran ligado al trastorno por abuso de sustancias, acorde a la información provista en la entrevista.

Similarmente, la variable mantenimiento también puntúa alto, bien por encima de la media posible. Esto se debe a una posible interpretación excesivamente positiva de las

premisas de la técnica. La mayoría de las afirmaciones que puntúan en la escala de mantenimiento incluyen comentarios como “...pero ahora he logrado reducir o dejar la bebida”, o “he cambiado mis hábitos de consumo...”, etc. Los sujetos evaluados al ingresar en tratamiento dejan de consumir inmediatamente debido a que se encuentran aislados e internados. Sin embargo, el hecho de que no consuman por iniciar un tratamiento, o por incapacidad de tener acceso a sustancias de consumo no implica que en efecto estén en una etapa de mantenimiento de un cambio real sobre su conducta adictiva. Por el contrario, los individuos evaluados se encontraban iniciando un proceso de cambio. Por ello es que puntajes altos en mantenimiento se deben mayormente a una óptica excesivamente optimista, o sesgada, por parte de los evaluados de las premisas.

Asimismo, éstos resultados también se explican por las conclusiones a las que arribaron McMahon y Jones (1996) al comparar la técnica RCQ con la técnica NAEQ. El estudio sostiene que la técnica RCQ (y derivados) dejan las consecuencias negativas de consumo implícitas. Esto combinado con los sesgos autocomplacientes de los sujetos con trastorno por abuso de sustancias, y los fallos en la auto-percepción, favorecen la aparición de respuestas que valoren excesivamente los rasgos positivos.

Por otro lado, es destacable la poca varianza tanto en los resultados del estadio de pre contemplación, así como de preparación para la acción. Esta congruencia en las respuestas de los pacientes es potencialmente un indicador del perfil de motivación de los sujetos dispuestos a iniciar un tratamiento de internación por abuso de sustancias. Sería de utilidad continuar estudiando esta posibilidad para determinar el perfil de usuario de ésta modalidad de tratamiento, y seguir profundizando en la investigación de variables individuales relacionadas a la permanencia en tratamiento.

En contraste con ésta posibilidad, la poca varianza en cada sub escala puede ser un indicador de los sesgos autocomplacientes y los fallos en la auto-percepción que redundan en limitaciones en el ajuste a la realidad, y las limitaciones de las técnicas auto administradas en éste tipo de pacientes.

### **5.1.2 Evaluar la severidad de la adicción de los pacientes al inicio del tratamiento**

E 80% de los evaluados puntúa una severidad de adicción de 9 (puntaje de máxima severidad) y sólo el 20% puntúa 8 (severo).

Los pacientes valoraron la gravedad de su adicción como de menor severidad que el evaluador, lo cual se condice con lo planteado por Sanz Vázquez, Iraugi Castillo y Martínez Pampliega (2004). Asimismo, la amplia mayoría de los pacientes refirieron antecedentes de consumo muy inferiores a los datos relevados por la familia y en los espacios terapéuticos e historia clínica. Así, por ejemplo, uno de los sujetos entrevistados sostuvo que en los último 30 días previo al ingreso, sólo había consumido cocaína una vez, y en su historia de consumo únicamente una vez por mes, una cantidad de consumo que no produciría abstinencia ni tolerancia, criterios diagnósticos del trastorno. Sin embargo, al consultar con la familia, el nivel de consumo del paciente era tan problemático, que no llegó a asistir al funeral del padre por un abuso excesivo que le impedía caminar, posiblemente sobredosis, ante ausencia de traumatismos previos en una persona deportista que solía jugar fútbol semi-profesional. De la misma manera, los tics, manierismos, y sintomatología de abstinencia del paciente al realizar la entrevista mostraban claros signos de una dependencia no congruente con el nivel de consumo que expresó el paciente. Por ello la técnica responde a una evaluación que involucra dos apartados: por un lado las respuestas del entrevistado, y por el otro lo observado por el evaluador.

Al ingresar a tratamiento es esperable que los pacientes sean deshonestos respecto a su historial de consumo posiblemente por un prejuicio de que ocultar información implicaría un tratamiento más breve. Asimismo, como se ha remarcado en el marco teórico, los pacientes que padecen un trastorno por abuso de sustancias tienden a responder evaluaciones exagerando las respuestas socialmente deseables. Sin embargo, al evaluar a los pacientes, también se evaluó la información que presentaban al mes de tratamiento al presentarse en los grupos terapéuticos, la cual era un indicador más fiel de la gravedad de la adicción que la información reportada al ingreso. Como excepción a esta tendencia a la minimización del consumo, uno de los individuos dio respuestas fidedignas respecto a la cantidad de sustancia que consumía por mes, y el dinero que gastaba en ello. Al mismo tiempo, éste paciente también sostenía que no tenía un problema con el consumo de alcohol, dando resultados particulares en la motivación para el cambio, a pesar de

confirmar un gasto y consumo excesivo de alcohol durante la entrevista de la técnica ASI, reconfirmando los fallos de auto-percepción.

Incluyendo al sujeto anteriormente mencionado, sólo dos casos dieron respuestas ajustadas a su historia de consumo respecto a la severidad de su adicción. Ambos pacientes no permanecieron en tratamiento lo suficiente como para clasificar en la categoría de 30 días utilizada en este trabajo. Estos dos casos se condicen con el postulado de Dutra et al. (2008), que sostienen que en el caso de abuso de cocaína y derivados los pacientes toman una decisión tempranamente al ingresar en tratamiento de sostener o abandonar rápidamente.

Por éstos resultados, la severidad de la adicción no resulta ser en sí una variable, sino más bien una constante. Debido al bajo número de entrevistados, y al hecho de que todos los entrevistados son sujetos que aplican a la modalidad de tratamiento de mayor severidad de adicción, ésta variable es prácticamente una constante y por lo tanto no utilizable como un predictor de permanencia en tratamiento en el objetivo 5. Sin embargo, que la severidad de la adicción sea una constante aporta información valiosa a la hora de evaluar las demás variables como predictores de permanencia en tratamiento en la modalidad de tratamiento de mayor complejidad que es la internación.

### **5.1.3 Evaluar la presencia de miembros significativos en la red social, y el apoyo social percibido al inicio del tratamiento.**

En cuanto al apoyo social percibido, la autopercepción de los individuos evaluados es altamente positiva. Consideran ampliamente que el apoyo emocional/informacional es alto, siendo la sub escala que más alto puntuó, así como el apoyo instrumental y el apoyo afectivo, que puntuaron también altos. Hay una clara tendencia entre todos los sujetos de evaluar la interacción social positiva como de menor presencia que los demás tipos de apoyo social, lo cual indica posibles líneas de futuras investigaciones respecto al apoyo social percibido en sujetos que padecen trastorno por abuso de sustancias.

En cuanto a la estructura o topografía de las redes, se observa que las mismas son reducidas (Castro, Campero & Hernandez, 1997). En promedio contaban con únicamente 2 amistades cercanas positivas (no relacionadas a la historia de consumo) y 4 o 5 familiares.

Sin embargo, al ver las historias clínicas, o entrevistar a las redes, los miembros de la red suelen estar en relaciones conflictivas con los pacientes, y las amistades por lo general no están en contacto con los pacientes al ser amistades de su historia previa al consumo, y por lo tanto distantes en el tiempo. Similarmente, los familiares involucrados tienden a tener vínculos nocivos o que sostienen los patrones de abuso de sustancias, con poca capacidad de cuidado, acorde a la información volcada por las entrevistas de redes.

Tabla 2

*Apoyo social. Estadísticos descriptivos.*

	Topografía			Apoyo Emocional / Informativo	Apoyo Instrumental	Interacción Social Positiva	Apoyo Afectivo
	Amigos	Familiares	Total				
N	15	15	15	15	15	15	15
Media	2,19	4,25	6,44	35,5	17,06	16,06	13,25
Mediana	2	3,5	6	35	18	15	13,5
Desvío	1,424	2,145	3,286	2,989	3,087	2,462	1,612
Mínimo	0	2	2	29	11	12	10
Máximo	5	9	13	40	20	20	15

Estos resultados se condicen con lo esperable en pacientes con trastorno por abuso o dependencia de sustancias. Durante la administración de la técnica, varios pacientes refirieron que el apoyo social estaba disponible, y que ellos, los portadores del síntoma, elegían no recurrir a la ayuda disponible en la familia y amigos. Específicamente, expresaban comentarios como el siguiente: ante la afirmación “alguien que le informe y le ayude a entender una situación” comentaban “ellos me ofrecían, pero yo elegía no oír”.

Es de notar que la interacción social positiva es la variable que más bajo puntuó de las distintas escalas de apoyo social percibido. En los ítems referidos a esta subescala los pacientes hacían comentarios del tipo “me costaba relajarme, me solía sentir incómodo en todo momento. Esto se vincula a la anhedonia, o incapacidad de disfrutar de experiencias sin consumo propio de la patología, y al deterioro en los vínculos sociales de los individuos como consecuencia del trastorno. Asimismo, congruente con los fallos en la auto-percepción, los pacientes evaluados posiblemente valoraban en exceso las interacciones sociales con los vínculos familiares como positivas, a pesar de que por las información de

las entrevistas de redes se revela que las mismas serían más bien iatrogénicas, o cuanto menos conducentes a la cronificación del trastorno.

Asimismo, referían que la gran mayoría de las personas a las que recurrían en busca de apoyo eran personas que compartían su sintomatología adictiva, o con problemas de consumo de sustancias, por lo cual, no los consideraban como parte de su red de apoyo social actual. Éste factor explica el porqué de redes sociales reducidas en número, y la contradicción entre los resultados y la realidad efectiva, relatada por los pacientes y sus familias, de su búsqueda de apoyo social.

Más allá de estas aclaraciones, los puntajes de apoyo social todos han sido elevados. Los entrevistados perciben una alta disponibilidad y capacidad de brindar apoyo social en sus redes. Sin embargo, esta no se expresaba en la realidad diaria de los pacientes y sus familias, acorde a las entrevistas de red e historias clínicas, etc. Es posible que estas discrepancias entre lo sucedido y la percepción de los entrevistados se deba a la alteración de la percepción que genera el consumo de sustancias, y la falta de registro o capacidad de autopercepción de los individuos que padecen un trastorno por abuso de sustancias, así como a la autocomplacencia.

#### **5.1.4 Determinar el abandono del tratamiento a los 30 días y 60 días del ingreso.**

De los 15 pacientes evaluados, sólo 10 lograron sostener tratamiento por 30 días, y 60 días. Esto significa que dos tercios de los pacientes han logrado sostener tratamiento por 60 días. Nuevamente, esto condice con las conclusiones de Dutra et al. (2008), que sostienen que en pacientes con sustancia problema cocaína y derivados, el tratamiento es una decisión antes de comenzar que se sostiene en el tiempo.

Asimismo, es un potencial indicador de que permanecer en tratamiento 30 días es un indicador de superar el primer escollo o traba al iniciar un tratamiento en modalidad de internación, que es el acoplarse y acomodarse a la estructura y normas de convivencia comunitaria.

Por otro lado, Llinares et. al. (2002) sostienen que los pacientes que asisten acompañados a tratamiento tienen mayor permanencia en tratamiento durante los primeros 3 y 6 meses de tratamiento. Como se vió en el apartado anterior, los sujetos evaluados tienden a tener redes sociales de poca densidad, aunque perciben un alto apoyo social.

#### **5.1.5 Evaluar cuáles de las variables, severidad de la adicción, motivación para el cambio, y apoyo social percibido, es un predictor significativo a la permanencia en tratamiento a los 30 y 60 días de ingreso.**

Las variables incluidas en el análisis no resultaron predictores significativos de permanencia en tratamiento a los 30 y 60 días, dado que la regresión resultó no significativa ( $\beta = -.693, p = .206$ ). La motivación para el cambio y el apoyo social percibido, a pesar de su variabilidad inter sujetos, no han demostrado ser predictores.

Como se expuso anteriormente, los sujetos que permanecían en tratamiento 30 días, lograban sostener el tratamiento 60 días. El presente trabajo no permite identificar una variable que sea predictora de la permanencia en tratamiento. Sin embargo, el metanálisis realizado por Dutra et al. (2004) sostiene que en individuos que padecen un trastorno por abuso de sustancias, con sustancia problema cocaína y derivados, toman una decisión antes de comenzar tratamiento al respecto de sostener tratamiento o no. La mayoría de los individuos entrevistados tienen problemas de abuso con cocaína y derivados (paco). Uno de los pacientes entrevistados tenía como problema sustancia principal el alcohol, sin embargo no logró sostener tratamiento ni 30 ni 60 días.

Asimismo, como se consignó en el marco teórico, la motivación para el cambio puede ser considerada como un estado motivacional dinámico que se sostiene en el tiempo, o un estado motivacional dinámico en constante fluctuación entre estadios. Asimismo, la técnica utilizada considera la motivación para el cambio como un estado motivacional dinámico que se sostiene en el tiempo. Sin embargo, al comparar la técnica con otras similares resulta que las variables evaluadas no son idénticas. Por lo tanto, es posible que la motivación para el cambio no sea un predictor significativo debido a la posibilidad de que el constructo evaluado con la técnica no refiera una motivación que se sostiene en el tiempo, sino un marcador motivacional actual contextual.

La severidad de la adicción, al ser una constante más que una variable, no resulta un predictor significativo. Más aún, si se persiste en la presente investigación en el tiempo sería posible armar un contraste de grupos entre aquellos de severidad 9 y aquellos de severidad 8 para evaluar en un grupo de pacientes de una modalidad de tratamiento única si las variables individuales estudiadas varían como predictores de permanencia en tratamiento en función de la severidad de la adicción.

Aunque el estudio de Llinares et. al. (2002) sostiene que el apoyo social es un factor predictor de permanencia en tratamiento a los 3 y 6 meses iniciales, en la presente investigación no resultaron ser predictores significativos. En efecto, ha habido poca varianza inter sujetos en las escalas de apoyo social percibido. Sin embargo, sería productivo evaluar la misma variable a los 6 meses de tratamiento, así como al año de tratamiento, debido a que durante el mismo la topografía de la red social se modifica, y también los vínculos familiares se modifican. Una posibilidad es que no sea en efecto el apoyo social percibido el factor predictor de permanencia en tratamiento, sino la calidad de los vínculos salutógenos un mayor predictor de permanencia en tratamiento.

## 6. Conclusiones

Como se ha visto, la permanencia en tratamiento se constituye como el principal factor de éxito terapéutico en el tratamiento de trastorno por abuso de sustancias. Más aún, la prevalencia e incidencia del uso de sustancias adictivas es alarmante, dado que es mayor a la tasa de recuperación o efectividad de tratamiento. Teniendo esto presente es evidente lo relevante de investigar con mayor profundidad los factores de éxito terapéutico y permanencia en tratamiento de individuos que sufren un trastorno por abuso de sustancias.

Asimismo, la teoría indica que el trastorno por abuso de sustancias tiene una etiología centrada en variables individuales, con factores de riesgo sociales. Sin embargo, los estudios previos realizados demuestran que es la modalidad de tratamiento lo que determina la permanencia en tratamiento, por encima de las variables individuales al ingreso en tratamiento.

Dentro del presente trabajo se abordaron variables individuales, manteniendo la modalidad de tratamiento una constante. Sin embargo, las hipótesis planteadas no pudieron ser corroboradas. La primera variable individual, la severidad de la adicción, no resultó estar relacionada con la permanencia en tratamiento en el presente trabajo. Debido a que el perfil de la población son sujetos que padecen un trastorno por abuso de sustancias muy severo en un 80%, la severidad de la adicción resulta ser una constante, y no una variable comparable. Más aún, de los 15 sujetos, un 66% permanecieron en tratamiento 30 y 60 días, sin tener un número suficiente para comparar entre gravedad 8 y 9. Se requiere de profundizar el estudio tomando más casos, y con mayor varianza en la severidad de la adicción para determinar si ésta variable en efecto está relacionada a la permanencia en tratamiento. Asimismo, la modalidad de tratamiento de la población del presente trabajo es para casos graves de trastorno por abuso de sustancias, por lo cual es posible que incluso ampliando la muestra, al mantenerse constante la modalidad de tratamiento, no haya mayor varianza en la severidad de la adicción que la muestra reducida del presente trabajo.

Por otro lado, la hipótesis de que a mayor apoyo social, mayor permanencia en tratamiento, tampoco pudo ser corroborada. No hay diferencias significativas en los índices de apoyo social percibido entre aquellos que permanecieron en tratamiento, y aquellos que abandonaron. Sin embargo, esto no corrobora que la hipótesis sea incorrecta. La teoría

sostiene que el apoyo social es un factor relevante como amortiguador del estrés psicosocial. El comienzo de un tratamiento de internación por trastorno por abuso de sustancias es un proceso altamente estresante para el sujeto. Por ello, el apoyo social debería correlacionar con la permanencia en tratamiento.

Sin embargo, es significativo el hecho de que todos los sujetos hayan puntuado alto en todas las sub escalas de apoyo social percibido. Al igual que con la severidad de la adicción, donde un sesgo autocomplaciente o un mecanismo de defensa de negación producen una auto-evaluación de la gravedad de la adicción inferior a la efectuada por un profesional, la percepción del apoyo social en los individuos evaluados no se condice con información suministrada por otras vías (historia clínica, familiares, etc.).

La tercera hipótesis, a mayor motivación para el cambio, mayor permanencia en tratamiento, tampoco pudo ser confirmada. Sin embargo, ésta hipótesis ya está corroborada en estudios anteriores que confirman empíricamente que el modelo transteórico de Prochaska y DiClemente, y que en efecto la motivación para el cambio es un factor determinante en la capacidad de llevar adelante un cambio conductual (Prochaska & DiClemente, 1984). Más aún, esto ha sido confirmado para conductas adictivas (Budd & Rollnick, 2011; McMahon & Jones, 1996; Sutton, 2002). Sin embargo en el presente trabajo no se ha podido corroborar que la motivación para el cambio sea un factor que correlacione claramente con la permanencia en tratamiento. Esto se puede deber tanto a la técnica utilizada, como al reducido número de casos.

Más aún, como sostienen Miller & Rollnik (1999), si en efecto el estadio de motivación para el cambio varía en períodos cortos de tiempo, es posible que la técnica no esté evaluando la motivación para el cambio como un estado de rasgo perdurable en el tiempo, sino como el estado motivacional contextual. Es necesario validar efectivamente la técnica para evaluar la motivación para el cambio para poder evaluar apropiadamente la variable, dado que la técnica no ha sido validada en el país y ha sido utilizada por puntaje directos sin baremos.

La cuarta hipótesis, que la motivación para el cambio y el apoyo social percibido son mayores predictores de permanencia en tratamiento que la severidad de la adicción, tampoco se confirmó. En efecto, en el presente trabajo la severidad de la adicción resultó ser una constante dada la pequeña muestra, y la naturaleza de la población. Sin embargo,

ninguna de las variables individuales resultó ser un predictor significativo. Aunque esto está lejos de corroborar que las variables individuales no son predictoras de permanencia en tratamiento, se condice con los estudios que sostienen que la modalidad de tratamiento es un factor más significativo de permanencia en tratamiento. Sin embargo, en función de la premisa de la hipótesis, no se ha podido corroborar ninguna de las variables como predictores significativos, y por lo tanto, ninguna pudo corroborarse como mayor predictor que otra variable.

Dentro de las tres variables individuales estudiadas en el presente trabajo, la severidad de la adicción resultó una constante. Esto se debe a que la modalidad de tratamiento de los pacientes evaluados es la de mayor complejidad, y por tanto, los individuos que se prestaron como sujetos de la investigación padecen un trastorno por abuso de sustancias severo o muy severo. Para poder evaluar con mayor detalle la severidad de la adicción como variable predictor de permanencia en tratamiento, debería modificarse la población a estudiar.

Una posibilidad es realizar un estudio evaluando la severidad de la adicción como predictor de permanencia en tratamiento en una comunidad de hospital de día. En dichos centros de tratamiento la población tiene mayor variedad en la severidad del trastorno. El estudio propuesto no sería comparable a éste, sin embargo podría producir información relevante respecto a ésta variable.

Al mismo, las indicaciones oficiales para el abordaje del trastorno por abuso de sustancias sostienen que los individuos deben ser derivados acorde a la severidad de la adicción. Esto implicaría una limitación a la hora de poder evaluar en un mismo centro de tratamiento individuos con distinta severidad de adicción. Sin embargo, la guía de la magistratura indica que la severidad debe ser evaluada en función del nivel de apoyo social y la capacidad de sostener actividades pro social, como ser un trabajo, estudios, etc. Es por esto mismo que en el presente trabajo se decidió evaluar la severidad de la adicción desde la compulsividad, la sintomatología de abstinencia, y la cantidad de sustancia consumida, en base al Addiction Severity Index 7. Siguiendo mismos lineamientos, se podría evaluar la severidad de la adicción, sin alterar la variable incorporando factores sociales y comunitarios, y así determinar si en efecto es predictor de permanencia en tratamiento, siempre dentro de una misma modalidad de tratamiento.

Respecto al apoyo social percibido, los resultados son incongruentes con lo relatado por los pacientes y las familias. Por ejemplo, los individuos evaluados identifican 2 amigos, en promedio, dentro de su red social de apoyo. Sin embargo, estas amistades no están presentes en el tratamiento, no se involucran en los grupos terapéuticos, ni se comunican con ellos. Es luego de unos cuantos meses que la red social de amistades se acerca a los pacientes, y en efecto pasan a formar parte de su tratamiento. Es claro que la percepción de apoyo social de los sujetos evaluados en el presente trabajo está alterada, y su percepción de apoyo social está magnificada. Tienden a sobrevalorar la disponibilidad de sus amigos y familiares, y culpabilizarse al adjudicarse responsabilidad por la ausencia de respuesta efectiva.

Para poder evaluar efectivamente el apoyo social de los sujetos evaluados una alternativa sería utilizar otro tipo de técnica. Posiblemente sea más esclarecedor evaluar la presencia en los grupos terapéuticos de la red social, así como utilizar una técnica que evalúe apoyo social percibido a través de una entrevista, o de manera indirecta. Dado que el perfil de población con trastorno por abuso de sustancias tienen una autopercepción sesgada, y un registro pobre, las técnicas de autor registro no serán efectivas en las primeras fases de tratamiento con pacientes severos, a pesar de que algunos estudios mencionados en el marco teórico sostienen lo contrario. Los resultados de la presente investigación muestran claramente discrepancias entre la percepción y registro de los pacientes, y la información producida por la red social.

Aunque la técnica Medical Outcome Survey Social Support Scale sea la técnica más comúnmente utilizada para evaluar apoyo social percibido en sujetos que padecen trastorno por abuso de sustancias, la información que arroja no es concordante en pacientes en las primeras etapas de tratamiento que padecen un trastorno severo.

Respecto a la motivación para el cambio, hay varias técnicas que evalúan los estadios del cambio acorde al modelo de Prochaska y DiClemente. También hay estudios que plantean que estas etapas discretas, no son en efecto discretas, sino que como se plantea en el presente trabajo, son estados motivacionales dinámicos y móviles que fluctúan entre varios estadios al mismo tiempo. Los resultados del presente trabajo son concordantes con esta concepción, dado que los sujetos evaluados presentan altos niveles de motivación en 4 de los 5 estadios.

Sin embargo, hay limitaciones a la confiabilidad de estos resultados. Por un lado la técnica Readdiness to Change Questionnaire [Treatment Version] no está validada en la Argentina. Más aún, la técnica no es de amplio uso en los estudios de motivación para el cambio con pacientes con trastorno por abuso de sustancias. Las técnicas más utilizadas incluyen RCQ, URICA y SOCRATES. Sin embargo éstas técnicas evalúan la motivación para el cambio en estadios discretos dentro del modelo, sin determinar la motivación efectiva para el cambio conductual en tratamiento. Más aún, todas estas técnicas comparten la limitación de ser autocompletadas y auto administradas, en otras palabras, de auto registro. El perfil de población del presente trabajo presenta limitaciones para realizar éste tipo de técnicas. Además de los sesgos y fallas en la autopercepción ya mencionados, también el nivel educativo bajo de la población presenta una limitación a la comprensión de la técnica. Por ejemplo, el 92.5% de los sujetos interpretaron la afirmación “*Estoy tratando de dejar de beber y consumir, o beber y consumir menos que antes*” con la implicancia de que estar en tratamiento significa estar tratando de dejar el consumo. Sin embargo 1 de los sujetos interpretó que como no está consumiendo al estar en tratamiento, no está tratando de dejar, sino que en efecto ya lo hizo. Más aún, con el ítem 12 “*Mi consumo es un problema a veces*”, algunos sujetos interpretaron que estar fuertemente de acuerdo implica que siempre es un problema, mientras que 2 sujetos entendieron que como siempre es un problema estaban en desacuerdo con la afirmación.

El escollo que representa el nivel educativo puede ser sorteado con mayor presencia y asistencia en la comprensión de las consignas de las técnicas, dado que esto afectaría los resultados, sin importar la técnica. Ésta intervención activa en el proceso de las técnicas implicaría una modificación de los resultados esperables. Sin embargo, al tratarse de puntajes directos sin baremos, podría dar información más precisa.

De todas maneras, la principal complicación para evaluar efectivamente la motivación para el cambio en tratamiento reside en las técnicas disponibles. No sólo hay ausencia de técnicas validadas en el país, sino que las técnicas validadas y más utilizadas son autocompletadas por auto registro, lo cual presenta serias limitaciones ante la población en cuestión. Una posible alternativa sería desglosar los ítems a evaluar en una entrevista semi-estructurada con un evaluador capacitado, sin embargo para ello habría que desarrollar varias investigaciones que corroboren la validez de la modalidad entrevista, y la

validez de los constructos evaluados. Pareciera que en la actualidad no se podría evaluar efectivamente la motivación para el cambio en pacientes iniciando tratamiento hasta que los mismos no hayan logrado cambios terapéuticos en el auto registro, autopercepción, y los sesgos respecto a su problema de consumo.

Como se presentó en el apartado *de Consideraciones sobre Investigaciones Anteriores*, los estudios realizados sobre permanencia en tratamiento dan resultados contradictorios. El presente trabajo no es excepción, dado que los resultados que arroja no se condicen con las hipótesis y la teoría.

Esto se debe a una multiplicidad de factores, entre ellos, al tipo de técnicas utilizadas, las características específicas de la población, y el deterioro en las capacidades cognitivas de la población al ingresar en tratamiento. Sin embargo el estudio de las variables individuales en relación a la permanencia en tratamiento tiene relevancia, al igual que el estudio de tratamientos efectivos y modalidades de tratamiento con mayor permanencia en tratamiento.

Ante la dificultad del bajo nivel educativo de la población estudiada, una posible solución es la asistencia y guía en la realización de las técnicas, o la modificación del tipo de técnicas o evaluaciones por parte del examinador. Similar es la limitación del tipo de técnicas utilizadas, que como consecuencia de la pobre autopercepción, sesgos en el auto registro, y limitaciones de una población que padece trastorno por abuso de sustancias severa, resultan en respuestas de autopercepción poco fiables y discordantes con otras fuentes de información. Ante esta dificultad, se deberían utilizar técnicas indirectas donde un evaluador capacitado pueda determinar más fehacientemente las variables.

Asimismo, los estudios previos realizados presentan información y conclusiones paradójicamente opuestas. Más aún, las revisiones meta-analíticas en el campo también presentan resultados contradictorios. Una de las limitaciones más evidentes es que se comparan distintas modalidades de tratamiento. En tratamiento de mantenimiento con metadona, los cuales se presentan como los de mayor permanencia en tratamiento, son ambulatorios y de alcance limitado. Los sujetos que se someten a éste tipo de tratamiento deben cumplir con requisitos mínimos de asistencia, y deben confrontar los factores de riesgo de sus comunidades diariamente, resultando en mayor número de recaídas y menor desarrollo de herramientas terapéuticas para lidiar con la frustración. Éste tipo de paciente

se encuentra inmerso en un contexto terapéutico muy distinto de la población del presente estudio, o de sujetos en internación en comunidad terapéutica.

Para poder evaluar efectivamente la permanencia en tratamiento en función de variables individuales las modalidades de tratamiento deben ser equiparadas al mayor grado de similitud posible. De por sí esta dificultad es casi infranqueable, debido a que no sólo hay multiplicidad de modalidades de tratamiento, sino que más aún hay multiplicidad de teorías etiológicas y técnicas de intervención incluso dentro de centros con la misma modalidad de abordaje. Incluso dentro del modelo de Comunidad Terapéutica hay múltiples modelos y estilos. Más aún, las diferencias en cómo se abordan problemáticas esperables, como ser recaídas, violencia verbal, la expresión de emociones, el trabajo con la familia y red social, y un largo número de etcéteras, impactan en la tolerancia a la frustración del paciente. Siendo que la baja tolerancia a la frustración es una de las características de éste trastorno, el modo de abordar éstas situaciones impacta fuertemente en la capacidad del sujeto de permanecer en tratamiento.

Por ello, pareciera ser que el mejor camino para evaluar la relevancia de los factores individuales en la permanencia en tratamiento sería evaluando las características de cada modalidad de tratamiento y centro de tratamiento individualmente, para relevar cuáles son significativas en cada centro y modalidad de tratamiento, para así poder modificar las características del tratamiento para favorecer dichas áreas, y por consiguiente la permanencia en tratamiento.

Sin embargo, es más práctico relevar y estudiar la efectividad de tratamiento centrándose en la modalidad de tratamiento y las técnicas utilizadas, para así generar lineamientos generales de tratamiento que sean más efectivos, a pesar de que dicha línea de trabajo pueda limitar la existencia de modalidades alternativas de tratamiento más efectivas para los perfiles de pacientes que no logran sostener un tratamiento. Más aún, por factores que exceden a los propósitos de la presente investigación, como se relevó en el marco teórico hay técnicas e intervenciones ya estudiadas y corroboradas como iatrogénicas que continúan en plena vigencia, demostrando las limitaciones de la efectividad del cambio que nueva evidencia sobre permanencia en tratamiento y efectividad de tratamiento puede tener sobre la realidad.

A pesar de ello, dados los limitados recursos de tratamiento disponibles, es relevante identificar las variables individuales significativas en la permanencia en tratamiento para así adaptar las modalidades de tratamiento, y centrar al inicio de tratamiento, la mejor modalidad en función de variables individuales que suelen ser evaluadas en el proceso diagnóstico. De ésta manera se podría maximizar recursos de tratamiento, y favorecer la recuperación, sin la necesidad de aumentar los recursos disponibles para tratamiento, sino más bien maximizando los recursos actuales en función de las necesidades particulares.

## **Bibliografía:**

- Adler, M. W., Barthwell, A. G., Brown Jr, L. S., Clark, H. W., JD, M., CAS, F., ... & Woody, G. *Drug Addiction Treatment*. Recuperado de: <http://www.homesteadschools.com/lcsw/courses/Chemical%20Dependency/Drug%20Addiction%20Treatment.htm>
- Albiach-Catalá, C., Llinares Pellicer, M. C., Palau Muñoz, C., & Santos Diez, P. (2000). Adherencia en heroinómanos: la potencia predictiva de los estadios de cambio evaluados durante la admisión al tratamiento. *Adicciones*, 12(2), 225-234.
- Aguilar, M., Molina, G., Maschio, D., & Badaloni, R., (2013, 8 de Septiembre). Los chicos de la droga: Marginas y sin esperanza reparten paco en todo el país. *Clarín*, recuperado de [http://www.clarin.com/zona/Marginados-esperanza-reparten-paco-pais\\_0\\_989301145.html](http://www.clarin.com/zona/Marginados-esperanza-reparten-paco-pais_0_989301145.html)
- Becoña Iglesias, E. (2006). *Heroína, cocaína y drogas de síntesis*. España: Síntesis.
- Bobes, J., Bascarán M. T. Bobes-Bascarán, M.T., Carballo, J. L., Díaz Mesa, E. M., Flórez, G., García-Portilla, M. P., & Sálz, P. A. (2007). *Valoración de la Gravedad de la Adicción: Aplicación a la Gestión Clínica y Monitorización de los Tratamientos*. Centro de Investigación Biomédica En Red.
- Budd, R.J., y Rollnick, S. (2011) The structure of the Readiness to Change Questionnaire: A test of Prochaska & DiClemente's transtheoretical model. *British Journal of Health Psychology*. 1(4), 365–376.
- Cobb, S. (1976). Presidential Address 1976. Social Support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*. 38(5), 300-314.
- Couper, F.J., Logan, B.K. (2004) Addicted to Driving Under the Influence – a GHB/GBL Case Report. *Oxford Journal of Analytical Toxicology*. 28(6), 512-515

- Czubaj, F. (2015, 6 de Junio ). Sólo un 3% de los adictos a la cocaína busca ayuda terapéutica. *La Nación.com*, Recuperado de <http://www.lanacion.com.ar/710493-solo-un-3-de-los-adictos-a-la-cocaina-busca-ayuda-terapeutica>
- Darke, S. (1998) Self-report among injecting drug-users: A review. *Drug and Alcohol Dependence*. 51(3), 253-263.
- Del Boca, F.K., Darkes, J. (2003). The Validity of self reports of alcohol consumption: state of the science and challenges for research. *Addiction*. 98(S2), 1-12.
- Díaz Negrete, B. & García-Aurrecochea, R. (2008), Factores psicosociales de riesgo de consumo de drogas ilícitas en una muestra de estudiantes mexicanos de educación media. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 24(4): 223-232
- Dirección de Actividades de Prevención y Capacitación de la Se.Dro.Nar (2007) Prevención en Acción, Revista Hablemos: debate y acción. 16, 6-8
- Dutra, L., Stathopoulou, G., Basden, S.L., Leyro, T.M., Powers, M.B., Otto, M.W., A (2008) Meta-Analytical Review of Psychosocial Interventions for Substance Use Disorders. *American Journal of Psychiatry*. 165, 179-187.
- Fernández Liporace, M. M., Cayssials, A. & Pérez, M. (2009). Curso básico de Psicometría. Buenos Aires: Lugar
- Fernandez Miranda, J.J. (2001), Efectividad de los programas de mantenimiento con metadona. Una revisión de los resultados de los estudios de evaluación. *Medicina Clínica*. 116(4), 150-154.
- Ferrari, J., Groh, D., Rulka, G., Jason, L., Davis, M. (2008). Coming to terms with reality: predictors of self-deception within substance abuse recovery. *Addict Disord Their Treatment*. 7(4), 210-218.
- Fishman, J., Reynolds, T., & Riedel, E. (1999). A retrospective investigation of an intensive outpatient substance abuse treatment program. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 25, 185-196.

- García Rodríguez, O., Secades-Villa, R., Álvarez Rodríguez, H., Río Rodríguez, A., Fernández-Hermida, J.R., Carballo, J.L., Errasti Pérez, J.M., y Al-Halabi Díaz, S., (2007). Efecto de los Incentivos sobre la retención de tratamiento ambulatorio para adictos a la cocaína. *Psichothema* 19(1), 134-139.
- Gil-Verona, J.A., Pastor, J.F., de Paz F., Barbosa M., Macías J.A., Maniega M.A., Rami-González L., Cañizares S.(2002) Neurobiología de la adicción a las drogas de abuso, *Revista Neurol.* 35.
- Goldstein, A. (2003). *Adicción. De la biología a la política de drogas*. Barcelona: Ars Medica.
- Gregori, A. (2005). Las comunidades terapéuticas. *Reviste Hablemos: debate y acción.* 3, 14-19.
- Haynes, R.B., Taylor, D.W., Sackett, D.L. (1979) *Compliance in Healthcare*. Baltimore, John Hopkins University Press; 1-7
- Heather, N. & Honekopp, J. (2008) A revised edition of the readiness to change questionnaire (treatment version). *Addiction Research & Theory*, 16(5). 421-433.
- Hien, D.A., Campbell A.N.C., Cohen, L., Morgan-Lopez, A.A., Nunes, E.V., Ruglass, L., Wu, E., (2012) Attendance and Substance Use Outcomes for the Seeking Safety Program: Sometimes Less Is More. *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* 80(1), 29-42.
- Latkin, C., Vlahov, D., Anthony, J. (1993). Socially desirable responding and self-reported HIV infection risk behaviors among intravenous drug users. *Addiction.* 88(4), 517-526.
- Llinares Pellicer, M.C., Palau Muñoz, C., Albiach Catalá, C., Santos Diez, P., Variables predictoras de adherencia al tratamiento en pacientes alcohólicos. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 2002; 30(6), 370-375.
- López, C. (2006). La Adicción a Sustancias Químicas: ¿Puede ser Efectivo un Abordaje Psicoanalítico? *Psykhé.* 15(1), 67-77.

- Martínez, L. & López Camps, R. (2008) *El Modelo Transteórico de Prochaska y DiClemente*. Medellín. Fundación Universitaria Luis Amigó.
- MacNair, R. R., & Corazzini, J. (1994). Client factors influencing group therapy dropout. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 31, 352-361.
- Marchant, N. (2005). Técnicas de la Comunidad Terapéutica en la recuperación de pacientes psicóticos y drogadependientes. *Revista Hablemos: debate y acción*. 2, 2-7.
- McDaniel, C.H., Miotto, K.A. (2001). Gamma Hydroxybutyrate (GHB) and Gamma Butyrolactane (GBL) Withdrawal: Five Case Studies. *Journal of Psychoactive Drugs*. 33(2), 143-149
- McLellan, A.T. (1992) *The Fifth Edition of the Addiction Severity Index*. Philadelphia, PA. Penn-VA Center for Studies of Addiction.
- McMahon, J. y Jones, B. T., (1996). Post-Treatment Abstinence Survivorship and Motivation for Recovery: The Predictive Validity of the Readiness to Change (RCQ) and Negative Alcohol Expectancy (NAEQ) Questionnaires. *Addiction Research & Theory*. 4(2), 161-176.
- Míguez, H.A. (2009) Usuarios de drogas y delito: datos de la provincia de Buenos Aires, Argentina. *Revista Argentina de Psiquiatría*, XX, 35-39. Vertex.
- Miller, W. R. y Rollnik, S. (1999). *La entrevista motivacional: preparar para el cambio de conductas adictivas*. Barcelona: Paidós.
- Nichols, K.L., Blaster, R.L. (2001). GHB: A new and novel drug of abuse. *Drug and Alcohol Dependence*. 63(1), 1-22.
- Núñez, J.L. (2004) Adicciones: Una clínica del nombre. *Rev. Fundación Prosam*. 4, 291-298.

- Observatorio Argentino de Drogas (2010) Estudio Nacional en Población de 12 a 65 años, sobre consumo de sustancias psicoactivas. Argentina 2010. SeDroNar.
- Observatorio Argentino de Drogas (2011) Tendencia en el consumo de sustancias psicoactivas en Argentina 2004-2010. SeDroNar
- Prochaska, J. O., & Diclemente, C.C. (1986). The transtheoretical approach. *J.C. Nocross. Handbook of eclectic psychotherapy*. New York: Bruner/Mazel.
- Prochaska, J. O. & DiClemente, C. C. (1982) Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 19, 276–288.
- Renses, B., Muñoz, E. y López-Ibor, J.J. (2009) Factors predicting drop-out in community mental health centres. *World Psychiatry*. 8(3), 173–177.
- Rodriguez Espinola, S. & Enrique, H.C. (2007) Validación Argentina del Cuestionario MOS de Apoyo Social Percibido. *Psicodebate* 7. Buenos Aires, Argentina. CIIPME CONICET.
- Rollnick, S., Heather, N., Gold, R. & Hall, W. (1992) Development of a short ‘Readiness to Change’ Questionnaire for use in brief, opportunistic interventions among excessive drinkers. *British Journal of Addiction*. (87), 743–754.
- Rosen, C.S., Henson, B.R., Finney, J.W., Moos, R.H. (2002). Consistency of self-administered and interview-based Addiction Severity Index composite scores. *Addiction*. 95(3), 419-425.
- Samá, A. (2004). Soy adicto!!! *Rev. Fundación Prosam*. 4, 341-353.
- Sandín, B. (1995). El Estrés. En A. Belloch, F.Ramons & B. Sandín (Eds.), *Manual de psicopatología* (pp. 4-52). McGraw Hill. España.

- Schneir, A.B., Ly, B.T., Clark, R.F. (2001). A case of withdrawal from GHB precursors Gamma-butyrolactane and 1,4-butaneidol. *Journal of Emergency Medicine*. 21(1), 31-33.
- Silva, G.E., Galeano, E., Correa, J.O., (2005). Adherencia al Tratamiento. *Acta Med Colomb*. (30), 268-273.
- Sirvent, C., Villa Moral, M., Blanco, P., Delgado, R., Clara, F. (2012) Recaída y Autoengaño. 14º Congreso Virtual de Psiquiatría.com Interpsiquis 2013. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10401/5889>
- Souza, C. (2005). Asistencia a drogadependientes: de la tradición al eclecticismo. *Reviste Hablemos: debate y acción*. (3), 20-25.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration, *Results from the 2012 National Survey on Drug Use and Health: Summary of National Findings*, NSDUH Series H-46, HHS Publication No. (SMA) 13-4795. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2013. Sutton, S. (2002). Back to the drawing board? A review of applications of the transtheoretical model to substance use. *Addiction* 96(1), 175-186.
- Swett, C. & Noones, J. (1989). Factors associated with premature termination from outpatient treatment. *Hospital and Community Psychiatry*, 40, 947-951.
- Tutten, L.M., Jones, H.E., Schaeffer, C.M., Maxine, L., Stitzer, (2011). *Reinforcement-based –treatment for substance abuse disorders*. Cap 8. The Role of significant others and family members.
- Valdeverde Farías, J.C. (2009), Factores de riesgo para el consumo recreacional y la adicción de sustancias psicotrópicas y estupefacientes en estudiantes de educación superior. *Revista de la Facultad de Medicina*, 32(2), 113-123
- Veach, L.J., Remley, T.P., Kippers, S.M., y Sorg, J.D. (2000). Retention predictors related to intensive outpatient programs for substance use disorders. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 26,417-428.

Volkow, N. (2008). Las drogas y el cerebro. La ciencia estudia la adicción. *Revista Hablemos*; 17, 26-37. Recuperado de [http://www.fundamericas.org.ar/hablemos\\_on\\_line.htm](http://www.fundamericas.org.ar/hablemos_on_line.htm)

World Health Organization. (1993). The ICD-10. *Classification of mental and behavioural disorders: diagnostic criteria for research*. Geneva. Geneva: World Health Organization.

Zaffaroni & Torres (2010) Documento de la comisión interdisciplinaria de expertos en adicciones. “*Guía de Orientación a la Magistratura para la Adecuada Atención de Personas Consumidoras de Sustancias Psicoactivas*”. Legislatura de la Ciudad de Buenos Aires.

## Anexo

### **Protocolo Medical Outcome Survey Social Support Scale (MOS-SSS)**

---

#### Anexo 3. Cuestionario MOS de apoyo social

---

Las siguientes preguntas se refieren al apoyo o ayuda de que usted dispone:

1.- Aproximadamente, ¿Cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tiene usted? (personas con las que se siente a gusto y puede hablar acerca de todo lo que se le ocurre)

Escriba el nº de amigos íntimos y familiares cercanos: \_\_\_\_\_ ; \_\_\_\_\_

Todos buscamos a otras personas para encontrar compañía, asistencia u otros tipos de ayuda ¿Con qué frecuencia dispone usted de cada uno de los siguientes tipos de apoyo cuando lo necesita?

	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	La mayoría de veces	Siempre
62 2. Alguien que le ayude cuando tenga que estar en la cama	1	2	3	4	5
3. Alguien con quien pueda contar cuando necesita hablar	1	2	3	4	5
4. Alguien que le aconseje cuando tenga problemas	1	2	3	4	5
5. Alguien que le lleve al médico cuando lo necesita	1	2	3	4	5
6. Alguien que le muestre amor y afecto	1	2	3	4	5
7. Alguien con quien pasar un buen rato	1	2	3	4	5
8. Alguien que le informe y le ayude a entender una situación	1	2	3	4	5
9. Alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones	1	2	3	4	5

---

## Anexo 3. Cuestionario MOS de apoyo social

	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	La mayoría de veces	Siempre
10. Alguien que le abrace	1	2	3	4	5
11. Alguien con quien pueda relajarse	1	2	3	4	5
12. Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo	1	2	3	4	5
13. Alguien cuyo consejo realmente desee	1	2	3	4	5
14. Alguien con quien hacer cosas que le ayuden a olvidar sus problemas	1	2	3	4	5
15. Alguien que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo	1	2	3	4	5
16. Alguien con quien compartir sus temores o problemas más íntimos	1	2	3	4	5
17. Alguien que le aconseje como resolver sus problemas personales	1	2	3	4	5
18. Alguien con quien divertirse	1	2	3	4	5
19. Alguien que comprenda sus problemas	1	2	3	4	5
20. Alguien a quien amar y hacerle sentirse querido	1	2	3	4	5

63

El primer ítem informa sobre el tamaño de la red social. El resto de los ítems conforman cuatro escalas que miden:

- Apoyo emocional: ítems 3,4,8,9,13,16,17 y 19. Puntuación máxima: 40, media: 24 y mínima: 8.
- Ayuda material o instrumental: ítems 2,3,12 y 15. Puntuación máxima: 20, media: 12 y mínima: 4.
- Relaciones sociales de ocio y distracción: ítems 7,11,14 y 18. Puntuación máxima: 20, media: 12 y mínima: 4.
- Apoyo afectivo referido a expresiones de amor y cariño: ítems 6,10 y 20. Puntuación máxima: 15, media: 9 y mínima: 3.

El índice global máximo de apoyo social es de 94, con un valor medio de 57 y un mínimo de 19.





**Protocolo Cuestionario sobre la Preparación para el Cambio (Versión para Tratamiento)  
(RCQ-TV)**

*Instrumentos de Cernimiento y Avalúo*

**Cuestionario sobre la Preparación para el Cambio (Versión para Tratamiento) (RCQ-TV, por sus siglas en inglés *Readiness To Change Questionnaire [Treatment Version]*)**

El cuestionario a continuación se diseñó para identificar cómo se siente personalmente acerca de su consumo de bebida en este momento. Por favor, piense en su situación actual y en sus hábitos de consumo, inclusive si ha dejado de beber completamente. Lea cada una de las preguntas cuidadosamente, y luego decida si está de acuerdo o en desacuerdo con los planteamientos. Por favor marque la respuesta de su elección para cada una de las preguntas. Si tiene problemas, por favor pregúntele al administrador del cuestionario.

**Sus respuestas son completamente privadas y confidenciales**

**Clave:** FD=Fuertemente en Desacuerdo D= Desacuerdo I= Inseguro  
DA= De Acuerdo FA= Fuertemente de Acuerdo

(esta clave debe aparecer en columnas a la derecha de los planteamientos que aparecerán numerados a continuación, con los recuadros debajo)

(a la extrema derecha debe aparecer,...)

Sólo para uso de la oficina

(debajo de esto debe aparecer el cuadro doble con las siglas del original)

(lista de planteamientos numerados que van a la izquierda del texto)

	SD	D	U	A	SA	Para uso de la oficina solamente
1. No hay ninguna necesidad de que cambie mis hábitos de consumo de bebida.	<input type="checkbox"/> PC					
2. Disfruto beber, pero algunas veces bebo demasiado.	<input type="checkbox"/> C					
3. He alcanzado el punto donde pienso seriamente en dejar la bebida o reducir el consumo.	<input type="checkbox"/> PA					
4. Estoy tratando de dejar de beber o beber menos de lo que bebía.	<input type="checkbox"/> A					
5. Estaba bebiendo demasiado de golpe, pero ahora he logrado reducir (o dejar) la bebida.	<input type="checkbox"/> M					
6. Es una pérdida de tiempo pensar en mi consumo de bebida porque no tengo ningún problema.	<input type="checkbox"/> PC					
7. Algunas veces creo que debo dejar de beber o reducir mi consumo.	<input type="checkbox"/> C					
8. He decidido hacer algo acerca de mi consumo de bebida.	<input type="checkbox"/> PA					
9. Sé que mi consumo de bebida ha provocado problemas, y estoy tratando de corregir esto.	<input type="checkbox"/> A					
10. He cambiado mis hábitos de consumo de bebida (o bien dejándola o bebiendo menos).	<input type="checkbox"/> M					

Apéndice B

	SD	D	U	A	SA	Para uso de la oficina solamente
11. No hay nada seriamente mal con mi consumo de bebida.	<input type="checkbox"/> PC					
12. Mi consumo de bebida es un problema a veces.	<input type="checkbox"/> C					
13. Estoy preparándome para cambiar mis hábitos de bebida (o reduzco el consumo o dejo de beber completamente).	<input type="checkbox"/> PA					
14. Cualquiera puede hablar acerca de querer cambiar algo sobre de su consumo de bebida, pero yo en realidad estoy haciendo algo al respecto.	<input type="checkbox"/> A					
15. Es importante para mí aferrarme a los cambios que he hecho, ahora que he reducido el consumo (o dejado de beber).	<input type="checkbox"/> M					
16. Yo soy un bebedor considerablemente normal.	<input type="checkbox"/> PC					
17. Estoy sopesando las ventajas y desventajas de mis hábitos actuales de consumo.	<input type="checkbox"/> C					
18. He hecho un plan para dejar de beber o reducir el consumo, y estoy intentando ponerlo en práctica.	<input type="checkbox"/> PA					
19. En realidad estoy cambiando mis hábitos de consumo en este momento (ya sea reduciéndolo o dejando de beber).	<input type="checkbox"/> A					
20. Ya he hecho algo acerca de mi consumo de bebida (o bien he reducido el consumo o he dejado de beber completamente), y estoy tratando de evitar volver atrás.	<input type="checkbox"/> M					
21. Dejar de beber o reducir el consumo no tendría sentido para mí.	<input type="checkbox"/> PC					
22. No estoy seguro de si bebo demasiado o no.	<input type="checkbox"/> C					
23. Tengo un problema con la bebida, y en realidad quiero hacer algo con el asunto.	<input type="checkbox"/> PA					
24. He empezado a llevar a cabo un plan para reducir el consumo o dejar de beber.	<input type="checkbox"/> A					
25. Estoy trabajando duro para evitar tener una recaída en mi problema de bebida.	<input type="checkbox"/> M					
26. No hay nada en realidad que necesite cambiar acerca de mi consumo de bebida.	<input type="checkbox"/> PC					
27. Algunas veces me pregunto si mi consumo de bebida está fuera de control.	<input type="checkbox"/> C					
28. Si no cambio pronto mi consumo de bebida, mis problemas se volverán más serios.	<input type="checkbox"/> PA					
29. Estoy trabajando activamente con mi problema de bebida.	<input type="checkbox"/> A					
30. He logrado dejar de beber o reducir el consumo.	<input type="checkbox"/> M					